

Bayerische
Akademie für
Suchtfragen

in Forschung und Praxis BAS e.V.



Prävention von Drogentodesfällen

Fakten, Zahlen und Beispiele

aus der Praxis

Impressum

Herausgeber

Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis
BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62

80336 München

Tel. 089 530 730 0

Fax 089 530 730 19

E-Mail bas@bas-muenchen.de

www.bas-muenchen.de

Redaktion

Dr. med. Beate Erbas (MPH), Bayerische Akademie für Suchtfragen
BAS e.V.

Druck

Eichenlaub Medien, Arcisstr. 46, 80799 München

1. Auflage, Juni 2009

1000 Stück

© Bayerische Akademie für Suchtfragen BAS e.V.
Diese Broschüre wird kostenlos abgegeben.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1 PROBLEMBESCHREIBUNG – BEGRIFFSBESTIMMUNG, EPIDEMIOLOGIE UND URSACHEN VON DROGENTOD	
1.1 Einführung in das Thema Drogentod	6
1.2 Entwicklung der Drogentodeszahlen in Bayern – Anmerkungen aus der Sicht des Bayerischen Landeskriminalamtes	9
1.3 Mögliche Ursachen steigender Drogentodeszahlen	16
1.4 Medizinische Ursachen des Drogentods	19
2 SITUATIONSBEZOGENE RÜCKFALLPRÄVENTION	
2.1 Rückfallprävention und vorbereitende Entlassung aus stationärer Entwöhnungsbehandlung	32
2.2 Prävention des Drogentodes auf einer Drogenentzugsstation	35
2.3 Möglichkeiten präventiver Maßnahmen zur Verhinderung von Drogentod von (ehemals) inhaftierten Drogenabhängigen	36
2.4 Rückfallprävention bei regulärer und irregulärer Beendigung der Betreuung in Jugendhilfeeinrichtungen	41
2.5 Rückfallprävention bei Beendigung der Substitutionsbehandlung	43
3 VERNETZUNG IN RISIKOSITUATIONEN – BEST PRACTICE-BEISPIELE	
3.1 24-Stunden-Notruf von Drobs e.V. Dachau	45
3.2 Risikoklä rung bei Kontaktabbruch zum Hilfesystem	46
4 SCHULUNGEN UND FORTBILDUNGEN	
4.1 Erste-Hilfe im Drogennotfall	48
4.2 Der Einsatz von Naloxon durch Laien	61
4.3 Mitarbeiterschulungen	64
4.3.1 Krisensituationen erkennen und verhindern	64
4.3.2 Erste-Hilfe-Koffer – Die Geschichte des L 43 „Actionpack“	67
4.4 Schulung Drogenabhängiger	69
4.4.1 Geeignete Settings im Kontaktladenalltag	69
4.4.2 Einsatz verschiedener Medien	72
5 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PROFESSIONELLE SUCHTHELFER	
5.1 Schweigepflicht und ihre Grenzen	73
5.2 Garantenpflicht	77
Autorenverzeichnis	79

Vorwort

Die Zahl der Drogentoten schwankt über die vergangenen Jahre hinweg kontinuierlich und führt insbesondere in Jahren hoher Opferzahlen immer wieder dazu, dass eine intensivere Diskussion zu diesem Thema entsteht. Auch von Seiten der Bayerischen Akademie für Suchtfragen wurden in der Vergangenheit zur Ursachenklärung Runde Tische einberufen, an denen Suchtexperten der verschiedensten Berufsgruppen teilnahmen. Beim jüngsten Runden Tisch im Herbst 2007 wurde beschlossen, 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 für ein situationsgerechtes Vorgehen in Krisensituationen hilfreich sein können.

Die vorliegende Broschüre wendet sich in erster Linie an Praktiker¹ aus der Sucht- und Drogenhilfe, aber auch an Verantwortliche aus Institutionen und Behörden. Wir wünschen uns auch Interesse aus der Politik, weil oftmals erst die Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um Maßnahmen umzusetzen, die Drogentod verhindern können. So gibt es in Bayern immer noch keine einheitliche Notrufnummer und Substitution im Strafvollzug ist eher die Ausnahme als die Regel. Es ist unverständlich, dass die auch vom STAP mitentwickelten Präventionsflyer zur Verhinderung von Drogentod nicht in allen bayerischen Gefängnissen verteilt werden dürfen. Dabei gehört gerade die Zeit nach Entlassung aus der Haft zu einer der größten Risikosituationen.

Wir wissen, dass die meisten Suchtkranken in Deutschland an legalen Drogen wie Tabak und Alkohol sterben. Hier haben wir uns aber ausschließlich auf Konsumenten von illegalen Drogen konzentriert mit dem Wissen, dass gerade der Mischkonsum von Opiaten mit Alkohol und Medikamenten häufig zum Tod führt.

Die Broschüre „Prävention von Drogentodesfällen“ dient dazu, Sachlichkeit und Handlungsansätze in die Diskussion um Drogentod zu bringen. Dabei wissen wir, dass tragfähige Erklärungsansätze schwierig sind und Drogentod ein vielschichtiges Problem darstellt.

¹ In den folgenden Beiträgen bleibt es jedem Autor selbst überlassen, die männliche und/oder weibliche Schreibweise zu verwenden.

Die Pluralität der dargestellten Positionen und die regional unterschiedlichen Ansätzen machen sichtbar, was schon alles in der Praxis passiert. Auf der anderen Seite zeigt sich aber auch, dass noch viel Forschungsbedarf besteht und wie wenig gesichertes Wissen darüber existiert, was wirklich Drogentodesfälle verhindern hilft.

Nach der Begriffsbestimmung, Epidemiologie und der Entwicklung der Drogentodeszahlen in Bayern versuchen wir, mögliche Ursachen für die steigenden Zahlen zu diskutieren. Nach diesem theoretischen Teil liegt aber das Augenmerk auf praktischen Handlungsansätzen. Wie kann wirksame Rückfallprävention aussehen in den Risikosituationen nach Haft, nach Entlassung aus Therapie oder Entgiftung? Wie können Schulungen und Fortbildungen für Drogenberater aber auch für die Konsumenten aussehen, um Drogentod zu verhindern und in Notfallsituationen professionell zu helfen? Dabei zieht sich ein Ansatz durch viele Textbeiträge hindurch: Wir können in der professionellen Suchthilfe nur durch Vernetzung Kontaktabbrüche vermeiden und Menschen mit Suchtproblemen im Hilfesystem halten. Zum Schluss werden in einem Überblick die rechtlichen Grundlagen für professionelle Suchthelfer dargestellt, in deren Rahmen die Arbeit in der Drogenhilfe stattfindet.

Viele Fachleute haben ihr Wissen in die Erarbeitung dieser Broschüre eingebracht. Wir wünschen uns eine kontinuierliche Beschäftigung mit der Prävention von Drogentodesfällen und das nicht nur am Jahresanfang, wenn die neuesten Zahlen veröffentlicht werden. Vor allem ist die Umsetzung von erprobten Maßnahmen in die Praxis wünschenswert.

Vielleicht gelingt es uns dadurch, den einen oder anderen Drogentodesfall zu verhindern und damit auch das Leid von vielen Angehörigen und betroffenen Suchthelfern.

München, im Juni 2009

Karin Wiggerhauser

Vorsitzende Ständiger Ausschuss Praxis der BAS e.V.

1 PROBLEMBESCHREIBUNG – BEGRIFFS-BESTIMMUNG, EPIDEMIOLOGIE UND URSACHEN VON DROGENTOD

1.1 Einführung in das Thema Drogentod

(Beate Erbas, BAS e.V.; Felix Tretter, IAK-KMO und BAS e.V.)

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 ...

- Todesfälle infolge beabsichtigter oder unbeabsichtigter Überdosierung (Organversagen aufgrund einer akuten Vergiftung),
- Todesfälle infolge langzeitlichen Missbrauchs (Langzeitschäden, drogentoxische Schädigungen durch konsumierte Substanzen, verminderte körperliche Abwehrkräfte, Schädigungen durch Streckungsmittel, Erkrankungen und Infektionen durch i.v. Applikation, Hepatitis, HIV),
- Selbsttötung aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter Einwirkungen von Entzugerscheinungen (außer durch Überdosierungen) und
- tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

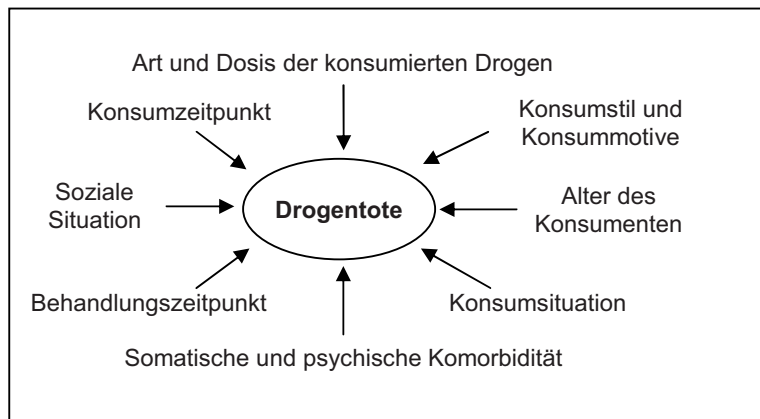
Durch diese Definition, insbes. den zweiten Unterpunkt, ist es einem ehemals Opiatabhängigen nicht möglich, eines natürlichen Todes zu sterben.

Aussagekraft der Zahlen zum Drogentod

Erfahrungsgemäß werden halbjährlich und vor allem am Beginn eines neuen Kalenderjahres die regional zu verzeichnenden Drogentoten-zahlen öffentlich präsentiert und kommentiert. Dabei wird versucht, die lokalen Zunahmen 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. 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 (siehe Abbildung).

Abbildung 1: Den Drogentod potentiell begünstigende Faktoren (BAS, 1998)



In Hinblick auf ein besseres Ursachenverständnis wäre es aber grundlegend notwendig, dass die Zahlen der Drogentoten auf die Anzahl der lokalen Drogenkonsumenten bezogen werden. 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 3500 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 Mio. Einwohner = 0,56 pro 1000 Einw.) im Vergleich zu München (3500 / 1,4 Mio. Einwohner = 0,25 pro 1000 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.

Inhaltlicher Überblick

Im ersten Kapitel soll ein Grundverständnis für das Thema Drogentod geschaffen werden, so dass nicht nur bloße Zahlen das Ausmaß des Problems widerspiegeln sollen, sondern auch Details zu den aufgefundenen Toten zur Identifizierung von Risikogruppen oder -situationen beitragen können. Zudem werden die möglichen Ursachen aus verschiedenen Blickwinkeln (z.B. sozial, medizinisch, physiologisch) dargestellt. *Daran* schließen sich Konzepte zur Rückfallprävention aus verschiedenen Einrichtungen der Suchthilfe und -therapie an. Hierzu zählen neben der Drogenentzugsstation, der medizinischen Rehabilitation und der Substitutionspraxis auch Einrichtungen der Jugendhilfe oder die externe Suchtberatung in Gefängnissen. *In einem weiteren Kapitel* werden konkrete Beispiele aus der Praxis vorgestellt, die aufzeigen, wie durch ein niedrigschwelliges oder nachgehendes Hilfsangebot Leben gerettet werden kann. *Anschließend* findet sich noch ein Überblick über Handlungsoptionen, die sowohl Laien, Suchthelfer als auch Abhängige dazu befähigen sollen, in Notfallsituationen adäquat zu reagieren. *Das abschließende Kapitel* befasst sich mit den für den Beratungsalltag wichtigen juristischen Fragen der Schweigepflicht und der Garantenstellung.

Literatur

- BAS (1998): Zur Aussagekraft der Anzahl von Drogentoten. Diskussionspapier. Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis e.V. München
- 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
- Tretter F., Queri S. (2005): Wissenschaftstheoretische Aspekte zur Kausalanalyse des Drogentods, Suchtmed (7): 33-45

1.2 Entwicklung der Drogentodeszahlen in Bayern – Anmerkungen aus der Sicht des Bayerischen Landeskriminalamtes

(KD Torsten Wittke, Bayerisches Landeskriminalamt)

Vorbemerkung:

Im Jahr 2007 verstarben im Freistaat Bayern 242 Menschen infolge ihrer Drogensucht. Nach einer vorangegangenen dreijährigen Periode stetig rückläufiger Todeszahlen bedeutet dies eine Zunahme von annähernd 27 % gegenüber dem Jahr 2006. Die Fortschreibung für das Jahr 2008 weist mit 246 Drogentodesfällen neuerlich eine geringfügige Zunahme von 1,7 % gegenüber dem Vorjahr aus.

Zweifelsohne muss diese Entwicklung zum Gegenstand der fachlichen Betrachtung und Diskussion gemacht werden, ein Übergang zur Tagesordnung verbietet sich. Gleichwohl darf sich die Suche nach Erklärungsmodellen, mit denen die vielschichtigen Entstehungsbedingungen des Drogentodes und damit das Mortalitätsrisiko im Zusammenhang mit dem Rauschgiftkonsum an sich veranschaulicht werden können, nicht als Selbstzweck verstehen. Vielmehr kommt es darauf an, Erfolg versprechende Interventionsmöglichkeiten zur Reduzierung der Zahl der Rauschgifttoten heraus zu arbeiten.

Die Problematik „Drogentod“ eignet sich nicht als Erfolgs- oder Misserfolgsparameter; dies gilt vor allem und erst recht mit Blick auf potentielle Schuldzuweisungen.

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

- Todesfälle infolge Überdosierung
- Todesfälle infolge Langzeitmissbrauchs
- Selbsttötungsfälle aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter Einwirkung von Entzugserscheinungen
- Tödliche Unfälle drogenbeeinflusster Personen

Die polizeiliche Datenbasis liefert damit sog. „harte“ Daten und damit nur einen Teil der für eine umfassende Analyse und daran anknüpfende Diskussion erforderlichen Informationen; dies sind

- Name
- Geschlecht
- Alter
- Nationalität
- Wohnort
- Auffindeörtlichkeit
- Auffindesituation
- Erkenntnisse aufgrund toxikologischer Gutachten (soweit vorhanden)

Statistik:

Im langfristigen Mehrjahresvergleich befindet sich die Zahl der Rauschgift-Todesfälle in einer steten Wellenbewegung. In den zurückliegenden Jahren 2004 bis 2006 war ein kontinuierlicher Rückgang festzustellen. Als statistisches Ergebnis dieser Entwicklung verzeichnete Bayern im Jahr 2006 mit 191 Rauschgift-Todesfällen die niedrigste Zahl seit Anfang der neunziger Jahre. Die im 10-Jahres-Vergleich festgestellten Spitzenwerte der Jahre 1998 mit 313 Todesfällen und 2000 mit 340 Rauschgifttoten wurden in den vergangenen zwei Jahren zwar deutlich unterschritten; gleichwohl bedeuten die 242 Drogentodesfälle des Jahres 2007 eine Zunahme von 26,7 % gegenüber 2006. Auch im Bundesgebiet war – mit partiellen prozentualen Abweichungen – eine ähnliche Entwicklung festzustellen. Insoweit ist eine Trendwende zu konstatieren, die auch in das Jahr 2008 reicht.

Darstellung einzelner Parameter:

- In Bayern ist seit dem Jahr 2000 ein kontinuierlicher rückläufiger Trend festzustellen.
 - Spitzenwert: 340 Rauschgift-Tote im Jahr 2000
 - Niedrigster Wert: 191 Rauschgift-Tote im Jahr 2006 (= -44%)
- Die durchschnittliche Entwicklung der Drogentodeszahlen im 10-Jahres-Vergleich liegt bei 250 Todesfällen p.a.
- Das Durchschnittsalter lag 2008 bei 33,5 Jahren (2007: 33 Jahre).
- 2008 waren 220 Personen männlichen Geschlechts (2007: 209 Personen) und 26 Personen weiblichen Geschlechts (2007: 33 Personen).
- 211 Personen besaßen 2008 zum Zeitpunkt des Todes die deutsche Staatsangehörigkeit (2007: 216 Personen).
- 35 Personen, die 2008 infolge ihrer Drogensucht verstarben, waren nichtdeutsche Staatsangehörige (2007: 26 Personen).
- 36 Todesfälle betrafen 2008 Aussiedler (2007: 32 Fälle).

Auffindsituation:

Hinsichtlich der Auffindeörtlichkeiten der in Bayern registrierten Rauschgift-Todesfälle ist festzustellen, dass mit rund 75 % bzw. 80 % der Großteil im privaten Rückzugsbereich – dort vor allem Wohnungen – verstarb. Im Einzelnen ergab sich folgendes Bild:

	2008		2007	
Privater Rückzugsbereich/Wohnungen	184 Fälle = 74,8 %	191 Fälle = 78,9%	Anteil	
Öffentlicher Raum	22 Fälle = 8,9 %	11 Fälle = 4,5 %	Anteil	
Öffentliches WC	11 Fälle = 4,5 %	9 Fälle = 3,7 %	Anteil	
Hotel/Pension	11 Fälle = 4,5 %	6 Fälle = 2,5 %	Anteil	
Krankenhaus/Klinik	16 Fälle = 6,5 %	20 Fälle = 8,3 %	Anteil	
JVA	1 Fall = 0,4 %	3 Fälle = 1,2 %	Anteil	
Asylbewerberheim	1 Fall = 0,4 %	2 Fälle = 0,8 %	Anteil	

Altersstruktur:

Bei der Altersverteilung dominieren 2008 – wie in den Vorjahren auch – die Alterskategorien von 25 Jahren bis unter 50 Jahren. Die Altersverteilung im Einzelnen kann der folgenden Tabelle entnommen werden.

Alter in Jahren	männlich	weiblich	gesamt	Anteil
Unter 14	0	0	0	0,0%
14 bis unter 18	0	0	0	0,0%
18 bis unter 21	7	0	7	2,8%
21 bis unter 25	27	3	30	12,2%
25 bis unter 30	50	9	59	24,0%
30 bis unter 35	37	4	41	16,7%
35 bis unter 40	35	4	39	15,9%
40 bis unter 50	55	6	61	24,8%
50 und darüber	9	0	9	3,7%
Gesamt	220	26	246	100,0%

Regionale Auffälligkeiten beim Durchschnittsalter:

Im Jahr 2008 lag das Durchschnittsalter sämtlicher registrierter Rauschgifttoter bei 33,5 Jahren. In München und Nürnberg lag das Durchschnittsalter jeweils deutlich darüber.

München:	35,7 Jahre
Nürnberg:	34,2 Jahre
Augsburg:	33,5 Jahre

Aussiedler und deren Herkunft:

Deutscher mit Geburtsland	2008	2007	Anteil in % (2008)
Kasachstan	17	14	47,2
Russland	15	6	41,7
Polen	2	2	5,6
Rumänien	1	1	2,8
Tadschikistan	1	1	2,8
Kirgisien	0	5	0
Usbekistan	0	3	0
Summe	36	32	100

Regionale Verteilung der Rauschgifttodesfälle

	2008	2007	Entw. in %
Bayern	246	242	+ 1,7
München	50	50	0
Lkr. Mchn.	5	5	0
Oberbayern	38	41	- 7,3
FFB	4	7	- 42,9
Ingolstadt	15	8	+ 87,5
Rosenheim	6	4	+ 50
Traunstein	6	6	0
Mühldorf	2	11	- 81,8
Schwaben	59	38	+ 55,3
Augsburg	22	20	+ 10
Raum Agb.	24	26	- 7,7
Dillingen	13	2	+ 550
Kempton	1	2	- 50
Memmingen	7	4	+ 75
Neu-Ulm	11	4	+ 175
Niederby./Opf.	36	57	- 36,8
Landshut	6	7	- 14,3
Passau	6	5	+ 20
Straubing	1	9	- 88,9
Deggendorf	7	3	+ 133
Amberg	4	13	- 69,2
Regensburg	12	17	- 29,4
Weiden	0	3	- 100
Oberfranken	11	5	+ 120
Bayreuth	0	2	- 100
Coburg	2	1	+ 100
Hof	6	1	+ 500
Bamberg	3	1	+ 200
Mittelfranken	32	26	+ 23,1
Ansbach	4	8	- 50
Erlangen	3	1	+ 200
Fürth	2	2	0
Nürnberg	19	13	+ 46,2
Schwabach	4	2	+ 100
Unterfranken	15	20	- 25
Aschaffenburg	4	3	+ 33,3
Schweinfurt	6	13	- 53,8
Würzburg	5	4	+ 25

Bundesweiter Vergleich:

Land	Stadt	2007	2008	Entw. in %	Einwohner	HZ 2008
by	München	50	50	0,0	1.311.573	3,8
	Nürnberg	13	19	+ 46,2	503.110	3,8
	Augsburg	20	22	+ 10,0	262.992	8,4
he	Frankfurt	44	33	- 25,0	659.021	5,0
nw	Düsseldorf	22	20	- 9,1	581.122	3,4
	Köln	58	54	- 6,9	995.397	5,4
	Dortmund	24	18	- 25,0	586.909	3,1
	Essen	32	22	- 31,3	582.140	3,8
ni	Hannover	22	22	0,0	518.069	4,2
hh	Hamburg	59	58	- 1,7	1.770.629	** 3,3
hb	Bremen	31	24	- 22,6	547.769	4,4
bw	Stuttgart	12	12	0,0	597.176	2,0
	Mannheim	7	11	+ 57,1	309.795	3,6
	Heidelberg	0	2	-	145.311	1,4
br	Berlin	158	152	- 3,8	3.416.255	4,4

Bundesland	2007	2008	Entw. in %	Einwohner	HZ 2008
Bundesgebiet	1.389	1.449	+ 4,3	82.217.830	1,8
Schleswig-Holstein	44	48	+ 9,1	2.837.373	1,7
Hamburg	59	58	- 1,7	1.770.629	** 3,3
Niedersachsen	74	94	+ 27,0	7.971.684	1,2
Bremen	38	31	- 18,4	663.082	* 4,7
Nordrhein-Westfalen	374	380	+ 1,6	17.996.621	2,1
Hessen	120	118	- 1,7	6.072.555	1,9
Rheinland-Pfalz	60	57	- 5,0	4.045.643	1,4
Baden-Württemberg	155	192	+ 23,9	10.749.755	1,8
Bayern	242	246	+ 1,7	12.520.332	2,0
Saarland	13	18	+ 38,5	1.036.598	1,7
Berlin	158	152	- 3,8	3.416.255	* 4,4
Brandenburg	12	7	- 41,7	2.535.737	0,3
Mecklenburg-Vorp.	3	9	+ 200,0	1.679.682	0,5
Sachsen	24	18	- 25,0	4.220.200	0,4
Sachsen-Anhalt	13	6	- 53,8	2.412.472	0,2
Thüringen	0	14	-	2.289.219	0,6

HZ = Häufigkeitszahl der RG-Toten, bezogen auf 100.000 Einwohner

Einwohner-Stand: 01.01.2008

* Unter Ballungsraumgesichtspunkten nur eingeschränkt vergleichbar

** Aufgrund neuen Erfassungsmodus ab 2002 nur eingeschränkt vergleichbar

*** aufgrund einer Falscherfassung keine Summenbildung aus den Bundesländern möglich

Zusammenfassung:

- Langzeitvergleich der RG-Todesfälle mit rückläufigem Trend
- Hohes Dunkelfeld (Krankheitsbilder bei Langzeitkonsumenten; nicht erkannte Suizide; Unfälle; uneindeutige Auffindesituation; Obduktionsquote)
- Keine parallele Entwicklung zur RG-Kriminalität, sondern Wellenbewegung
- Auffindungsortlichkeit seit Jahren überwiegend privater Rückzugsbereich
- Keine hohe Mobilität; d.h. mehr als 80 % waren zuletzt in der Sterbegemeinde wohnhaft
- Hauptursachen [Überdosierung v.a. mit Heroin, gefolgt von Mischintoxikationen v.a. mit Drogensatzstoffen und Alkohol]
- Großteil verstarb im Alter zwischen 21 und 34 Jahren
- Beim Durchschnittsalter (aktuell 33 Jahre) ergeben sich keine besonderen Auffälligkeiten
- Bei der geschlechterspezifischen Verteilung dominieren 2008 Männer mit rd. 89 % gegenüber einem Frauenanteil von ca. 11 %
- Anteil Nichtdeutscher ist im Steigen begriffen
- Tragfähige Erklärungsansätze sind schwierig, weil der Drogentod ein vielschichtiges Problem darstellt; polizeiliche Daten alleine sind für Untersuchungen des Mortalitätsrisikos im Zusammenhang mit RG-Konsum nur bedingt aussagekräftig.
- Erforderlich für die Diskussion ist ein multifaktorieller Ansatz, da dem Drogentod ein Bedingungsgefüge zu Grunde liegt, in dem verschiedene Faktoren zusammen wirken, v.a. auch solche, die durch die Polizei nicht zu erschließen sind.

1.3 Mögliche Ursachen steigender Drogentodeszahlen

(Josef Gallas, Suchthilfekoordination LH München)

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

Nachdem die Zahl der Drogentodesfälle in München im Jahr 2000 einen Höchststand erreicht hatte, ging sie mit einem einmaligen Anstieg im Jahr 2003 seither zurück. Im Jahr 2007 kam es wieder zu einem Anstieg der Todesfälle. Die Zahl ging auch 2008 nicht zurück. 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.

Die Überdosierung mit Heroin, teilweise in Verbindung mit Alkohol, anderen Drogen und Medikamenten, ist nach wie vor die häufigste Todesursache. Vermutungen, der Konsum einer bislang nicht bekannten Substanz hätte zu einer Steigerung der Todesfälle geführt, konnten nicht bestätigt werden. Zwar kommt es seit einiger Zeit in Einzelfällen zu lebensgefährlichem Konsum von Medikamenten für Schmerzpatient/innen, jedoch nicht in einem Umfang, durch den sich die deutliche Zunahme der Drogentodesfälle erklären ließe. Die Zahl der Fälle, bei denen Substitutionsmittel zum Tod beigetragen haben, ist weiterhin gering.

Ein geänderter – insbesondere ein stark erhöhter – Wirkstoffgehalt des Heroins kann eine Ursache des Anstiegs von Drogentodesfällen sein. Dieser Aspekt sollte allerdings nicht überbewertet werden: Bedeutender für eine Überdosierung von Heroin ist die individuelle Verträglichkeit, die auch maßgeblich von der gesundheitlichen Verfassung der Drogenkonsumierenden beeinflusst wird. Dies kann dazu führen, dass schon eine vergleichsweise geringe Dosis Heroin insbesondere in Kombination mit anderen Substanzen tödlich wirkt.

Über einen längeren Zeitraum betrachtet, lässt sich ein beständiger Anstieg des Durchschnittsalters der durch Drogenkonsum Verstorbene-

nen 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.

2007 wurde von deutlich mehr Suiziden bei Drogenabhängigen berichtet – auch diese werden in der Statistik 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. Dieses Gefühl der Aussichtslosigkeit kann auch zur Folge haben, dass in suizidaler Absicht zu hoch dosiert wird oder der Tod durch riskanten Drogenkonsum zumindest in Kauf genommen wird.

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. So sind viele Drogenabhängige aufgrund von Vorstrafen, Schulden, fehlender Berufsausbildung oder ihrer persönlichen Belastbarkeit nicht in der Lage, eine Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden. Ohne Arbeit oder zumindest sinnvolle Beschäftigung sind Fortschritte in der Suchtbehandlung bis hin zur Abstinenz jedoch nur selten zu erreichen oder zu erhalten. Darüber hinaus besteht häufig eine instabile Wohnungs- und Finanzsituation, die existentielle 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, Therapieaufhalten und Haftstrafen kommt es bei Rückfällen immer wieder zu Überdosierungen mit tödlichem Ausgang. Nach Einschätzung von Suchthilfeeinrichtungen kam es hier in der jüngsten Vergangenheit zu einer Häufung an Vorfällen.

Ein weiterer Aspekt ergibt sich aus der Frage, wie schnell der Tod eingetreten ist und ob Erste Hilfe geleistet wurde. Neben einer schnell wirksamen Überdosierung kommt es insbesondere bei Mischkonsum verschiedener Suchtmittel auch zu einer verzögert wirkenden Atemdepression, die Person verstirbt in einem Zustand, der von außen als Schlaf oder drogeninduzierter Dämmerzustand interpretiert wird. 80 % der Todesfälle im Jahr 2007 in München ereigneten sich in Wohnungen. Entweder waren die Personen allein oder weitere Anwesende haben die Notsituation nicht oder zu spät erkannt. 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 Entschärfung dieser Problematik und der Verbreitung entsprechender Präventionsbotschaften kommt den Einrichtungen der Suchthilfe eine zentrale Rolle zu. Insbesondere Beratungsstellen und niedrigschwellige Einrichtungen wie Kontaktläden und Streetwork haben die Möglichkeit, gefährdete Drogenkonsumierende gezielt über Verhaltensregeln zur Risikominderung aufzuklären.

1.4 Medizinische Ursachen des Drogentods

(Stephan Walcher, Schwerpunktpraxis Concept)

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

- Der allmähliche Tod (Agonie) durch chronische, suchtbedingte Erkrankungen wie AIDS, Krebs oder Leberzirrhose (infolge IV-Konsum, Alkohol, Hepatitis, Rauchen).
- Der plötzliche Herzstillstand infolge Arzneimittelwechselwirkungen 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) 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, auch wenn 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

Opiate sind EU-weit die am häufigsten am Drogentod beteiligten Substanzen, dabei liegt die Rate im alten Teil der EU bei über 90%, im neuen darunter, hauptsächlich wegen der dort hohen Analeptikadurchseuchung und einem späten Einsetzen der Opiatepidemie.

Insgesamt scheint die Zahl der Drogentoten leicht rückläufig zu sein, dabei sind aber enorme regionale Unterschiede zu beobachten.

Auffällig ist auch, dass die Zahl jüngerer Patienten in letzter Zeit wieder etwas zunimmt.

Tod durch chronische Erkrankungen ist ein sehr heterogener Prozess und lässt sich nicht allgemeingültig beschreiben. Ein intoxikationsbedingter Herzstillstand führt ohne große Umwege zu einer oft nach nur fünf Minuten irreversiblen hypoxischen Hirnschädigung; damit tritt der Hirntod noch vor nennenswerter weiterer Schädigung ein. 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?

- Opiate, evtl. + wirkpotenzierende/ -addierende Drogen oder Medikamente (die Regel)
- Substanzen, die die Metabolisierung von Opiaten beeinflussen
- Veränderter Reinheitsgrad der Schwarzmarktsubstanzen (kein Beipackzettel)
- 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 (siehe Beispiel):

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 6 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 Opiaten durch Benzodiazepine (BZD)
- Weglassen eines starken Enzyminduktors (Carbamazepin) führt zu plötzlich steigendem Plasmalevel (bis zu 100%) z.B. des Opiats oder Benzodiazepins
- „Magenlähmung“ durch Erhöhung des Sphinktertonus gepaart mit Brechreiz ausgelöst durch Opiate + 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 Suizidversuche 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 (oder in intoxikiertem) 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 (iv DU), bringt enorme Krankheitsrisiken mit sich wie die Durchseuchung mit HIV (2-10% in EU) und Hepatitis B und C (bis zu 90% EU), Tuberkulose, chron. Atemwegs- und Magen-Darm-Erkrankungen, Schädigung des Herzens. All dies zehrt schon erheblich Kräfte, die Behandlung kann dann 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 Mü-Agonisten (Heroin, Fentanyl, Methadon) haben einen starken Effekt auf die QTc-Zeit, auch viele andere Medikamente wirken so (HIV-Medikamente, Antiarrhythmika, Antibiotika, Antidepressiva, etc.) oder blockieren den Abbau gefährlicher Substanzen (Antiepileptika, Pilzmittel, Antibiotika, HIV-Medikamente, Antidepressiva, Antipsychotika).

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

Was verursacht den Drogentod: psychiatrische Faktoren

Bei Suchtpatienten, besonders auch bei Opiat-/Kokain-Patienten, finden 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 die 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.

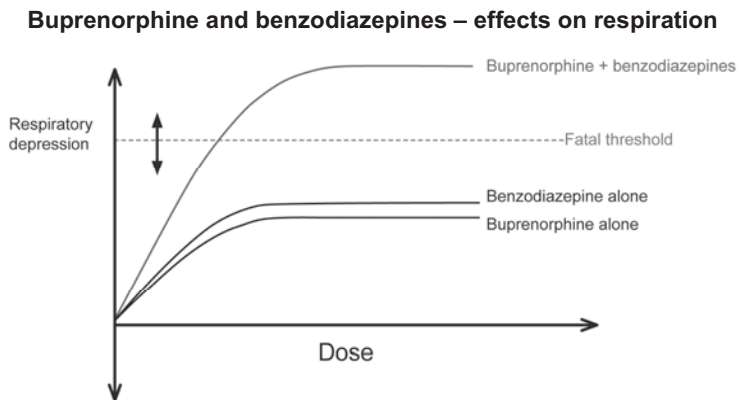
Direkter oder akzeptierender Suizid (durch Hochrisikoverhalten bzw. völliges Desinteresse an Abususfolgen) sind wesentlichste Einzelfaktoren beim Drogentod. Psychiatrische Syndrome (Suizidalität, Depression, Aggressivität, Schlaflosigkeit) können aber auch in Folge einer Behandlung von Hepatitis oder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

Was verursacht den Drogentod: Substanzen

Benzodiazepine (+ Barbiturate, Näheres im Leitfaden zur substituti- onsgestützten Behandlung Opiatabhängiger der BAS e.V.):

In den letzten 25 Jahren ist ihr Anteil bei Missbrauch und Todesfällen von 2% auf 70-80% angestiegen. Sie werden als billige Brückenmittel, Kickverstärker, Streckmittel eingesetzt, aber auch als (Selbst-)Behandlung bei depressiven oder hyperaktiven Belastungsstörungen. Vorübergehend coupieren 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 später Umstieg auf andere Medikamente (Doxepin/ Amitriptylin), Alkohol oder illegale Drogen. In mehr als 50% besteht Abhängigkeit von mehreren Substanzen (2 bis 8 Substanzen, im Mittel 4), dabei potenzieren sich zunächst eher geringe Nebenwirkungen wie die Atemdepression zu lebensbedrohlichen Atemstillständen, besonders in Kombination mit Opiaten (siehe Abbildung).

Abbildung 1: Atemdepression durch Benzodiazepine (Nutt et. al. 2004)



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 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 Atem-/ Speicheltest, GGT, CDT, MCV geeignete Tests 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, Krampfeigung und hirnanorganischem Psychosyndrom, all dies Faktoren, die ihrerseits die Toleranz erheblich vermindern.

Kokain:

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

Zusätzlich bewirkt Kokain (v.a. Crack) eine direkte Minderdurchblutung wichtiger Organe (Herz, Hirn, Niere), die durch die Atemdepression der Opiate 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 Engelstropfete) sind äußerst 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!) sowie 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 und chron. Bronchitis – neben den üblichen Nebenwirkungen des Rauchens – werden diskutiert.

Bei chronischem THC-Konsum tritt häufig ein sog. chron. adynamisches 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 sedierende Effekt hilft gegen Entzugs-, Kokain- und Analeptika-insomnie, daher auch Einsatz bei chron. Kranken/HCV/HIV (Gewichtszunahme, antidepressive und schlafanstoßende Wirkung, Analgesie), trägt aber auch zur Indifferenz gegenüber Risiken bei. Suchtpotential wie medizinische Wirkungen werden wenig sachlich diskutiert, dabei stellt THC durchaus ein ernstes suchtmittelmedizinisches Problem dar.

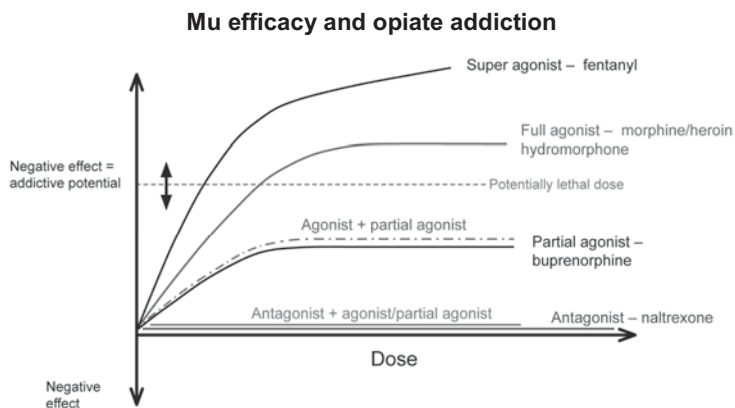
Opiate:

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 bleibt auf hohem Niveau stabil. Zunehmend sind Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung (etwa 30-50% in Europa/ Deutschland). Damit steigen auch Fälle von Überdosierung unter Beteiligung von Substitutionsmitteln deutlich an, auch wenn immer noch eine jährliche Letalität von 2-4% für Patienten in Substitution (ORT) und etwa 4x soviel für i.v. Drogengebraucher gilt. Eigentlich sind – zumindest

pharmakologisch reine – Opiate (inkl. Heroin) wenig gesundheits-schädlich; Dauerkonsum allein verringert die Lebenserwartung nicht.

Opiate 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/ Inhaftierung hochgefährdet für Überdosierungen, da sie ihre Toleranzschwelle überschätzen; mehr als ein Drittel aller Drogenunfälle ereignen sich an dieser Stelle. Vollagonisten, d.h. Opiate, die auf alle Rezeptortypen (mü, kappa und sigma) gleichermaßen stark wirken, sind dabei wesentlich gefährlicher als partielle Agonisten, d.h. Substanzen, die auf einzelne Rezeptoren antagonistisch wirken (wie Buprenorphin: etwas geringere Wirkung am Mü-, Blockade am Kappa-Rezeptor).

Abbildung 2: Suchtpotential in Abhängigkeit vom Opiat- bzw. Rezeptortyp (Nutt et al. 2004)



Besonders gefährlich werden Opiate in Kombination mit Benzodiazepinen, aber auch anderen sedierenden Substanzen (z.B. Barbiturate, trizyklische Antidepressiva, Zolpidem, Zopiclon, Mirtazapin).

Sogar das eigentlich wenig atemdepressive Buprenorphin wird damit zu einer gefährlichen Substanz (siehe unter BZD). Im Gegensatz zu anderen Opiaten 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 Mü-Agonisten kaum Rezeptoren blockieren können – die damit für andere (stärkere) Opiate erreichbar bleiben. So kann Buprenorphin (evtl. zusätzlich verstärkt durch Naloxon) Überdosierungen wirksam verhindern, indem es Rezeptoren blockiert bzw. Agonisten-verdrängend besetzt.

Meistbenutzte Substanzen neben Straßenopiaten:

Substanz	N	%	Substanz	N	%
Benzodiazepine	141	63.0	Hypnotika	47	21.0
Tranquillizer	94	42.0	Flunitrazepam	44	19.6
Diazepam	84	37.5	Flurazepam	1	0.4
Bromazepam	6	2.7	Vinylbarbital	1	0.4
Lorazepam	2	0.9	Zopiclon	1	0.4
Oxazepam	1	0.4			
Dikaliumclorazepat	1	0.4	Substitutions-Med.	39	17.4
			Buprenorphin	18	8.0
			Methadon	16	7.1
			Levomethadon	5	2.2

Benzodiazepine bei unbehandelten Drogenkonsumenten

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

Benzodiazepine bei substituierten Drogenkonsumenten

30 - 70% nehmen gelegentlich BZD

10 - 20% nehmen regelmäßig bis tgl. BZD

Dies zeigt, dass nur wenige Opiatgebraucher oder auch Substituierte ausschließlich Opiate nehmen; fast regelhaft werden oft mehrere weitere Medikamente oder Drogen eingenommen. Die wichtigste

Rolle spielen dabei neben Alkohol und BZD andere Substitutionsmedikamente mit teils erheblichen Wechselwirkungen, insbesondere der oben erwähnten, zusätzlichen Atemdepression:

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

Oliver & Keen, 2003; Stenhouse & Greve, 2003; Ward & Berry, 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 – Cytochrom P 450 (CYP)

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-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 zukauf, 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-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, auf Heizungen oder mit abgeknickten Extremitäten sitzend wird nicht mehr wahrgenommen.

Die Atemdepression unterhält dabei sich selbst, es kommt zu einer „CO₂-Narkose“ ab 60-70 mm Hg Partialdruck CO₂ mit zunehmender Eintrübung bis „Koma“, nach initialer Atemnot folgt Atemdepression (ab ca. 80 mm Hg) und Atemstillstand, und das selbst, wenn die auslösende Opiatwirkung längst vorbei ist!

- CO₂-Anstieg und Sauerstoffmangel führen zu Mehrdurchblutung des Gehirns
- Sauerstoffmangel führt zu Leistungsminderung des Herzens
rechtes Herz: Blutstauung im Lungenkreislauf
linkes Herz: Blutdruckabfall im großen Kreislauf
- Opiate + 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 Atemwegwiderstandes

Spätestens ab hier unterhält sich der Circulus vitiosus 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 mind. 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“, Standort, Name des Anrufers an 112 bzw. 19222

Vorab Rettungswagen mit nächstem Standort, gleichzeitig Notarztalarmierung

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

2 SITUATIONSBEZOGENE RÜCKFALLPRÄVENTION

2.1 Rückfallprävention und vorbereitende Entlassung aus stationärer Entwöhnungsbehandlung

(Marcus Breuer, Adaptationshaus Kieferngarten)

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 folgenden Situationen zu unterscheiden:

1. Rückfallprävention und Notfallprävention während medizinischer Rehabilitation
2. Rückfallprävention und Notfallprävention nach regulärer Entlassung aus medizinischer Rehabilitation
3. Rückfallprävention und Notfallprävention nach irregulärer Entlassung aus medizinischer Rehabilitation (d.h. bei Behandlungsabbruch bzw. disziplinarischer Entlassung)

Zu 1.

Rückfallprävention (sowie allgemein Verfahren der Psychoedukation) haben sich mittlerweile als Standardverfahren innerhalb der stationären medizinischen Rehabilitation Suchtkranker 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 ha-

ben. 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 Reanimationsstrainings 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 Psycho-Dynamik von „Konsum-Ermunterung“ innerhalb einer Therapiegruppe. Rehabilitationsziel ist und bleibt die zukünftige Abstinenz von Suchtmitteln. Insofern kommt es hier zu einem Spagat zwischen der Suchtmittel-Abstinenz als Behandlungsziel und zukünftigen Rückfällen als häufige Behandlungsrealität. Basis-Informationen über die verminderte Toleranz bei einem zukünftigen Suchtmittelkonsum sollten vermittelt werden, ohne den Anschein eben dieser „Konsum-Ermunterung“ zu erwecken.

Zu 2.

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.

Zu 3.

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, aufgeklärt über:

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

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

Literatur

- Körkel, J. & Schindler, C. (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.

2.2 Prävention des Drogentodes auf einer Drogenentzugsstation – Kurzkonzzept der Villa

(Kirsten Meyer, Klinikum Schwabing)

Die Prävention der Drogenüberdosierung auf der Drogenentzugsstation Villa (Leiter PD Dr.med. M. Backmund) erfolgt auf mehreren Ebenen:

Jede Patientin und jeder Patient wird im 1. Telefonkontakt und/oder im Verlauf beim Aufnahmegespräch noch genauer über vormalige Überdosiererfahrungen (welche Substanz, welche Situation, welche Ursache, wann zuletzt, ärztliche Behandlung etc.) gefragt.

Wenn hier Auffälligkeiten zu eruieren sind, erfolgt eine explizite Beratung und Problematisierung im wiederholten Arztgespräch.

Im Rahmen der wöchentlichen verpflichtenden Informationsgruppe durch die Ärzte werden die Themenkomplexe: Verhalten im Notfall und Erste-Hilfe-Maßnahmen inkl. korrekter Alarmierung, Entstehen und Verlauf von Intoxikationen bei verschiedenen Drogen und Medikamenten, die Besonderheiten von Mischintoxikationen sowie die Toleranzminderung nach Abstinenz bearbeitet.

Bei Entlassung wird jede Patientin und jeder Patient ausdrücklich über die letzte Dosierung und die verminderte Toleranz, ggfs. auch

die Interaktion von etwaigen Restmedikamenten mit vermutlich bald zugeführten Drogen besprochen. Diese Beratung erfolgt auch durch die geschulten Mitarbeiter der Station, wenn bei Abbruch nachts oder am Wochenende der Arzt aktuell nicht verfügbar wäre.

Literatur

- Backmund, M.: Drogen- und Alkoholnotfälle im Rettungsdienst. Stumpf und Kossendey, Edewecht, Wien; 1999
- Backmund, M., Eichenlaub, D. et al.: Das Bundesmodellprojekt "Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger" an einem Krankenhaus der Maximalversorgung: Konzept, Inanspruchnahme und klinische Ergebnisse. *Gesundheitswesen* 1998; 44: 590-593
- Görgen, W., Hartmann, R. et al.: Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe – Qualifizierte Entzugsbehandlung und stationäre Kurzzeittherapie. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Momos Verlagsgesellschaft Baden-Baden; 1996

2.3 Möglichkeiten präventiver Maßnahmen zur Verhinderung von Drogentod von (ehemals) inhaftierten Drogenabhängigen

(Bertram Wehner, mudra Nürnberg)

Drogenabhängige Menschen geraten in aller Regel per se mit dem Betäubungsmittelgesetz (BtmG) in Konflikt, da sie aufgrund ihrer Abhängigkeit gegen Vorschriften des BtmG verstoßen, die mit Strafe bewehrt sind. So sind beispielsweise Erwerb, Besitz oder auch Abgabe von Betäubungsmitteln unter Strafe gestellt. Zudem kommt es in vielen Fällen zu Folgekriminalität, etwa im Rahmen der Beschaffung von Drogen. Einschlägige Vorschriften des Strafgesetzbuches (StGB) regeln eine möglicherweise strafrechtliche Bewehrung. Drogenabhängige werden in diesem Zusammenhang häufig zu Haftstrafen verurteilt, die sie in einer Justizvollzugsanstalt (JVA) verbüßen müssen.

Auch in Justizvollzugsanstalten werden Drogen konsumiert

Drogenkonsum gibt es auch in Justizvollzugsanstalten. Schätzungen gehen davon aus, dass jeder dritte bis sechste Gefangene Konsument illegaler, häufig auch intravenös applizierter Drogen ist². Zwar ist zu vermuten, dass die Konsumfrequenz und die durchschnittlich konsumierte Menge illegaler Substanzen in den Anstalten vergleichsweise niedrig ist, dennoch bestehen große Risiken in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum hinsichtlich Infektionsgefahren und Überdosierungen. Besonders risikoreich stellt sich in diesem Zusammenhang die Zeit nach der Entlassung aus der Haft dar. Hier liegt aufgrund des eingeschränkten oder fehlenden Drogenkonsums in der Anstalt in aller Regel eine stark verringerte Toleranz vor, so dass das Risiko einer letalen Überdosis in den ersten Tagen und Wochen nach der Haftentlassung stark erhöht ist. Erkenntnissen des Bayerischen Landeskriminalamt zufolge sind 2008 33 Personen (13,4% aller polizeilich registrierten Drogentoten) in Bayern innerhalb der ersten zwei Monate nach Haftentlassung (31 Fälle) oder in Haft/ Unterbringung oder Freigang (2 Fälle) an einer Drogenintoxikation verstorben.

Diese Problematik gilt es schon in der JVA zu berücksichtigen und geeignete präventive Maßnahmen während des Aufenthaltes in der Anstalt und insbesondere im Rahmen der Entlassungsvorbereitung zu treffen.

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

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 substitions-gestützten 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

² http://www.kriminologie.uni-hamburg.de/wiki/index.php/Spritzenvergabe_im_Strafvollzug

die Fachdienste (Psychologen, Sozialpädagogen) bzw. durch die externe Suchtberatung sollte gegeben sein.

Substitution

Die substitions-gestützte Behandlung von Opiatabhängigen ist eine allgemein anerkannte Behandlungsform, die auch 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 Substitutionsarzt eine Alternative dar, um eine Entzugssymptomatik bzw. Craving und möglicherweise darauf folgenden 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.

Externe Suchtberatung

Die externe Suchtberatung gehört heute zum Standardangebot fast einer jeden JVA in Deutschland. Fachpersonal externer Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen übernehmen hierbei wichtige Aufgaben im Sinne einer fachlich qualifizierten Beratung und Betreuung von Suchtmittel- und Drogenabhängigen, beispielsweise Information und Beratung sowie Einleitung und Durchführung von Vermittlungen in therapeutische Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, ambulante Maßnahmen, Betreutes Wohnen etc.

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 zusammen zu arbeiten. Externe Berater können für die Gefangenen aufgrund ihrer Schweigepflicht und ihres, sofern sie Mitarbeiter einer staatlich anerkannten Beratungsstelle für Fragen der Betäubungsmittelabhängigkeit sind (§ 53 Abs.1, Nr. 3b StPO), 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.

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.

Gruppenangebote

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.

Angebote zur harm-reduction und Gesundheitsförderung

Neben Aufklärung/Information zu 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 Mitarbeiter.

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.

Entlassungsvorbereitung

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. „Give-aways“ wie z.B. ansprechend gestaltete Flyer mit Warnhinweisen, entsprechend bedruckte Feuerzeuge u.a. bieten sich hier als

Werbeträger an und können die Botschaft ergänzend zum Gespräch vermitteln. Eine enge Zusammenarbeit der Anstalt mit Fachdiensten (z.B. Drogen-, Straftlassenen-, Obdachlosenhilfe) kann die Nachhaltigkeit der eingeleiteten Maßnahmen zusätzlich sichern.

Inhaftierte Drogenabhängige mit Migrationshintergrund

Der hohe Anteil von inhaftierten Drogenabhängigen mit Migrationshintergrund erfordert je nach Bedarf muttersprachliche Angebote.

Weitere Maßnahmen

Risikomindernde Angebote wie z.B. Kondom- oder Spritzenvergabe innerhalb der JVA sollten zum Standard gehören.

Mitarbeiterschulungen der JVA-Bediensteten bzw. der Fortbildung des medizinischen Personals im Bereich Sucht stellen weitere wichtige Punkte zur Qualitätssicherung in diesem Punkte dar.

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

- Akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hrsg.): „Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“. Bonn 2004
- Akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hrsg.): „Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“. Wien 2006
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): „Betreuung im Strafvollzug – Ein Handbuch“. Berlin 2008
- http://www.kriminologie.uni-hamburg.de/wiki/index.php/Spritzenvergabe_im_Strafvollzug
- Jacob / Stöver: „Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen“. Schriftenreihe, Gesundheitsförderung im Justizvollzug. Bjs.1998
- Stöver / Nelles: „10 Jahre Spritzenvergabe an DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug und das Ende für deutsche Projekte“, in: Abhängigkeiten. Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, Jg. 9, 2003

2.4 Rückfallprävention bei regulärer und irregulärer Beendigung der Betreuung in Jugendhilfeeinrichtungen

(Birgit Tremel, Condrobs e.V.)

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. Unter der Überschrift Vernetzung wird das Thema Rückfallprävention – und damit implizit Drogentodprävention – hier ausschließlich bezogen auf Übergänge nach regulärer und irregulärer Beendigung von Hilfen betrachtet.

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

Soziale Faktoren, die bereits während eines Aufenthaltes in einer Hilfeeinrichtung und besonders nach dessen Beendigung Rückfälle mit bedingen sind u.a. Konflikte in der Familie, mit Freunden, am Arbeitsplatz, Verführungs- oder Aufforderungssituationen zum Mitkonsum und die geringe Einbindung in ein 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. Eine erforderliche disziplinarische Entlassung erfolgt in den Jugendhilfeeinrichtungen von Condrobs e.V. immer verbunden mit der aktiven Vermittlung in ein für die Situation und den Entwicklungsstand angemessenes Setting. Die Möglichkeit einer Wiederaufnahme und die notwendigen Voraussetzungen dafür werden bei einer disziplinarischen Entlassung mit den KlientInnen, den

sorgeberechtigten Eltern, dem Kostenträger und der vermittelten Einrichtung oder Dienst kommuniziert. Die Frage nach der richtigen Platzierung des/der KlientIn mit seinem/ihrer jeweiligen Entwicklungsstand wird immer gestellt und ggf. eine längerfristige Vermittlung in eine geeignetere Einrichtung angestrebt (z.B. von einer Einrichtung mit Clean-Anspruch in eine akzeptierende Einrichtung).

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

Erreicht werden soll, dass alle KlientInnen 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 anderer Jugend- und Suchthilfeeinrichtungen (inkl. Psychiatrie) bietet dafür vielfältige Möglichkeiten. Eine möglichst zeitnahe Wiederaufnahme in die Einrichtung ist als Option dabei immer offen.

Eine grundsätzlich wertschätzende Haltung aller beteiligten Helfer dem/der KlientIn gegenüber, das Wissen um und die Akzeptanz von nicht linearen Verläufen von Entwicklungen sind dabei unbedingte Voraussetzungen für den Vermittlungserfolg bzw. gut begleiteten Übergang. Sie sind die Grundlage dafür, dass es keine großen Differenzen bei der Bewertung/Einschätzung des Hilfebedarfs bei den beteiligten Entscheidungsträgern gibt und die Bereitschaft zu unbürokratischen und oft erforderlichen schnellen (Übergangs-)Lösungen vorhanden ist.

Übergänge – v.a. ungeplante – verunsichern, daher muss durch klare, verlässliche Vereinbarungen und Ziele, für 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/die KlientIn kein weiterer Kontakt möglich und eine Selbstgefährdung wahrscheinlich, erfolgt eine Vermisstenmeldung bei der Polizei. Alle KlientInnen, die irregulär eine Maßnahme beenden, erhalten (z.T. standardisiert schriftlich) immer Informationen zu möglichen Anlaufstellen und zu safer use.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es notwendig ist, mit den KlientInnen im Kontakt, d.h. 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/der KlientIn nach tragfähigen Bezügen Ausschau gehalten und der Übergang dorthin (z.B. Eltern) begleitet werden. Im akuten Gefährdungsfall werden Maßnahmen zur Abwendung der Gefährdung getroffen (z.B. Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung, Vermisstenmeldung). Zur Einschätzung der Gefährdung ist es u.a. hilfreich, die vorliegende Statistik des LKA bzgl. der Alters- und Geschlechterverteilung bei den Drogentoten 2008 heranzuziehen. Demnach sterben weibliche Drogenkonsumenten im Alter von 14 bis unter 25 Jahre anteilig häufiger an den Folgen von Substanzkonsum! Bei den Frauen ist der Anteil der Drogentoten unter 25 Jahren bezogen auf die absoluten Zahlen weiblicher Drogentoter 30,3%, bei den Männern beträgt der Anteil 14,4%.

2.5 Rückfallprävention bei Beendigung der Substitutionsbehandlung

(Stephan Walcher, Schwerpunktpraxis concept)

Präventionsgedanken zum Thema Überdosierung finden sich in der Substitutionsbehandlung (opiate replacement therapy: ORT) an mehreren Stellen – entsprechend ihrer enormen Bedeutung: An Schnittstellen, 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 plötzliche i.V.-Dosierung sein kann, was Beigebrauch zu einer Überdosierung beiträgt, welche Spielregeln diesbezüglich herrschen. Der Behandlungsvertrag dokumentiert diese Problemzonen noch einmal schriftlich.

Eine Aufnahme findet am besten Montag- bis Mittwochvormittag statt, abends und besonders vor dem Wochenende steigt das Risiko von initialen 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 (Wie Vorbeugen – sozial, persönlich, Coping, Meidung etc.? Was tun, wenn's passiert ist? Wie umgehen mit einer Notfallsituation? Interaktionen von Medikamenten und Drogen) ebenso wichtig wie die gemeinsame Einübung konkreter Hilfemaßnahmen.

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 „Rausschmiss“grenze wie Gewalt, Diebstahl) erhalten Patienten Punkte (>3 = Ausschluss und Überweisung an andere Einrichtung oder Entgiftung), die in den Kursen wieder abgebaut werden können.

3) Zum Abschluss der ORT:

Auch wenn sich die überwiegende Zahl unserer Patienten geordnet verabschiedet, gibt es doch etwa 15-20% der Patienten, die unangekündigt die ORT 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 „unabgemeldeten“ 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. Intensive, supervidierte (Langzeit-) Beziehung zu den Patienten ist sicher der beste Schutz, den wir ihnen geben können.

3 VERNETZUNG IN RISIKOSITUATIONEN – BEST PRACTICE-BEISPIELE

3.1 24-Stunden-Notruf von Drobs e.V. Dachau

(Silvia Neumeier, Drobs e.V. Dachau)

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 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-Notrufnummer 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 Rettungssanitäter 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.

3.2 Risikoklärung bei Kontaktabbruch zum Hilfesystem

(Peter Bannert, Drogenhilfe Schwaben)

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) Best Practice-Beispiel

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, Fentanylpflaster sind verbraucht und er wird entzügig.

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 Praxis Wiederaufnahme in Substitution) 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.

4 SCHULUNGEN UND FORTBILDUNGEN

4.1 Erste-Hilfe im Drogennotfall

(Stephan Walcher, Schwerpunktpraxis Concept)

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

I. ALLGEMEINE MASSNAHMEN

A) BASIC LIFE SUPPORT (BLS) durch nichtärztliches Personal (ERC-Guidelines 2005)

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

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).

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

1. Bewusstsein prüfen :

Ansprechen, Schütteln, Schmerzreize setzen

Patient bewusstlos	Patient bei Bewusstsein
• Notruf absetzen (112/19222)	• Befragen; Hilfe holen

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, besser mit Beatmungsmaske und Ambubeutel. Brustkorb muss sich heben. • Bei erfolglosem Beatmungsversuch (Brust hebt sich nicht) Atemhilfe (Airway) einführen, Maske neu platzieren, Kinn weiter anheben, Kopf überstrecken, auch bei oral-nasaler Spende • Falls Sauerstoff vorhanden Ambubeutel mit Reservoir und O₂-Leitung verbinden, voll aufdrehen 	<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 für Herzdruckmassage • Beginn der Herzdruckmassage Eindrücktiefe 4-5 cm; Thoraxkompressionen laut mitzählen. Richtige Frequenz = ca. 100/min • Thoraxkompressionen im Wechsel mit Maskenbeatmung im Verhältnis 30:2 (= CPR), das ergibt 3 Zyklen pro Minute! • Der Patient muss während CPR auf einer harten Unterlage liegen, sonst ist die Herzdruckmassage 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)

FRÜHDEFIBRILLATION durch nichtärztliches Personal

Ziel ist die schnellstmögliche Durchbrechung eines Kammerflimmers als Ursache eines Kreislaufstillstandes. Der Einsatz des AED (Automatisierter Externer Frühdefibrillator) hat unabhängig von allen anderen Maßnahmen sofort zu erfolgen, wenn er verfügbar ist 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.
- ### 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

1. Beatmung**Intubation**

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

Larynxmaske und Larynxtubus stehen in vielen öffentlichen Einrichtungen und in Rettungswägen 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).

- 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

2. Medikamente bei Herz-Kreislaufstillstand

Die Evidenz für die Wirksamkeit von Medikamenten unter Reanimation ist gering!

Die kardiopulmonale Reanimation (Thoraxkompressionen und Beatmungen) darf daher nicht für Medikamentengaben unterbrochen werden!

Adrenalin

Bei Kammerflimmern/ pulsloser Ventrikeltachykardie (VT):

- 1 mg i.v. wenn dieser Rhythmus nach der 2. Defibrillation persistiert.
- Wiederholung (1 mg) alle 3-5 Minuten bis ROSC („return of spontaneous circulation“)

Bei pulsloser elektrischer Aktivität/ Asystolie (PEA):

- 1 mg i.v.
- Wiederholung alle 3-5 Minuten bis ROSC.

Exzessive Adrenalingaben sind sinnlos bzw. schädlich!

Vasopressin

In Italien nicht erhältlich; widersprüchliche Aussagen in mehreren Studien; möglicherweise geringe Vorteile gegenüber Adrenalin bei Asystolie.

Amiodaron

bei Kammerflimmern/ pulsloser VT:

- 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.

Lidocain

bei VF/VT, 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.

Atropin

bei 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 BGA!)
- Hyperkaliämie
- Intoxikation mit trizyklischen Antidepressiva

Theophyllin

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

Magnesium

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

4 ml MgSO₄ 50% i.v. (=2 g i.v.)

Kalzium

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

10 ml CaCl₂ i.v.

Clopidogrel

Neues 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)

ANTIDOTA

Naloxon (gegen Opiate außer Buprenorphin)

Flumazenil (gegen Benzodiazepine)

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

Siehe Naloxonvergabe (unter 4.2)

3. 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 (Beatmungen): 2 (Herzmassagen)
- 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 Prox. Xiphoides entlangfahren, 1 Querfinger Richtung Kopf, daneben Handballen/ Finger/ Daumen
- Als alternative Beatmungshilfe für den geübten Anwender wird die Larynxmaske empfohlen
- 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.

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. Im KH-Bruneck derzeit aber keine Kinder-Paddles für AED vorhanden.
- Paddles-Größen:
 - < 10 kg/KG 4,5 cm Druckmesser (Anpressdruck 3 kg)
 - > 10 kg/KG 8-12 cm Druckmesser (Anpressdruck 5 kg)

Kurzüberblick Neuerungen der ERC-Leitlinien 2005

- Teilweise gravierende Neuerungen
- „Hauptsache Herzmassage“ (so früh wie möglich; vermeide Unterbrechungen)
- Thrombolyse und Hypothermie neu

Aktuelle Empfehlung	Alte Richtlinien
Druckpunkt im Zentrum des Brustkorbs, also in der unteren Brustbeinhälfte	Aufsuchen des Druckpunkts nach der 2 QF-Regel
Inspirationszeit 1 Sekunde	Inspirationszeit für eine Beatmung bei Erwachsenen 1-2 Sekunden
Verhältnis 30 : 2 für Erwachsene	Verhältnis 15 : 2 für Erwachsene
Verhältnis 15 : 2 (Profis) oder auch 30 : 2 (einzelne Helfer bzw. Laienhelfer)	Verhältnis 5 : 1 für Kinder
Normalerweise Beginn mit Thoraxkompressionen	Beginn der Reanimation beim Erwachsenen mit 2 Initialbeatmungen
Nur noch einzelne Schocks, monophasisch gleich mit 360 J	Defibrillationen in 3er-Serien, anfangs 200 J monophasisch, später Steigerung
Ein Defibrillations-Versuch alle 2 Minuten	Defibrillations-Versuche jede Minute
Sofortige Fortführung von Thoraxkompressionen	Diagnostik nach einem Defibrillationsversuch
In solchen Situationen 2 Minuten Basismaßnahmen vor Defibrillation	Auch bei unbeobachtetem Kreislaufstillstand sofort Defibrillationsversuche
Adrenalin erst zum Zeitpunkt der dritten Defibrillation	Adrenalin bei VF/VT nach der ersten erfolglosen Defibrillationsserie
Ein oder zwei Hände, je nach Situation	Thoraxkompressionen beim Kind mit einer Hand

II. MASSNAHMEN IM DROGENNOTFALL

Womit haben wir hauptsächlich zu tun?

- Opiate
- Benzodiazepine, (Barbiturate)
- Kokain (Stimulantien)
- Halluzinogene
- Psychopharmaka
- Alkohol (nicht gesondert behandelt: siehe BLS)

Spezielle Maßnahmen bei Überdosis und Entzug

Opiate

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, enge Pupillen, Atemlähmung/Blaue Lippen/Hände etc., Bradykardie, Kreislaufkollaps, Erbrechen, Aspiration (Fremdkörperinhalation), Lungenödem (Gewebschwellung 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 Sofortsubstitution!

Intox: ABCD-Regel. Stabile Seitenlage, Atemwegsicherung, ggf. Bewusstsein klären/Kreislauf unterstützen, i.v.-Zugang, ggf. Hals, reichlich Flüssigkeit, ggf. bei massiver Atemdepression frakt. Gabe von Naloxon (0,1 mg/min bis 10 mg)

Cave: Wiederaanflutung, da kürzere Halbwertszeit des Naloxons. Entzugssyndrom mit Craving (und sofortigem drug-seeking)!

Benzodiazepine/Barbiturate

Symptomatik:

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

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

Akutbehandlung:

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

Intox: ABCD-Regel. Stabile Seitenlage, Atemwegsicherung, ggf. Bewusstsein klären/Kreislauf unterstützen, i.v.-Zugang Hals, reichlich Flüssigkeit, ggf. frakt. Gabe Flumazenil (0.2mg/min bis 10mg)

Cave: Wiederaanflutung wegen kurzer Wirkung des Flumazenil

Stimulantien (Cocain, Speed, Ecstasy)

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 zwischen 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 ernstnehmen. Bei i.v.-Konsum und Kombination mit LSD/BZD/Opiaten auch somatischer Entzug. Verbringen an einen ruhigen Ort, Ruhen lassen, beobachten.

Intox: ART: 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, Propanolol, Lidocain, ggf. bei massiven Rhythmusstörungen Amiodaron. ABCD-Regel. Cave: Behandlung von häufigem Mischkonsum

Halluzinogene (LSD/Liquid XTC, 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 chron.), Horrortrips Häufig: veränderte Wahrnehmung, Flashbacksyndrom.

Akutbehandlung:

Entzug: Psychischer Entzug. Cave: Kombination mit Psychostimulantien oder anderen Halluzinogenen. Ruhen lassen, beobachten,

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

Psychopharmaka (Neuroleptika, Trizyklische Antidepressiva, Mirtazapin)**Symptomatik:**

Entzug: Wunsch nach Effektwiederherstellung: Unruhe, Schlaflosigkeit, Depressivität

Intox: bei trizyklischen Antidepressiva überwiegen anticholinerge, bei Neuroleptika dopaminerge Intoxikationszeichen.

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: Spülung! EPMS: Akineton. Krämpfe: Diazepam. ABCD. Frühintubation. Reichlich Infundieren. CPR bis Giftelimination (Dialyse/Hämofiltration), Schrittmacher, Amiodaron bei nichtbeherrschbaren Rhythmusstörungen. Infektionsprophylaxe.

Immer wieder finden sich ähnliche Verhaltensempfehlungen. Wichtig sind Empathie 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.

4.2 Der Einsatz von Naloxon durch Laien

(Kerstin Dettmer, Fixpunkt Berlin)

Naloxon

Der schnellste spezifische Weg, eine opiatbedingte Atemdepression zu beseitigen, ist die Injektion des Opiatantagonisten Naloxon (Handelsname Narcanti®). Dieser wird bereits seit mehr als 40 Jahren zur Behandlung von Opiatüberdosierungen eingesetzt. Naloxon kann innerhalb weniger Minuten lebensbedrohliche Effekte wie Atemlähmung, Hypoxie, Bewusstlosigkeit und Blutdruckabfall aufheben. In höheren Dosierungen kann Naloxon einen Entzug auslösen. Eine Überdosierung ist nicht möglich. Nebenwirkungen wie Herzrhythmusstörungen und Lungenödem sind sehr, sehr selten. Naloxon muss in der in Deutschland verfügbaren Darreichungsform injiziert werden (intravenös, intramuskulär oder subkutan). Die Halbwertszeit des Naloxon liegt zwischen 30 und 80 Minuten, sie ist damit deutlich kürzer als die der gebräuchlichen Opiate. So kann eine vorübergehende Bewusstseinsaufklärung nach erfolgter Naloxoninjektion täuschen. Ein erneuter Atem- bzw. Kreislaufstillstand droht. Dieser Zustand kann dann mit einer weiteren Naloxon-Gabe erneut behoben werden. Naloxon ist verschreibungspflichtig, kann also von einem Arzt auf (Privat-)Rezept (Kosten für eine Ampulle: ca. 7€) verordnet werden.

Rechtliche Aspekte der Naloxonvergabe

Immer wieder werden Skepsis oder Befürchtungen von Fachleuten, die sich für die Naloxon-Abgabe interessieren, hinsichtlich der rechtlichen Problematik der Naloxon-Vergabe an Drogengebraucher im Rahmen der Laienhilfe geäußert. National und international betrachtet scheint dies eines der Haupthinderungsgründe zu sein, Naloxon in die Hände von Opiatkonsumenten zu geben.

Naloxon ist gemäß bundesdeutschem Arzneimittelgesetz verschreibungspflichtig. Das Arzneimittelgesetz regelt nur den Verkehr (Verschreibungspflicht, Abgabe durch Apotheken etc.). Es gibt keinerlei Regelungen (und dementsprechend Einschränkungen) hinsichtlich der Anwendung.

Die Bundesärztekammer hat in einer Stellungnahme Anfang 2002 bestätigt, dass in standesrechtlicher Hinsicht keine Bedenken gegen-

über einer Naloxonabgabe zum Zwecke der Laienhilfe im Drogennotfall bestehen, da aufgrund der Substanzeigenschaften und des Einsatzzweckes nicht zu befürchten ist, dass ein Arzt der missbräuchlichen Anwendung seiner Verschreibung (§ 34 Abs. 4, Muster-Berufsordnung) Vorschub leistet. Die Verwendung des Arzneimittels ist zusätzlich beim Einsatz im Notfall durch § 34 StGB ("Rechtfertigender Notstand") gedeckt. Der Arzt muss allerdings seiner besonderen Aufklärungspflicht Genüge tun, durch die er nicht dadurch entbunden wird, dass andere Institutionen Schulungs- und Informationsmaßnahmen durchführen. Die Bundesärztekammer legt großen Wert auf die Aufforderung an den Naloxon-Empfänger, zusätzlich den Rettungsdienst zu alarmieren. Hat der Arzt im Einzelfall den Eindruck, dass der Naloxon-Interessent keine Schulung bzw. Informationen anzunehmen bereit ist und / oder den Rettungsdienst nicht informieren würde, sollte kein Naloxon verordnet werden.

Das Fazit der Stellungnahme der Bundesärztekammer ist, dass die Naloxon-Verschreibung im Rahmen von Laienhilfe gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt ist. Es gibt jedoch keinerlei Hinweise, dass Naloxon-Abgabe durch Ärzte an Laien rechtlich problematisch sei, solange diese allgemeingültigen Regelungen des Arzneimittelrechts und der ärztlichen Berufsordnung (Verschreibungs-, Apotheken-, Aufklärungs- und Schulungspflicht) folgt.

In einer Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit vom August 2008 wird der Einsatz von Naloxon durch Laien wie folgt bewertet:

Im Hinblick auf die Anforderungen in § 2 Abs. 1 Nr. 3 der AMVV, geht die AMVV grundsätzlich davon aus, dass die Person, für die ein Arzneimittel verschrieben wird, mit der Person identisch ist, bei der das Arzneimittel zur Anwendung kommt. Aber auch das Bundesgesundheitsministerium berücksichtigt allgemeine Rechtfertigungsgründe, die eine Ausnahmemöglichkeit rechtlich nicht ausschließen. Naloxon kann somit im Rahmen eines Notfalles ausnahmsweise bei einer anderen Person, als der, für die es verschrieben wurde, zur Anwendung gebracht werden, wenn gesundheitliche Folgen bzw. Gefahren nicht anders als durch unverzügliche Verabreichung von Naloxon abgewendet werden können.

Hingewiesen wird außerdem auf die bestehenden medizinischen und rechtlichen Risiken, die mit einer von medizinischen Laien im Notfall vorgenommenen parenteralen Applikation von Naloxon verbunden sind.

Fazit der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit:

Die Naloxon-Verschreibung im Rahmen von Laienhilfe ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Die bestehende Rechtslage schließt jedoch die Verabreichung von Naloxon durch qualifizierte Laienhelfer nicht aus.

Naloxonverschreibung in der Praxis

Für die Verschreibung müssen folgende Bedingungen erfüllt werden:

- Der Naloxon-Empfänger wird zum situationsangemessenen Verhalten im Drogennotfall und in der Anwendung von Naloxon qualifiziert.
- Die Aufklärung und Naloxon-Abgabe werden dokumentiert.
- Der Naloxon-Empfänger muss selbst Opiatkonsument sein.

Eine Verschreibung von Naloxon an Personen, für die keine Indikation vorliegt (beispielsweise nichtkonsumierende Lebenspartner oder Sozialarbeiter) ist gemäß AMVV nicht möglich. Es empfiehlt sich jedoch durchaus Lebenspartner, Familienangehörige oder Sozialarbeiter in Drogenhilfe-Einrichtungen zum angemessenen Verhalten im Notfall zu schulen. Sollten diese Laienhelfer im Notfall Naloxon beim überdosierten Konsumenten finden und dieses injizieren, sind sie als Ersthelfer vor rechtlichen Konsequenzen geschützt.

Alltagsnah ist es zudem, „Konsumgemeinschaften“ in der Anwendung von Naloxon zu schulen und jedem Teilnehmer Naloxon zu verschreiben. Im Idealfall hätte somit jeder Opiatkonsument sein eigenes Naloxon in der Tasche und jeder Konsumpartner wüsste den Antagonisten adäquat einzusetzen.

In Australien gibt es Naloxon in nasaler Applikationsform. Studien haben ergeben, dass die Wirkung durchaus mit der intravenösen oder intramuskulären Anwendung vergleichbar ist. Um mögliche Risiken bei einer Injektion zu vermeiden, wäre es wünschenswert, dass auch in Deutschland Naloxon in einer nasalen Darreichungsform zugelassen wird.

4.3 Mitarbeiterschulungen

4.3.1 Krisensituationen erkennen und verhindern

(Karin Wiggenhauser; Condrops e.V.)

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

Studien gehen davon aus, dass bis zu einem Drittel der Drogentoten auf einen Suizid zurückzuführen sind (Faust, 2005). Aus diesem Grunde sind kontinuierliche Mitarbeiterschulungen 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. Die Suizidmortalität, z. Bsp. bei Alkoholabhängigen, erreicht in der Allgemeinbevölkerung nahezu die Depressiver (Wolfersdorf, 1992).

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.

Was kann ich tun?

- Beziehung anbieten: ernsthaft und direkt nach konkreten Suizidideen oder Suizidhandlungen fragen
- akuten Handlungsdruck erfragen
- die Sorgen des Betroffenen ernst nehmen
- Angehörige oder als positiv erlebte Bezugspersonen einbeziehen
- gegebenenfalls zu einer Hilfseinrichtung begleiten
- eigene Grenzen erkennen und als Helfer Unterstützung suchen

Anbei ein Fragebogen zur Abschätzung der Suizidgefährdung, der als Hilfestellung zur Abklärung der Suizidgefährdung zu verstehen ist.³

1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben nehmen zu müssen?
2. Häufiger?
3. Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt?
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen wollen?

5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen?

6. Haben Sie schon zu jemandem über ihre Suizidabsichten gesprochen?

7. Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen?

8. Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?

9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?

³ <http://www.step-hannover.de/pdf/TherapeutenManual.pdf>

10. Fällte es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihr Problem zu denken?

11. Haben Sie in letzter Zeit wenig Kontakt zu Verwandten, Bekannten oder Freunden?

12. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie noch Hobbies?
13. Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?
14. Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehen?
15. Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?

(Nach: W. Pöldinger (1982) „Fragebogen zur Abschätzung der Suizidgefährdung – Fremdbeurteilung“)

Hinweise zur Einschätzung der Suizidgefährdung

Der Fragebogen von Pöldinger (1982) ist als „Hilfestellung“ zur Abklärung der Suizidgefährdung zu verstehen. Neben dem unmittelbaren Gespräch mit dem Klienten ist die Wahrnehmung von Mitklienten eine weitere wichtige Informationsquelle (z.B. ob gegenüber Mitklienten 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 die im Fragebogen grau hinterlegten Fragen von zentraler Bedeutung.

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

Besteht Suizidgefährdung, muss über die jeweilige Notrufnummer ein Notarzt verständigt werden.

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

Nicht zu vergessen sind auch die Suchttherapeuten bzw. Suchtberater selbst, die bei einem erfolgten Suizid eines Klienten Hilfestellung

beim Bearbeiten dieses emotionalen Stresses durch das Team oder durch die Supervision benötigen. Bearbeitung von Themen wie Trauer, Hilflosigkeit, Enttäuschung, Aggression kann einem Burnout vorbeugen. Schon kleine Rituale (zum Beispiel das Abbrennen einer Kerze) hilft den Betreuern wie dem sozialen Umfeld Abschied zu nehmen.

Literatur

- Faust, V. (2005): Suizid und Suizidversuch. Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit. www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_suizid.pdf
- Wolfersdorf, M. (1992): Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Zum Verstehen und Behandeln von depressiven Kranken: Beobachtungen, Erfahrungen, Empfehlungen. Verlag für Angewandte Psychologie.

4.3.2 Erste-Hilfe-Koffer – Die Geschichte des L 43 „Actionpack“

(Jörg Gerstenberg, Drogennotdienst München L43)

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, Beatmungsмаске (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

- Taschenmaske
 - Desinfektionsmittel
 - Wärmedecke
 - Latexhandschuhe
- ➔ Hilfsmittel für eine professionelle und sichere Reanimation
-
- Kleenex
 - Heft
 - Haargummi
 - Handschuhe
 - Reanimationsmerkblatt
- ➔ um situativ bedingten Schmutz zu entfernen
- ➔ um wichtige Infos zu notieren
- ➔ lange Haare stören bei der Reanimation
- ➔ um gesundheitsgefährdende Gegenstände, wie gebrauchte Spritzen, aufgeschnittene Getränkedosen, Scherben usw. zu beseitigen
- ➔ um Sicherheit zu gewinnen
-
- Wasser
 - Kaugummi
 - Zigaretten
 - Feuerzeug
- ➔ Subjektiv gewünschte Utensilien für Retter

Seit September 2004 liegt das „Actionpack“ griffbereit für die MitarbeiterInnen im Büro und in allen Stockwerken der Notschlafstelle.

Vielleicht hilft das „Actionpack“, sich besser vorbereitet zu fühlen, in Situationen, auf die man sich nie richtig vorbereiten kann.

Ebenfalls hilfreich ist es, regelmäßig (2x pro Jahr) verpflichtende Reanimationskurse für die hauptamtlichen MitarbeiterInnen abzuhalten. Wir beim Drogennotdienst haben 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.

4.4 Schulung Drogenabhängiger

(Klaus Fuhrmann, Kontaktladen Condrops e.V.)

In unseren Kontaktläden off, limit und Pedro haben wir jährlich zu ca. 1.000 KlientInnen 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, mit vielen Todesfällen in der langen Sicht. In den letzten Jahren ist z.B. die Zahl der verstorbenen KlientInnen mit Leberversagen nach langjähriger Hepatitis C-Infektion deutlich gestiegen. Damit die MitarbeiterInnen in Kontaktläden sich diesen Themen professionell stellen können, bedarf es nicht nur der Schulung und Fortbildung in Wissen und Techniken der Vermittlung der Inhalte. Sie brauchen dazu auch ein Handling 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.

4.4.1 Geeignete Settings im Kontaktladenalltag

Bewusster Umgang mit Drogentod

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

Teilnahme am jährlichen Drogentotengedenktag mit 1-2 wöchigem Vorlauf als Vorbereitung: Damit wird nicht nur der Tote gedacht, sondern auch ins Bewusstsein gerückt, dass der tägliche Konsum jederzeit tödlich enden kann. Erstellen von Plakaten, Stellwänden, Gedichten ...

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 Info-regal und an weiteren Stellen, wie den Spritzenabgabebehältern ausgelegt. Diese werden ständig aktualisiert.

Spritzentausch und Spritzenabgabe

Bei Spritzentausch und Spritzenabgabe werden KlientInnen gezielt safer-use-Botschaften vermittelt. Insbesondere werden hier KlientInnen mit hohem Spritzenumsatz angesprochen, die vermutlich (oder bekannt) shooting-galleries betreiben, also Orte, wo mehrere KlientInnen zum Konsumieren hinkommen. Diesen empfehlen wir besonders die Teilnahme an Drogennotfalltraining und Stoffkunde (siehe unten).

Ansprache von Klienten

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

Beratung

Die Themen safer-use, Stoffkunde und Notfallmaßnahmen sind Basisqualifikationen der MitarbeiterInnen 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 KL und in die Szene

Wenn uns Warnhinweise über bedenkliche Stoffe erreichen (hoher Reinheitsgrad, Probleme durch Verunreinigungen etc.) wird dies sofort im KL kommuniziert und über die Streetwork in die Szene transportiert. Hier fordern wir auch KlientInnen auf, aktuell erstellte Flyer mit zu nehmen und diese zu verteilen.

Projekte und weitere Maßnahmen

Drogennotfalltraining: 1-2x jährlich findet in jedem Kontaktladen ein Drogennotfalltraining mit professionellen Rettungssanitätern/ Ärzten statt

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

Stoffkunde

1-2x 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...

Hepatitis-Woche

Hier werden schwerpunktmäßig jeden Öffnungstag Themen rund um Hepatitis behandelt, in der Regel unterstützt durch Ärzte und weiteres medizinisches Personal:

Infektionswege, Krankheitsverläufe, Behandlungsmöglichkeiten, Ernährung, Partnerschaft etc...

Zum Einsatz kommen verschiedene Medien, Anschauungsmaterial, Broschüren, Spiele, Filme etc.

4.4.2 Einsatz verschiedener Medien

- Film „abgedrückt“: Erste Hilfe im Drogennotfall
- Film „Einwandfrei“: Hepatitis C – Infektionsschutz und Hygiene im Alltag von Drogengebrauchern
⇒ beide beziehbar über Fixpunkt e.V., Berlin (www.fixpunkt.org)
- Der Prototyp eines Spiels der Aids-Hilfe Berlin zur Hepatitis C-Aufklärung/ Prävention, bei dem es darum geht, bestimmte Situationen einzuschätzen (hohes, geringes und kein Infektionsrisiko)
- 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
- info drog, Schweiz, www.infodrog.ch
Plakate und Broschüren zu Hepatitis C:
<http://www.infodrog.ch/pages/de/prod/hepch.htm>

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

5 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PROFESSIONELLE SUCHTHELFER

5.1 Schweigepflicht und ihre Grenzen

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

(Barbara Stockinger, Staatsanwaltschaft München I)

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 als Rechtfertigungsgrund 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 konkludente 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 im Rahmen 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.

5.2 Garantenpflicht

(Barbara Stockinger, Staatsanwaltschaft München I)

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 dies den Händler wegen Abgabe des Betäubungsmittels der Strafverfolgung 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 herbei gerufene 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 inne hat, bestraft werden; § 323 c StGB stellt jeden unter Strafe, der bei einem Unglücksfall, gemeiner Gefahr oder Not nicht die erforderliche und zumutbare Hilfe leistet.

Autorenverzeichnis

- Bannert Peter, Dipl.-Sozialpäd.,
Drogenhilfe Schwaben Augsburg
- Breuer Marcus, Dipl.-Psych.,
Adaptationshaus Kieferngarten, Deutscher Orden Suchthilfe
- Dettmer Kerstin, Ärztin,
Fixpunkt e. V. Berlin
- Erbas Beate, Dr. med., MPH
BAS e. V.
- Fuhrmann Klaus, Dipl.-Sozialpäd.,
Condrobs e.V. München
- Gallas Josef, Dipl.-Sozialpäd.,
Suchthilfekoordination LH München
- Gerstenberg Jörg, Dipl.-Sozialpäd.,
Drogennotdienst München L 43, Prop e.V.
- Meyer Kirsten, Ärztin,
Städtisches Klinikum München GmbH
- Neumeier Silvia, Pädagogin M.A.,
Drobs e.V. Dachau
- Stockinger Barbara, Oberstaatsanwältin,
Staatsanwaltschaft München I
- Treml Birgit, Dipl.-Sozialpäd.,
Condrobs e.V. München
- Tretter Felix, Prof. Dr. Dr. Dr.,
Isar-Amper-Klinikum – Klinikum München Ost und BAS e.V.
- Walcher Stephan, Arzt,
Schwerpunktpraxis concept München
- Wehner Bertram, Dipl.-Sozialpäd.,
mudra e.V. Nürnberg und BAS e.V.
- Wiggerhauser Karin, Dipl.-Psych.,
Condrobs e.V. München und BAS e.V.
- Wittke Torsten, Kriminaldirektor,
Bayerisches Landeskriminalamt

Drogentodesfälle belasten nicht nur Angehörige und Freunde, sondern in großem Maße auch die Mitarbeiter des Suchthilfesystems. Drogentodesfälle sind aber auch vermeidbar. Diese Broschüre bietet daher Hilfestellungen und Anregungen für die tägliche Praxis aller Personen, die mit Beratung und Therapie von Suchtkranken befasst sind. Inhaltlich finden sich folgende Schwerpunkte:

- Begriffsbestimmung, Epidemiologie und Ursachen von Drogentod
- Praktische Handlungsansätze – situationsbezogene Rückfallprävention und best practice Beispiele
- Professionalität im Drogennotfall durch Schulungen für Mitarbeiter und Konsumenten
- Rechtliche Rahmenbedingungen

ISBN-Nr. 978-3-9807296-3-5