

Bayerische Akademie für
Sucht- und
Gesundheitsfragen

BAS Unternehmergeellschaft
(haftungsbeschränkt)



Prävention von Drogentodesfällen

Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis

Impressum

Herausgeber

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen
BAS Unternehmergeellschaft (haftungsbeschränkt)
Landwehrstr. 60-62
80336 München

Tel. 089 530 730 0

Fax 089 530 730 19

E-Mail bas@bas-muenchen.de

www.bas-muenchen.de

Redaktion

Dr. med. Beate Erbas (MPH),

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmergeellschaft

Prävention von Drogentodesfällen. Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis

2. überarbeitete und ergänzte Auflage, Januar 2017

© Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen,
BAS Unternehmergeellschaft (haftungsbeschränkt)

Diese Broschüre ist als kostenfreier Download über die Website der BAS erhältlich

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 PROBLEMBESCHREIBUNG – BEGRIFFSBESTIMMUNG, EPIDEMIOLOGIE UND URSACHEN VON DROGENTOD	4
1.1 Einführung in das Thema Drogentod	4
1.2 Entwicklung der Drogentodeszahlen in Bayern	6
1.3 Mögliche Ursachen steigender Drogentodeszahlen	12
1.4 Medizinische Ursachen des Drogentods	14
2 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PROFESSIONELLE SUCHTHELFER	23
2.1 Schweigepflicht und ihre Grenzen	23
2.2 Garantenpflicht.....	25
3 PRÄVENTIVE MASSNAHMEN IN BESONDEREN SETTINGS	27
3.1 Auch in Justizvollzugsanstalten werden Drogen konsumiert!.....	27
3.2 Fentanyl und Drogentod – Mögliche Ursachen und Maßnahmen zur Prävention	31
3.3 Angebote für Menschen mit russischsprachigem Migrationshintergrund.....	36
4 SITUATIONSBEZOGENE RÜCKFALLPRÄVENTION	38
4.1 Rückfallprävention und vorbereitende Entlassung aus stationärer Entwöhnungsbehandlung	38
4.2 Prävention von Drogentodesfällen auf einer Drogenentzugsstation	40
4.3 Rückfallprävention bei Beendigung der Betreuung in Jugendhilfeeinrichtungen	41
4.4 Rückfallprävention bei Beendigung der Substitutionsbehandlung	43
5 VERNETZUNG IN RISIKOSITUATIONEN	44
5.1 24-Stunden-Notruf	44
5.2 Risikoklärung bei Kontaktabbruch zum Hilfesystem.....	45
5.3 Können soziale Netzwerke auch in Drogennotfällen unterstützen?	46
6 SCHULUNGEN UND FORTBILDUNG	50
6.1 Erste-Hilfe im Drogennotfall	50
6.2 Mitarbeiterschulung – Krisensituation erkennen und verhindern.....	58
6.3 Erste-Hilfe-Koffer – Die Geschichte des L43 „Actionpack“	61
6.4 Schulung Drogenabhängiger	62
7 PRÄVENTIVE ANSÄTZE AUSSERHALB BAYERNS	65
7.1 Drugchecking – Möglichkeit zur Prävention von Drogentodesfällen	65
7.2 Drogennotfall- und -todesfallprävention durch Drogenkonsumräume	68
7.3 Naloxon-Take-Home-Programme - Der Einsatz von Naloxon durch Laien.....	69
Autorenverzeichnis	73

Vorwort

Die Druckauflage dieser Broschüre ist längst vergriffen – das Problem der hohen Opferzahlen unter den Drogenkonsumierenden ist nach wie vor aktuell. Die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen verfolgt über ihren Ständigen Ausschuss Praxis (STAP), einen interprofessionellen Arbeitskreis, weiterhin das Drogentodgeschehen in Bayern. Die darin vertretenen Mitarbeiter¹ aus der Suchthilfe, substituierende Ärzte, Vertreter vom Bayerischen Landeskriminalamt sowie aus der Rechtsmedizin verfolgen regelmäßig das Drogentodgeschehen und tauschen sich u. a. über die hauptsächlich an den Todesfällen beteiligten Substanzen sowie Maßnahmen zu Harm Reduction und Safer Use aus. Gerade neue, anonym über das Internet bestellbare Substanzen stellen eine große Herausforderung für die Suchthilfe dar, gerade weil Wirkungsweisen und Dosierungen in der Regel unbekannt sind.

Vor diesem Hintergrund wurden die Autoren von 2009 im vergangenen Jahr angeschrieben und darum gebeten, die Aktualität ihrer Beiträge zu prüfen und diese bei Bedarf zu aktualisieren. Hinzu gekommen sind weitere Beiträge zu Drugchecking, Drogenkonsumräumen sowie zu Naloxon-Take-Home-Programmen. Auch die Rolle von sozialen Netzwerken und online-Angeboten wird in einem eigenen Beitrag beleuchtet.

Nach wie vor mangelt es an gesichertem Wissen und es besteht großer Forschungsbedarf zu Methoden, die dabei helfen können, Drogentodesfälle zu verhindern. Wir wünschen uns, dass Sie durch das Lesen dieser Broschüre nützliche Anregungen für Ihre Arbeit erhalten. Vielleicht gelingt es uns dadurch, den einen oder anderen Drogentodesfall zu verhindern und damit auch das Leid vieler Angehöriger und betroffener Suchthelfer.

München, im Januar 2017

Karin Wiggerhauser
Vorsitzende Ständiger Ausschuss Praxis
BAS e.V.

Dr. med. Beate Erbas
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
BAS Unternehmergeinschaft

¹ Soweit in diesem Text bei der Bezeichnung von Personen ausschließlich die männliche Form verwendet wird, geschieht dies nur aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

1 PROBLEMBESCHREIBUNG – BEGRIFFSBESTIMMUNG, EPIDEMIOLOGIE UND URSACHEN VON DROGENTOD

1.1 Einführung in das Thema Drogentod

(Erbas B, Tretter F)

Die Zahl der Drogentoten schwankt über die vergangenen Jahre hinweg kontinuierlich und führt insbesondere in Jahren hoher Opferzahlen immer wieder dazu, sich intensiver mit diesem Thema zu befassen. Auch von Seiten der Bayerischen Akademie für Suchtfragen wurden in der Vergangenheit zur Ursachenklärung Runde Tische einberufen, an denen Suchtexperten der verschiedensten Berufsgruppen teilnahmen. Im Rahmen der Treffen des Ständigen Ausschusses Praxis (STAP) werden regelmäßig die aktuellen Drogentodeszahlen für Bayern von einem Vertreter des Bayerischen Landeskriminalamts vorgestellt. Dadurch ist das Problem immer gegenwärtig und eigene Ideen zur Prävention werden von Fachleuten vorgestellt und diskutiert.

Bei einem Runden Tisch im Herbst 2007 wurde klar, dass das Thema Drogentod zukünftig langfristig und regelmäßig verfolgt werden muss. So entstand die Idee, Strategien und Konzepte aus der Praxis zusammenzufassen, die bei der Prävention des Rückfalls und zum situationsgerechten Vorgehen in Krisensituationen hilfreich sein können. Die Texte dieser Broschüre standen 2016 auf dem Prüfstand und wurden von den Autoren auf ihre Aktualität hin überprüft. Auch neue Beiträge zu den Themen Fentanylmissbrauch, Drugchecking, Drogenkonsumräume, Naloxon-Take-Home-Programme und Unterstützung durch soziale Netzwerke in Drogennotfällen wurden aufgenommen.

Vorab sollen zunächst einige Begriffe geklärt werden, die für die Beurteilung des Drogentodgeschehens von Bedeutung sind.

Definition von Drogentod

Aufgrund des Umstands, dass bei einer unklaren Todesursache vom hinzugeholten Arzt die Polizei verständigt werden muss, ist die polizeiliche Einordnung eines Todesfalls als Drogentoter genauer zu beleuchten. Seit 1979 besteht nach der Polizeidienstvorschrift (PDV 386) eine bundeseinheitliche Definition des Drogentodes. Demnach besteht eine Meldepflicht für folgende Todesfälle, die in einem kausalen Zusammenhang mit dem missbräuchlichen Konsum von Betäubungs- und Ausweichmitteln stehen. Darunter fallen insbesondere ...

- Todesfälle infolge (beabsichtigter oder unbeabsichtigter) Überdosierung (Organversagen aufgrund einer akuten Vergiftung),
- Todesfälle infolge langzeitlichen Missbrauchs²,
- Selbsttötung aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter Einwirkungen von Entzugserscheinungen (außer durch Überdosierungen) und tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

Durch diese Definition, insbesondere den zweiten Unterpunkt, ist es einem ehemals Opiatabhängigen nicht möglich, eines natürlichen Todes zu sterben. Ein ehemaliger Opiatabhängiger wird jedoch nur dann polizeilich als Drogentoter erfasst, wenn im toxikologischen

² z.B. Langzeitschäden, drogentoxische Schädigungen durch konsumierte Substanzen, verminderte körperliche Abwehrkräfte, Schädigungen durch Streckungsmittel, Erkrankungen und Infektionen durch i.v.-Applikation, Hepatitis, HIV

Gutachten festgestellt wurde, dass der Langzeitkonsum und entsprechende Schäden kausal für den Tod waren.

Aussagekraft der Zahlen zum Drogentod

Im Frühjahr werden jährlich die regionalen und nationalen Drogentotenzahlen des Vorjahres öffentlich präsentiert und kommentiert. Dabei wird gelegentlich versucht, die lokalen Zu- und Abnahmen der Zahlen ursächlich zu interpretieren. Das ist aber bereits deswegen problematisch, da der Drogentod ein Alles-oder-Nichts-Ereignis ist und daher Streuungen der Zahlen anzunehmen sind. So werden glücklicherweise immer wieder schwer intoxikierte Personen gerettet, da rechtzeitig Hilfe geholt wurde. Weniger glückliche, in ihrer Lebens- und Konsumgeschichte vergleichbare Konsumenten versterben hingegen am Drogentod. Allerdings kann man bisher nicht angeben, in welchem Ausmaß die Streuungen anzunehmen sind.

Trotz dieser methodischen Einschränkungen ist es sinnvoll, Hypothesen aufzustellen, wodurch die jeweilige Veränderung verursacht sein könnte. Dazu wurde bereits mehrfach das multifaktorielle Rahmenkonzept genutzt, das zur Orientierung dienen kann.

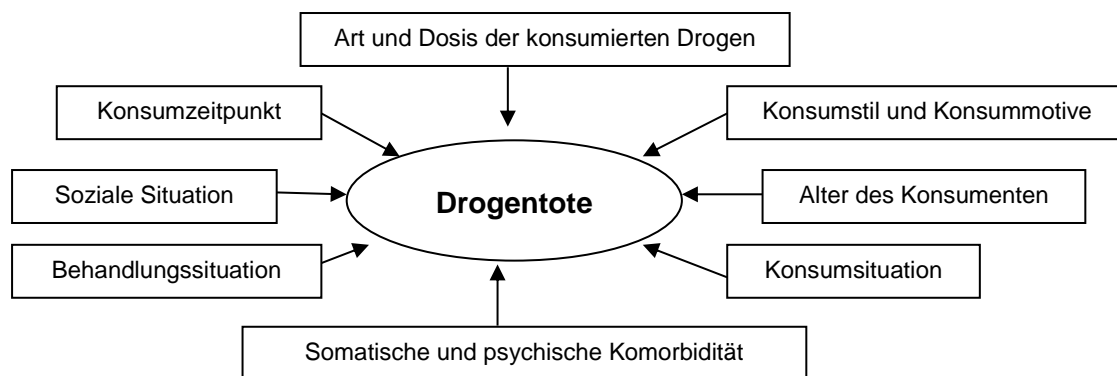


Abb.1: Den Drogentod potenziell begünstigende Faktoren (BAS, 1998)

In Hinblick auf ein besseres Ursachenverständnis wäre es aber grundlegend notwendig, dass die Zahl der Drogentoten auf die Anzahl der lokalen Drogenkonsumenten bezogen würde. Dies wird noch zu wenig bedacht: Nicht die Mortalität als auf 100.000 Einwohner bezogene Kennziffer, sondern die Anzahl der Drogenkonsumenten als Bezugsgröße ermöglicht erst einen einigermaßen sinnvollen interregionalen bzw. interurbanen Vergleich. Diese Ziffer ist die Letalität, die als Maß für das Sterberisiko auch indirekt die Effekte des Hilfesystems berücksichtigt. Ein grobes Zahlenbeispiel soll dies verdeutlichen:

100 Opiattote in Hamburg bezogen auf 10.000 Opiatkonsumenten ergeben eine Letalität von 1 %, während etwa 70 Opiattote in München bei 3.500 Opiatkonsumenten eine Letalität von 2 % ausmachen. Ein derartiges Zahlenverhältnis zeigt zunächst eine etwa doppelt so hohe Quote an Drogenkonsumenten in Hamburg ($10.000 / 1,8 \text{ Mio. Einwohner} = 0,56 \text{ pro } 1.000 \text{ Einwohner}$) im Vergleich zu München ($3.500 / 1,4 \text{ Mio. Einwohner} = 0,25 \text{ pro } 1000 \text{ Einw.}$). Andererseits beträgt die Letalität in Hamburg die Hälfte jener von München.

Vor diesem Hintergrund bleibt zu überlegen, ob nicht die *Letalität* die bessere Maßeinheit wäre, das Drogentodgeschehen zu beurteilen.

Literatur

BAS e.V. (2014): Drogentod – mögliche Ursachen und Lösungsansätze – ein Informationspapier für Praktiker in der Suchthilfe. <http://www.bas-muenchen.de/publikationen/papiere-empfehlungen.html>

BAS e.V. (1998): Zur Aussagekraft der Anzahl von Drogentoten. Diskussionspapier. <http://www.bas-muenchen.de/publikationen/papiere-empfehlungen.html>

Kraus, L. (2002): "Epidemiologische Aspekte des Drogentodes" in "Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen"; Kraus L., Püschel K. (Hrsg), Lambertus, Freiburg: 19-42

Tretter F., Erbas B. (2005): Zum Letalitätsrisiko während der Substitutionsbehandlung mit Methadon. Suchtmed (7). 7-12

1.2 Entwicklung der Drogentodeszahlen in Bayern

(Höll A, Kienle S)

Vorbemerkung

Der Freistaat Bayern hat seit dem Jahr 2012 einen stetigen Anstieg an Rauschgifttodesfällen zu verzeichnen. Auch im vergangenen Jahr setzte sich diese Tendenz fort, sodass die Zahl der Rauschgifttodesfälle von 251 (2014) auf 314 (2015) anstieg.

Dieser Umstand beschäftigt die Bayerische Polizei in erheblichem Maße, weshalb die Ursachen eines jeden Todesfalls intensiv beleuchtet werden. Selbstredend kann dieser Entwicklung jedoch nur durch intensive Zusammenarbeit verschiedenster Behörden und Institutionen entgegengewirkt werden. So werden durch die Bayerische Polizei einzelne Todesumstände detailliert erfasst und etwaige toxikologische Erkenntnisse ausgewertet. Besonderes Augenmerk ist aber weiterhin auf Qualitätsstandards in der Prävention und Behandlung von Drogensucht zu legen. Nur ein ganzheitlicher Ansatz kann hier zur Reduzierung der Rauschgifttodesfälle führen.

Rauschgiftlage in Bayern

Allgemeine Rauschgiftlage

Beginnend mit dem Jahr 2012 kam es in der Vergangenheit zu jährlichen Steigerungsraten von circa 8 %. Im Jahr 2015 wurden in Bayern über 40.000 Delikte im Bereich der Rauschgiftkriminalität erfasst. Dies entspricht einer Steigerung von 5,7 % gegenüber dem Vorjahr. Demnach fiel dieser Anstieg im Jahr 2015 geringer aus als in den Jahren zuvor. In diesem Zusammenhang bleibt festzustellen, dass Cannabis auch im vergangenen Jahr das am häufigsten konsumierte Rauschgift darstellte.

Aufgrund der Neuaufnahme „Neuer Psychoaktiver Substanzen“ (NPS) in das Betäubungsmittelgesetz, stiegen 2015 besonders die Delikte im Bereich der „sonstigen Betäubungsmittel“. Hierunter fallen neben „NPS“ auch Psychoaktive Pilze, Khat und GHB / GBL.

Bei den nachfolgenden Statistiken kann nur das so genannte „Hellfeld“ abgebildet werden, d.h. es liegen dementsprechend nur Zahlen zu denjenigen Taten vor, welche der Polizei bekannt geworden sind.

Sonderlage Crystal

Die Thematik „Crystal“ (Methamphetamin) beschäftigt nach wie vor die Bayerische Polizei, insbesondere im Grenzbereich zu Tschechien. Zwar gingen die Fallzahlen im Bereich der Illegalen Einfuhr und des Illegalen Handels im Jahr 2015 zurück, dafür kam es jedoch zu einem Anstieg bei Fällen von Besitz bzw. Erwerb von Methamphetamin.

Im vergangenen Jahr wurden in den polizeilichen Datenbanken 21 Personen erfasst, bei denen die Rauschgiftart Crystal todesursächlich war. Damit bewegt sich diese Anzahl auf exakt demselben Niveau wie im Jahr 2014.

Sonderlage NPS

Bei NPS handelt es sich um Stoffe, die nicht in allen Fällen dem BtMG unterstellt sind, jedoch eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung darstellen. Im Handel werden sie als vermeintlich harmlose „Forschungschemikalien“, „Badesalze“ oder „Kräutermischungen“ angeboten. Der in diesem Zusammenhang verwendete Begriff „Legal Highs“ sowie die bunten Verpackungen sollen für den Konsumenten eine Unbedenklichkeit dieser Stoffe suggerieren.

Im Bereich der NPS ist die Stoffgruppe der synthetischen Cannabinoide am weitesten verbreitet. Diese Stoffe haben auf den Konsumenten eine cannabisähnliche Wirkung und werden gewöhnlich in Form von sogenannten „Kräutermischungen“ konsumiert. Derartige Kräutermischungen bestehen aus einem pflanzlichem Trägermaterial (Tabak, Damiana-Blätter, Kräuter o.ä.), auf welchem die synthetischen Cannabinoide aufgebracht sind.

Aufgrund der unkalkulierbaren Wirkung stellt der Konsum von NPS ein hohes Gesundheitsrisiko für den Konsumenten dar. Um die Verfügbarkeit von NPS – zumindest teilweise – einschränken zu können, ist die Einführung des „NPSG“ unverzichtbar. Dieses neue Gesetz soll Herstellung, Einfuhr und Vertrieb von bestimmten Stoffgruppen ohne Erlaubnis unter Strafe stellen. Mit einem Inkrafttreten wird noch in diesem Jahr gerechnet.

Die Gefährlichkeit des NPS-Konsums spiegelt sich neben einer hohen Zahl an Intoxikationen (2015: 305 Fälle) in einer besorgniserregenden Steigerung der Rauschgifttoden in Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen wieder. Hier kam es mit 21 Todesfällen im Jahr 2015 zu einer erheblichen Steigerung gegenüber dem Jahr 2014 (10 Todesfälle).

Polizeiliche Meldepflicht „Rauschgifttodesfälle“

Der polizeilichen Meldepflicht unterliegen Todesfälle, die in kausalem Zusammenhang mit dem missbräuchlichen Konsum von Betäubungsmitteln oder als Ausweichmittel verwendeten Ersatzstoffen stehen. Unter diese Meldepflicht fallen demnach Todesfälle

- infolge von Überdosierung
- infolge langzeitigen Missbrauchs
- Selbsttötung aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen
- tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

Aufgrund dieser Meldepflicht liegen der Polizei in Zusammenhang mit einem Rauschgifttodesfall insbesondere folgende Daten vor:

- Name
- Geschlecht
- Alter

- Nationalität
- Wohnort
- Auffindeörtlichkeit
- Auffindesituation
- Erkenntnisse aufgrund toxikologischen Gutachtens.

Rauschgifttodesfälle

Wie bereits geschildert, kam es im Jahr 2015 zu 314 Rauschgifttodesfällen. Diese Zahl entspricht einem Anstieg von 25,1 % gegenüber dem Vorjahr.

Es ist festzustellen, dass die Droge Heroin mit 156 Todesfällen (2014: 113) nach wie vor die häufigste Todesursache ist. Die Anzahl in Zusammenhang mit Amphetamin stieg leicht an, sodass es im Jahr 2015 zu 23 Toten kam (2014: 14 Tote). Ebenso erhöhte sich die Zahl der Rauschgifttoden in Zusammenhang mit Methamphetamin. Im Jahr 2014 wurden noch 20 Rauschgifttote registriert, im Jahr 2015 dagegen 23. Im Bereich Kokain bleibt der Wert mit 7 Rauschgifttoden (2014: 5 Tote) weiterhin auf niedrigem Niveau. Die Todesfälle in Zusammenhang mit dem Missbrauch von Fentanyl nahmen im vergangenen Jahr leicht ab (2015: 63 Tote, 2014: 69 Tote). Generell ist anzumerken, dass bei einem auffällig hohen Prozentsatz nicht allein eine Substanz todesursächlich war, sondern die Person aufgrund polyvalenter Vergiftung verstorben ist.

Die Todesfälle infolge Suizids aufgrund Drogenmissbrauchs stiegen mit 10 Fällen leicht an (2014: 7 Fälle). Das Durchschnittsalter der Drogentoten blieb im Jahresvergleich vergleichsweise konstant und lag 2015 nahezu unverändert bei 36,1 Jahren.

Auch die Verteilung hinsichtlich des Geschlechts änderte sich im Vergleich zu 2014 nur geringfügig. So wurden im vergangenen Jahr 268 männliche Rauschgifttote und 46 weibliche Rauschgifttote erfasst. Der Prozentsatz männlicher Drogentoter stieg demnach von 84,06 % (2014) auf 85,35 % (2015). Der Anteil an weiblichen Drogentoten sank folglich von 15,94 % (2014) auf 14,65 % (2015).

Im Rahmen der Auswertung wurde festgestellt, dass 281 Personen zum Zeitpunkt ihres Todes die deutsche Staatsbürgerschaft besaßen, wohingegen 33 Personen nichtdeutsche Staatsangehörige waren. Überprüfungen ergaben, dass Aussiedler im Bereich der Rauschgifttoden überproportional stark betroffen sind.

Im Folgenden sollen spezielle Parameter im Bereich der Rauschgifttodesfälle genauer betrachtet werden:

Auffindesituation

Hinsichtlich der Auffindeörtlichkeit lässt sich feststellen, dass sich Rauschgifttodesfälle im Jahr 2015 zumeist im privaten Bereich ereigneten. So handelte es sich bei der Sterbeortlichkeit in mehr als der Hälfte der Fälle um die eigene oder elterliche Wohnung. Lediglich 18 % der Drogentodesfälle ereigneten sich im öffentlichen Bereich. Diese Verteilung entspricht weitestgehend den Zahlen aus dem Jahr 2014. Auszugsweise wurden folgende Örtlichkeiten im Jahresvergleich näher betrachtet:

BLKA Dez. 61		Stand: 28.06.2016	
	2015		2014
	Absolute Zahl	Anteil	Anteil
Eigene / elterliche Wohnung	165	52,55 %	51,00 %
fremde Wohnung	39	12,42 %	15,94 %
Sonstige Unterkunft	19	6,05 %	3,19 %
Öffentliche Plätze im Freien	19	6,05 %	4,38 %
Bahnhofsgelände	6	1,91 %	1,99 %
Krankenhaus	17	5,41 %	5,98 %
Justizvollzugsanstalt	1	0,32 %	0,80 %

Altersstruktur

Wie bereits in den letzten Jahren dominieren auch im Jahr 2015 die Altersgruppen von 30 Jahren bis unter 50 Jahren. Die detaillierte Altersverteilung kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

BLKA Dez. 61		Stand: 28.06.2016		
Alter (in Jahren)	männlich	weiblich	gesamt	Anteil
unter 14	0	0	0	0,00 %
14 bis unter 18	2	0	2	0,64 %
18 bis unter 21	5	0	5	1,59 %
21 bis unter 25	22	3	25	7,96 %
25 bis unter 30	39	5	44	14,01 %
30 bis unter 35	55	13	68	21,66 %
35 bis unter 40	53	10	63	20,06 %
40 bis unter 50	69	12	81	25,80 %
50 und darüber	23	3	26	8,28 %
Summe	268	46	314	100,00 %

Aussiedler

Im Nachfolgenden werden Rauschgifttodesfälle in Zusammenhang mit Aussiedlern betrachtet. Hinsichtlich des Herkunftslandes dominiert nach wie vor Kasachstan. Details zu den einzelnen Herkunftsländern sind der nachfolgenden Grafik zu entnehmen.

BLKA Dez. 61		Stand: 28.06.2016	
	2015		2014
	<i>Absolute Zahl</i>	<i>Anteil</i>	<i>Anteil</i>
Kasachstan	22	62,86 %	37,93 %
Kirgisien	2	5,71 %	6,90 %
Polen	1	2,86 %	6,90 %
Rumänien	4	11,43 %	13,79 %
Russland	2	5,71 %	34,48 %
Ukraine	1	2,86 %	0,00 %
Usbekistan	3	8,57 %	0,00 %

Vergleichszahlen im Bereich „Rauschgifttodesfälle“

Bayernweiter Vergleich der Rauschgifttodesfälle

BLKA Dez. 61		Stand: 28.06.2016		
	2015	2014	Entwicklung	
Bayern	314	251	25,1%	
Polizeipräsidium München	66	48	37,5%	
Stadt München	62	46	34,8%	
Polizeipräsidium Oberbayern Nord	17	14	21,4%	
Polizeipräsidium Oberbayern Süd	27	22	22,7%	
Polizeipräsidium Schwaben Nord	31	25	24,0%	
Stadt Augsburg	23	19	21,1%	
Polizeipräsidium Schwaben Süd-West	22	21	4,8%	
Polizeipräsidium Niederbayern	37	31	19,4%	
Polizeipräsidium Oberpfalz	30	25	20,0%	
Polizeipräsidium Oberfranken	31	18	72,2%	
Polizeipräsidium Mittelfranken	37	39	-5,1%	
Stadt Nürnberg	27	27	0,0%	
Polizeipräsidium Unterfranken	16	8	100,0%	

Bundesweiter Vergleich der Rauschgifttodesfälle (Städte / Bundesländer)

Quelle: BKA

Stand: 28.06.2016

Bundesland	Stadt	2015	2014	Entwicklung	Einwohner	HZ 2015
by	München	62	46	34,8%	1.407.836	4,4
	Nürnberg	27	27	0,0%	498.876	5,4
	Augsburg	23	19	21,1%	276.542	8,3
he	Frankfurt	29	22	31,8%	701.350	4,1
nw	Düsseldorf	6	10	-40,0%	598.686	1,0
	Köln	42	37	13,5%	1.034.175	4,1
	Dortmund	6	7	-14,3%	575.944	1,0
	Essen	11	10	10,0%	569.884	1,9
ni	Hannover	6	12	-50,0%	518.386	1,2
hh	Hamburg	59	51	15,7%	1.746.342	3,4
hb	Bremen	12	15	-20,0%	548.547	2,2
bw	Stuttgart	13	11	18,2%	604.297	2,2
	Mannheim	6	11	-45,5%	296.690	2,0
	Heidelberg	1	0	-	152.113	0,7
br	Berlin	153	123	24,4%	3.421.829	4,5

HZ = Häufigkeitszahl: Anzahl der Rauschgifttoten je 100.000 Einwohner (Einwohnerstand: 01/2015)

Zusammenfassende Bewertung

Quelle: BKA

Stand: 28.06.2016

Bundesland	2015	2014	Entwicklung	Einwohner	HZ 2015
Bundesgebiet	1226	1032	18,8%	80.767.463	1,5
Bayern ***	314	251	25,1%	12.604.244	2,5
Baden-Württemberg	142	137	3,6%	10.631.278	1,3
Berlin	153	123	24,4%	3.421.829	4,5 *
Brandenburg	10	5	100,0%	2.449.193	0,4
Bremen	19	19	0,0%	657.391	2,9 *
Hamburg	59	51	15,7%	1.746.342	3,4 **
Hessen	104	66	57,6%	6.045.425	1,7
Mecklenburg-Vorp.	5	2	150,0%	1.596.505	0,3
Niedersachsen	70	73	-4,1%	7.790.559	0,9
Nordrhein-Westfalen	182	184	-1,1%	17.571.856	1,0
Rheinland-Pfalz	48	55	-12,7%	3.994.366	1,2
Saarland	19	8	137,5%	990.718	1,9
Sachsen	27	10	170,0%	4.046.385	0,7
Sachsen-Anhalt	13	6	116,7%	2.244.577	0,6
Schleswig-Holstein	42	29	44,8%	2.815.955	1,5
Thüringen	19	12	58,3%	2.160.840	0,9

* Unter Ballungsraumgesichtspunkten nur eingeschränkt vergleichbar

** Aufgrund neuem Erfassungsmodus ab 2002 nur eingeschränkt vergleichbar

*** Aufgrund toxikolog. Gutachten wurde die Zahl von ursprünglich 252 auf 251 bereinigt

Den vorliegenden Tabellen kann entnommen werden, dass die Rauschgifttodeszahlen 2015 in den Zuständigkeitsbereichen nahezu aller bayerischen Polizeipräsidien anstiegen sind. Lediglich im Zuständigkeitsbereich des Polizeipräsidiums Mittelfranken kam es zu einem Rückgang von 5,1 %.

Hinsichtlich der Situation in den bayerischen Großstädten ist folgende Entwicklung erkennbar: Während die Anzahl der Drogentoten in Nürnberg gleichbleibend war, kam es im Jahr 2015 sowohl in München (+ 34,8 %) als auch in Augsburg (+ 21,1 %) zu einem starken Anstieg.

Im bundesweiten Vergleich entfallen die höchsten Anteile an der Gesamtzahl der Rauschgifttoten auf die bevölkerungsreichsten Bundesländer Bayern (314 Tote) und Nordrhein-Westfalen (182 Tote). Hinsichtlich der Häufigkeitszahl (Anzahl der Rauschgifttoten je 100.000 Einwohner) waren im Jahr 2015 jedoch die Stadtstaaten Berlin (4,5), Hamburg (3,4) und Bremen (2,9) am stärksten belastet. In Bayern lag dieser Wert im Vorjahr bei 2,5. Für die durchschnittliche Belastung in der gesamten Bundesrepublik wurde der Wert 1,5 ermittelt.

1.3 Mögliche Ursachen steigender Drogentodeszahlen

(Gallas J)

Die Zahl der Todesfälle aufgrund von Drogenkonsum nimmt in der Berichterstattung und Diskussion zur Drogenproblematik einen hohen Stellenwert ein. Zum einen, weil eine Todesmeldung bewusst macht, wie plötzlich ein Leben enden kann. Zum anderen, weil sich die Frage stellt, ob alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, Todesfälle durch medizinische und psychosoziale Hilfen zu verhindern.

Die Zahl der Drogentodesfälle in München war über einen längeren Zeitraum betrachtet bis 2011 rückläufig. In diesem Jahr war mit 35 Fällen ein Tiefstand erreicht. Seither steigt die Zahl jedoch wieder an. 2015 musste zum dritten Mal in Folge ein Anstieg verzeichnet werden. Der Trend scheint sich im Jahr 2016 fortzusetzen. Diese Entwicklung lässt sich nicht auf eine einzelne Ursache zurückführen. Vielmehr scheint es sich um ein Zusammenwirken von verschiedenen Faktoren zu handeln, die im Folgenden erläutert werden.

Heroin – häufig in Verbindung mit Alkohol, anderen Drogen und Medikamenten – ist nach wie vor am häufigsten an Drogentodesfällen in Bayern beteiligt. An zweiter Stelle steht seit einigen Jahren Fentanyl, ein hochwirksames Schmerzmittel. Das Medikament wird in Form von Schmerzplastern angewendet, die von Drogenkonsumierenden ausgekocht werden, um die gewonnene Lösung zu injizieren. Aufgrund der hohen Wirksamkeit von Fentanyl ist die Dosierung äußerst schwierig, wodurch es leicht zu Überdosierungen kommt, die nicht selten tödlich enden. Bislang scheint es sich um ein lokal begrenztes Phänomen zu handeln, das hauptsächlich im Raum München und in Südostbayern eine Rolle spielt. Es gibt aber Hinweise darauf, dass Fentanyl auch in anderen Regionen an Bedeutung gewinnt.

Die Gruppe der Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) scheint ebenfalls einen Anteil am Anstieg der Drogentodesfälle zu haben. Bereits seit längerem berichten Einrichtungen der Suchthilfe in München, dass vor allem mehrfachabhängige Menschen dazu übergegangen sind, verschiedene unbekannte, hauptsächlich amphetaminartige Substanzen zu konsumieren. Die Kontaktläden gehen davon aus, dass über ein Drittel der – ohnehin schon gesundheitlich stark belasteten – Klientel NPS konsumiert.

Diese Gruppe weist ein hochriskantes Konsummuster auf. Neben Opioiden, Alkohol und Medikamenten werden zusätzlich verschiedene NPS intravenös konsumiert. Ein großer Teil der Konsumierenden weiß nicht, um welche Substanzen es sich dabei genau handelt und kann dementsprechend Wirkungsweise und Dosierung kaum einschätzen. So kommt es häufig zu unerwarteten Neben- und Wechselwirkungen, die für einen Teil der Drogentodesfälle verantwortlich zu sein scheinen.

Über einen längeren Zeitraum betrachtet, lässt sich ein beständiger Anstieg des Durchschnittsalters der in Verbindung mit Drogenkonsum verstorbenen Menschen feststellen. Das ist in erster Linie auf die verbesserte medizinische Betreuung sowie die Substitution von Drogenabhängigen zurückzuführen, durch die es gelingt, abhängige Menschen länger am Leben zu erhalten. Trotz dieser Maßnahmen kann aber nicht verhindert werden, dass es gerade bei älteren Drogenabhängigen immer wieder zu Todesfällen kommt. Bedingt wird dies durch den oft schlechten Gesundheitszustand der Betroffenen, der durch die langjährige Suchterkrankung und die daraus resultierenden belastenden Lebensumstände beeinträchtigt ist.

Auch Suizide von drogenabhängigen Menschen werden als Drogentodesfälle erfasst. Einrichtungen der Suchthilfe weisen in diesem Zusammenhang auf die häufig schlechte psychische Verfassung vieler Drogenabhängiger hin, die sich in einem Gefühl der Perspektivlosigkeit und Resignation ausdrückt. Neben individuellen, biographisch bedingten Gründen für eine solche empfundene Hoffnungslosigkeit und den möglichen Persönlichkeitsveränderungen, die eine längere Drogenabhängigkeit mit sich bringen kann, sind vor allem Erfahrungen gescheiterter Versuche der Reintegration Ursache für diese resignative Haltung. Vielen drogenabhängigen Menschen ist es aufgrund von Vorstrafen, Schulden, fehlender Berufsausbildung oder ihrer persönlichen Belastbarkeit nicht möglich, eine Arbeitsstelle zu finden. Darüber hinaus besteht häufig eine instabile Wohnungs- und Finanzsituation, die existenzielle Ängste oft über lange Zeit bedingen und die eine erfolgreiche Alltagsbewältigung trotz eigener Bemühungen aussichtslos erscheinen lassen. Hilfe wird aus Scham gar nicht mehr aufgesucht oder oft erst dann, wenn bereits eine schwere Notlage eingetreten ist. In solchen Situationen kommt es neben bewussten Suiziden auch zu hochriskantem lebensgefährdenden Drogenkonsum.

Einen erheblichen Risikofaktor stellt die versehentliche Überdosierung nach Abstinenz dar. Bei längerer Drogenfreiheit nimmt die individuelle Toleranz gegenüber einer bestimmten Droge ab. Werden dann erneut Drogen konsumiert, kann eine früher vertragene Menge tödlich sein. Dieser Effekt wird von Drogenkonsumierenden oftmals unterschätzt. Insbesondere nach stationären Entgiftungen, Therapieaufenthalten und Haftstrafen kommt es bei Rückfällen immer wieder zu Überdosierungen mit tödlichem Ausgang.

Drogentodesfälle können verhindert werden, wenn schnell Erste Hilfe geleistet und der Notarzt verständigt wird. Ein Großteil der Drogentodesfälle in München ereignete sich in Wohnungen. In diesen Fällen kam notfallmedizinische Hilfe zu spät oder gar nicht zum Einsatz. Entweder waren die Personen allein oder weitere Anwesende haben die Notsituation nicht oder zu spät erkannt. Denn insbesondere bei Mischkonsum verschiedener Suchtmittel kommt es zu einer verzögert wirkenden Atemdepression, die Person verstirbt in einem Zustand, der von außen als Schlaf oder drogeninduzierter Dämmerzustand interpretiert wird. Mangelnde Kenntnis über lebensrettende Sofortmaßnahmen und Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen führen aber auch immer wieder dazu, dass Anwesende in Panik geraten und die Wohnung fluchtartig verlassen, anstatt Erste Hilfe zu leisten und den Notarzt zu alarmieren.

Bei der Vermeidung von Drogentodesfällen und der Verbreitung entsprechender Präventionsbotschaften kommt auch den Einrichtungen der Suchthilfe eine wesentliche Rolle zu. Insbesondere Beratungsstellen und niedrigschwellige Einrichtungen wie Kontaktläden und Streetwork haben die Möglichkeit, gefährdete Drogenkonsumierende gezielt über Möglichkeiten zur Risikominderung und das richtige Verhalten im Drogennotfall aufzuklären.

1.4 Medizinische Ursachen des Drogentodes

(Walcher S)

Der Begriff „Drogentod“ beschreibt ein sehr heterogenes Geschehen, darunter fallen so verschiedene Todesarten wie:

- der allmähliche Tod (Agonie) durch chronische, suchtbedingte Erkrankungen wie AIDS, Krebs oder Leberzirrhose (infolge IV-Konsum, Alkohol, Hepatitis, Rauchen)
- der plötzliche Herzstillstand infolge Arzneiwechselwirkungen auf das Reizleitungssystem des Herzens oder Rhythmusstörungen infolge Myokarditis
- der Sturz von einer Brücke infolge wahnhafter Orientierungsstörungen oder plötzlichem Schwindelanfall bei Intoxikation
- der Freitod, bewusst herbeigeführt oder durch Risikoverhalten irgendwann in Kauf genommen (Goldener Schuss)

Die EMCDDA (Europäische Monitoringstelle für Drogen und Drogensucht) nennt eine Vielzahl von Definitionen in den Mitgliedsstaaten, die sich derart unterscheiden, dass ein transnationaler Vergleich nahezu ausgeschlossen ist. Trotzdem soll hier die deutsche Definition des BKA stellvertretend erwähnt sein, weil sie die wohl international breiteste darstellt:

Deaths following intentional or unintentional overdose.
 Deaths as a result of long-term abuse.
 Deaths due to suicide resulting from despair about the circumstances of life or the effects of withdrawal symptoms.
 Deaths due to fatal accidents suffered by people under the influence of drugs

Europäischer Drogenreport (EMCDDA) 2008

Opioide sind EU-weit die am häufigsten am Drogentod beteiligten Substanzen. Dabei liegt ihr Anteil im alten Teil der EU bei über 90 %, im neuen deutlich darunter, hauptsächlich wegen der dort hohen Prävalenz von Analeptika und dem späten Einsetzen der Opioid epidemie (nach 1989).

Die Zahl der Drogentoten war über die letzten Jahre leicht rückläufig, dabei sind enorme regionale Unterschiede zu beobachten. Seit 2012 ist aber wieder ein leichter Anstieg zu beobachten, an dem maßgeblich Bayern, namentlich bayerische Metropolen beteiligt sind (Nürnberg, München). Nun sind es auch immer häufiger (verschriebene) Opioide wie Fentanyl. Ein schwer bestimmbarer Anteil entfällt auch auf sog. NPS (Neue Psychoaktive Substanzen), darunter v.a. Phenyläthylamine wie Methamphetamin (Pervitin, Crystal Meth).

Tod durch Erkrankungen oder toxische Schäden sind sehr heterogene Prozesse und lassen sich nicht allgemeingültig beschreiben. Tod infolge einer chronischen Hepatitis mit Leberzirrhose, einer schweren Pankreatitis oder einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung – viele Folgeerkrankungen der Sucht können ursächlich zum Tod führen. Akut führt ein intoxikationsbedingter Herzstillstand ohne große Umwege zu einer oft nach nur fünf Minuten irreversiblen hypoxischen Hirnschädigung, damit tritt der Hirntod ein – lange vor nennenswerter weiterer Schädigung. Ein Sturz führt zu einer direkten Traumatisierung von wichtigen Organen wie Hirn, Wirbelsäule und

Kreislauforganen. Der Mensch stirbt unmittelbar oder mittelbar infolge vielfältiger Anschlussprozesse am Multiorganversagen.

Was ist dann ein Drogentod? Da diese Todesart selten unter klinisch/wissenschaftlicher Beobachtung stattfindet, sind auch nur retrospektive bzw. aus den verschiedenen Stadien des Auffindens Intoxikierter abgeleitete Rückschlüsse auf den Ablauf möglich.

Was also verursacht den Drogentod?

- Opioid, evtl. und wirkpotenzierende/-addierende Drogen oder Medikamente (die Regel)
- Substanzen, die die Metabolisierung von Opioiden beeinflussen
- Veränderter Reinheitsgrad der Schwarzmarktsubstanzen (kein Waschzettel)
- Toleranzverlust nach Entzug (an Schnittstellen ereignen sich die meisten Überdosierungen)
- vorbestehende Sensibilität gegenüber Opiatwirkungen:
 - Langsame Verstoffwechslung,
 - verlängerte Herzreizleitung,
 - Erkrankungen mit Leber, Nieren, Herz oder Lungenvorbelastung

Häufig sind es mehrere Faktoren, die hier zusammenspielen:

Ein Patient wird aus der Entgiftung entlassen, er ist deprimiert, es ist ihm alles egal, er ist „affig“ und findet Drogen beim Dealer eines Freundes. Ohne an Toleranzverlust zu denken, kauft er sich die bekannte Menge. Nun hat er aber vorher das Carbamazepin aus der Klinik abgesetzt, was ihn vor Krampfanfällen schützen soll – er nimmt ja jetzt auch wieder Benzos, die helfen da ohnehin besser. Bier und Burger hat er beim Verkaufsgespräch auch schon konsumiert. Nun geht er in sein Pensionszimmer, da ist er allein, denn wer will schon einen Hepatitis-Patienten auf dem Zimmer. Dann spritzt er wie immer und ... wird nach sechs Stunden tot aufgefunden.

Ein Fall wie viele, erst eine unglückliche Verkettung mehrerer Ereignisse verursacht schließlich den fatalen Ausgang:

- Toleranzverlust nach Entgiftung, Atemdepression
- Zusätzliche Erhöhung der Atemdepressivität von Opioiden durch Benzodiazepine
- Weglassen eines starken Enzyminduktors (Carbamazepin) führt zu plötzlich steigendem Plasmalevel (bis zu 100 %) z.B. des Opioids oder Benzodiazepins
- „Magenlähmung“ durch Erhöhung des Sphinktertonus gepaart mit Brechreiz ausgelöst durch Opioide und Nahrungsaufnahme
- Kontaktverlust zum Dealer seines Vertrauens, unbekannte Qualität am Hauptbahnhof
- Einsamkeit durch Wohnsituation und Seelenlage

Was verursacht den Drogentod: soziale Faktoren

Soziale Bedingungen tragen wesentlich zum Risiko eines Suizids (s.u.) und anderer Situationen bei, die den Drogentod zur Folge haben können:

- Suizid: 40-70 % hatten bereits Suizide in der Anamnese
- Bis zu 58 % der Drogentode sind direkte Folge eines Suizids oder einer latenten Suizidalität
- Einsamkeit, Verzweiflung, Leere (besonders nach Entgiftungen)
- Unfälle infolge oder durch direkte Drogenwirkung ohne Gesellschaft (oder in intoxikiertes Gesellschaft), meist im privaten Raum (Verdrängung aus dem öffentlichen Raum, Vorteil Shooting-Gallery/Konsumraum)
- Dissoziale Wohnbedingungen in Pensionszimmern oder Massenunterkünften

Was verursacht den Drogentod: medizinische Faktoren

Drogenpatienten altern – schneller als unbelastete Menschen. Damit spielen zunehmend auch Allgemeinerkrankungen des höheren Lebensalters eine Rolle.

Das Leben als Süchtiger, besonders als intravenös Drogenabhängiger, birgt enorme Krankheitsrisiken mit sich wie die Durchseuchung mit HIV (2-10 % in der EU) und Hepatitis B und C (bis zu 90 % in der EU), Tuberkulose, chronische Atemwegs- und Magen-Darm-Erkrankungen oder auch Schädigungen des Herzens. All dies ist schon erheblich kräftezehrend, die Behandlung kann noch zusätzlich belastend sein: Depressivität, Schlaflosigkeit, Gewichtsverlust, Veränderung der Empfindlichkeit gegenüber anderen Medikamenten, Mineralienverluste (v.a. Kalium), chronischer Durchfall etc. sind dann lebensbedrohliche Bedingungen.

Ein besonderes Problem stellt die QTc- Verlängerung (Verlangsamung der Herzreizeitung mit erhöhtem Risiko für Herzkammerflimmern/-flattern und -stillstand) dar. Insbesondere reine μ -Agonisten (Heroin, Fentanyl, Methadon) haben einen starken Effekt auf die QTc-Zeit, auch viele andere Medikamente wirken so (HIV, Antiarrhythmika, Antibiotika, Antidepressiva etc.) oder blockieren den Abbau gefährlicher Substanzen (Antiepileptika, Pilzmittel, Antibiotika, HIV-Medikamente, Antidepressiva, Antipsychotika).

Höheres Alter, weibliches Geschlecht, Durchfallerkrankung und Diuretikabehandlung (senken Kalium), langsamer Herzschlag stellen weitere Risikofaktoren dar.

Was verursacht den Drogentod: psychiatrische Faktoren

Bei Suchtpatienten, besonders auch bei Opiat-/Kokain-Patienten, findet sich in 30-70 % zusätzliche psychiatrische Erkrankungen, häufig mehrere. Zusätzlich sind Sozialverhalten und Kommunikation mit der „Außenwelt“ stark eingeschränkt. Die Patientengruppe gilt als schwer erreichbar. Damit schwinden auch Interventionsmöglichkeiten und die oft täglichen und langfristigen Kontakte im Rahmen einer Substitutionsbehandlung erhalten eine herausragende Bedeutung in dieser Interaktion (Haltequote). Ärzte sind die häufigste und oft einzige Anlaufadresse für Süchtige. Dabei wird der Kontakt aber häufig nicht wegen der eigentlichen Suchtproblematik gesucht, sondern wegen Grund-, Begleit- oder Folgeerkrankungen. Deshalb ist es von eminenter Bedeutung, den Fokus auf die komplexe Gesamtproblematik nicht aus den Augen zu verlieren, insbesondere auch suizidale Vorzeichen zu erkennen.

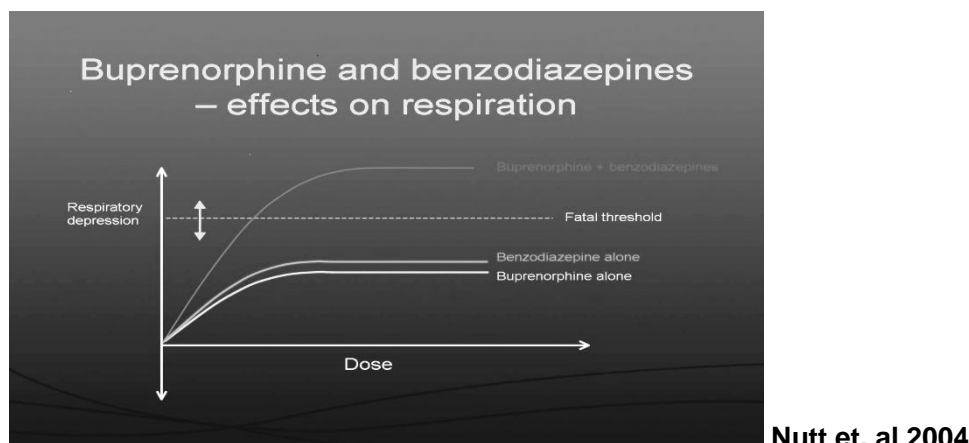
Direkter oder akzeptierender Suizid (durch Hochrisikoverhalten bzw. völliges Desinteresse an Abususfolgen) sind wesentlichste Einzelfaktoren beim Drogentod. Psychiatrische Syndrome können aber auch in Folge einer Behandlung von Hepatitis oder HIV auftreten (Suizidalität, Depression, Aggressivität, Schlaflosigkeit).

Was verursacht den Drogentod: Substanzen

Benzodiazepine [siehe auch BAS-Diskussionspapier (2015) Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: Zur Problematik der zusätzlichen Einnahme von Benzodiazepinen]:

In den letzten 25 Jahren ist ihr Anteil bei Missbrauch und Todesfällen von 2 % auf 70-80 % angestiegen. Sie werden als billige Brückenmittel, Kickverstärker und Streckmittel eingesetzt, aber auch als (Selbst)Behandlung bei depressiven oder hyperaktiven Belastungsstörungen. Vorübergehend unterdrücken sie Insomnie oder Depressivität, aber schon nach weniger als vier Wochen besteht ein hohes Abhängigkeitsrisiko mit teils lebensbedrohlichen Entzugskrämpfen. Unkritischer Einsatz bei einer Vielzahl von psychiatrischen Krankheitsbildern oder einfach nur Verschreibung ohne Hinterfragen ist die Hauptquelle eines riesigen Schwarzmarktes: 8 % der Ärzte verschreiben 90 % von rund 500 Mio. suchterhaltenden Tagesdosen. Nicht selten erfolgt auf diese

Einstiegsdroge ein späterer Umstieg auf andere Medikamente (Pregabalin/Doxepin/Amitriptylin/Z-Drugs u. a.), Alkohol oder illegale Drogen. In mehr als 50 % besteht Abhängigkeit von mehreren Substanzen (zwei bis acht Substanzen, im Mittel vier), dabei potenzieren sich zunächst eher geringe Nebenwirkungen wie die Atemdepression zu lebensbedrohlichen Atemstillständen (insbesondere mit Opioiden).



Aber auch Risikoverhalten wie Needle Sharing, unkritisch hohe Dosierungen, Beschaffungsdelikte (Prostitution, Gewalt- und Eigentumsdelikte) nehmen massiv zu und steigern erheblich das Risiko der Selbstschädigung (Überdosierung, Infektionen, Unfälle). Die mit Benzodiazepinen verbundene Amnesie verhindert Lerneffekte aus Unfällen.

Alkohol:

Früher war klar: Es gab Alkies und Junkies, man gehörte entweder der einen oder der anderen Gruppe an. Diese strikte Gruppentrennung der 70er Jahre ist seit ca. 20 Jahren einer ziemlichen Orientierungslosigkeit gewichen. Heute weiß man, dass beide Substanzgruppen im Gehirn letztendlich ganz ähnlich wirken. So sind häufiger Wechsel, Kickverstärkung und Suchtverschiebung durchaus plausibel und besonders bei (substituierten) Opiatabhängigen eher die Regel. Auch wenn mit Alkohol-Atem/Speicheltest, ETG, GGT, CDT und MCV geeignete Testverfahren existieren, wird die Gefährlichkeit dieser Kombination häufig unterschätzt.

Übelkeit, Erbrechen, Kater-Kopfschmerz (Hirnödem) sind bei/nach Alkoholgenuss häufig und verstärken damit Atemdepression (Atemwegsverlegung, Aspiration, Pneumonie) und Eintrübung. Außerdem führt chronischer Alkoholkonsum zu schweren Erkrankungen wie Pankreatitis, Hepatitis, Trinkerherz, Rhythmusstörungen, Krampfneigung und hirnorganischem Psychosyndrom. All dies sind Faktoren, die ihrerseits die Toleranz erheblich vermindern.

Kokain:

Jeder Opioidkonsument kennt die klassische Mischung mit Kokain oder Crack, Speedball genannt. Selbst bei hoher Opioidtoleranz (Substitutionsbehandlung) lässt sich so noch ein Kick erleben. Besonders die schnelle Repetition der „Kombi“ führt zu hohen Opioidspiegeln, die nach der deutlich früheren Elimination der analeptischen (= atemanregenden) Analeptikawirkung als atemdepressive Überhangwirkung bleiben.

Zusätzlich bewirkt Kokain (v.a. Crack) eine direkte Minderdurchblutung wichtiger Organe (Herz, Hirn, Niere), die durch die Atemdepression der Opiode verstärkt wird. Zusätzlich wird der Alarmimpuls Schmerz maskiert (Ischämieschmerz beim Infarkt).

Oft kommt es zu maximalen Blutdruckspitzen (v.a. bei Streckung mit Speed/XTC und bei körperlicher Überlastung: Rave), Rhythmusstörungen, Selbstüberschätzung, Orientierungsverlust

und Wahnvorstellungen. Unkontrolliertes Risikoverhalten (Überdosis, Unfälle) führt seinerseits zu Todesfällen.

Sehr schnell entsteht psychische Abhängigkeit, in Entzugszuständen führt verzweifelte Depressivität (v.a. bei Crack) nicht selten zum Suizid.

"Naturdrogen":

Wirkungen dieser „Substanzgruppe“ sind entsprechend ihrer Heterogenität äußerst vielfältig, schwer abzuschätzen und zuzuordnen. Die Klienten haben oft wenig Erfahrung mit der Zubereitung und Dosierung, die „Rohstoffe“ (wie Magic Mushrooms aus heimischen Kuhfladen, Blüten und Wurzeln der Engelstropete) sind sehr unterschiedlich konzentriert. Die Experimentierfreude führt oft zu unerwarteten Effekten und Notfallsituationen. Und selbst erfahrene Toxikologen haben oft Mühe, einzelne Wirkstoffe zu identifizieren und Wirkungen zuzuordnen.

Teils treten dabei sedierende, teils halluzinogene, teils analeptische Wirkungen auf. Rhythmusstörungen, Hyperthermie, Hypertonie, Tachykardie, Delir, direkte Organschäden (Leberversagen!), Sehstörungen (Mydriasis) sind häufig. Effekte von Kokain und anderen Substanzen können verstärkt werden, die Wirkungen sind unabsehbar. Standard-Testverfahren verlaufen ergebnislos.

Cannabinoide/THC:

Traditionell „raucht“ ein hoher Anteil der Konsumenten THC-Produkte (bis zu 70 % der Substituierten sporadisch bis mehrfach täglich). Somatische Schäden wie Karzinome der Atemwege, Zellschäden der Leber in Kombination mit Alkohol, chronische Bronchitis neben den üblichen Nebenwirkungen des Rauchens werden diskutiert

Bei chronischem THC-Konsum tritt häufig ein sog. chronisches adynames Syndrom auf, das mit Verinnerlichung, Abschottung nach außen, Desinteresse an der Umwelt und sozialem Rückzug in gefährliche Vereinsamung (Suizidrisiko) einhergeht. Halluzinogene Wirkung, Sedierung bzw. Verstärkung anderer Drogenwirkungen steigern das Unfallrisiko.

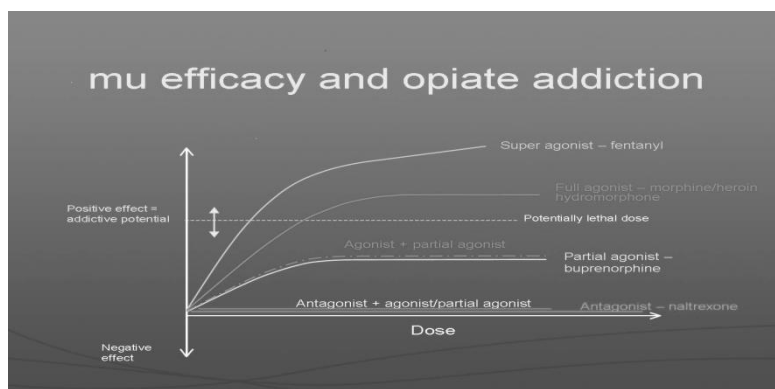
Der beruhigende Effekt hilft gegen Entzugs-, Kokain- und Analeptikainsomnie, die analgetische, antidepressive und appetitanregende Wirkung bei chronischen Kranken wie HCV-/HIV-Patienten. Er trägt aber auch zur Indifferenz gegenüber Risiken bei. Suchtpotential wie medizinische Wirkungen werden wenig sachlich diskutiert, dabei stellt THC durchaus ein ernstes suchtmmedizinisches Problem dar.

Opioide:

Sie sind immer noch die Hauptdroge des illegalen Bereichs im „alten“ Europa und in Nordamerika. Die Versorgungslage ist – bei neuen Importwegen (Osteuropa-GUS) – absolut ungebrochen. Die Nachfrage steigt nun nach einigen Jahren der Rezession seit drei Jahren wieder deutlich. Rund 30-50 % der Opioidabhängigen in Europa bzw. Deutschland befinden sich in Substitutionsbehandlung. Damit steigen auch Fälle von Überdosierung unter Beteiligung von Substitutionsmitteln, auch wenn immer noch eine jährliche Letalität von 2-4 % für Patienten in Substitution (ORT) und etwa viermal so viel für i.v.-Drogengebraucher gilt. Eigentlich sind – zumindest pharmakologisch reine – Opioide (incl. Heroin) wenig gesundheitsschädlich, Dauerkonsum allein verringert die Lebenserwartung nicht.

Opioide wirken aber direkt atemdepressiv über Senkung der CO₂-Sensibilität des Atemzentrums, dieser Effekt ist bei Vollagonisten dosisabhängig. Adaptationsvorgänge können die Toleranzschwelle um mehr als 3 log-Stufen verschieben – in beide Richtungen. Deshalb sind insbesondere Patienten nach Entgiftung, Entwöhnung oder Haftentlassung hochgefährdet für eine Überdosierung. Sie überschätzen ihre Toleranzschwelle, mehr als ein Drittel aller Drogenunfälle ereignen sich an dieser Stelle. Vollagonisten, d.h. Opioide, die auf alle Rezeptortypen (μ , κ und σ)

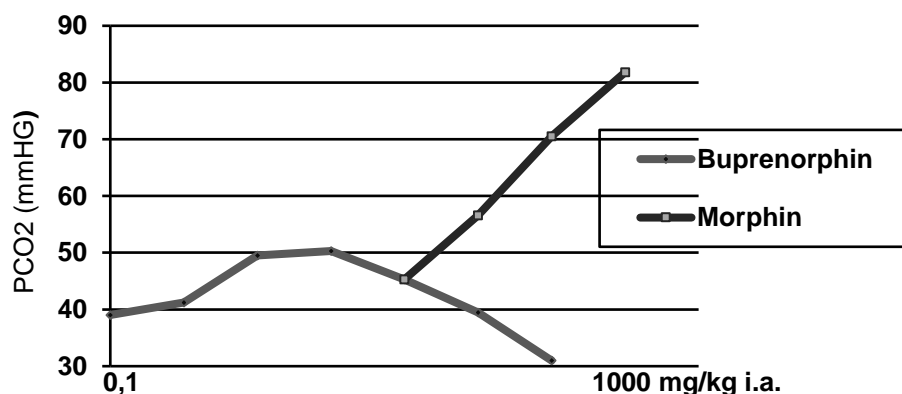
gleichermaßen stark wirken, sind dabei wesentlich gefährlicher als partielle Agonisten, d.h. Substanzen, die auf einzelne Rezeptoren antagonistisch wirken wie Buprenorphin: geringere Wirkung am μ -, Blockade am κ -Rezeptor, Ceiling-Effekt für Sucht und Atemdepression.



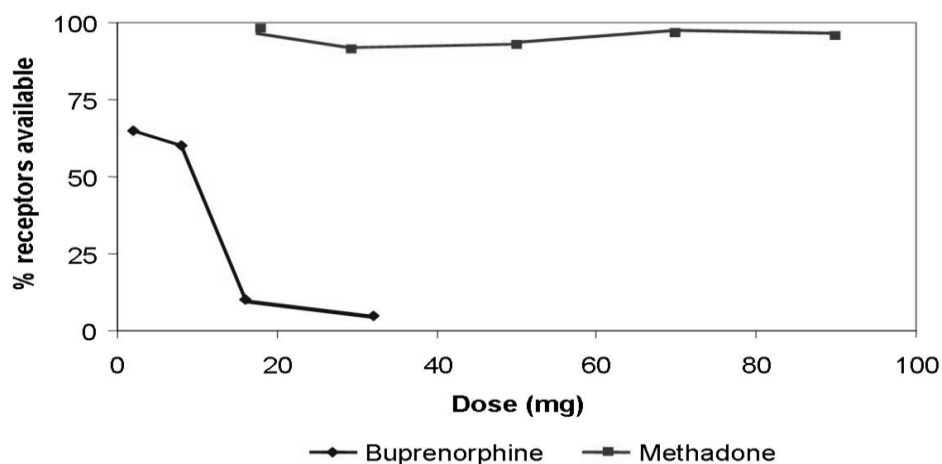
Nutt et. al. 2004

Besonders gefährlich werden Opiode in Kombination mit Benzodiazepinen, aber auch anderen sedierenden Substanzen wie Pregabalin, Barbituraten, trizyklischen Antidepressiva, Z-Drugs oder Mirtazapin.

Sogar das eigentlich wenig atemdepressive Buprenorphin wird damit zu einer gefährlichen Substanz (siehe unter Benzodiazepine). Im Gegensatz zu anderen Opioiden verläuft eine Atemdepression bei Buprenorphin aber nicht linear und dosisabhängig, sondern erlebt bei etwa 0,4-0,5 mg/kg KG einen Ceiling-Effekt (d.h. sie ist nicht mehr steigerbar). Die Atemdepression geht sogar zurück, nicht aber die Anticraving- und Schmerzwirkung.



Ebenso sinkt die Zahl verfügbarer Opiatrezeptoren durch die hohe Rezeptoraffinität des Buprenorphin schnell ab, während reine μ -Agonisten kaum Rezeptoren blockieren können – die damit für andere (stärkere) Opiode erreichbar bleiben. So kann Buprenorphin (evtl. zusätzlich verstärkt durch Naloxon) Überdosierungen wirksam verhindern, indem es Rezeptoren blockiert bzw. Agonisten-verdrängend besetzt.



Benzodiazepine bei unbehandelten DUs

30 - 90% der Heroinuser nehmen regelmäßig BZD (Benzodiazepine)

Benzodiazepine bei substituierten DUs

30 - 70% nehmen gelegentlich BZD

10 - 20% nehmen regelmäßig bis tgl. BZD

Dies zeigt, dass nur wenige Opioidgebraucher oder auch Substituierte ausschließlich Opiode nehmen. Fast regelhaft werden oft mehrere weitere Medikamente oder Drogen konsumiert. Die wichtigste Rolle spielen dabei Alkohol, BZD und andere Substitutionsmedikamente mit teils erheblichen Wechselwirkungen wie die oben erwähnte zusätzliche Atemdepression:

Beteiligung der BZD zu	50–80 % bei Drogentod
	40–80 % bei Tod unter Methadonsubstitution
	bis 80 % unter Buprenorphinsubstitution

Oliver and Keen 2003; Stenhouse and Grieve 2003, Ward & Barry 2001; Grass et al. 2003; Kintz et al. 2002; Mikolaenko et al. 2002; Wolf et al. 2004; Ernst et al 2002

Einfluss einer 2. Substanz auf das Verstoffwechslungssystem CYP 450

Große Vorsicht ist geboten bei der Verschreibung von mehr als einem Medikament (oder wenn wir wissen, dass andere Substanzen/Medikamente im Spiel sind ...)

Diesen sog. CYP-450 Metabolismus können andere Substanzen:

- **beschleunigen (induzieren) oder**
- **verlangsamen (inhibieren)**

Das kann führen zu:

- **verminderten Plasmaspiegeln**, d.h. es wird mehr Wirkstoff benötigt
- **erhöhten Plasmaspiegeln**, d.h. gleiche Menge wirkt plötzlich toxisch

Das kann z.B. dazu führen, dass ein Drogengebraucher, der HIV-behandelt wird und/oder ein Antibiotikum oder Krampfschutzmittel erhält, plötzlich „affig“ wird und nun nach höherer Dosierung verlangt bzw. auf der Szene zukauff, bis der Level wieder stimmt. Nun wird das Zusatzmedikament aber gelegentlich zwei Tage vergessen oder abgesetzt und plötzlich steigt der Plasmalevel des Opiats um 100% - mit absehbaren Folgen.

CYP450 3A4 kann beschleunigt werden durch:

Barbiturate, Carbamazepin, Phenytoin, Antibiotika, HIV-Medikamente

CYP450 3A4 kann gebremst werden durch:

HIV-Medikation, Antidepressiva (SSRIs), Makrolide, Methadon, Midazolam/BZD

Methadon wird von einer Vielzahl an CYP-450-Enzymen metabolisiert

Buprenorphin wird >95% von CYP450 3A4 metabolisiert und hat klinisch deutlich weniger Interaktionen mit anderen Medikamenten

(Nutt 2006, McCance-Katz 2003)

Wie läuft der Drogentod ab?

Eine Überdosis Opiate führt zu:

- Bewusstlosigkeit
- Atemdepression (verminderter Sensibilität des Atemzentrums für CO₂, Atemstillstand)
- Starre der glatten Muskulatur (in Bronchien und Verdauungstrakt: Mageninhalt wird nicht mehr weiterbewegt mit Risiko des Erbrechens)
- Areflexie (Schluckreflex entfällt, Speichel und evtl. Magenreste sammeln sich im Mund: Risiko von Aspiration und Atemwegsverlegung)
- Aufhebung des Schmerzempfindens, absurde Lagerungen, z.B. zusammengesackt sitzend, auf Heizungen oder mit abgeknickten Extremitäten, werden nicht mehr wahrgenommen

Die Atemdepression unterhält dabei sich selbst, es kommt zu einer „CO₂-Narkose“ ab 60-70mmHg Partialdruck CO₂ mit zunehmende Eintrübung bis zum Koma. Nach initialer Atemnot folgt Atemdepression (ab ca. 80 mmHg) und Atemstillstand und das selbst, wenn die auslösende Opioidwirkung längst vorbei ist.

- CO₂-Anstieg und Sauerstoffmangel führen zu Mehrdurchblutung des Gehirns
- Sauerstoffmangel führt zu Leistungsminderung des Herzens
 - re-Herz: Blutstauung im Lungenkreislauf
 - li-Herz: Blutdruckabfall im großen Kreislauf
- Opiate plus CO₂-Anstieg führen zu Gefäßerweiterung

Dies führt zu:

- Flüssigkeitseinlagerung in Gehirn und Lunge, dadurch weitere Verschlechterung des Gasaustausches in Lunge und Hirn
- gefolgt von Hirn- und Lungenödem

Zusätzlich verschärft wird die Situation durch:

- Erbrechen (Aspiration und Verlegung der Atemwege)
- lagebedingte Einschränkung der VC (Vitalkapazität, d.h. verfügbares Lungenvolumen)
- Erhöhung des Atemwegswiderstandes

Spätestens ab hier unterhält sich der Circulus Vitosus selbst (nach 0,5-2 Stunden).

Der Exitus tritt aber erst nach ein bis vier Stunden auf, also viel später als allgemein vermutet wird und der Augenschein eines leblosen, grauen Körpers vermuten lässt.

Deshalb sind einfache Maßnahmen oft lebensrettend:

- nicht alleinlassen, besonders bei neuer Droge/Medikation!
- stabile Seitenlage
- Fremdkörper-Entfernung aus den Atemwegen
- Atemspende mindestens 10 min (bis der CO₂ wieder < 60 ist und die CO₂-Narkose abklingt)

Sofortige Basisrettungsmaßnahmen nach ERC (siehe Kapitel Notfallmaßnahmen)

Gleichzeitig sollte aber immer auch die Alarmierung der „Profis“ erfolgen:

„Bewusstlose Person, Atemstillstand“, genauer Standort, Meldername an 112.

Vorab Rettungswagen mit nächstgelegenen Standort, gleichzeitig Notarztalarmierung

Anschließend Mitarbeiter Suchthilfe (lt. Bereitschaft, Voraussetzung: regelmäßige Schulung)

2 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PROFESSIONELLE SUCHTHELFER

2.1 Schweigepflicht und ihre Grenzen

(unter besonderer Berücksichtigung von Situationen bei betreuten oder minderjährigen Personen bzw. zum rechtfertigenden Notstand für eine Übertretung der Schweigepflicht)

(Stockinger B)

I Schweigepflicht

Vertrauensvolle Zusammenarbeit im Rahmen der Suchtberatung ist nur möglich, wenn die Mitarbeiter der Beratungsstellen nicht gezwungen werden können, die erhaltenen Informationen an Polizei oder Justiz weiterzugeben.

Dem trägt auch das Strafgesetzbuch Rechnung:

Suchtberater, die in einer solchen Beratungsstelle arbeiten, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist, unterliegen grundsätzlich einer Schweigepflicht, vergleichbar mit der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Schweigepflicht umfasst Tatsachen, die nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung derjenige, den sie betreffen, ein begründetes Interesse hat. Zugrunde zu legen ist dabei der Standpunkt des Betroffenen. Danach unterfallen im Rahmen der Suchtberatung alle Informationen zur Sucht des Betroffenen, seinem Konsumverhalten usw. dieser Schweigepflicht.

Diese Tatsachen müssen dem Suchtberater allerdings vom Betroffenen anvertraut worden sein, d.h. der Berater hat diese Informationen im Rahmen der Ausübung seines Berufes mündlich, schriftlich oder in sonstiger Weise und unter Umständen erlangt, aus denen sich die Anforderung der Geheimhaltung ergibt. Für die Suchtberatung bedeutet dies, dass alle Informationen, die der Betroffene im Rahmen der Beratung preisgibt, der Schweigepflicht unterliegen. Die Schweigepflicht besteht nur, wenn der Berater das Geheimnis ausschließlich in beruflicher Eigenschaft erfahren hat. Hatte er bereits vorher auf andere Weise davon Kenntnis oder erfährt er es später noch einmal außerhalb der Berufstätigkeit, besteht die Schweigepflicht nicht.

Die Schweigepflicht gilt sodann gegenüber jedem Dritten. Dies besagt, dass die Schweigepflicht auch solchen Dritten gegenüber besteht, die selbst schweigepflichtig sind, beispielsweise weitere Suchtberater, denen gegenüber sich der Betroffene nicht selbst offenbart hat.

II Offenbarung des anvertrauten Geheimnisses

Die Offenbarung eines solchen fremden Geheimnisses unterfällt der Strafbarkeit nach § 203 Abs. 1 Nr. 4 StGB.

Ein Suchtberater kann also grundsätzlich strafrechtlich verfolgt werden, wenn er das, was ihm in der Beratung anvertraut wurde, an einen Dritten weitergibt. Diese Weitergabe muss nicht ausdrücklich erfolgen, es würde hier schon ausreichen, wenn er zulässt, dass einem Dritten Zugang zu Aufzeichnungen oder dem PC gewährt wird, sei es auch nur aus Bequemlichkeit.

Zu einer Offenbarung der so bekannt gewordenen Tatsachen sind Suchtberater nur befugt, wenn eine wirksame Einwilligung vorliegt, eine Offenbarungspflicht besteht oder rechtfertigender Notstand festgestellt werden kann.

1. Einwilligung

Die Einwilligung kann ausdrücklich oder konkudent erteilt sein, es kann auch eine mutmaßliche Einwilligung als Rechtfertigungsgrund für den Bruch der Schweigepflicht vorliegen.

Der Erörterung bedürfen hier nur die konkudente und mutmaßliche Einwilligung.

Eine konkudente Einwilligung in die Offenbarung privater Geheimnisse kann nur dann unterstellt werden, wenn und soweit diese Offenbarung nach der Natur der Sache selbstverständlich oder nach allgemeinem Verständnis regelmäßig üblich ist.

Im Rahmen der Suchtberatung ist eine konkudente Einwilligung in die Offenbarung der im Zusammenhang mit der Beratung bekannt gewordenen konkreten Tatsachen jedoch im allgemeinen gerade nicht selbstverständlich. Vielmehr wird bei der Beratung von dem Betroffenen gerade erwartet, dass der Drogenkonsum mit all den dazugehörenden Umständen nicht offenbart wird.

So kann den Suchtberater nur die mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen vor der Strafverfolgung schützen. Von einer mutmaßlichen Einwilligung in die Offenbarung der bekannt gewordenen Geheimnisse ist dann auszugehen, wenn eine ausdrückliche oder konkudente Einwilligung fehlt oder unmöglich ist (z.B. wegen krankheitsbedingter Unfähigkeit) und wenn das Interesse des Betroffenen an der Offenbarung offensichtlich ist. Dieses offensichtliche Interesse kann aber nur unter sehr begrenzten Umständen unterstellt werden. Bei Betroffenen, die die Hilfe der Suchtberatung in Anspruch nehmen, bedeutet dies, dass nur bei unmittelbarer und erheblicher Gefahr für Leib oder Leben des Betroffenen die Suchtberater die Schweigepflicht übertreten dürfen. Nur dann kann unterstellt werden, dass es dem Willen des Betroffenen entspricht, dass Einzelheiten aus der Beratung offenbart werden.

Dies darf dann wiederum nur soweit geschehen, soweit es für die unmittelbare Behandlung/Rettung des Betroffenen zwingend erforderlich ist.

2. Gesetzliche Offenbarungspflicht

Besondere gesetzliche Offenbarungspflichten in Zusammenhang mit der Suchtberatung sind nur im Rahmen der **externen** Drogenberatung in Justizvollzugsanstalten nach § 182 StVollzG gegeben. Danach sind solche Geheimnisse, die für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde von Bedeutung sind oder die zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib oder Leben des Gefangenen oder Dritten erforderlich sind, zu offenbaren. Dies muss nur gegenüber dem Anstaltsleiter erfolgen und darf nur soweit es für die Abwehr der Gefahr oder Aufrechterhaltung der Anstaltsordnung erforderlich ist, Namen oder Personaldaten des Gefangenen enthalten. Die Drogenberater müssen die Gefangenen über diese Verpflichtung zu Beginn eines Gespräches unterrichten.

Für die Aufgabenerfüllung der Vollzugsbehörde bedeutsam sind Informationen zu BtM-Konsum innerhalb der Anstalt, insbesondere Art, Menge und Herkunft von Drogen, Suizidabsichten und ähnliches.

3. Rechtfertigender Notstand

Nach § 34 StGB kann die Strafbarkeit des Bruchs der Schweigepflicht auch bei rechtfertigendem Notstand entfallen. Dies setzt voraus, dass die Offenbarung zum Schutz bedrohter und vom Recht anerkannter Interessen erforderlich ist. Es ist eine Güter- und Interessensabwägung vorzunehmen, die in der Regel bei ernstlichen Gefahren für Leib oder Leben zu einer Rechtfertigung führen wird. Eine solche Rechtfertigung ist auch zum Schutz von Rechtsgütern Dritter denkbar, also etwa wenn im Rahmen der Suchtberatung Umstände bekannt werden, dass ein Dritter – nicht der Beratene – unmittelbar gefährdet ist.

4. Minderjährige oder unter Betreuung stehende Betroffene

Von der strafrechtlich sanktionierten Verschwiegenheitspflicht kann in strafrechtlich relevanter Weise nur durch den Betroffenen selbst befreit werden. Dies gilt grundsätzlich auch bei betreuten oder minderjährigen Personen. Der Suchtberater ist danach zu einer Offenbarung der ihm anvertrauten Geheimnisse nur befugt, wenn der Verfügungsberechtigte selbst zugestimmt hat. Die Verfügungsberechtigung über ein anvertrautes Geheimnis i. S. des § 203 StGB wird von der herrschenden Meinung allein dem Geheimnisträger zugesprochen. Für die Wirksamkeit seines Einverständnisses genügt die natürliche Einsichtsfähigkeit des Verfügungsberechtigten in die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung. Kann der Betreute oder Jugendliche also Bedeutung und Folgen der Geheimnisoffenbarung erkennen, kommt es einerseits alleine auf das von ihm erklärte Einverständnis an, andererseits besteht die Geheimhaltungspflicht auch gegenüber den Erziehungsberechtigten und Betreuern. Im Rahmen obiger Prüfung rechtfertigenden Notstandes kann aber im Einzelfall die Abwägung der Interessen dazu führen, dass einem Erziehungsberechtigten oder Betreuer eher ein Geheimnis offenbart werden darf als einem Dritten.

2.2 Garantenpflicht

(Stockinger B)

Drogenkonsum ist regelmäßig ein Akt eigenverantwortlicher Selbstschädigung. Die Teilnahme eines Dritten an dieser Selbstschädigung durch Drogenabgabe ist im Regelfall straflos. Möglich ist aber eine Strafbarkeit dann, wenn die Einleitung von Rettungsmaßnahmen unterlassen wird und eine Abwendungs-, also Handlungspflicht, besteht. In diesem Fall spricht man von Garantenpflicht oder Garantenstellung. So kann nach § 13 StGB derjenige, der es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, rechtlich dann zur Verantwortung gezogen werden, wenn er dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt.

Eine solche Abwendungspflicht besteht für denjenigen, der die Drogen überlassen hat und es nach eingetretener Bewusstlosigkeit des Konsumenten unterlässt, gebotene, mögliche und zumutbare Rettungshandlungen vorzunehmen. Dabei reichen Injektionen mit Kochsalzlösungen, Wiederbelebungsversuche, Herzmassage oder ähnliches nicht aus. Es muss so schnell wie möglich der Notarzt alarmiert werden, auch wenn sich der Händler der Strafverfolgung wegen Abgabe des Betäubungsmittels aussetzt.

Diese Abwendungspflicht wird aber nur von dem erwartet, der für die Gefahrenlage verantwortlich ist. Der Verantwortliche hingegen wird im Falle des Drogentodes wegen fahrlässiger Tötung und nicht ausschließlich wegen Unterlassener Hilfeleistung belangt werden.

Eine besondere Garantenstellung können Angehörige und Ärzte haben. Der Lebenspartner oder nahe Angehörige ist verpflichtet, Hilfe zu leisten und ärztliche Hilfe zu holen, wenn nach

Drogengenuss Lebensgefahr eingetreten ist. Für den Arzt kann sich diese Verpflichtung aus dem ärztlichen Behandlungsvertrag ergeben.

Eine Garantenstellung kann auch dadurch entstehen, dass innerhalb einer Fixergemeinschaft verabredet wurde, bei Entstehung einer lebensbedrohlichen Lage Hilfe zu holen.

Denkbar ist die strafrechtlich relevante Pflicht, schädliche Folgen für Gesundheit und Leben der Abhängigen abzuwenden, zudem im Zusammenhang mit der Arbeit in einem Betreuungszentrum oder einem Konsumraum. Ist ein Mitarbeiter einer Drogenhilfeeinrichtung in Erste-Hilfe-Maßnahmen geschult, so ist er verpflichtet, diese auch anzuwenden, wenn der herbeigerufene Arzt nicht rechtzeitig eintrifft. Der Abhängige, der sich in den Schutz einer solchen Einrichtung begeben hat, darf darauf vertrauen, dass hier die erlernten Rettungsmaßnahmen ergriffen werden.

Angemessene Hilfeleistung bei Überdosierung oder Gesundheitsgefährdung sollte jedoch eine Selbstverständlichkeit sein. Demgemäß kann daher nicht nur derjenige, der eine solche Garantenstellung innehat, bestraft werden, § 323 c StGB stellt jeden unter Strafe, der bei einem Unglücksfall, gemeiner Gefahr oder Not nicht die erforderliche und zumutbare Hilfe leistet.

3 PRÄVENTIVE MASSNAHMEN IN BESONDEREN SETTINGS

3.1 Auch in Justizvollzugsanstalten werden Drogen konsumiert!

(Wehner B)

1. Situation

Zum 31. März 2012 verbüßten 14 % aller Inhaftierten eine Haftstrafe wegen eines Drogendelikts (Statistisches Bundesamt 2012). Die Zahl der Personen mit substanzbezogenen Störungen in den bayerischen Justizvollzugsanstalten wird auf 25-50 % geschätzt, teilweise auch höher (*Pfeiffer-Gerschel 2011*). Einer Querschnittstudie bei 1.497 Inhaftierten in sechs deutschen Gefängnissen zufolge wiesen 29,6 % (n=464) eine Lebenszeitprävalenz für intravenösen Drogenkonsum auf (*Radun u. a. 2007*). Drogenkonsum gibt es auch in Justizvollzugsanstalten. Wenngleich die Konsumfrequenz und die durchschnittlich konsumierte Menge illegaler Substanzen in den Anstalten vergleichsweise niedrig sind, bestehen dennoch große Risiken in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum hinsichtlich Infektionsgefahren und Überdosierungen. Nur in wenigen Haftanstalten ist z.B. ein Spriztentausch zur Senkung der Infektionsrisiken möglich. Besonders risikoreich stellt sich in diesem Zusammenhang die Zeit nach der Entlassung aus der Haft dar. Der eingeschränkte Drogenkonsum bzw. der in der Anstalt erreichte „Clean-Status“ hat eine stark verringerte Toleranz zur Folge, sodass das Risiko einer letalen Überdosis in den ersten Tagen und Wochen nach der Haftentlassung stark erhöht ist. Eine nicht unerhebliche Anzahl der polizeilich registrierten Drogentoten versterben innerhalb der ersten zwei Monate nach Haftentlassung an einer Drogenintoxikation.

Diese Problematik gilt es in den Justizvollzugsanstalten zu berücksichtigen und geeignete präventive Maßnahmen während des Aufenthaltes in der Anstalt und insbesondere im Rahmen des Übergangsmangements vor der Entlassungsvorbereitung zu treffen.

Außerhalb der Haftanstalten wurde in den letzten Jahrzehnten eine breite Palette verschiedener Hilfsansätze für Drogenkonsumenten mit unterschiedlichen Zielen und Methoden entwickelt. Diese zielen im Sinne der Zielhierarchiepyramide zu allererst auf die Sicherung des Überlebens, auf die Verminderung von gesundheitlichen Schäden, aber auch auf Konsumreduktion bis hin zur Drogenabstinenz. Neben stationären Reha-Maßnahmen sind z.B. Harm Reduction-Strategien, Suchtbegleitung, ambulante Hilfen, substitutions- und diamorphingestützte Behandlung u. a. zu nennen. Das Hilfe- und Behandlungsangebot im Justizvollzug bevorzugt dagegen in der Regel immer noch die Abstinenz als einzig zu erreichendes Ziel. Dies ist für viele der betroffenen Menschen jedoch unrealistisch, berücksichtigt unzureichend die Realitäten und gefährdet Gesundheit und Leben von Drogenkonsumenten in den Anstalten und nach ihrer Entlassung aus der Haft.

2. Externe Suchtberatung

Die externe Suchtberatung gehört heute zum Standardangebot einer fast jeden JVA in Deutschland. In den bayerischen Justizvollzugsanstalten besteht seit 1997 ein Netz an Externen Suchtberater. Träger der Stellen sind in aller Regel die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege. Externe Suchtberater arbeiten an der Schnittstelle aller im Rahmen einer Inhaftierung eines Suchtmittelabhängigen beteiligten Dienststellen, Behörden und Einrichtungen und übernehmen hierbei wichtige Aufgaben im Sinne einer fachlich qualifizierten Beratung und Betreuung von Suchtmittel- und Drogenabhängigen. Dies reicht von Information, Beratung und Betreuung bis hin zur Einleitung und Durchführung von Vermittlungen in therapeutische Einrichtungen,

Selbsthilfegruppen, ambulante Maßnahmen, Betreutes Wohnen etc. Zunehmend an Bedeutung gewinnen Maßnahmen und Angebote, die der Schadensminimierung und Überlebenssicherung von drogengebrauchenden Inhaftierten dienen.

Die Grundlage für die Tätigkeit der externen Suchtberatung in Bayern findet man im Art. 175 (2) des BayStVollzG, der die Anstalten verpflichtet, mit Behörden, Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, Vereinen und Personen, deren Einfluss die Eingliederung der Gefangenen fördern kann, eng zusammenzuarbeiten. Externe Berater können für die Gefangenen aufgrund ihrer Schweigepflicht und, sofern sie Mitarbeiter einer staatlich anerkannten Beratungsstelle für Fragen der Betäubungsmittelabhängigkeit sind (§ 53 Abs.1, Nr. 3b StPO), ihres Zeugnisverweigerungsrechts eine vertrauensvolle Position einnehmen, die es ermöglicht, offen über die Suchtproblematik und die damit verbundenen Fragestellungen zu sprechen, ohne mögliche negative Konsequenzen disziplinarischer oder strafrechtlicher Art durch die Anstalt befürchten zu müssen.

„Eine enge zweckdienliche, zielorientierte und kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Justizbehörden, Suchtberatungsstellen, Therapieeinrichtungen und den Kostenträgern bildet die Voraussetzung für eine sachgerechte Koordination von Therapie und Strafe. Dabei muss es „auch künftig (...) das Ziel sein, die Therapiechancen, die das Strafrecht bietet, konsequent zur Geltung zu bringen und auszuschöpfen“. (*Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in Bayern LAGFW, 2011*)

3. Was ist zu tun? Welche Maßnahmen sind sinnvoll, versprechen Erfolg und sind umsetzbar?

3.1 Entzug

Nach der Inhaftierung treten bei akut Drogenabhängigen Entzugserscheinungen auf, die es adäquat und nach dem aktuellen Stand der Medizin zu behandeln gilt. Ein medikamentengestützter Entzug, z.B. in Form einer substitutionsgestützten Behandlung, verspricht hier gute Erfolge und wird von den meisten Drogenabhängigen einem „kalten“ Entzug vorgezogen. Zudem erhöht sich in den meisten Fällen die Compliance, was eine wichtige Komponente für die Wirksamkeit einer Behandlung darstellt. Die Möglichkeit begleitender Gespräche durch die Fachdienste (Psychologen, Sozialpädagogen) bzw. durch die externe Suchtberatung sollte gegeben sein.

3.2 Substitutions- und diamorphingestützte Behandlung

Die substitutionsgestützte Behandlung von Opiatabhängigen ist eine allgemein anerkannte und wissenschaftlich fundierte Behandlungsform, die zum Standardangebot einer Justizvollzugsanstalt gehören sollte. Insbesondere bei Kurzzeit- und zeitlich absehbaren Strafen (Ersatzfreiheitsstrafen) stellt die Fortführung einer außen eingeleiteten Substitutionsbehandlung in Absprache mit dem behandelnden externen Substitutionsarzt eine Möglichkeit dar, um eine Entzugssymptomatik bzw. Craving und möglicherweise darauffolgenden erneuten illegalen i.v.-Konsum mit seinen Risiken zu vermeiden. Aber auch die qualifizierte Behandlung eines Drogenabhängigen im Rahmen einer langfristigen Substitution kann in einer JVA angezeigt sein. Substitution senkt das Risiko von intravenösem Konsum in Haft je nach Studie um 55-75 % und das Risiko vom Spriztentausch untereinander um 47-73 % (*Larney 2010*).

Durch die vorwiegend am Abstinenzparadigma orientierte Arbeitsweise in den (meisten) Justizvollzugsanstalten wird eine durchgehende Substitution verneint. Es findet nur in Ausnahmefällen eine An-Substitution vor der Entlassung statt, was die Übernahme bei Substitutionsärzten draußen erschwert oder verhindert und demzufolge die Wahrscheinlichkeit des erneuten Konsums nach Entlassung und damit einer Überdosierung erhöht.

Angesichts der in den bayerischen Justizvollzugsanstalten sehr restriktiv und zurückhaltend umgesetzten Substitutionsbehandlung hat der Europäische Gerichtshof im September 2016 eine Entscheidung getroffen, die feststellt, dass das Vorenthalten einer entsprechenden Behandlung eine Verletzung von Art. 3 (Verbot der Folter) der Europäischen Menschenrechtskonvention darstellen kann, sofern die Voraussetzungen dafür entsprechend den Richtlinien, die außerhalb einer JVA gelten, vorliegen. Die Entscheidung basiert auf dem Grundsatz, dass Gefangenen eine gleichwertige medizinische Behandlung wie Menschen in Freiheit zusteht. Es ist abzuwarten, inwieweit insbesondere die bayerische Justiz reagiert und bedarfsgerechte und qualifizierte Substitutionsbehandlungen in ausreichendem Umfang in den Gefängnissen zulassen wird.

Für die Behandlung mit Diamorphin, eine in Deutschland noch recht junge Behandlungsform, kann man von ähnlichen Voraussetzungen ausgehen. Nach den Ergebnissen verschiedener Heroinstudien stellt auch diese Behandlung eine effektive und sinnvolle Maßnahme dar, mit hoher Haltequote, ausgeprägter Compliance und positiven Auswirkungen auf die Senkung von Infektions- und Überdosierungsrisiken. Diese Behandlungsform wird bisher in Justizvollzugsanstalten nicht angeboten.

3.3 Angebote zur Harm Reduction und Gesundheitsförderung

Neben Aufklärung, Information und Trainings in Zusammenhang mit Harm Reduction- und Safer Use-Fragen sowie zur Infektionsprophylaxe sollten in geeigneter zielgruppenspezifischer Art und Weise Informationen über Behandlungsmöglichkeiten bei durch Drogenabusus typischen Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis) u. a. sowie über gesunde Lebensgewohnheiten, Ernährung, körperliche Bewegung usw. erfolgen. Dies kann durch den medizinischen Dienst der Anstalt erfolgen, aber auch durch externe Fachkräfte.

3.3.1 Erste-Hilfe-/Notfalltraining

(Drogenabhängige) Gefangene sollten die Möglichkeit haben, an einem Erste-Hilfe-/Notfalltraining teilzunehmen, um in Notfallsituationen in der Anstalt, aber auch nach der Entlassung draußen schnell und kompetent handeln zu können. Dabei gilt es auch, Themen wie z.B. die Naloxonvergabe einzubeziehen.

3.3.2 Spritzenvergabe/-tausch

Aus infektionsprophylaktischen Gründen sollte für i.v.-konsumierende Gefangene die Möglichkeit bestehen, steriles Spritzenmaterial und weitere Konsumutensilien (z.B. Alkoholtupfer, steriles Wasser u. a.) zu erhalten. Dabei sollten benutzte Spritzen auch entsorgt werden können. Auch die Abgabe von Kondomen ist eine sinnvolle, die Infektionsgefahr senkende Maßnahme. Um Hemmschwellen zur Nutzung dieser Angebote zu senken, sollte Anonymität gewährleistet sein, z.B. durch das Anbringen eines Automaten an einer zugänglichen und doch die Privatsphäre schützenden Stelle.

3.3.3 Give-aways

Give-aways wie z.B. ansprechend gestaltete Flyer mit Warnhinweisen, entsprechend bedruckte Feuerzeuge, mit Warnhinweisen bedruckte Abbinder u. a. bieten sich hier als Informationsträger an und können entsprechende Botschaften ergänzend zum Gespräch vermitteln.

3.4 Beratung/Betreuung

Im Einzelkontakt mit den Inhaftierten liegt einer der Schwerpunkte der Beratung/Betreuung durch Externe Suchtberater. Die Begegnungen und Beratungsgespräche mit den Gefangenen sollen in einer vertraulichen Atmosphäre stattfinden, die grundsätzlich überwachungsfrei zu erfolgen haben. Gruppenangebote, durchgeführt von den anstaltsinternen Fachdiensten, aber auch von externen Diensten, in denen sucht- und drogenspezifische Thematiken behandelt werden, haben sich in der Betreuung von Drogengefährdeten und -abhängigen in Justizvollzugsanstalten bewährt. Dies gilt insbesondere auch für jugendliche Arrestanten in Jugendarrestanstalten.

3.5 Selbsthilfegruppen

Gesprächs- und Gruppenangebote von Selbsthilfegruppen (z.B. Narcotic Anonymus, J.E.S. u. a.) sollten in jeder JVA obligatorisch sein. Das tatsächliche Angebot richtet sich nach den regionalen Bedingungen und dem Vorhandensein bestimmter Selbsthilfegruppen.

3.6 Entlassungsvorbereitung/Übergangmanagement

Neben der allgemeinen Entlassungsvorbereitung sollte insbesondere im Hinblick auf Drogennotfallprävention für die risikoreiche Zeit unmittelbar nach der Entlassung das Thema „Drogenkonsum und Risiko einer Überdosierung“ eine wichtige Rolle spielen. Den kurz vor der Entlassung Stehenden müssen die Risiken und Gefahren eines erneuten Drogenkonsums auf der illegalen Szene verdeutlicht werden (siehe auch 3.3).

3.7 Inhaftierte, nicht Deutsch sprechende Drogenabhängige

Der hohe Anteil von inhaftierten Drogenabhängigen mit Migrationshintergrund erfordert je nach Bedarf muttersprachliche Angebote. Angesichts der Vielzahl von Nationalitäten unter den Inhaftierten besteht besonderer Bedarf an Russisch, Arabisch und Farsi. Ideal ist die Ergänzung um weitere Sprachen. Hierbei geht es um die persönliche Beratung/Betreuung im Sinne von Face-to-Face, aber auch um die Erstellung von geeigneten muttersprachlichen Infomaterialien zu Risiken und Gefahren von Drogengebrauch sowie zu Verhaltensregeln in Risikosituationen in und nach der Entlassung aus der Anstalt.

3.8 Mitarbeiterschulungen

Mitarbeiterschulungen der JVA-Bediensteten und die Fortbildung des medizinischen Personals im Bereich Sucht und Drogen stellen weitere wichtige Punkte zur Qualitätssicherung dar. Die im Drogenbereich zu beobachtende Dynamik hinsichtlich immer wieder neuartiger Substanzen, neu auftretende Konsumentengruppen und weitere Entwicklungen erfordern es, dass auch das Personal in den Anstalten über einen aktuellen Wissenstand verfügt.

3.9 Vernetzung

Die Zusammenarbeit, Abstimmung und Vernetzung aller relevanten Stellen und Einrichtungen ist von Nutzen und sollte verstärkt werden. Dies bezieht die JVA-Leitungen, anstaltsinterne Fachdienste und externe Institutionen wie z.B. Drogenhilfeeinrichtungen, Straftentlassenen- und Obdachlosenhilfen, Bewährungshilfe, Substitutionsärzte, Jobcenter u. a. mit ein.

Hinweis: Diese Liste an möglichen Maßnahmen und Aktivitäten erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie soll sensibilisieren, Ideen und Anstöße vermitteln, Impulse setzen und ist jederzeit ergänzbar.

Literatur

Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern(LAGFW):

Rahmenleistungsbeschreibung Externe Suchtberatung in den Justizvollzugsanstalten in Bayern, München 2011

Larney, S: Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk Behaviours? A systematic review. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Betreuung im Strafvollzug – Ein Handbuch 2014, Berlin 2014, S. 154

Pfeiffer-Gerschel, T: Gefängnismedizin und Äquivalenzprinzip – Medizinische Versorgung Gefangener auf der Basis der GKV-Standards – Teil I, Fachtagung: Gesundheitsförderung und ärztliche Versorgung Drogenabhängiger in Justizvollzugsanstalten, München 2011

Radun, D: Cross-sectional study on seroprevalence regarding hep b, hep c and hiv, risk behavior, mknowledge, attitudes about blood-borne infections among adults prisoners in Germany – preliminary results. Abstract. Paper presented at the European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE). In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Betreuung im Strafvollzug – Ein Handbuch 2014, Berlin 2014, S. 151

Statistisches Bundesamt 2012: <https://www.destatis> – Zahlen und Fakten – Gesellschaft und Staat - Rechtspflege In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Betreuung im Strafvollzug – Ein Handbuch 2014, Berlin 2014, S. 154

Stöver, H: DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – eine Übersicht, in: Suchttherapie Jg. 2002 3(3), Stuttgart, S. 135-145

Stöver, H./Nelles J: 10 Jahre Spritzenvergabe an DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug und das Ende für deutsche Projekte. In: Abhängigkeiten. Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, Jg.2003

Stöver, H: Medizinische Versorgung von Drogengebraucher(innen) in Haft. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Betreuung im Strafvollzug – Ein Handbuch 2014, Berlin 2014, S. 148-159

3.2 Fentanyl und Drogentod – Mögliche Ursachen und Maßnahmen zur Prävention

(Erbas B, Arnold M)

1. Hintergrund

Fentanyl wirkt etwa 80-mal stärker als Morphin, ist stark lipophil und wirkt überwiegend an μ -Opiatrezeptoren (Trescott et al., 2008). Neben einer Analgesie führt es dosisabhängig zu reduzierter Wahrnehmungsfähigkeit, Bewusstseinsstörungen bis hin zu Atemdepression und komatösen Zuständen. Aufgrund der hohen Wirksamkeit, der scheinbar einfachen Aufbereitung und der fehlenden Nachweisbarkeit in den gängigen Drogensuchtests sind Fentanylpflaster bei Opiatabhängigen sehr beliebt.

Im Zeitraum von 2008 bis 2012 ist in Bayern der Anteil an Verstorbenen, bei denen eine Beteiligung von Fentanyl nachgewiesen werden konnte, deutlich angestiegen und war danach wieder rückläufig.

Drogentote	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gesamt	246	250	262	177	213	230	252	314
mit Fentanylbeteiligung	16	29	43	45	67	70	69	63
Anteil in Prozent	(6,5%)	(11,6%)	(16,4%)	(25,4%)	(31,5%)	(30,4%)	(27,4%)	(20,1%)

Tabelle 1: Drogentodeszahlen in Bayern mit Fentanylbeteiligung und gesamt sowie Anteil der Drogentoten mit Fentanylbeteiligung an der Gesamtzahl Drogentoter (LKA, 2015)

Die bayerischen Staatsanwaltschaften beantragen in der Mehrzahl der Todesfälle Obduktionen und meist auch chemisch-toxikologische Begutachtungen. Dabei ist zu beachten, dass bei der überwiegenden Anzahl der Verstorbenen mehrere Substanzen als möglicherweise todesursächlich nachgewiesen werden konnten. Hier zeigte sich allerdings, dass die Zahl der mit einem chemisch-toxikologischen Gutachten bestätigten Todesfälle im Zeitraum von 2010 bis 2014 von 72 % auf 58 % zurückging. Die Zahl der entsprechenden Gutachten, die eine Fentanylbeteiligung nachwies, reduzierte sich im gleichen Zeitraum von 88 % auf 62 %.

Die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen führte im Mai 2015 eine Befragung zu möglichen Ursachen von missbräuchlichem Fentanylkonsum und Maßnahmen zur Prävention von Drogentodesfällen mit ausgewählten Experten durch. Es beteiligten sich Institutionen aus dem Bereich der Suchthilfe wie Drogenberatungsstellen, Kliniken und Apotheken, Gesundheitsbehörden, das Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie das Bayerische Landeskriminalamt.

2. Mögliche Ursachen für das Interesse der Konsumenten an Fentanyl

Folgende potenzielle Gründe wurden von den Befragten diskutiert:

- *auf Seiten der Konsumenten:*

- Ausweichverhalten:

Dass Heroinabhängige alternativ auf Fentanyl ausweichen, könnte möglicherweise darin begründet liegen, dass Fentanyl in seiner Wirkung mit Heroin vergleichbar ist (Plörer et al., 2012) und es ersatzweise zu dem aufgrund der restriktiven Drogenpolitik schlechter verfügbaren Heroin genutzt wird.

- Strafrechtliche Aspekte:

Da der Besitz von Fentanyl nicht illegal ist, ist bei Polizeikontrollen mit weniger strafrechtlichen Konsequenzen zu rechnen (Plörer et al., 2012).

- Bevorzugung von Fentanyl gegenüber Heroin:

Es gibt Patienten, die Fentanyl nicht nur als „Ausweichsubstanz“ konsumieren, sondern es grundsätzlich gegenüber Heroin bevorzugen.

- Fehlendes Wissen über Risiken:

Nach Auffassung des Instituts für Rechtsmedizin und des Bayerischen Landeskriminalamts erklärt sich die hohe Todeszahl in Zusammenhang mit Fentanylmissbrauch durch die schwer abschätzbare Dosis, die nach dem Auskochen der Pflaster zur Verfügung steht. Zudem ist Fentanyl ein sehr potentes Opioid mit einer mindestens 80-fach stärkeren analgetischen Potenz als Morphin. Selbst in gebrauchten Pflastern befinden sich noch bis zu 70 % der ursprünglichen Wirkstoffmenge.

Bei Obduktionsergebnissen des Instituts für Rechtsmedizin zeigte sich, dass die Applikation überwiegend intravenös erfolgte. Lediglich ein geringer Anteil hatte mehrere Pflaster auf die Haut geklebt, die Pflaster auf Schleimhäute aufgebracht (Mundhöhle, höhere Resorptionsrate) oder verschluckt. In nahezu allen Fällen wurde eine

Mischintoxikation mit anderen zentraldämpfenden Substanzen, z.B. mit anderen Opioiden/Opiaten, Benzodiazepinen, Pregabalin oder Alkohol, festgestellt.

- *auf Seiten der Ärzte:*
 - *Verordnungsverhalten:*
Leider werden Fentanylpflaster immer wieder unkritisch verordnet. So kann beispielsweise die Anamnese unzureichend sein, sodass eine Opiatabhängigkeit bei der Verordnung nicht ausgeschlossen wurde. Auch eine mangelhafte Überwachung der Therapie kann Missbrauch begünstigen. Nicht selten werden große Packungen verordnet, die dann von Opiatabhängigen teilweise selbst konsumiert sowie in größeren Mengen auf dem Schwarzmarkt gehandelt werden.
 - *Informationsdefizit:*
Bei vielen Ärzten ist das Missbrauchspotenzial von Fentanylplastern unbekannt. Typisch ist folgendes Vorgehen opiatabhängiger Patienten: Ein eher jüngerer, bislang nicht oder kaum bekannter Patient wird bei einem Arzt vorstellig und berichtet ein chronisches Schmerzsyndrom, zumeist ein orthopädisches Beschwerdebild. Der eigene Hausarzt oder Orthopäde ist nicht erreichbar. Zum „Beweis“ werden häufig leere Fentanylschachteln vorgelegt (Unglaub et al., 2014).
- *auf Seiten der Überwachungsbehörden:*
 - Die Kontrolle von Verordnungen durch die Aufsichtsbehörden erfolgt meist nicht in der Art und Weise, dass Mehrfachverordnungen oder auch der Handel mit Fentanylplastern aufgedeckt werden können.

3. Initiativen und Maßnahmen zur Prävention von Fentanylmissbrauch

Bereits in den vergangenen Jahren wurden verschiedene Lösungsvorschläge im Rahmen von interdisziplinären Arbeitsgruppentreffen durch die BAS erarbeitet und in einem Informationspapier (BAS e.V., 2014) zusammengefasst. Diese beinhalten die folgenden Ansätze, die von und mit den verschiedenen Akteuren entwickelt wurden:

- *Initiativen für Ärzte, Apotheker und Pflegeberufe:*
Für diese Berufsgruppen wurden Empfehlungen zum Umgang mit gebrauchten Fentanylplastern und zur Verordnung von Fentanylplastern verfasst (BAS, 2013) und in entsprechenden Fachmedien (z.B. MMW Fortschritte der Medizin, Der Hausarzt) veröffentlicht. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns informierte bereits mehrfach zu diesem Thema (2009, 2012 und 2013).
- *Initiative der Suchthilfe zu Safer Use:*
Zahlreiche Suchthilfeeinrichtungen haben Flyer oder Informationsblätter zu Fentanyl entworfen und diese aktiv an die Zielgruppe verteilt. Damit sollte zum einen über die Gefährlichkeit der Substanz informiert und zum anderen Hinweise für einen risikoärmeren Konsum (z.B. niemals alleine konsumieren, Lutschen von Pflastern ist risikoärmer als intravenöser Konsum) gegeben werden.
- *Initiativen von bayerischen Überwachungsbehörden:*
Das Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (RGU) führt im Rahmen der Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs Kontrollen in Apotheken durch, um gezielt unkritisch verordnende Ärzte zu identifizieren und anschließend anzusprechen. Klärungsbedarf besteht bei der Verordnung von Fentanylplastern an verhältnismäßig junge Erwachsene, der Verschreibung auffälliger Dosierungen oder der Feststellung des Arzthoppings, welches in Einzelfällen bei 18 und mehr Ärzten durchgeführt wurde (Pichlmaier et al., 2014).

Auch das Augsburger Gesundheitsamt kontrollierte in der Vergangenheit sämtliche Fentanylverordnungen, was in der Folge zu einzelnen Ermittlungen gegen Ärzte und Patienten führte. Letztere machten sich strafbar, wenn sie sich (bei gesicherter Indikation) eine Übermenge an Fentanyl verschreiben ließen und der Verdacht auf Weiterveräußerung bestand.

- Initiativen der praxisbezogenen Forschung:
Besucherinnen und Besucher dreier Kontaktläden des Drogennotdienst München wurden zu ihrem Konsumverhalten bezüglich Fentanyl befragt, um auf der Grundlage der Befragungsergebnisse das Wissen der Konsumenten zu steigern und/oder Safer Use-Maßnahmen abzuleiten. Hier zeigte sich allerdings, dass das Gefahrenpotenzial hinsichtlich der unberechenbaren Dosierbarkeit den meisten Konsumenten durchaus bewusst ist, dass aber gleichzeitig die Dosierung u. a. auch vom aktuellen Gemütszustand abhängig ist. Der Ergebnisbericht kann über Prop e.V. bezogen werden.
Im Rahmen einer Dissertation wurden Patienten in Substitutionstherapie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München zum Fentanylbeikonsum befragt. Hier zeigte sich, dass Fentanylpflaster sowohl durch eine ärztliche Verschreibung als auch über den Schwarzmarkt erlangt werden. Als Verschreibungsquellen wurden teilweise Hausärzte (aber nicht die eigenen) sowie Orthopäden („gute Verschreiber“) genannt. Die Schwarzmarktverkäufer erhielten die Fentanylpflaster ebenfalls aufgrund „eigener Erkrankungen“. Um einen Teil des rezeptierten Fentanyls weiterverkaufen zu können, wurden mehrere Ärzte aufgesucht. Für den Konsum wurden in dieser Gruppe ausschließlich neue und keine bereits gebrauchten Pflaster verwendet (Plörer et al., 2012).

Die Erkenntnisse aus diesen beiden Befragungen lieferten u. a. die Grundlage für die Entwicklung der oben angeführten Maßnahmen.

Die nachfolgende Übersicht stellt relevante Fragen zusammen, die vor einer Fentanyl-Verordnung bei einem bis dato unbekanntem Patienten erhoben werden sollten.

Wichtige Fragen zur Anamnese bei unbekanntem Patienten mit Wunsch nach einer Fentanylverordnung (nach Unglaub et al., 2014):

- Von welchem Arzt wurde die letzte Verordnung ausgestellt?
⇒ Ggf. Erreichbarkeit der Arztpraxis überprüfen
- Wann wurde die letzte Verordnung ausgestellt?
⇒ Überprüfen der zuletzt verordneten Menge und Reichdauer
- Seit wann erfolgt die Verordnung von Fentanylpflastern?
- Warum wird Ihnen Fentanyl verordnet?
- Wie sieht Ihr Gesamtbehandlungsplan aus („nur Pflaster“)?
- Wie oft erfolgt bei Ihnen ein Pflasterwechsel?
- Wo klebt Ihr Fentanyl-Pflaster aktuell?
⇒ Pflaster bzw. Klebestelle vom Patienten zeigen lassen
- In welcher Apotheke haben Sie Ihre letzte Packung Fentanyl-Pflaster bekommen?
⇒ Evtl. Rücksprache mit der Apotheke (Schweigepflichtsentbindung!), ob die Angaben zutreffen und regelmäßig betäubungspflichtige Schmerzmittel von dem benannten Arzt für den Patienten verordnet wurden.

Sollten diese Fragen nicht plausibel beantwortet werden können, sollten Sie eine Verordnung von Fentanyl-Pflastern besonders sorgfältig abwägen.

- Bei einer Erstverordnung sollte immer die kleinste Einheit eines Fentanyl-Pflasters verordnet werden.
- Grundsätzlich können auch einzelne Fentanyl-Pflaster verschrieben werden.

Literatur:

BAS Unternehmungsgesellschaft (2013): Empfehlungen zum Umgang mit gebrauchten Fentanylpflastern. <http://www.bas-muenchen.de/> unter Publikationen

BAS Unternehmungsgesellschaft (2013): Empfehlungen zur Verordnung von Fentanylpflastern. <http://www.bas-muenchen.de/> unter Publikationen

BAS e.V. (2014): Drogentod – mögliche Ursachen und Lösungsansätze – ein Informationspapier für Praktiker in der Suchthilfe. <http://www.bas-muenchen.de/> unter Publikationen

Erbas B, Wodarz N (2014): Fentanyl wird zunehmend missbraucht. Dtsch Ärztebl 111, 38: 1560-61

Gröndahl, D (2011): Zunehmender Missbrauch von Fentanylpflastern. Münchner Ärztliche Anzeigen, 5: 18-19

Schubert I, Ihle P, Sabatowski R (2013): Increase in opiate prescription in Germany between 2000 and 2010 – a study based on insurance data. Dtsch Ärztebl Int 2013, 110(4): 45–51.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Trendspotter study on fentanyl in Europe. 2012. <http://www.emcdda.europa.eu/scientific-studies/2012/trendspotters-report>

Pichlmaier P, Abriel M, Drubba S, Gleich S (2014): Münchner Ärztlichen Anzeigen, 11: 11-13

Plörer, D, Martin, G, Winter, C, Koller, G, Walcher, S, Muselmann, R, Schäfer, F, Al-Iassin, J, Pogarell, O (2012): Fentanyl Missbrauch bei opiatabhängigen Patienten mit und ohne Opiatsubstitutionstherapie (Methadon, Polamidon, Buprenorphin). Suchtmedizin in Forschung und Praxis 14 (4) 187

Trescot AM, Datta S, Lee M, Hansen H (2008): Opioid pharmacology. Pain Physician; 11(2 Suppl): S133–53

Tretter F (2013): Fentanyl-Missbrauch durch Drogenabhängige. Was sollten Ärzte bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln beachten? Münchner Ärztliche Anzeigen, 7: 3-4

Unglaub W, Erbas B, Wodarz N (2014): Fentanyl: Eine neue „Modedroge“? Bayerisches Ärzteblatt, 1-2: 46-47

3.3 Angebote für Menschen mit russischsprachigem Migrationshintergrund

(Gollrad T)

Menschen mit russischem Migrationshintergrund sind unter den Rauschgift-Todesfällen in den letzten Jahren durchweg vertreten. Aus der Praxis wird berichtet, dass insbesondere diese Zielgruppe schwer von den Hilfsangeboten zu erreichen ist. Als Ursachen hierfür werden in der Literatur unter anderem Sprachbarrieren, Unkenntnis über das Suchthilfesystem sowie Angst und Misstrauen beschrieben [Czycholl 2011³]. Hinzu kommt eine Vielzahl von möglichen Belastungsfaktoren, die mit Migration zusammenhängen. All dies erfordert interkulturell sensibel gestaltete Angebote. Mit dem Ziel Zugangsbarrieren abzubauen und damit die Prävention von Drogentodesfällen zu unterstützen, startete in Bayern das Projekt *Suchtprävention für Menschen mit russischsprachigem Migrationshintergrund* im Juni 2015. Vier gemeinnützige Träger haben hierfür verschiedene Ansätze und Maßnahmen entwickelt, die sie in ihren jeweiligen Einrichtungen umsetzen.

Einsatz muttersprachlicher Fachkräfte

Angebote von Fachkräften mit eigenem (russischsprachigen) Migrationshintergrund bieten einen erfolgversprechenden Ansatz. So berichten die Berater der Träger durchweg von einem verbesserten Zugang zur Zielgruppe, wobei erste Zahlen aus den Einrichtungen auf einen Zuwachs der Klientel hindeuten. Der Einsatz muttersprachlicher Fachkräfte ermöglicht immer auch ein Wachstum der interkulturellen Kompetenz in Einrichtungen.

Offene Angebote

Vor allem in niedrighwelligen Einrichtungen zeigte eine erste Zwischenauswertung, dass insbesondere offene und aufsuchende Angebote gut angenommen werden (z.B. offene Sprechstunden und Streetwork). Die Themen der russischsprachigen Klienten ähneln denen anderer Klienten. So werden beispielweise Alternativen zum Konsum besprochen, die Vermittlung und ggf. Begleitung zu weiteren Einrichtungen spielt eine Rolle, Unterstützung bei Anträgen sowie Gewalt in der Familie oder Schulden. Im Unterschied dazu stellt aber die Möglichkeit der muttersprachlichen Unterstützung bzw. teilweise auch das Dolmetschen einen zentralen Erfolgsfaktor dar.

Vernetzung

Durch das Bereithalten eines muttersprachlichen Angebotes profitieren auch weitere Institutionen bzw. Klienten, die dort angebunden sind oder werden. So sind in den Projekten vielfältige Kooperationen entstanden, durch die teilweise existenzielle Themen bearbeitet werden konnten (z.B. Bewahrung vor Obdachlosigkeit, Vermittlung in Entgiftung/Therapie).

Durch eine zentrale Koordinationsstelle, die in diesem Fall bei der BAS eingerichtet wurde, können die Erkenntnisse aus den jeweiligen einzelnen Einrichtungen zusammenfließen und die Einrichtungen wiederum davon untereinander profitieren.

Multiplikatorenansatz

In einem weiteren Ansatz werden engagierte und gut integrierte Migranten zu sogenannten Suchthilfemediatoren ausgebildet. Die Schulung mit einem Gesamtumfang von 50 Stunden zu verschiedenen Inhalten rund um das Thema Sucht haben knapp 30 Personen abgeschlossen.

³ Czycholl, D. (2011). Kompetenznetzwerk Sucht-Selbsthilfe für Migranten aus dem Osten (KOSMOS). Aufbau eines neuen internetgestützten Selbsthilfeportals für junge Drogen User (Exjuse). Bericht der wissenschaftlichen Projektbegleitung. Hannover: Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.

Diese werden im nächsten Schritt Suchtpräventionsveranstaltungen in der Lebenswelt der Migranten durchführen und damit einen Beitrag zur Integration leisten.

Ausblick

Eine erste Zwischenauswertung nach einem dreiviertel Jahr Projektlaufzeit deutet darauf hin, dass durch Angebote speziell für die Zielgruppe Menschen mit russischsprachigem Migrationshintergrund diese erreicht werden können. Zu berücksichtigen sind dabei Faktoren wie muttersprachliche Beratung und offene Strukturen. Damit werden die Angebote der Suchthilfe interkulturell durchlässiger, Teilhabechancen eröffnet und ein wichtiger Beitrag zur Integration geleistet. Eine Auswirkung auf die Zahl der Rauschgift-Todesfälle innerhalb dieser Gruppe bleibt abzuwarten.

Auswahl russischsprachiger Materialien zum Thema Sucht

Informationen im Internet: Mudra e.V.: mudra-port (2016), URL: <http://www.mudra-port.de>

DHS: Drogen? Alkohol? Tabletten? Irgendwann ist Schluss mit lustig (2015),

URL: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Drogen-Alkohol-Tabletten_ru.pdf

DHS: Ein Angebot an alle, die einem nahestehenden Menschen helfen möchten – russisch (2014),

URL: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Ein_Angebot_an_alle_russisch.pdf

Indro e.V.: Faltblatt Safer-Use-Info Russisch

URL: <http://www.indro-online.de/saferuserussisch.htm>

Indro e.V.: Faltblatt Substitution russisch

URL: <http://www.indro-online.de/substitutionsflyer.pdf>

4 SITUATIONSBEZOGENE RÜCKFALLPRÄVENTION

4.1 Rückfallprävention und vorbereitende Entlassung aus stationärer Entwöhnungsbehandlung

(Breuer M)

Im Folgenden wird – neben einigen grundsätzlichen Überlegungen – exemplarisch das entsprechende Vorgehen im Adaptionshaus Kieferngarten (eine stationäre Adaptionseinrichtung in München, medizinische Rehabilitation Phase II, Träger: Deutscher Orden Suchthilfe) bzw. in der Würmtalklinik Gräfelfing (Fachklinik für Suchtkrankheiten, medizinische Rehabilitation, Träger ebenfalls Deutscher Orden Suchthilfe) beschrieben. Federführender Kostenträger ist in beiden Fällen die Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd.

Sinnvollerweise sind hierbei die drei folgenden Situationen zu unterscheiden:

1. Rückfall- und Notfallprävention während medizinischer Rehabilitation

Rückfallprävention (sowie allgemein Verfahren der Psychoedukation) haben sich mittlerweile als Standardverfahren innerhalb der stationären medizinischen Rehabilitation Suchtkrankter durchgesetzt. Es gibt inzwischen kaum noch Sucht-Fachkliniken, die auf solche Behandlungsmodule verzichten. Entsprechende Manuale sind mittlerweile allgemein zugänglich (z.B. das psychoedukative Behandlungsmodul aus der deutschen Heroinstudie EPOS, Kuhn et al., 2007 oder auch „Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.“, Körkel & Schindler, 2003). In diesem Zusammenhang hat sich das Führen eines sog. Notfallpasses (Körkel & Schindler, 2003) bewährt: Hier werden wichtige Telefonnummern und Anlaufstellen aufgeschrieben, um sie im Notfall griffbereit zu haben. Rückfallprävention ist also – entweder individualisiert oder auch manualisiert – ein wesentliches Merkmal einer modernen Suchtbehandlung.

Auch die Prävention medizinischer Notfälle hat – i.d.R. im Rahmen der Einführung von QM-Maßnahmen – schrittweise Einzug in den Alltag stationärer Rehabilitationseinrichtungen gehalten. Hier sind insbesondere Maßnahmen zur Verhinderung von Überdosierungen/Intoxikationen zu nennen. Das Aushängen von Notfallplänen sowie das Einüben des Verhaltens im Notfall (auf jeden Fall für Mitarbeiter, u. U. auch für Patienten) sollte Behandlungsstandard sein. Auch Ausbildungen in Erste-Hilfe-Maßnahmen bzw. insbesondere Reanimationstrainings sollten inzwischen ein fester Bestandteil der Qualifikation von Mitarbeitern in Rehabilitationseinrichtungen sein.

Bei der Vermittlung bestimmter, notfallbezogen relevanter Informationen im Rahmen stationärer Rehabilitation an Patienten sind allerdings einige Besonderheiten zu beachten:

Bei der Vermittlung von Informationen im Bereich „Suchtmittelkonsum“ besteht ein schmaler Grat zu einer Psychodynamik von „Konsum-Ermunterung“ innerhalb einer Therapiegruppe. Rehabilitationsziel ist und bleibt die zukünftige Abstinenz von Suchtmitteln. Insofern kommt es hier zu einem Spagat zwischen der Suchtmittelabstinenz als Behandlungsziel und zukünftigen Rückfällen als häufige Behandlungsrealität. Basisinformationen über die verminderte Toleranz bei einem zukünftigen Suchtmittelkonsum sollten vermittelt werden, ohne den Anschein eben dieser „Konsum-Ermunterung“ zu erwecken.

2. Rückfall- und Notfallprävention nach regulärer Entlassung aus medizinischer Rehabilitation

Ergänzend ist hier zu erwähnen, dass die – möglichst nahtlose – Inanspruchnahme einer Nachsorge bzw. weiterführenden Behandlung (Adaptionsbehandlung, betreutes Wohnen, ambulante Suchtnachsorge, ambulante Psychotherapie etc.) ein wesentlicher Bestandteil einer

stationären Rehabilitation sein sollte. Insofern sollte es bereits während der Rehabilitationsbehandlung zu einem Kontakt zwischen dem (noch stationären) Patienten und der geplanten Nachsorgestelle kommen. Die Einleitung von Nachsorgemaßnahmen hat hierbei sowohl direkten als auch indirekten Rückfallpräventionswert.

3. Rückfall- und Notfallprävention nach irregulärer Entlassung aus medizinischer Rehabilitation

Der häufig unmittelbarste Fall der Begegnung von Maßnahmen zur Rückfallprävention besteht jedoch häufig im Fall einer irregulären Therapiebeendigung. Daher sei dieser Situation hier mehr Raum gewährt:

Geht man von der Annahme aus, dass eine disziplinarische Entlassung oder ein selbstgewählter Therapie-Abbruch des Patienten nicht (nur) als Scheitern einer Behandlung, sondern als eine Phase von vielen zu betrachten sind, ergibt es sich von selbst, dass man bei der Form der Verabschiedung genauso viel Sorgfalt und Fürsorge an den Tag legen sollte wie das auch sonst im therapeutischen Alltag zu geschehen hat. Auch oder vielleicht gerade dann (in dieser Situation des u. U. neuerlichen Scheiterns) braucht der entsprechende Patient besonders unsere Hilfe. Ganz gleich, ob er selbst daran „schuld“ ist, oder aus welchen Gründen auch immer die vorzeitige Beendigung erfolgt, der Patient hat eine ihm gesetzte Norm nicht erfüllt. Diese Tatsache alleine führt zu Scham- und Schuldgefühlen auf Seiten des Patienten, die wiederum die Rückfallgefahr weiter erhöhen. Von Seiten der Einrichtung ist zu diesem Zeitpunkt in erster Linie Harm Reduction gefordert.

Die Weitervermittlung im Sinne von einer Hand in die nächste mildert die emotionalen Affekte und senkt die Gefahr eines „Absturzes“ des Patienten nach der irregulären Beendigung. Eine sinnvolle und angemessene Weitervermittlung in eine andere Einrichtung (u. U. sogar eine Wiederaufnahme innerhalb der gleichen Einrichtung) sind diesbezüglich die ersten Mittel der Wahl. Weiterhin unterstützend wirkt die direkte Vermittlung einer Kontaktaufnahme zu einer geeigneten Suchtberatungsstelle. Die Suchtberatungsstelle ist nicht nur zu informieren, sondern der Patient ist möglichst dazu anzuhalten, in Anwesenheit des Bezugstherapeuten mit dieser zu telefonieren und noch am gleichen Tag einen Termin zu vereinbaren, zu dem er dann auch erscheinen sollte.

Darüber hinaus wird nach Möglichkeit jeder Patient, der die Behandlung abbricht bzw. vorzeitig entlassen wird, über

- geeignete Anlaufstellen,
- kurzfristige Unterkunftsmöglichkeiten sowie
- die spezifischen Risiken eines neuerlichen Suchtmittelkonsums

aufgeklärt.

Hierzu existieren entsprechende Formblätter, die dem Patienten auszuhändigen bzw. mit diesem zu besprechen sind.

Literatur:

Körkel, J & Schindler, Chr (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin: Springer.

Kuhn S, Schu M, Vogt I, Schmid M, Simmedinger R, Schlanstedt G, Farnbacher G, Verthein U & Haasen C (2007): Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Sucht* 53: 278-287.

4.2 Prävention von Drogentodesfällen auf einer Drogenentzugsstation – Kurzkonzzept der Villa

(Meyer K)

Die Prävention von potenziell tödlichen Drogenüberdosierungen auf unserer Station erfolgt auf mehreren Ebenen.

Jede Patientin und jeder Patient wird bereits im Aufnahmegespräch unter anderem über vormalige Überdosiserfahrungen befragt. Im Weiteren werden dann nähere Informationen gewonnen z.B. zu konsumierten Substanzen, zur Situation oder Ursache, zu welcher Zeit sowie zur Frage, ob eine ärztliche Behandlung stattgefunden hat. Daran schließen sich Fragen zu bisherigen Entzugs- oder Konsumkomplikationen, Suizidgedanken oder -versuchen.

2015 berichteten z.B. 185 Patienten (56 %) von stattgehabten Intoxikationen (durchschnittlich 2,6) sowie 52 Patienten (16 %) von früheren Suizidversuchen (durchschnittlich 1,8).

Wenn hier Auffälligkeiten zu eruieren sind, erfolgt eine explizite Beratung und Problematisierung im wiederholten Arztgespräch sowie durch den Bezugstherapeuten bzw. die Bezugstherapeutin. Je nach Relevanz oder Häufung findet der Themenkomplex auch Eingang in die therapeutische Gruppenarbeit.

Im Rahmen der wöchentlichen verpflichtenden Arztgruppe werden die Patienten ausführlich aufgeklärt. Unter dem Oberbegriff Drogennotfälle werden insbesondere Informationen zum Verhalten im Notfall und Erste-Hilfe-Maßnahmen incl. korrekter Alarmierung, zu Entstehung und Verlauf von Intoxikationen bei verschiedenen Drogen, Alkohol und Medikamenten, den Besonderheiten von Mischintoxikationen sowie bei Konsum von Fentanylpflastern gegeben. Explizit erörtert wird dabei stets das deutliche erhöhte Risiko durch die Toleranzminderung nach Abstinenz, hier nach Entgiftung.

Ziel ist immer sowohl eine individuell verbesserte Risikoeinschätzung bei erneutem Konsum als auch die klare Schulung über das erforderliche Verhalten in der Notfallsituation eines anderen Konsumentens. Wie alarmiere ich, wie wenig Zeit habe ich bis zum Eintreten von körperlichen Schädigungen, wie verhindere ich, dass die Polizei kommt, sind z.B. wiederkehrende Inhalte, die aber sehr wichtig sind. Gelegentlich gilt es, Mythen wie die „Kochsalzspritze“, keine Überdosierung bei nasalem oder inhalativem Konsum oder der Gabe von Stimulanzien als Antidot zur Opioidüberdosierung auszuräumen.

Neuere Themen sind z.B. Todesfälle bei Konsum von Kräutermischungen, hohes Risiko für Fremd- und Eigenbeschädigung unter Stimulanzien mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Badesalze. Im Jahr 2016 hinzugekommen ist die Aufklärung über Naloxon und entsprechende Vergabeprojekte.

Im stationären Verlauf wird regelhaft evaluiert, ob die Entgiftung sinnhaft bleibt oder bei mangelnder Erfolgsaussicht eine Substitutionsbehandlung aus therapeutischer oder medizinischer Sicht als sicherer gehalten wird.

Bei Entlassung wird jede Patientin und jeder Patient ausdrücklich über die letzte Dosierung und die verminderte Toleranz aufgeklärt, ggs. auch die Interaktion von etwaigen Restmedikamenten mit vermutlich bald zugeführten Drogen besprochen. Diese Beratung erfolgt auch durch die geschulten Mitarbeiter der Station, wenn bei Behandlungsabbruch nachts oder am Wochenende der Arzt aktuell nicht verfügbar wäre.

Literatur:

Jahrbuch Sucht 2016: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Pabst-Verlag 2016

Drogen- und Suchtbericht 2014 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Deutsches Ärzteblatt: WHO fordert Naloxon für medizinische Laien, 5.11.2014

<http://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=60744&s=Laien&s=Naloxon&s=f%FCr>

4.3 Rückfallprävention bei Beendigung der Betreuung in Jugendhilfeeinrichtungen

(Gift S)

Die Einrichtungen von Condrobs e.V. für Jugendliche und junge Erwachsene mit Suchtmittelkonsum, mit Suchtgefährdung und für ehemalige Konsumierende arbeiten an der Schnittstelle zwischen Jugend- und Suchthilfe.

Das Bindungssystem bildet bei der Entstehung und Bearbeitung der Substanzstörungen jungen Klientels einen wichtigen Gesichtspunkt, welcher bei allen Interventionen und somit auch bei einer irregulären Beendigung berücksichtigt wird.

Sowohl reguläre und insbesondere irreguläre Beendigungen von (Jugend-)Hilfen sind für Klienten schwierige Übergänge und verbunden mit erhöhter Gefahr des erneuten oder gesteigerten Drogenkonsums. V.a. nach vorangehender Abstinenz oder deutlicher Reduktion des Substanzkonsums ist das extrem hohe Risiko einer Überdosierung, die zum Drogentod führen kann, verbunden.

Rückfallfaktoren

Soziale Faktoren, die während eines Aufenthaltes in einer Hilfeeinrichtung, aber besonders nach dessen Beendigung, Rückfälle mit bedingen, sind u. a. Konflikte in der Familie, mit Freunden oder am Arbeitsplatz, oft verbunden mit Verführungs- oder Aufforderungssituationen zum Mitkonsum, und die geringe Einbindung in ein tragfähiges soziales Netzwerk.

Auch das Suchthilfesystem selbst generiert Rückfallfaktoren. Dazu zählen Fehlplatzierungen, hohe Zugangsschwellen für Wiederbehandlungen, fehlende Vorbereitung für den Umgang mit Rückfällen und pauschale disziplinarische Entlassungen nach Rückfällen im stationären Setting.

Um den Einfluss der sozialen Faktoren zu verringern, müssen unvermeidbare Übergänge daher immer möglichst gut vorbereitet und begleitet werden. Schon bei Aufnahme wird mit den Kostenträgern vereinbart, welche Krisenunterstützung durch diese erfolgen kann oder gegebenenfalls finanziert wird.

Gestaltung der disziplinarischen Beendigung

Sofern disziplinarische Entlassungen und damit die räumliche und soziale Distanzierung von der Einrichtung erforderlich sind, wird dieser Prozess immer durch die zuständigen Einzelbetreuer begleitet. Dadurch wird dieses Bindungsangebot mindestens solange aufrechterhalten, bis die Entlassenen in einem sicheren Unterstützungssystem ankommen. An die Klienten und Kostenträger erfolgt immer das Angebot einer aktiven Vermittlung in ein für die Situation und den Entwicklungsstand angemessenen Settings. Die Möglichkeit einer Wiederaufnahme und die notwendigen Voraussetzungen dafür werden bei einer disziplinarischen Entlassung mit den Klienten, den sorgeberechtigten Eltern, dem Kostenträger und der vermittelnden Institution kommuniziert. Die Frage nach der richtigen Platzierung des Klienten unter Berücksichtigung seines jeweiligen Entwicklungsstandes wird immer gestellt und ggf. eine längerfristige Vermittlung in eine

geeigneter Einrichtung angestrebt (z.B. von einer Einrichtung mit Clean-Anspruch in eine tolerierende Einrichtung).

Gestaltung der regulären Beendigung

Reguläre Entlassungen werden langfristig vorbereitet und der Klient bis zur Aufnahme in die Folgeeinrichtung begleitet. Besteht kein weiterer Hilfebedarf, erhält der Klient für den Bedarfsfall trotzdem eine Liste möglicher Anlaufstellen (die entlassende Einrichtung eingeschlossen). Hierfür besteht eine ausführliche Prozessbeschreibung.

Erreicht werden soll, dass allen Klienten nach Entlassung aus oder Abbruch einer Hilfemaßnahme bei weiterem Hilfebedarf eine entsprechende Hilfe aktiv vermittelt und der Übergang zu dieser Hilfe begleitet wird. Das Netzwerk der vereinsinternen und anderen Jugend- und Suchthilfeeinrichtungen (incl. Psychiatrie) bietet dafür vielfältige Möglichkeiten. Eine möglichst zeitnahe Wiederaufnahme in die Einrichtung ist als Option dabei immer offen.

Voraussetzungen für einen gelingenden Übergang

Eine grundsätzlich wertschätzende Haltung aller beteiligten Helfer dem Klienten gegenüber, das Wissen um und die Akzeptanz von nicht linearen Verläufen in der Entwicklung sind dabei unabdingbare Voraussetzungen für den Vermittlungserfolg oder eine Wiederaufnahme. Nur auf Grundlage dieser Haltung kann der Hilfebedarf von allen Entscheidungsträgern richtig eingeschätzt werden. Dadurch können auch schnelle und unbürokratische (Übergangs-) Lösungen geschaffen werden.

Übergänge – v.a. ungeplante – verunsichern durch den Verlust der Bindungen. Daher muss durch klare, verlässliche Vereinbarungen, für welche die Bezugspersonen Verantwortung übernehmen, ein hohes Maß an Sicherheit geschaffen werden, um bedrohliche Rückfälle und andere selbstgefährdende Verhaltensweisen zu verhindern.

Ist bei einem Abbruch der Hilfe durch den Klienten kein weiterer Kontakt möglich und eine Selbstgefährdung wahrscheinlich, erfolgt eine Vermisstenmeldung bei der Polizei. Alle Klienten, die irregulär eine Maßnahme beenden, erhalten (standardisiert, schriftlich) Informationen zu möglichen Anlaufstellen und zu Safer Use.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es notwendig ist, mit den KlientInnen in Beziehung zu bleiben und/oder neue Kontakte und Bezüge im Hilfesystem für sie zu schaffen. Sollte das innerhalb des Hilfesystems nicht gelingen, muss im sozialen Umfeld des Klienten nach tragfähigen Bezügen Ausschau gehalten und der Übergang dorthin begleitet werden. Im akuten Gefährdungsfall werden Maßnahmen zur Abwendung der Gefährdung getroffen.

4.4 Rückfallprävention bei Beendigung der Substitutionsbehandlung

(Walcher S)

Präventionsgedanken zum Thema Überdosierung finden sich in der Substitutionsbehandlung (opiate replacement therapy: ORT) an mehreren Stellen – entsprechend ihrer enormen Bedeutung: An Schnittstellen, darunter besonders nach (abdosierender) ORT, Entgiftung und Haftstrafen sterben über 50 % aller Patienten.

1) Aufnahme in ORT

Die Patienten erhalten einen Flyer, der erklärt, was ORT bedeutet, welche Substanzen dabei zur Verfügung stehen, wie gefährlich eine plötzliche i.V.-Dosierung sein kann, was Beigebrauch zu einer Überdosierung beiträgt und welche Spielregeln diesbezüglich herrschen.

Der Behandlungsvertrag dokumentiert diese Problemzonen noch einmal schriftlich.

Eine Aufnahme in die ORT findet am besten Montag- bis Donnerstagvormittag statt. Abends und besonders vor bzw. am Wochenende danach steigt das Risiko von Überdosierungen beträchtlich.

2) Während der laufenden ORT

Etwa zweimal im Monat bietet die Praxis Gruppensitzungen an (75-90 min), die das Thema Rückfall und Überdosierung beinhalten. Dabei sind psychosoziale Aspekte ebenso wichtig wie die gemeinsame Einübung konkreter Hilfemaßnahmen:

- Wie vorbeugen? Sozial, persönlich, Coping, Meidung etc.?
- Was tun, wenn es passiert ist? Wie umgehen mit einer Notfallsituation?
- Welche Interaktionen von Medikamenten und Drogen gibt es?

Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist grundsätzlich freiwillig, die Reihe folgt einem halbjährlichen Curriculum (für den PSB-Bereich), ist aber offen für neue Teilnehmer. Bei massivem Beigebrauch oder Fehlverhalten (unterhalb der „Rausschmissgrenze“ wie Gewalt, Diebstahl) erhalten Patienten Punkte, die sie durch Teilnahme an Gruppen- oder Einzelgesprächen wieder abbauen können:

1-3 = Gruppen- und Einzelgespräche, ähnlich wie „Aufbauseminar“ (Straßenverkehr)

> 3 Punkte = Ausschluss (planbar) und Überweisung an eine andere Einrichtung bzw. zur Entgiftung

3) Zum Abschluss der ORT

Auch wenn sich die überwiegende Zahl geordnet verabschiedet, gibt es doch etwa 15-20 % der Patienten, die unangekündigt die Behandlung verlassen. Normalerweise werden alle Ausscheider sowohl von der Psychosozialen Mitarbeiterin als auch vom Arzt über Möglichkeiten und Risiken der Anschlussphase informiert, zuletzt dann auch mit einem Merkblatt. Diese nicht abgemeldeten Patienten sind aber unser Hauptfokus, da hier eine ernste Risikogruppe für Überdosierungen aus dem Blick gerät. Alle Patienten dieser Gruppe werden telefonisch kontaktiert und – soweit möglich – gebeten, wenigstens zu einem Abschlussgespräch noch einmal zu erscheinen oder ggf. wieder die ORT aufzunehmen bis zu einem geordneten Ausstieg mit weniger Risiko.

Generell gilt, dass von einem dauernden Aufklärungsprozess höhere Sicherheit und Haftung der Lerninhalte ausgeht, als von einem einmaligen Gespräch beim Ausstieg. Eine intensive, supervidierte (Langzeit-) Beziehung zu den Patienten ist sicher der beste Schutz, den wir ihnen geben können.

5 VERNETZUNG IN RISIKOSITUATIONEN

5.1 24-Stunden-Notruf

(Neumeier S)

Im Jahr 1995 kam es zu einem Anstieg der Drogennotfälle im Landkreis Dachau. Auffällig war, dass die Betroffenen leblos und allein im öffentlichen Raum, also vor Garagen oder in Hauseingängen, aufgefunden wurden.

Dies veranlasste mich dazu, diesem neuen Phänomen auf den Grund zu gehen und Kontakt mit dem Freundeskreis der Betroffenen aufzunehmen. Diese Recherche ergab, dass die Drogennotfälle durchaus in einer Gruppensituation geschehen sind, die anwesenden Freunde den Betroffenen bewusst an einem öffentlichen Raum getragen haben, damit dieser gefunden wird und ihm geholfen werden kann. Nachdem diese Freunde in der Regel selber Konsumenten waren, informierten sie die Rettungsleitstelle nicht, da die Angst vorhanden war, dass die Polizei informiert wird und sie ebenfalls eine polizeiliche Ermittlung aufgrund ihres eigenen Drogenbesitzes/ Drogenkonsums zu erwarten hätten.

Um diesen Missstand zu verändern, überlegten wir gemeinsam mit der betroffenen Klientel, ob ein eigener Notruf eine adäquate Lösung dieses Problems sein könnte.

In Gesprächen mit den Verantwortlichen der Polizeiinspektion Dachau und der Rettungsleitstelle wurde geklärt, dass Drobs e.V. Dachau eine eigene 24-Stunden-Norufnummer anbieten wird.

Seit 1995 werden über unsere Notrufnummer Drogennotfälle gemeldet, unsere Mitarbeiter informieren umgehend die Rettungsleitstelle und machen sich, wenn möglich, ebenfalls auf den Weg zum Notfall. Bedingt durch unseren großen Flächenlandkreis und der vorhandenen spezifischen Orts-, Fach- und Sachkenntnis ist der Mitarbeiter von Drobs e.V. Dachau oftmals bereits vor dem Notarzt und den Rettungssanitätern bei dem Betroffenen und führt, wenn notwendig, lebenserhaltene Maßnahmen bis zum Eintreffen weiterer Rettungsmittel durch.

Der Drogennotruf wurde im vernetzten System der Suchthilfe, der Psychiatrie, der Jugendhilfe, dem medizinischen stationären wie ambulanten System (Klinik und niedergelassene Ärzte) sowie durch die Presse veröffentlicht.

Es ist uns mit der Installation des Drogennotrufes gelungen, die Mortalitätsrate der Drogennotfälle deutlich zu reduzieren. In der Szene erhöhte sich die Bereitschaft Hilfe über den Drogennotruf anzufordern und die Betroffenen nicht ihrem Schicksal zu überlassen.

5.2 Risikolahrung bei Kontaktabbruch zum Hilfesystem

(Bannert P)

1. Abbruch der Substitutionsbehandlung

- durch den Klienten
- durch die substituierende Arztpraxis oder
- durch die BKH-Ambulanz:

Kommt es in der Praxis des substituierenden Arztes oder der Substitutionsfachambulanz des BKH zu Fehlzeiten eines Klienten, versucht die behandelnde Stelle zunächst selbst den Kontakt wiederherzustellen. Ist dies nicht erfolgreich, wird der zuständige Mitarbeiter der Drogenhilfe Schwaben – in der Regel – telefonisch benachrichtigt.

Dieser versucht dann mit dem Klienten Kontakt aufzunehmen und ihn wieder in das Hilfesystem einzubinden. Kann er es nicht selbst ermöglichen, verständigt er den „hausinternen“ Bereich „Home-Reach“ (nachgehende – mobile – Drogenberatung). Der Kollege unternimmt dann meist noch am gleichen Tag einen Hausbesuch. Trifft er den Klienten nicht an, hinterlässt er eine Nachricht mit der Bitte um umgehende Kontaktaufnahme. Weiterhin werden zusätzlich andere Bereiche wie Streetwork, Kontaktladen im Zentrum, Kontaktangebot „Anlauf“ und Notschlafstelle informiert, die dann gegebenenfalls den Klienten ansprechen und an den zuständigen Kollegen rückmelden.

Die Meldung einer Fehlzeit sollte umgehend erfolgen, damit zeitnah reagiert und der Klient u. U. schnell wieder ins Drogenhilfesystem integriert werden kann.

2. Abbruch einer stationären oder teilstationären Behandlung – meist Entgiftung oder Beigebrauchsentgiftung

Hier sollte die Zentrale der Drogenhilfe umgehend durch ein Fax informiert werden, um durch nachgehende und aufsuchende Tätigkeit Kontakt zum Klienten herzustellen und ihm gegebenenfalls neue Hilfsangebote zu vermitteln.

3. Kontaktabbruch zur Drogenhilfe

Bei Nichteinhaltung von vereinbarten Terminen z.B. für die psychosoziale Betreuung/Begleitung wird der Klient, wenn möglich noch am selben Tag, kontaktiert und nach seinen Gründen befragt.

Es wird zusammen nach Lösungsmöglichkeiten – von Treffen an anderen Orten bis zum Beraterwechsel – gesucht.

4. Best Practice-Beispiel

Ein 45-jähriger Klient wird von Arztpraxis mit 7,0 ml Polamidon substituiert, gleichzeitig lässt er sich Fentanylpflaster von einer zweiten Praxis verschreiben. Die substituierende Praxis erfährt davon und informiert die zweite Praxis.

Der Klient geht am nächsten Tag aus Schuld- oder Schamgefühlen nicht mehr zur Substitution, die Fentanylpflaster sind verbraucht und er wird entzugig. Am zweiten Fehltag informiert die Praxis die Drogenhilfe, die nun aufsuchende Arbeit leistet, mit dem Klienten die Situation bespricht und ihm wieder eine Perspektive (in diesem Fall nach Rücksprache mit der Praxis eine Wiederaufnahme in die Substitutionsbehandlung) bietet.

Der Klient sah selbst nicht die Chance, wieder umgehend Hilfe erhalten zu können. Sein körperlicher und seelischer Zustand war am Tiefpunkt, er dachte bereits an Suizid. Durch die Intervention und Vermittlung der Drogenhilfe war nun für ihn ein absehbares Ende seiner Notlage gegeben. Er ging am nächsten Tag zur Substitutionspraxis und erholte sich wieder.

5.3 Können Soziale Netzwerke auch in Drogennotfällen unterstützen?

(Rainer-Münch H)

Die Sozialen Netzwerke ergänzen unseren privaten und beruflichen Alltag in vielen Dingen. Auch die Zahl der Drogentoten wird regelmäßig über das Internet bekannt gegeben. Informationen über neue und alte Substanzen, Wirkungen, Vertriebswege, gesundheitliche Warnungen, Vor- und Nachteile der Drogenpolitik werden ungefiltert im sogenannten Netz in rasender Geschwindigkeit verbreitet und oft heftig diskutiert. Die Konsumenten oder Interessenten sind in der Regel mit diesen Informationswegen vertraut, informieren sich über Substanzen und die sie betreffenden Aspekte dazu.

Facebook, Twitter, Instagram, snapchat, google+: Diese Medien werden als Soziale Netzwerke verstanden, die Internetnutzer zur Kommunikation verwenden. Ein zentrales Merkmal ist dabei die Interaktivität, zwischen Mitarbeitern und Ehrenamtlichen, zwischen Konsumenten, aber auch direkt an die Zielgruppe gerichtet. Es entstehen so ganz neue Formen der Kommunikation und der Zusammenarbeit. Allein Facebook wird täglich von ca. 1,13 Milliarden Nutzern aufgerufen. Die Sozialen Netzwerke haben einen großen Vorteil: Sie können anonym sein, sind unkompliziert, immer verfügbar und niedrigschwellig.

Soziale Netzwerke brauchen technische Strukturen, in der Regel ein Smartphone, das einfach zu bedienen ist. Nach den Aussagen von Mitarbeitern der Suchthilfe verfügen viele auch schwer Suchtkranke über ein entsprechendes mobiles Gerät. Andere wiederum haben aufgrund der sozialen Abgrenzung meist nur sehr bedingten Anschluss an Medien. Doch auch hier kann überlegt werden, ob durch soziale Netzwerke Beziehungs- und Interventionsmöglichkeiten aufgebaut werden könnten.

Noch ist wenig bekannt, ob über die Sozialen Netzwerke auch Informationen über Risiken und Unterstützungsangebote abgerufen werden. Welche Möglichkeiten gibt es für das Suchthilfe-Versorgungssystem in den Sozialen Netzwerken?

Wie selbstverständlich sind mittlerweile Angebote, Präventionsprojekte, Kontaktläden u. a. im Internet auf Facebook und anderen Vertretern und sprechen Kollegen, Angehörige, Freunde, Arbeitgeber und natürlich auch Konsumenten an. Dieser wachsende Zuspruch spiegelt sich in den erhöhten Zugriffszahlen und den kontinuierlichen Kontakten wider.

Sind Soziale Netzwerke also eine Möglichkeit, Informationen über z.B. Safer Use-Hinweise zu verbreiten und einen ersten Anreiz zum Ausstieg aus der Abhängigkeit zu schaffen? Oder ist eher das Gegenteil der Fall?

Aufgrund reißerischer und teils unsachgemäßer Berichterstattung kann der Konsum und damit leider auch riskanter Konsum erst gefördert werden. Am Beispiel der Kräutermischung „Spice“ lässt es sich darstellen: Erst durch die große mediale Aufmerksamkeit kam dieses Produkt in den Fokus der Öffentlichkeit und erfuhr eine Verbreitung, obwohl es eigentlich schon seit 2004 auf dem Markt war.

Gerade in kritischen Phasen, wie z.B. Beendigung einer Therapie, einer Rehabilitationsmaßnahme oder im Übergang aus der JVA kann eine enge Bindung an ein Netzwerk begleitend und unterstützend wirken. Erste positive Aussagen, dass Soziale Netzwerke einen wesentlichen Einfluss hinsichtlich des individuellen Behandlungserfolges einer Rehabilitationsmaßnahme ausüben, sind bereits veröffentlicht. Gerade für junge Konsumenten sind die Sozialen Netzwerke eine ganz wichtige erste Anlaufstelle. Es gibt keine Hemmschwelle, die Betroffenen sind dabei offener, da ihnen kein Berater gegenüber sitzt. Zudem sind die Sozialen Netzwerke rund um die Uhr verfügbar und somit nicht an die Öffnungs- und Beratungszeiten gebunden, denn kritische Momente erleben Konsumenten meistens am Wochenende oder in den Nächten.

Gute Erfahrungen und Rückmeldungen gibt es beim Projekt mindzone z.B. zu den Pillenwarnungen im Netz. So werden diese Substanzwarnungen nicht nur auf der mindzone-Homepage www.mindzone.info veröffentlicht, sondern auch auf Facebook und Twitter:

Safari Ablage Bearbeiten Darstellung Verlauf Lesezeichen Fenster Hilfe
Substanzwarnungen Archive – sauber drauf! mindzone.info
http://mindzone.info/aktuelles/substanz-drogen-warnungen/

19. NOVEMBER 2016 | BY MINDZONE-TEAM/JK | IN AKTUELLES, BLOG, SUBSTANZWARNUNGEN

Achtung, extrem hochdosierte XTC-Pille „Mastercard“ mit 210,1 mg MDMA*HCL

Diese XTC-Tablette wurde von Safer Party! in Zürich analysiert und enthält 210,1 mg MDMA, über 120 mg MDMA können zu viel sein. Bei so hohen Dosen können Nebenwirkungen wie Kieferkrämpfe, Augen- und Nervenzucken, bis hin zu Krampfanfällen auftreten. Die Körpertemperatur steigt bei Überdosierungen an und es sind Halluzinationen möglich. Die Faustregel für die Dosierungsmenge lautet [...]

READ MORE

0

19. NOVEMBER 2016 | BY MINDZONE-TEAM/JK | IN AKTUELLES, BLOG, SUBSTANZWARNUNGEN

Achtung, extrem hochdosierte XTC-Pille „Dove“ mit 236,3 mg MDMA*HCL

Diese XTC-Tablette wurde von Safer Party! in Zürich analysiert und enthält 236,3 mg MDMA, über 120 mg MDMA können zu viel sein. Bei so hohen Dosen können Nebenwirkungen wie Kieferkrämpfe, Augen- und Nervenzucken, bis hin zu Krampfanfällen auftreten. Die Körpertemperatur steigt bei Überdosierungen an und es sind Halluzinationen möglich. Die Faustregel für die Dosierungsmenge lautet [...]

Poppers

Räucher-mischungen (Spice & Co)

Research Chemicals

Salvia Divinorum (Aztekensalbei)

Speed

Wasserpfeife (Shisha)

Drugchecking – Drogen testen

Schlagwörter

2C-B 2012 2013 2014 2016

Amphetamin Berlin Deschloroetamin

Drogen Drogenkonsum Drogenpolitik

Drugchecking Drugcom Ecstasy

Ecstasy-Pille Energydrinks Experiment

extrem hochdosierte Frauen GHB / GBL

Hochdosierte Infostand KO-Tropfen

Abb. 1: Substanzwarnung veröffentlicht auf www.mindzone.info / Copyright Projekt mindzone

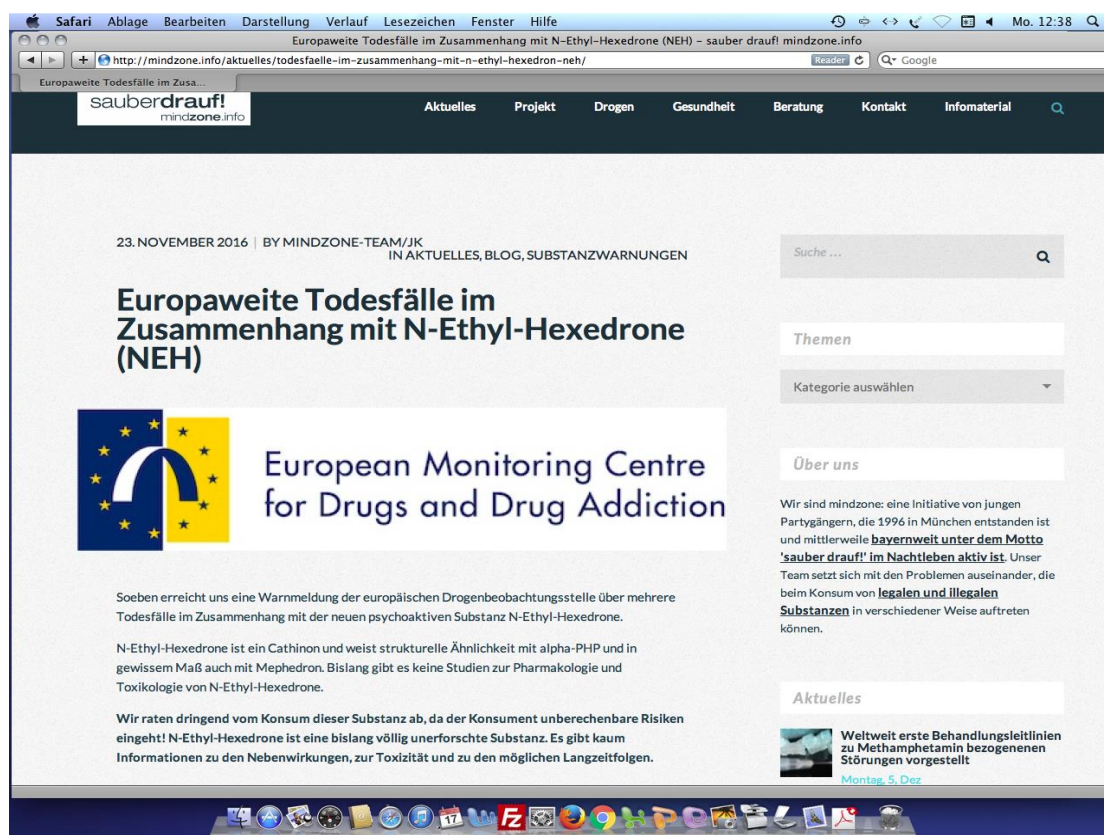


Abb. 2: Warnmeldung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht (EBDD) vor europaweiten Todesfällen im Zusammenhang mit der neuen psychoaktiven Substanz N-Ethyl-Hexedrone veröffentlicht auf www.mindzone.info / Copyright Projekt mindzone

Wie sind die Möglichkeiten der Prävention von Drogentoten durch Soziale Netzwerke einzuschätzen?

Die Antworten werden ambivalent ausfallen: Tatsächlich können sie eine große Anzahl von Menschen über Gefahren und Verhalten im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum und bei Drogennotfällen aufklären. Dennoch darf die Kritik nicht außer Acht gelassen werden, dass diese Angebote junge Menschen überhaupt erst auf Drogen neugierig machen und auf die Idee bringen können, diese Substanzen zum ersten Mal auszuprobieren.

Onlineberatung zählt nicht unbedingt zu den Sozialen Netzwerken, sollte aber im Rahmen der Internet-Nutzung genannt werden: Denn Soziale Netzwerke sind eine hervorragende Werbepattform und bieten somit eine gute Möglichkeit, vor allem Jugendliche und junge Erwachsene auf spezielle Online-Beratungsangebote aufmerksam zu machen. Vor allem potenziell gefährdete Jugendliche suchen nicht von sich aus eine Beratungsstelle auf. Über das Medium Internet können auch diese Konsumenten erreicht werden und professionelle Erstberatung erhalten. Am Beispiel des Online-Beratungsportals des Projekts mindzone www.onlineberatung.mindzone.info lassen sich die Schritte nachvollziehen:

- Beziehung aufbauen,
- Kontakt halten,
- informieren und aufklären,
- Botschaften setzen,
- auf mögliche Drogennotfall-Risiken hinweisen,
- vermitteln,
- im akuten Notfall reagieren und konkrete Hilfestellung leisten.

Wichtige Voraussetzungen bei der Online-Beratung sind Daten- und Klientenschutz, Diskretion und Anonymität. Die sog. webbasierte Online-Beratung bietet ein hohes Maß an Sicherheit und Qualität: Der Datentransfer erfolgt verschlüsselt. Der Ratsuchende muss sich zur E-Mail-Anfrage vorab anmelden und einen Benutzernamen und ein persönliches Kennwort eingeben. Die Beratung wird nur durch geschulte Mitarbeiter geleistet mit entsprechend fachlichem und technischem Know-how. Hierbei tritt der Berater dem Ratsuchenden nicht diskriminierend, sondern einführend, wertschätzend und akzeptierend gegenüber. Für die Beantwortung ist ein klar definiertes Zeitintervall von 2 Werktagen (innerhalb von 48 Stunden) festgelegt.

Beispiel einer Anfrage:

Hallo mir ist es unangenehm ich habe die Droge mephedron konsumiert mein erste Droge seit gestern bis heute 2-3 g insgesamt Nasal ich habe ziemlich zu kämpfen mein Kreislauf ist für ein arsch Übelkeit kann kaum stehen wird schwarz vor augen meine Brust tut weh leicht Halus wie Gardinen wackelt Tischdeckehabe ich überdosiert?mein Mund ist so trocken als hätte ich Tage nichts getrunken essen kriege ich gar nicht runter..

Angaben: männlich, 21-25 Jahre, Erstberatung, 05:41 Uhr

Sind die Sozialen Netzwerke nun Zeitvertreib oder sinnvolle Ergänzung der Suchtprävention? Laut Global Drug Survey⁴ haben 2014 ca. 5 % der Drogenkonsumenten Drogen im Internet bestellt. Eine Hochrisiko-Gruppe, die angesichts der veränderten Konsummuster und der vielen sog. neuen Substanzen rasch wächst.

Da Smartphones v.a. für die jüngeren Generationen zu einem unverzichtbaren Begleiter geworden sind, gibt es auch in der Suchthilfe neuerdings Überlegungen, digitale Apps in Therapiemaßnahmen mit einfließen zu lassen und für therapeutische Zwecke zu nutzen. Spezielle Smartphone-Apps sollen es dem Suchtkranken individuell ermöglichen, sich selbst zu beobachten und zu reflektieren, einen selbstkritischen Blick auf seine Rauscherlebnisse zu werfen, mit akuten Craving-Situationen besser umzugehen und somit das körperliche und psychische Wohlbefinden zu verbessern.

Die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten via Smartphone-Anwendungen haben den Vorteil, dass die Programme rund um die Uhr verfügbar sind und es ist keine direkte Patienten-Therapeuten-Interaktion erforderlich ist. Aber genau hier liegt der Haken: Die Anonymität und der Mangel an direkter zwischenmenschlicher Interaktion und therapeutischer Unterstützung bei der Nutzung dieser automatisierten Angebote können sich insbesondere bei Patienten mit Suchtproblemen negativ auf den Therapieerfolg auswirken, da sie nicht auf deren individuelle Bedürfnisse und Lebenslagen abgestimmt sind. Denn gerade bei einem Großteil dieser Patientengruppe ist der regelmäßige und persönliche Kontakt zum Therapeuten unabdingbar. Apps können hier sicher als ergänzende und unterstützende Online-Intervention effektiv eingesetzt werden, jedoch keinesfalls die Klienten-Therapeuten-Beziehung gänzlich ersetzen.

Die Zukunft liegt in einem koordinierten Zusammenspiel von unterschiedlichen Angeboten zur Prävention, Therapiebegleitung und Nachsorge, die sich gegenseitig stützen und ergänzen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich neue Technologien als nützliche Medien oder Ergänzung für therapeutische Interventionen etablieren und wissenschaftlich als wirksam erweisen. Trotz aller Kritik besteht dennoch die berechtigte Hoffnung, dass in naher Zukunft durch den Einsatz von präventiven und therapeutischen Maßnahmen mittels neuer Medien Hilfesuchende konkrete, unmittelbare und lebensweltnahe, d.h. auf ihre jeweilige Lebenslage abgestimmte, Unterstützung finden können.

⁴ www.globaldrugsurvey.com

6 SCHULUNGEN UND FORTBILDUNG

6.1 Erste Hilfe im Drogennotfall

(Walcher S)

Grundsätzlich ist erste Hilfe für alle gleich, das Wichtigste sind allgemeine Maßnahmen wie stabile Seitenlage, Schocklage, Atemwegsicherung und Hilfefholen.

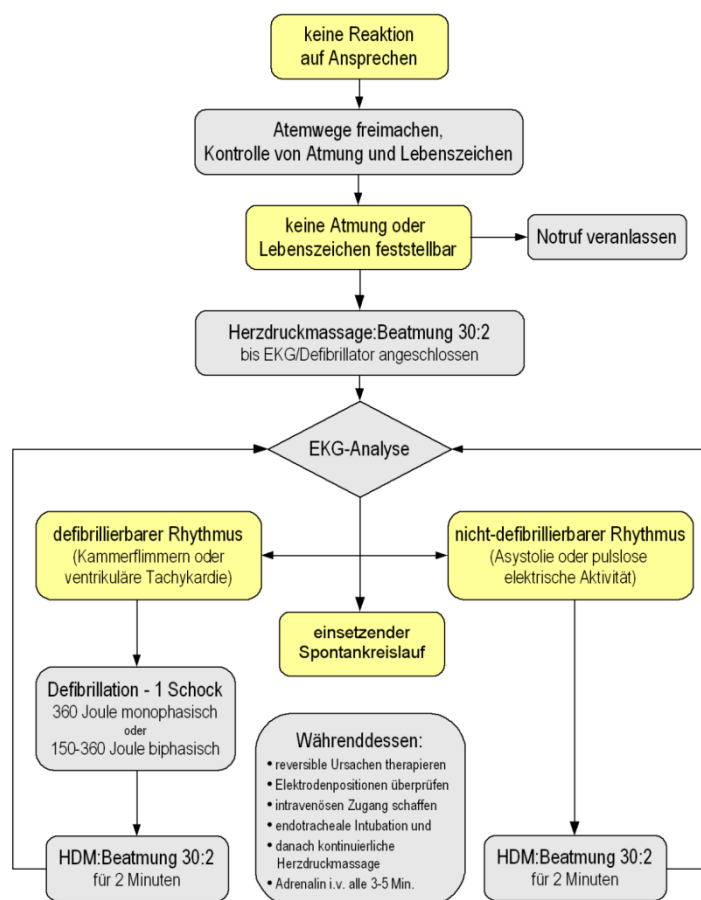
A) BASIC LIFE SUPPORT (BLS) durch nichtärztliches Personal (ERC-Guidelines 2013)

Ziel ist die schnellstmögliche Behebung bzw. Überbrückung eines Atem- bzw. Kreislaufstillstandes zur Vermeidung von Sauerstoffdefiziten im Gehirn.

I. Auffinden einer reglosen Person

- Prüfung der Umgebung; Selbstschutz (Strom, Rauch, Feuer, Infektionsrisiko usw.)
- Rettung der Person aus dem Gefahrenbereich falls notwendig (Rautekgriff)
- Herstellung von ausreichenden Untersuchungs- und Behandlungsbedingungen (weg von der Wand, heraus aus der Ecke).

Algorithmus der Reanimationsmaßnahmen beim Erwachsenen
nach den Richtlinien des *European Resuscitation Council* von 2010



Diagnostischer Block nach BAK-Regel (Bewusstsein-Atemung-Kreislauf) und Erstmaßnahmen

1. Bewusstsein prüfen:

Ansprechen, Schütteln Schmerzreize setzen

Patient bewusstlos	Patient bei Bewusstsein
<ul style="list-style-type: none"> Notruf: Anruf 112 (über jedes Telefon kostenfrei) 	<ul style="list-style-type: none"> Befragen; Hilfe holen (siehe links)

2. Atmung prüfen:

Atemwege freimachen (Kopf überstrecken, Kinn anheben, Mundhöhle inspizieren, Fremdkörper entfernen, Atmung beurteilen für 10 Sekunden (sehen, hören, fühlen))

Atmung nicht vorhanden = Atemstillstand	Atmung vorhanden
<ul style="list-style-type: none"> 2 Beatmungen durchführen Mund zu Nase, evtl. Beatmungsmaske und Ambubeutel. Erfolglose Beatmung: (Brust hebt sich nicht) Atemhilfe (Airway, LAMA s.u.) einführen oder Maske neu platzieren, Kinn anheben, Kopf überstrecken. Ggf. Ambubeutel mit Reservoir und Sauerstoff verbinden 	<ul style="list-style-type: none"> Atmung ausreichend → Patient in stabile Seitenlage bringen Atmung vorhanden, aber nicht ausreichend (Schnappatmung) → weiter Beatmung und Kreislaufkontrolle

3. Kreislauf prüfen für 10 Sekunden:

Prüfung an zentralen Pulsen, bevorzugt Halsschlagader

Kreislauf nicht vorhanden = Kreislaufstillstand	Kreislauf vorhanden
<ul style="list-style-type: none"> Faustschlag aufs Herz Aufsuchen Druckpunkt, Beginn der Herzdruckmassage Eindrücktiefe 5 cm, laut mitzählen. <p>Frequenz = ca. 100/min</p> <ul style="list-style-type: none"> CPR im Wechsel mit Beatmung im Verhältnis 30:2 Harte Unterlage!! sonst ist CPR nicht effizient (Brett, Fußboden) 	<ul style="list-style-type: none"> Beatmung weiter mit Mund-Nase oder besser Maske und Beatmungsbeutel (Selbstschutz und Effizienz) 1 Beatmungshub alle 5 Sekunden, dabei Brustkorb beobachten Kreislaufkontrolle nach 1 Minute (und weiter jede Minute)

II. Frühdefibrillation durch nichtärztliches Personal

Ziel ist die schnellstmögliche Durchbrechung eines Kammerflimmerns als Ursache eines Kreislaufstillstandes. Der Einsatz des AED (Frühdefibrillator, „Elektroschocker“) hat unabhängig aller anderen Maßnahmen sofort zu erfolgen, wenn verfügbar und sobald das Gerät am Patienten eingetroffen ist. AEDs finden sich in allen öffentlichen Gebäuden und Verkehrsmitteln/Bahnhöfen.

- AED einschalten
- Klebepaddels aus Verpackung entnehmen und Kabel mit AED verbinden
- Paddels auf Brustkorb aufkleben (unter Schlüsselbein rechts und über Herzspitze links)
- CPR unterbrechen zur Herzrhythmusanalyse durch den AED
- Falls Defibrillation durch AED empfohlen, alle weg vom Patienten (auf Kommando)
- Schockauslösung, wenn Auslösetaste aufleuchtet (AED ist aufgeladen):
Falls 1. Schock nicht erfolgreich, bis zu 2 weitere Schocks durchführen.
- Nach jedem erfolgreichen Schock oder nach jeder Gerätemeldung „Schock nicht empfohlen“ oder nach den ersten 3 erfolglosen Schocks den Kreislauf kontrollieren.
- Bei weiterem Kreislaufstillstand zuerst CPR über 1 Minute, dann wieder Rhythmusanalyse über AED und falls indiziert weitere Defibrillationen (bis 3).
- Defibrillationen weiter erfolglos (nach 2x3 Schocks) Defibrillationsversuche beenden und mit CPR weitermachen, bis ärztliche Hilfe eintrifft.

III. Sonderfall Fremdkörperaspiration

- Erstickungsanfall durch Verlegung der oberen Luftwege mit kleinem Fremdkörper
- Kleine Gegenstände (Essensbrocken, Münzen, Nüsse, Spielzeugteile) verfangen sich gelegentlich im Rachen oder in der Stimmritze und können zu Atemnot, Husten, Erstickungszeichen und Bewusstlosigkeit führen.
- Ziel ist das Entfernen des Gegenstandes aus der Stimmritze durch Anlage eines Überdruckes im Brustkorb.

Vorgehen beim noch wachen Patienten:

- Helfer stellt sich seitlich zum Patienten und schlägt ihm mit der Handwurzel bis zu 5 Mal kräftig zwischen die Schulterblätter (Ziel ist die Obstruktion mit einem Schlag zu beseitigen, nicht alle 5 Schläge durchzuführen).
- Helfen die Schläge auf den Rücken nicht, stellt sich der Helfer hinten den Patienten und legt beide Arme um seinen Oberbauch. Die eine Hand umgreift die Faust der anderen und drückt im Oberbauch ruckartig einwärts und aufwärts, um auf diese Weise den Fremdkörper zu lösen.

Vorgehen beim bewusstlosen Patienten:

- Thoraxkompressionen durchführen wie bei originaler Herzdruckmassage, um dadurch den Fremdkörper auszustoßen.

B) ADVANCED LIFE SUPPORT (ALS) für Arzt/Sanitäter

Ziel ist die Stabilisierung des Patienten nach erfolgreicher BLS und Defibrillation bzw. die erweiterte (pharmakologische) Reanimation bei bisheriger Erfolglosigkeit oder Kreislaufstillstand aus anderer Ursache (Asystolie, Bradykardie).

ALS heißt Arztassistenz bei folgenden Maßnahmen:

- CPR weiter
- Anlage eines venösen Zuganges
- Aufziehen von Medikamenten
- Intubation oder alternative Atemwegssicherung
- Pharmakologische Reanimation
- Weitere Defibrillationen

I. Beatmung

Intubation

Als akzeptable Alternativen zur Intubation werden Larynxmaske (LAMA) und Larynxtubus (LT) empfohlen.

Larynxmaske und Larynxtubus stehen in vielen öffentlichen Einrichtungen und in Rettungswagen zur Verfügung, wobei vor allem der Larynxtubus laut Meinung vieler Experten auch durch den weniger Geübten mit hohen Erfolgsaussichten (> 90% im ersten Versuch) zu platzieren ist

⇒ Cave: Überdruck im Bauch bei hohen Beatmungsdrücken

- Bei endotrachealen Tuben mit Cuff sollte der Cuffdruck maximal 20 cm H₂O betragen
- Nach Intubation ununterbrochene Thoraxkompressionen; die Beatmung erfolgt intermittierend dazu mit einer Frequenz von 12-20/min. Hyperventilation (höhere Frequenzen) ist schädlich und zu vermeiden.
- Nach endotrachealer Intubation werden die Thoraxkompressionen für die Beatmung nicht mehr unterbrochen (100 Kompressionen/Minute). Der Patient wird unabhängig von den Kompressionen 10 x/Minute beatmet.
- Auch nach Einsatz alternativer Beatmungshilfen (LAMA, LT) werden die Thoraxkompressionen zur Beatmung nicht mehr unterbrochen, solange keine gravierenden Leckagen auftreten (besonders bei LMA achten).
- Bei starken Leckagen zurückkehren zur CPR 30:2

II. Medikamente bei Herz-Kreislaufstillstand

Die Basis-CPR (Thoraxkompressionen und Beatmungen) sollte nicht für Medikamentengaben unterbrochen werden.

Adrenalin

Bei Kammerflimmern bzw. pulsloser ventrikulärer Tachykardie (VT):

1 mg i.v., wenn dieser Rhythmus nach 2. Defibrillation persistiert

Wiederholung (1 mg) alle 3-5 Minuten bis zum Wiedereinsetzen der Herz-Kreislauffunktion

Bei pulsloser elektrischer Aktivität (PEA) bzw. Asystolie:

1 mg i.v.

Wiederholung alle 3-5 Minuten bis zum Wiedereinsetzen der Herz-Kreislauffunktion

Exzessive Adrenalingaben sind sinnlos bzw. schädlich!

Vasopression

Widersprüchliche Aussagen in mehreren Studien;
möglicherweise geringe Vorteile gegenüber Adrenalin bei Asystolie

Amiodaronbei Kammerflimmern bzw. pulsloser ventrikulärer Tachykardie

wenn dieser Rhythmus nach der 3. Defibrillation weiter persistiert, 300 mg i.v. im Bolus

wenn kein Erfolg oder VF/VT rezidivierend, zusätzlich (zu initialen 300 mg) 150 mg i.v.;
anschließend 900 mg über 24 h i.v.

Lidocainbei Vorhofflimmern (VF) bzw. ventrikulärer Tachykardie, nur wenn kein Amiodaron vorhanden:

1 mg/kg KG i.v.; nicht nach Amiodaron; max. 3 mg/kg KG in 1 Std.

Bedeutung des Lidocains neuerdings deutlich reduziert; Wirksamkeit in Reanimationsphase fraglich.

Atropinbei Asystolie + PEA:

3 mg i.v. Bolus (maximale vagale Blockade)

Natriumbikarbonat

nicht empfohlen; mit Ausnahme:

schwere Azidose (pH < 7.1; BE > -10 mmol); initial 50 mmol NaHCO₃ 8,4 % i.v. (mehr nur nach Blutgasanalyse)
Hyperkaliämie
Intoxikation mit trizyklischen Antidepressiva

Theophyllin

kein klarer Benefit; möglich bei Asystolie; 5 mg/kg KG

Magnesiumbei VF/VT, wenn diese refraktär und V.a. Hypomagnesiämie:

4 ml MgSO₄ 50 % i.v. (=2 gr. i.v.)

Kalziumnur bei PEA und V.a. Hyperkaliämie, Hypokaliämie, Überdosis von Kaliumantagonisten:

10 ml CaCl₂ i.v.

Clopidogrel

Standardmedikament (schon in der Frühphase) zur Thrombozytenaggregationshemmung.

Für folgende Patienten empfohlen:

- STEMI (bis 75 Jahre), die mit Fibrinolyse, ASS und Heparin behandelt werden.

- Patienten ohne STEMI, die erhöhte Herzenzyme oder neu aufgetretene Ischämiezeichen im EKG haben
- Patienten mit akutem Koronarsyndrom, die aufgrund einer echten Allergie kein ASS erhalten dürfen.

Dosierung: Loadingdose mit 600 mg per os (= 8 Tbl. à 75 mg)

Naloxon (Opiate außer Buprenorphin), Anexate (Benzodiazepine)

Der Einsatz dieser Antagonisten sollte immer vorsichtig und in kleinen Dosen fraktioniert erfolgen, um nicht aus einem Bewusstlosen für 30 min einen wütenden, affigen Drogensucher zu machen, der anschließend mit höherer Überdosis erneut reanimationspflichtig werden kann.

Siehe dazu auch das Kapitel 7.3 Naloxon-Take-Home-Programme – Der Einsatz von Naloxon durch Laien (S. 69)

III. Kinder-Reanimation

- Feststellung Herz-Kreislaufstillstand durch Tasten eines zentralen Pulses (bei Säuglingen A. brachialis, bei Kindern A. carotis) oder Auskultation der Herztöne
- CPR-Rhythmus ist 15:2
- Begonnen wird die CPR mit initialen 5 Beatmungen

Durchführung der Thoraxkompressionen

Ziel in jedem Alter:

Unteres Drittel des Brustbeins 100 ml pro Minute (Arbeitsfrequenz) eindrücken und entlasten; Tiefe = 1/3 des Brustkorbdurchmessers (Druck auf Oberbauch und Rippen unbedingt vermeiden).

Drucktechnik:

- Säuglinge – 1 Helfer: Zwei-Finger-Kompressionen (einer Hand)
- Säuglinge – 2 Helfer: Zwei-Daumen-Kompressionen (Thorax umgreifen)
- Kinder: Ein-Hand- oder Zwei-Hand-Methode (hängt vom Helfer ab; entscheidend ist, dass die korrekte Drucktiefe erreicht wird)
- Druckpunktsuche in jedem Alter: Rippenbögen bis zum Proc. xiphoideus entlangfahren, 1 Querfinger Richtung Kopf, daneben Handballen/Finger/Daumen

Defibrillation:

- Einzelschock-Strategie wie bei Erwachsenen
- Manuelle Defibrillaton: nicht eskalierende Energie (jeder Schock 4 J/kg für monophasische und biphasische Geräte)
- AED-Anwendung ab Kinder > 1 Jahr möglich.
- Paddles-Größen:
- < 10 kg/KG 4,5 cm Durchmesser (Anpressdruck 3 kg)
- > 10 kg/KG 8 – 12 cm Durchmesser (Anpressdruck 5 kg)

C) Drogennotfall

Womit haben wir hauptsächlich zu tun?

1. Opiate und Opioide
2. Tranquilizer/Sedativa/Hypnotika: Benzodiazepine, Pregabalin, Z-Drugs, Barbiturate
3. Stimulanzien: Kokain, Crystal-Meth, XTC, NPS (Neue Psychoaktive Substanzen)
4. Halluzinogene: LSD, Ketamin, GHB/GBL
5. Psychopharmaka: TCAs, Pregabalin, Neuroleptika

Spezielle Maßnahmen bei Überdosis und Entzug

1. Opiate/Opioide

Symptomatik:

Entzug: unruhiger, nestelnder, schlafloser, dysphorisch-aggressiver Patient, rasender Puls, Schwitzen, Tränenfluss, Speichelfluss, Durchfall, Erbrechen, massives Kältegefühl, schnelle Atmung, Gänsehaut, Gefäßverschlüsse durch Blutgerinnsel, Rhythmusstörungen, weite Pupillen

Intox: blasser, schläfriger, apathischer Patient, schlaffer Tonus, abgeschwächte Reflexe, Steckis (enge Pupillen), Atemlähmung/blaue Lippen/Hände etc., Bradykardie, Kreislaufkollaps, Erbrechen, Aspiration (Fremdkörpereinatmung), Lungenödem (Gewebeschwellung in der Lunge mit vermindertem Gasaustausch), akutes Lungenversagen, Koma, Hirnödem, Thrombosen.

Zusätzlich infolge unnatürlicher Lagerung Muskelquetschung mit Schwellung und Absterben, periphere Lähmungen, Verbrennungen durch Schmerzfreiheit.

Akutbehandlung:

Entzug: Talk down. Gabe von Substanzen, die den Entzug erleichtern (Ärzte): Clonidin/Doxepin/Lofexidin/PP-Blocker/Sedativa. Ggf. Hilfe bei Therapieplatz. Zurückhaltung bei Sofortsustitution!

Intox: ABCD-Regel. Stabile Seitenlage, Atemwegsicherung, ggf. Bewusstsein klären/Kreislauf unterstützen, i.v.-Zugang, ggf. Hals, reichlich Flüssigkeit, ggf. bei massiver Atemdepression fraktionierte Gabe von Naloxon (0.1mg/min bis 10mg)

Cave: Wiederaanflutung, Entzugssyndrom mit Craving (und sofortigem Drug Seeking)!

2. Tranquilizer/Sedativa/Hypnotika

Symptomatik:

Entzug: unruhiger, schlafloser, übellaunig-aggressiver, verwirrter Patient, Angstzustände, Zittern, Delir, paranoide Psychosen, Überempfindlichkeit, Krampfneigung (Grand Mal), Wahnvorstellungen, Übelkeit, Erbrechen, Depersonalisation, Nystagmus (unwillkürliche Augenzuckungen/Bewegungen), Kopfschmerz

Intox: blasser, verwirrter, apathischer Patient, schlaffer Tonus, abgeschwächte Reflexe, mäßige Atemlähmung/blaue Lippen, Fehlen der zeitlichen und örtlichen Orientierung, Erinnerungslücken (KO-Tropfen), Kreislaufkollaps, periphere Lähmungen, Verbrennungen, Koma, Polytox

Akutbehandlung:

Entzug: Krampfprophylaxe (evtl. Diazepam, Clonazepam, Phenytoin), Notfallbehandlung, Überwachung. Potenziell lebensgefährlicher Entzug (Grand Mal, Delir)

Intox: ABCD-Regel. Stabile Seitenlage, Atemwegsicherung, ggf. Bewusstsein klären/Kreislauf unterstützen, i.v.-Zugang Hals, reichlich Flüssigkeit, ggf. fraktionierte Gabe Flumazenil (0.2mg/min bis 10mg) Cave: Wiederanflutung wegen kurzer Wirkung des Flumazenil (Anexate)

3. Stimulanzen (Cocain, Speed/Crystal, NPS, XTC)

Symptomatik:

Entzug: dysphorischer, erschöpfter Patient. Tremor, Hunger, Schüttelfrost, Dyspnoe, Depression bis zur akuten Suizidalität.

Intox: Frühe Stimulation: Redeschwall, Schwindel, Erbrechen, Unruhe, Kopfschmerz, "Kokainwanzen", Halluzinationen, Fieber, Rhythmusstörungen, Blutdruckanstieg, Vernichtungsgefühl

Späte Stimulation: Hyperreflexie, Krampfanfälle, fortschreitende Substanzeinschmelzung des Gehirns, zunehmende Eintrübung, Blutdruckkrisen, rasender Puls und Rhythmusstörungen, blaue Finger und Lippen, tiefe Bewusstlosigkeit mit typischem zw. tief und flach schwankendem Atemmuster, Schlaganfall, Lungenschwellung mit Behinderung des Gasaustausches.

Zusätzlich: Hitzschlag, Exsikkose, Kollaps (XTC-Rave)

Akutbehandlung:

Entzug: Psychischer Entzug. Cave: Depression und Suizidalität ernst nehmen. Bei i.v.-Konsum und Kombination mit LSD/BZD/Opiaten auch somatischer Entzug. Verbringen an einen ruhigen Ort, ruhenlassen, beobachten.

Intox: Akzeptanz, Reizreduktion, Talk-down. Verbringen an einen ruhigen Ort, ruhen lassen, beobachten.

Reichlich Flüssigkeit geben (nur wenn ganz wach oral, sonst als Infusion), Glukose, Vitamin B1, Propranolol, Lidocain, ggf. bei massiven Rhythmusstörungen Amiodaron. ABCD-Regel. Cave: Behandlung von häufigem Mischkonsum

4. Halluzinogene (LSD/LiquidXTC, Ketamin, GHB, Cannabis)

Symptomatik:

Entzug: nicht beschrieben. Wunsch nach Trip-Wiederholung. Depressive Verstimmung, u. U. weiterhin stark reizbar.

Intox: Tachykardie, Brechreiz, Erregungszustände bis Krampfanfall, Kreislaufkollaps.

Rauschbedingte Schäden: Fensterstürze, Verkehrsunfälle. Auslösung Schizophrenie, Depersonalisationssyndrome oder Depression (Schub oder chronisch), Horrortrips. Häufig: veränderte Wahrnehmung, Flashbacksyndrom.

Akutbehandlung:

Entzug: Psychischer Entzug. Cave: Kombination mit Psychostimulanzen oder anderen Halluzinogenen. Ruhen lassen und beobachten

Intox: Akzeptanz, Reizreduktion, Talk-down. Bei akuter Schizophrenie Einweisung. Beruhigungsmittel (nur BZD: Wechselwirkungen).

5. Psychopharmaka (Neuroleptika, Trizyklische Antidepressiva, Mirtazapin)

Symptomatik:

Entzug: Wunsch nach Effektwiederherstellung: Unruhe, Schlaflosigkeit, Depressivität

Intox: Schleimhauttrockenheit, Mydriasis, Schwitzen, rasender Puls, Verwirrtheit, EPMS (Schiefhals, Zungen-Schlundkrämpfe), unkoordinierte Bewegungen ähnlich der Schüttellähmung Parkinson, Galle-Stuhl-Verhalt. Einatmung von Erbrochenem. Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Atemlähmung, schwer reversibler Herzstillstand.

Akutbehandlung:

Entzug: Psychischer Entzug. Cave: Mischkonsum Benzos. Cave: Suizidalität

Intox: Magenspülung,

bei extrapyramidal-motorischem Syndrom (EPMS): Akineton.

bei Krämpfen: Diazepam. ABCD. Frühintubation. Reichlich Infundieren. CPR bis Giftelimination (Dialyse/Hämofiltration), Schrittmacher, Amiodarone bei nichtbeherrschbaren Rhythmusstörungen. Infektionsprophylaxe.

Immer wieder finden sich ähnliche Verhaltensempfehlungen. Wichtig ist es, Empathie zu zeigen und die Betroffenen nicht allein zu lassen, aber auch entschlossenes Auftreten und der Eindruck organisierter Aktion.

Die grundlegenden Maßnahmen des BLS sollten alle Beteiligten – Helfer wie Drogengebraucher – mindestens einmal pro Jahr unter Supervision üben und an andere weitergeben.

6.2 Mitarbeiterschulung – Krisensituation erkennen und verhindern

(Werner P, Wiggerhauser K)

In einer Untersuchung der Münchener Kontaktläden zu den Drogentoten im Jahr 2007 wurde festgestellt, dass ein beträchtlicher Anteil der Besucher der Kontaktläden Abschiedsbriefe hinterlassen hat.

Studien gehen davon aus, dass bis zu einem Drittel der Drogentoten auf einen Suizid zurückzuführen sind (Faust, 2005). Aus diesem Grunde sind kontinuierliche Fortbildungen in Suchthilfeeinrichtungen zum Thema Krisenintervention und Suizidprävention wichtig, um Krisen besser erkennen und entsprechend handeln zu können (zum Beispiel unter www.die-arche.de).

Ein erhöhtes Risiko für Suizidalität besteht bei Menschen mit Suchtkrankheiten. Kommt eine psychische Komorbidität hinzu, erhöht sich das Suizidrisiko noch einmal. Bei Opiatkonsumierenden ist das Suizidrisiko um das 13-fache erhöht (Schneider et al., 2011).

Risikogruppen für suizidales Verhalten sind also an erster Stelle Menschen mit Depressionen, gefolgt von Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigen. Vereinsamte und alte Menschen tragen ein erhöhtes Risiko, ebenso wie Menschen, die einen Suizid ankündigen bzw. Suizidversuche in ihrer Biographie haben.

Bei Drogenabhängigen treffen häufig mehrere dieser Risikokonstellationen zusammen. Viele haben zusätzlich zu ihrer Suchterkrankung eine Depression, viele haben Suizidversuche in ihrer Biografie oder auch in ihrer Familie erlebt und sind vereinsamt. Das gestiegene Alter von Drogentoten deutet darauf hin, dass auch der Risikofaktor Alter bei Drogenabhängigen sichtbar

wird. Gerade im Alter weisen viele Drogenabhängige aufgrund zunehmender Perspektivlosigkeit, ihrer anhaltenden depressiven Verstimmung, ihres körperlichen und psychischen schlechten Zustandes und ihrer Einsamkeit eine völlige Überforderung auf.

Eine weitere Risikogruppe für Suizidalität sind Menschen in Haft. In Europäischen Gefängnissen sterben mehr Menschen durch Suizid als in Freiheit (Faust, 2005). Vor allem in der Anfangszeit der Untersuchungshaft muss Suizidalität Thema in der Arbeit mit drogenabhängigen Gefangenen sein.

Weitere Risikosituationen sind:

- der Zeitraum vor einer BtMG-Verhandlung
- vor eher als während einer stationären Suchtherapie
- nach Therapie im Rückfallgeschehen, d.h. Rückfallprophylaxe ist Suizidprävention

Zur Einschätzung von Suizidalität ist das Gespräch mit den Drogenkonsumierenden in einer ruhigen Atmosphäre notwendig und unerlässlich. Je besser dabei der Kontakt zum Betroffenen hergestellt werden kann, desto eher werden die Fragen ehrlich beantwortet.

Dabei sind zur Einschätzung der Gefährdung folgende Begriffe wichtig und zu unterscheiden:

- Suizidalität: Summe aller Bestrebungen, die zur Selbstvernichtung führen
- Parasuizidale Handlung: Handlungen, die als Hilferuf an die Umgebung gemeint sind, selbst aber nicht geeignet sind, sich das Leben zu nehmen (oberflächliche Ritzwunden, Einnahme von 2-3 Tabletten Diazepam)
- Suizidgedanken/Suizidideen: Gedanken daran, nicht mehr leben zu wollen, ohne konkrete Überlegungen bis hin zu festen Vorstellungen, wie der Betroffene dies konkret in die Tat umsetzen könnte
- Todeswunsch: Wunsch, nicht mehr leben zu wollen (passiver Todeswunsch: Wunsch tot zu sein, ohne selbst suizidale Handlungen zu begehen).

Was kann ich tun?

- Beziehung anbieten: ernsthaft und direkt nach konkreten Suizidideen oder Suizidhandlungen fragen
- akuten Handlungsdruck erfragen (oft können Suizidgedanken vorliegen, der Betroffene kann sich aber glaubhaft von suizidalen Handlungen distanzieren)
- die Sorgen des Betroffenen ernst nehmen
- dem Betroffenen vermitteln, dass er wichtig ist
- Angehörige oder als positiv erlebte Bezugspersonen einbeziehen
- nach konkreten Zukunftsperspektiven der nächsten Zeit, Plänen etc. fragen
- gegebenenfalls zu einer Hilfseinrichtung begleiten
- eigene Grenzen erkennen und als Helfer Unterstützung suchen

Welche Zeichen können auf Suizidalität hinweisen (Quelle: www.suizidprophylaxe.de)

- Zunehmende Interessens- oder Teilnahmslosigkeit
- Äußerung von Suizidgedanken oder -plänen
- Neigung zu impulsivem Verhalten
- Schreiben von Abschiedsbriefen oder das Verschenken persönlich wichtiger Dinge
- Rückzug von Aktivitäten oder Abbrechen von Kontakten
- plötzliche Stimmungsaufhellung nach einer schweren Krise bei fehlenden Zukunftsideen
- Weglaufen bei Jugendlichen
- Reduktion oder Abbruch der Nahrungsaufnahme

Zur Abschätzung der Suizidgefährdung eignet sich die NGASR⁵-Skala, das Suicide Status Form (SSF) II sowie das Suicidal Patient Observation Chart (SPOC). Diese Einschätzungsinstrumente

⁵ Nurses' Global Assessment of Suicide Risk

finden sich unter folgendem Link:

https://www.psychiatrie-verlag.de/fileadmin/storage/files/pv_book/578_PPS_download.pdf

Hinweise zur Einschätzung der Suizidgefahr

Neben den Fragebögen und dem unmittelbaren Gespräch mit dem Betroffenen ist die Wahrnehmung von Mitbetroffenen eine weitere wichtige Informationsquelle (z.B. ob gegenüber Mitbetroffenen Suizidabsichten geäußert worden sind).

Zur Abschätzung der Suizidgefährdung sind, neben dem allgemeinen Erscheinen und Verhalten (z.B. Verletzungen, Strangulationsmerkmale), der Sprache (z.B. gedrückt, unzusammenhängend), der Stimmung (z.B. emotional verschlossen) und dem Denken (z.B. depressive Inhalte, Selbstentwertungen) insbesondere folgende Bereiche wichtige Informationsquellen:

- Gab es in der Familie des Klienten Suizide oder Suizidversuche?
- Sind die aktuellen Beziehungen zu anderen Menschen instabil?
- Gab es bereits früher Suizidversuche?
- Wurden bereits Vorbereitungen zur Ausführung eines Suizides getroffen?
- Gibt es Hinweise auf eine depressive Erkrankung (ambulante Psychotherapie, stationäre Aufenthalte, medikamentöse Behandlung)
- Gab es einschneidende Lebensveränderungen (Trennung des Partners? Kündigung? Wohnungsverlust? Todesfälle nahestehender Personen?)

Besteht Suizidgefahr, muss die endgültige Entscheidung über das weitere Vorgehen durch einen Arzt getroffen werden.

Besteht Suizidgefahr, muss über die jeweilige Notrufnummer ein Notarzt verständigt werden oder der Betroffene in eine entsprechende psychiatrische Klinik gebracht werden.

Häufig werden in Bayern Menschen mit einem Suchtproblem in die Notaufnahme eines psychiatrischen Krankenhauses gebracht. Hierbei handelt es sich oft um Menschen mit hoher Alkoholisierung, die sich nach Ausnüchterung wieder davon distanzieren können. Um eine rasche Aufnahme in einer Entzugsklinik zu erreichen, können Betroffene unter Umständen auch Suizidideen angeben. Diese Menschen sind von Menschen mit länger andauernder depressiver Symptomatik und anhaltenden Suizidgedanken auch nach Ausnüchterung von einer Alkoholintoxikation unbedingt zu unterscheiden.

Nach einem erfolgten Suizid sollten auch den Angehörigen Hilfestellungen zur Verarbeitung des Geschehens angeboten werden. Auch das Umfeld des Drogentoten in der Drogenszene braucht Unterstützung, um keine Kettenreaktion auszulösen.

Nicht zu vergessen sind auch die Betreuer selbst, die bei einem erfolgten Suizid eines Klienten Hilfestellung beim Bearbeiten dieses emotionalen Stresses durch das Team oder durch die Supervision benötigen. Die Bearbeitung von Themen wie Trauer, Hilflosigkeit, Enttäuschung, Aggression kann einem Burnout vorbeugen. Schon kleine Rituale (zum Beispiel das Abbrennen einer Kerze) helfen den Betreuern wie dem sozialen Umfeld Abschied zu nehmen.

Literatur:

Faust V: Suizid und Suizidversuch. http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_suizid.pdf
[letzter Zugriff am 23.11.2016]

Schneider B, Wetterling T: Sucht und Suizidalität. Kohlhammer Verlag 2015

Schneider B, Roland T, Grebner K, Wetterling T: Suizidalität bei Patienten mit Suchterkrankung. Sucht 57 (5), 2011: 393-401

6.3 Erste-Hilfe-Koffer – Die Geschichte des L43 „Actionpack“

(Gerstenberg J)

Auslösende Situation

- September 2004, Kontaktladen: „Hey, ich brauch schnell eure Hilfe! Mein Freund ist schon ganz blau im Gesicht.“
- Schwanthalerstraße, Abrisshaus
- Klient, nicht ansprechbar, zusammengekauert
- Dreck, benutzte Spritzen, blutverschmierte Kacheln
- Mitgeführte Utensilien: Handy, Beatmungsmaske (standardmäßig am Schlüsselbund)
- Notarzt verständigt
- Reanimation
- Notarzt kommt und übernimmt
- warten
- Klient hat überlebt
- Eindrücke bleiben
- Reflektion ... die Idee für ein „Actionpack“ entsteht

Inhalt des Actionpacks

- Larynx-Tubus
- Desinfektionsmittel
- Wärmedecke
- Latexhandschuhe
- Einmalmaske
- Ambubeutel
- Pulsoximeter



Hilfsmittel für eine sichere und professionelle Reanimation

- Kleenex → um situativ bedingten Schmutz zu entfernen
- Heft → um wichtige Infos zu notieren
- Haargummi → lange Haare stören bei der Reanimation
- Handschuhe → um gesundheitsgefährdende Gegenstände wie gebrauchte Spritzen, aufgeschnittene Getränkedosen, Scherben usw. zu beseitigen
- Reanimationsmerkblatt → um Sicherheit zu gewinnen

- Wasser
- Kaugummi
- Zigaretten
- Feuerzeug



subjektiv gewünschte Utensilien für die Retter

Seit September 2004 liegt das „Actionpack“ griffbereit für die Mitarbeiter im Büro und in allen Stockwerken der Notschlafstelle. Vielleicht hilft das „Actionpack“, sich in Situationen besser vorbereitet zu fühlen, auf die man sich nie richtig vorbereiten kann.

Ebenfalls hilfreich ist es, regelmäßig (2x pro Jahr) verpflichtende Reanimationskurse für die hauptamtlichen Mitarbeiter abzuhalten. Zweimal jährlich gibt es auch freiwillige Kurse für Klienten

Beim Drogennotdienst wurden damit sehr gute Erfahrungen gemacht, weil es einfach die Sicherheit in diesen kritischen Situationen erhöht, auch wenn eine Reanimation natürlich niemals zur Routine werden wird.

6.4 Schulung Drogenabhängiger

(Fuhrmann K)

Die Kontaktläden off+, limit und Pedro haben jährlich zu ca.1.300 Klienten Kontakt. Gezielte Maßnahmen zur Prävention von Drogentod können hier eine breite Wirkung erzielen. Dabei geht es nicht nur um die direkte Vermeidung von akuten Drogennotfällen durch Konsum, sondern auch um die Prävention von HIV/AIDS und Hepatitis C, wo es nach wie vor viele Todesfälle als Spätfolge gibt. In den letzten Jahren ist z.B. die Zahl der verstorbenen Klienten mit Leberversagen nach langjähriger Hepatitis-C-Infektion weiter gestiegen. Damit die Mitarbeiter in Kontaktläden sich diesen Themen professionell stellen können, bedarf es nicht nur der reinen Wissens- und Inhaltsvermittlung durch Schulung und Fortbildung. Sie benötigen dazu auch konkrete Verhaltens- und Vorgehensweisen für den Umgang mit den vielen Todesfällen, mit denen sie in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert sind. Nur wenn für die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema Tod ein Umgang erlernt werden kann, kann auch die Ansprache an die zur Vermeidung und Verdrängung neigende Klientel gelingen.

1. Geeignete Settings im Kontaktladenalltag

Bewusster Umgang mit Drogentod

In den Kontaktläden sind „Gedenktafeln“ aufgestellt, auf denen der Verstorbenen gedacht wird. Klienten haben die Möglichkeit, eigene Worte hinzuzufügen, selbst Bilder aufzuhängen. Dazu kommen unterschiedliche ritualisierte „Trauermöglichkeiten“ zum Todeszeitpunkt wie das Aufstellen von Bildern und Kerzen.

Die Mitarbeiter und Klienten der Kontaktläden nehmen am jährlichen Drogentotengedenktag mit zwei- bis dreimonatigem Vorlauf als Vorbereitung teil (Erstellung von Plakaten, Stellwänden, Gedichten...). So wird nicht nur der Toten gedacht, sondern auch ins Bewusstsein gerückt, dass der tägliche Konsum jederzeit tödlich enden kann.

Aushang und Auslage von Plakaten und Flyern

Mehrere Plakate mit Inhalten von Safer Use, Verhalten im Drogennotfall, Notrufnummern etc. hängen in den Räumen an gut sichtbaren oder frequentierten Stellen aus. Broschüren und Flyer sind im Inforegal und an weiteren Stellen, wie den Spritzenabgabebehältern, ausgelegt. Diese werden ständig aktualisiert.

Spritzentausch und Spritzenabgabe

Bei Spritzentausch und Spritzenabgabe werden Klienten gezielt Safer Use-Botschaften vermittelt. Insbesondere werden hier Klienten mit hohem Spritzenumsatz angesprochen, die vermutlich (oder bekannt) Shooting Galleries betreiben, also Orte, wo mehrere Klienten zum Konsumieren hinkommen. Diesen empfehlen wir besonders die Teilnahme an Drogennotfalltrainings und Stoffkunde (siehe unten). Klienten können auch Rauchutensilien erhalten (smoke it-kit) und werden motiviert, auf einen risikoärmeren Konsum umzusteigen.

Ansprache von Klienten

Besondere Ansprache erhalten Klienten, die nach Entgiftung, Therapieabbruch, Haftentlassung oder anderen konsumfreien Zeiten sowie Krisen die Kontaktläden nutzen. Das Gleiche gilt für Klienten, die erkennbar ein riskantes Konsummuster zeigen oder entwickeln.

Beratung

Die Themen Safer Use, Stoffkunde und Notfallmaßnahmen sind Basisqualifikationen der Mitarbeiter und fließen immer wieder in die Beratungstätigkeit ein. Darüber hinaus finden regelmäßige Gespräche, einzeln oder in Gruppen, auch unter Beteiligung von Ärzten statt.

Schnelle Information im Kontaktladen und in die Szene

Wenn uns Warnhinweise über bedenkliche Stoffe erreichen (hoher Reinheitsgrad, Probleme durch Verunreinigungen etc.), wird dies sofort im Kontaktladen kommuniziert und über die Streetwork in die Szene transportiert, auch über WhatsApp-Gruppen. Wir motivieren Klienten dazu, aktuell erstellte Flyer mitzunehmen und diese in der Szene zu verteilen.

Projekte und weitere Maßnahmen

Drogennotfalltraining: Ein- bis zweimal jährlich findet in jedem Kontaktladen ein Drogennotfalltraining mit professionellen Rettungssanitätern/ Ärzten statt.

Inhalte sind u. a.: Erkennen von Drogennotfällen, Wiederbelebung, Herz-Lungen-Massage, Abgabe eines Notrufs

Seit Frühjahr 2016 werden in den Kontaktläden auch Schulungen zum Notfalleinsatz von Naloxon durchgeführt (siehe auch 7.3 Naloxon-Take-Home-Programme – Der Einsatz von Naloxon durch Laien“).

Stoffkunde

Ein- bis zweimal im Jahr findet in jedem Kontaktladen ein Angebot zu Stoffkunde durch einen Arzt statt. Inhalte sind u. a.: Wie wirken Stoffe, welche Wechselwirkungen bestehen, Gefahren der Einnahme (z.B. durch den Zeitpunkt der Einnahme), Informationen über neue Substanzen, Kombinationswirkung mit Alkohol

Infektionswoche

Hier werden schwerpunktmäßig an jedem Öffnungstag Themen rund um Infektionsrisiken, insbesondere Hepatitis C, behandelt. In der Regel wird die Infektionswoche unterstützt durch Ärzte und weiteres medizinisches Personal. Inhalte sind Infektionswege, Krankheitsverläufe, Behandlungsmöglichkeiten, Ernährung, Partnerschaft etc.

Zum Einsatz kommen u. a. verschiedene Medien, Anschauungsmaterial, Broschüren, Spiele sowie Filme.

2. Einsatz verschiedener Medien

- Film „abgedrückt“: Erste Hilfe im Drogennotfall
 - Film „Einwandfrei“: Hepatitis C – Infektionsschutz und Hygiene im Alltag von DrogengebraucherInnen
- ⇨ beide beziehbar über Fixpunkt e.V., Berlin (www.fixpunkt.org)

- Plakate der BAS zum Thema Drogennotfall
- Broschüren und Flyer der BAS zum richtigen Verhalten im Drogennotfall
- Plakate der Deutschen Aids Hilfe zu Safer Use
- Verschiedene Broschüren der Deutschen Aids Hilfe/JES Berlin zum Thema:
 - Safer Use – Risiken minimieren beim Drogengebrauch (ausführlich)
 - Safer Use – Risiken vermeiden Gesundheit schützen (kurz und knapp)
 - Schütz Dich vor HIV und HEP
 - smoke it
- Broschüren zum sichereren Konsum von Fentanyl und zu Wirkweisen und Gefahren von NPS und Kräutermischungen

Darüber hinaus werden immer wieder tagesaktuelle Presseberichte aufbereitet und als Gesprächsgrundlage verwendet.

7 PRÄVENTIVE ANSÄTZE AUSSERHALB BAYERNS

7.1 Drugchecking – Möglichkeit zur Prävention von Drogentodesfällen

(Löhner B)

1. Hintergrund

Die Risiken des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen hängen von unterschiedlichen Einflussfaktoren ab. Neben der Art des eingenommenen Stoffes spielen (u. a.) Dosierung und Applikationsform eine wesentliche Rolle. Legale Drogen unterliegen in Deutschland hohen Qualitätsstandards und es besteht eine Deklarationspflicht bezüglich Inhaltsstoffen und Wirkstoffkonzentrationen. Illegalisierte Drogen hingegen werden unter den Bedingungen des Schwarzmarktes vertrieben. Dadurch verfügen Konsumenten in vielen Fällen nur eine lückenhafte Kenntnis über Art der Substanzen sowie zu Wirkstoffkonzentrationen und eventuell enthaltenen Beimengungen. Hierdurch entstehen oftmals unkalkulierbare Gesundheitsrisiken bis hin zu (teilweise tödlichen) Überdosierungen.

2. Drugchecking

Als Drugchecking werden Angebote bezeichnet, anhand derer sich Gebrauche von illegalisierten Drogen in einem Beratungssetting über die chemische Zusammensetzung von auf dem Schwarzmarkt erworbenen Substanzen informieren können. Drugchecking umfasst dabei in der Regel die Entgegennahme der illegalisierten Drogen, die Wirkstoffanalyse anhand hochwertiger Labortests sowie die Rückmeldung der Ergebnisse an die Konsumenten im Rahmen eines Drogenberatungsgesprächs.

Zielgruppe sind Drogengebraucher, die bereits eine Konsumententscheidung getroffen haben. Die meisten Drugchecking-Projekte richten sich an User aus der sog. Partyszene. Eine Öffnung für andere Konsumentengruppen (z.B. i.v.-Drogenkonsumierende) ist ohne weiteres möglich.

Primärziel von Drugchecking-Angeboten ist die Steigerung des Gesundheitsschutzes. Hierbei geht es v.a. um die Vermeidung von Gesundheitsschädigungen durch die Warnung vor bedenklichen Substanzen. Weiteres Ziel ist die Förderung eines reflektierten und risikobewussten Drogengebrauchs sowie die Etablierung von Risk-Reduction-Strategien. Zusätzlich sollen die Zugangsschwellen zum Drogenhilfesystem gesenkt werden, um eine Vermittlung in evtl. notwendige weiterführende Hilfen zu erleichtern.

3. Umsetzung von Drugchecking in Österreich und in der Schweiz

Drugchecking ist in einigen europäischen Ländern seit vielen Jahren Teil des Drogenhilfesystems. In der Schweiz existieren in Bern (seit 1998) und in Zürich (seit 2001) Möglichkeiten zum Drugchecking. Der Wiener Verein Checkit! hat sein Angebot seit dem Jahr 1997 etabliert.

In beiden Nachbarländern existieren grundsätzlich zwei Angebotsformen. Beim mobilen Drugchecking handelt es sich um einen Infostand mit integriertem Labor, der v.a. in Clubs oder auf Festivals eingesetzt wird. Die Substanzanalyse findet vor Ort statt und dauert ca. 20 Minuten. In der Wartezeit werden anhand standardisierter Fragebögen anonymisiert unterschiedliche Daten z.B. zu Konsument und Konsummustern erhoben. Nach der Substanzanalyse wird das Ergebnis an die Nutzer zurückgemeldet. Zudem erhalten User Informationen z.B. zu Wirk- und Risikopotenzial der analysierten Substanzen sowie möglichen Safer Use-Strategien. Mobiles Drugchecking erreicht v.a. User aus der sog. Partyszene.

Um auch andere Konsumentengruppen anzusprechen, wurden in beiden Ländern neben den mobilen Testmöglichkeiten stationäre Angebote etabliert. Hier können Substanzen zur Analyse

abgegeben werden. Die Nutzer erhalten wenige Tage später das Ergebnis persönlich, per Telefon oder E-Mail mitgeteilt. Ergänzend dazu besteht die Möglichkeit eines Drogenberatungsgesprächs.

Um die gewonnenen Informationen einer möglichst großen Gruppe an User zugänglich zu machen, multiplizieren Drugchecking-Projekte die Analyseergebnisse zu riskanten Stoffen über unterschiedliche Kanäle (z.B. Aushänge auf Partys, Internet, Social Media). Darüber hinaus werden die Daten zu Substanzen, Konsument, Konsummotiven und -mustern zur Weiterentwicklung suchtpreventiver und konsumreduzierender Maßnahmen verwendet.

4. Wirksamkeit von Drugchecking

Die Wirksamkeit von Drugchecking-Angeboten wurde im Jahr 2002 durch die EU-finanzierte Studie „Pilltesting, Ecstasy & Prevention“⁶ evaluiert.

Es konnte gezeigt werden, dass Drugchecking ein hohes Maß an Akzeptanz und Glaubwürdigkeit unter Konsument genießt. Dadurch wird die Reichweite suchtpreventiver Maßnahmen gesteigert und es werden Konsumentengruppen angesprochen, die ansonsten keine Drogenhilfsangebote wahrnehmen würden.⁷

Zudem konnten positive Effekte auf das Konsum- und Risikoverhalten bei „Tester“ festgestellt werden.⁸ Sie wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe („Nicht-Tester“) einen besseren Informationsstand zu Wirkungen und Gefahren von Ecstasy auf. Zudem hatten regelmäßige „Tester“ tendenziell eine niedrigere Konsumfrequenz sowie ein weniger risikoreiches Partyverhalten.⁹ Die Hypothese, dass Drugchecking einen Konsumanreiz schafft, konnte indes nicht bestätigt werden¹⁰.

5. Rechtliche Situation in Deutschland

In Deutschland „lassen sich verbindliche Aussagen über die rechtliche Zulässigkeit des Drugchecking nicht treffen.“¹¹ Die vorhandenen Regelungen in den relevanten Gesetzestexten lassen unterschiedliche Auffassungen zu. Detaillierte Ausführungen hierzu können (u. a.) der Ausarbeitung „Substananalyse von Drogen (Drugchecking) – Rechtliche Implikationen“¹² (veröffentlicht durch den Deutschen Bundestag) entnommen werden.

Dort wird festgestellt, dass die Analyse von in Anlage I-III BtMG gelisteten Substanzen in Apotheken bereits ohne Erlaubnis möglich ist. Die rechtliche Bewertung von Drugchecking durch

⁶ Benschop A., Rabes M., Korf D.J. (2002): Pill Testing – Ecstasy & Prevention. Niedersächsische Landesstelle Suchtgefahren, Hannover.

⁷ Benschop A., Rabes M., Korf D.J. (2002): Pill Testing – Ecstasy & Prevention. http://www.checkyourdrugs.at/media/Pilltesting-Ecstasy-Prävention_2003_checkit.pdf , S.5 Abrufdatum 05.09.2016

⁸ Benschop A., Rabes M., Korf D.J. (2002): Pill Testing – Ecstasy & Prevention. http://www.checkyourdrugs.at/media/Pilltesting-Ecstasy-Prävention_2003_checkit.pdf , S.5f Abrufdatum 05.09.2016

⁹ Benschop A., Rabes M., Korf D.J. (2002): Pill Testing – Ecstasy & Prevention. http://www.checkyourdrugs.at/media/Pilltesting-Ecstasy-Prävention_2003_checkit.pdf , S.5f Abrufdatum 05.09.2016

¹⁰ Benschop A., Rabes M., Korf D.J. (2002): Pill Testing – Ecstasy & Prevention. http://www.checkyourdrugs.at/media/Pilltesting-Ecstasy-Prävention_2003_checkit.pdf , S.6 Abrufdatum 05.09.2016

¹¹ N.N.: Substananalyse von Drogen („drugchecking“) – Rechtliche Implikationen, <https://www.bundestag.de/blob/407980/f58e7f8e556cde659ef8c3d7b070e488/wd-7-003-09-pdf-data.pdf> , S.2. Abrufdatum: 05.09.2016, S.2

¹² N.N.: Substananalyse von Drogen („drugchecking“) – Rechtliche Implikationen, <https://www.bundestag.de/blob/407980/f58e7f8e556cde659ef8c3d7b070e488/wd-7-003-09-pdf-data.pdf> Abrufdatum: 05.09.2016

mobile Labors oder in Drogenberatungsstellen ist demgegenüber nicht vollständig geklärt. Zwar besteht die Möglichkeit der Beantragung einer Erlaubnis durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), allerdings „vertritt das BfArM bisher die Ansicht, dass eine solche Erlaubnis nicht erteilt werden kann, da die Erlaubnisfähigkeit der Substananalyse im Gesetz abschließend geregelt sei.“¹³ Die momentane Gesetzeslage zeigt, „dass für die Durchführung des Drugchecking eine eindeutige gesetzgeberische Entscheidung notwendig ist, um Rechtssicherheit herzustellen.“¹⁴

6. Drugchecking – Möglichkeit zur Prävention von Drogentodesfällen?

Das Thema Drogentod ist ein vielschichtiges Phänomen. Überdosierungen mit Opiaten führen am häufigsten zum Tod von Konsumenten. Darüber hinaus sind unterschiedliche Einflussfaktoren beteiligt. Es spielen Gründe wie z.B. schwankender Wirkstoffgehalt der Substanzen, Mischkonsum, Toleranzverlust nach Abstinenzphasen oder die individuelle Sensibilität gegenüber der Opiatwirkung eine entscheidende Rolle.¹⁵

Drugchecking-Angebote können an diesen unterschiedlichen Punkten ansetzen. Konsumenten erhalten Kenntnis über Inhaltsstoffe der erworbenen Substanzen, Wirkstoffkonzentrationen und evtl. enthaltene Streckmittel. Dies wird durch Hinweise zu individuellen Risikofaktoren (z.B. fehlender Toleranz nach Abstinenzphasen, Sensibilität gegenüber der Opiatwirkung), Dosierungsfragen und möglichen Harm Reduction-Strategien (z.B. bezüglich Mischkonsum) ergänzt. Zusammengenommen kann dieses Wissen bei Konsumenten zur Vermeidung tödlicher Überdosierungen beitragen.

Darüber hinaus haben Drugchecking-Angebote das Potenzial, Opiatkonsumenten zu erreichen, die bisher noch keinen Weg ins Hilfesystem gefunden haben. Insbesondere innerhalb dieser Hochrisikogruppe ist es notwendig, Harm Reduction-Strategien zu multiplizieren und weniger riskante Gebrauchsformen zu etablieren. Zudem kann Drugchecking eine Brückenfunktion zu anderen Angeboten (z.B. ausstiegsorientierten Hilfen) darstellen.

Zuletzt generieren Drugchecking-Projekte vielfältige Informationen z.B. zu Marktsituation, Konsumentengruppen und Konsumverhalten. Dieses Wissen kann für die Weiterentwicklung von Präventionsmaßnahmen und Hilfsangeboten nutzbar gemacht werden.

¹³ N.N.: Substananalyse von Drogen („drugchecking“) – Rechtliche Implikationen, <https://www.bundestag.de/blob/407980/f58e7f8e556cde659ef8c3d7b070e488/wd-7-003-09-pdf-data.pdf> , S.2.
Abrufdatum: 05.09.2016, S.2

¹⁴ N.N.: Substananalyse von Drogen („drugchecking“) – Rechtliche Implikationen, <https://www.bundestag.de/blob/407980/f58e7f8e556cde659ef8c3d7b070e488/wd-7-003-09-pdf-data.pdf> , S.24
Abrufdatum: 05.09.2016

¹⁵ Gallas, Josef: Mögliche Ursachen steigender Drogentodeszahlen. In: Bayrische Akademie für Suchtfragen, München 2009, S.20

7.2 Drogennotfall- und -todesfallprävention durch Drogenkonsumräume

(Melanie Hofmann)

In Deutschland hat sich seit Mitte der 1980er Jahre eine Vielzahl niedrigschwelliger Angebote in der Suchthilfe auf Grundlage des akzeptierenden Ansatzes entwickelt. Hierzu sind auch Drogenkonsumräume zu zählen, in denen Konsumenten von illegalisierten Substanzen in zweckmäßig ausgestatteten Räumlichkeiten die Gelegenheit erhalten, die von ihnen mitgebrachten Drogen unter risikoärmeren und hygienischen Bedingungen in einer stressfreien Atmosphäre zu konsumieren. Diese Räumlichkeiten in der heutigen Form sind erstmals Mitte der 1980er Jahre in der Schweiz entstanden. Auch in Deutschland wurden dementsprechende Angebote aufgrund eskalierender Drogenproblematiken im öffentlichen Raum entwickelt – in der Anfangszeit jedoch im rechtlichen Graubereich (beispielsweise in Hamburg und in Frankfurt am Main ab 1994). Erst durch das 2. Betäubungsmittel-Änderungsgesetz vom 01.04.2000 wurde mit Einführung des neuen § 10a BtMG auch in Deutschland eine gesetzliche Grundlage für den Betrieb von Drogenkonsumräumen geschaffen. Dort wurden vom Bundesgesetzgeber 10 Mindeststandards formuliert, die für die Einrichtung und den Betrieb von Drogenkonsumräumen erfüllt werden müssen. Daneben ist vorgesehen, dass jedes Bundesland eine Rechtsverordnung zum Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen muss, bevor dort ein Konsumraum eröffnet werden kann. Inzwischen gibt es in Deutschland 23 Drogenkonsumräume in 6 Bundesländern.

Überlebenshilfe und Schadensreduzierung

Mit Drogenkonsumräumen werden unterschiedliche Ziele verfolgt. Das Hauptaugenmerk von Drogenkonsumräumen liegt im Bereich der „Überlebenshilfe und Schadensreduzierung“ und knüpft somit an der 3. Säule der Deutschen Drogen- und Suchtpolitik an. Durch Bereitstellen von hygienischen Konsumbedingungen und -utensilien wird nicht nur das Infektionsrisiko beim iv-Gebrauch reduziert, sondern ebenso eine hygienisch kontrollierte Applikation ermöglicht.

Durch eine ständige Beaufsichtigung des Konsumvorgangs und die Anwesenheit von medizinisch geschultem oder fortgebildetem Personal ist eine sofortige Hilfe bei einer Überdosierung und anderen Drogennotfallsituationen gewährleistet. In der Regel können in den Einrichtungen neben der Weitervermittlung zu Fachärzten auch kleinere allgemeine medizinische Behandlungen wie beispielsweise Wundversorgungen und Abszessbehandlungen durchgeführt werden. Außerdem findet eine Vermittlung von Safer Use- und Safer Sex-Strategien und Techniken sowie eine Unterstützung zu einem möglichst selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauch statt.

Durch das Zusammenspiel dieser gesundheitspräventiven Faktoren erfolgt eine deutliche Risikominderung und Schadensreduzierung beim Konsum von psychoaktiven Substanzen und dadurch eine Senkung der Gesundheitsgefahren. Es gelingt ein maßgeblicher Beitrag zur Sicherung des Überlebens.

Daneben wird durch Drogenkonsumräume die Kontaktaufnahme und Kontaktpflege von schwer erreichbaren Konsumierenden erleichtert bzw. in manchen Fällen sogar erst ermöglicht. Gerade diese meist langjährigen Konsumenten von illegalisierten Substanzen haben häufig sehr riskante Konsummuster in der Regel auch mit Beigebrauch verschiedener Substanzen und hierdurch von vornherein ein höheres Mortalitätsrisiko. Dadurch, dass sie durch Drogenkonsumräume erstmals erreicht werden können, kann hier vor allem das Angebot der Harm Reduction greifen und der Konsument zu risikoärmeren Konsumformen beraten und bei einem selbstverantwortlichen und kontrollierten Drogengebrauch unterstützt werden. Dies führt gerade bei riskant Konsumierenden zu einer enormen Senkung der Gesundheitsgefahren und einer Sicherung des Überlebens, die ohne Drogenkonsumräume in dem Ausmaß nicht möglich sind.

Hierdurch und durch die Einbindung der Einrichtungen in das regionale Drogenhilfenetz stellen Konsumräume eine Brückenfunktion in weiterführende Angebote dar und unterstützen die Konsumierenden bei ihrer individuellen Herauslösung aus der Drogenszene und aus individuellen Abhängigkeitsstrukturen.

Drogenkonsumräume als Möglichkeit der Reduzierung von Drogennot- und -todesfällen

Studien (vgl. Zurhold/Kreuzfeld 2001, Springer 2003) ergaben nicht nur, dass die Zielgruppe der langjährig intravenös und inhalativ psychoaktive Substanzen Konsumierenden erreicht wird und durch die im Drogenkonsumraum angebotenen medizinischen und sozialen Hilfestellungen/-leistungen unterstützt wird, sondern dass durch das dort vorgehaltene Angebot wirksam die verschiedenen Risikofaktoren beim intravenösen und inhalativen Konsum psychoaktiver Substanzen minimiert werden. Es ist somit nicht verwunderlich, dass es in der inzwischen fast zwanzigjährigen Geschichte von Drogenkonsumräumen weder deutschland-, noch europa- oder weltweit dort trotz auftretender (lebensbedrohlicher) Notfälle drogenbedingte Todesfälle in Konsumräumen gegeben hat.

Im Zeitraum von Juli bis Dezember 2009 hat der AK Konsumraum, ein Zusammenschluss von Vertreter aller deutschen Drogenkonsumräume, in einer sechsmonatigen Erfassung die Drogennotfälle in 13 teilnehmenden Drogenkonsumräumen aufgeführt und dabei 124 Drogennotfälle gezählt, die mit dem Schweregrad lebensbedrohlich angegeben wurden. In einem anderen Setting hätten diese lebensbedrohlichen Situationen mit großer Wahrscheinlichkeit einen tödlichen Ausgang gefunden. (DAH/akzept e.V., Drogenkonsumräume in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraums, Berlin 2011, S. 24)

Sofern es bei Konsumierenden beispielsweise aufgrund unklarer Stoffqualität im geschützten Bereich eines Drogenkonsumraums zu lebensbedrohlichen Situationen (z.B. einer Überdosierung oder einer unerwarteten Wirkung) kommt, sind hier die anwesenden medizinisch geschulten Fachkräfte in der Lage, Erste-Hilfe-Maßnahmen einzuleiten.

Fazit

Ein Drogenkonsumraum kann zwar nicht alle drogenbedingten Todesfälle verhindern, da hierfür die Ursachen zu mannigfaltig sind. Dennoch lässt sich durch eine breite Palette an Hilfsangeboten – von Drogenkonsumräumen über Drugchecking bis hin zu Drogennotfalltrainings – die Rettungswahrscheinlichkeit bei auftretenden Notfällen massiv erhöhen und daneben drogengebrauchenden Menschen den Konsum unter hygienischen und medizinisch kontrollierten Bedingungen ermöglichen.

7.3 Naloxon-Take-Home-Programme – Der Einsatz von Naloxon durch Laien

(Dettmer K, Ostermann O)

Text derzeit nicht verfügbar – wird in Kürze nachgereicht



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

- [REDACTED]

[REDACTED]

Autorenverzeichnis

- Arnold Melanie, BAS Unternehmergeellschaft, München
- Bannert Peter, Drogenhilfe Schwaben, Augsburg
- Breuer Marcus, Deutscher Orden Suchthilfe und BAS e.V., München
- Dettmer Kerstin, Fixpunkt e. V., Berlin
- Erbas Beate, Dr. med., BAS Unternehmergeellschaft, München
- Fuhrmann Klaus, Condrobs e.V., München
- Gift Siegfried, Condrobs e.V., München
- Gallas Josef, Suchthilfekoordination, Landeshauptstadt München
- Gollrad Tanja, BAS Unternehmergeellschaft
- Gerstenberg Jörg, Prop e.V., München, und BAS e.V., München
- Höll Amrei, Bayerisches Landeskriminalamt, München
- Hofmann Melanie, mudra e.V., Nürnberg
- Kienle Sigrid, Bayerisches Landeskriminalamt, München
- Löhner Benjamin, mudra e.V., Nürnberg
- Meyer Kirsten, Städtisches Klinikum München GmbH, München
- Neumeier Silvia, Drobs e.V., Dachau
- Ostermann Olaf, Condrobs e.V., München
- Rainer-Münch Hilde, Deutscher Caritas Verband, München
- Stockinger Barbara, Oberlandesgericht München
- Tretter Felix, Prof. Dr. Dr. Dr., BAS e.V., München
- Walcher Stephan, Schwerpunktpraxis concept, München
- Wehner Bertram, mudra e.V., Nürnberg, und BAS e.V., München
- Werner Petra, Dr. med., kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, München
- Wiggerhauser Karin, Condrobs e.V., München und BAS e.V., München