

Bayerische Akademie für Suchtfragen

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel. 089-530 730-0
Fax 089-530 730-19
Email bas@bas-muenchen.de
<http://www.bas-muenchen.de>

Aktuelle Aspekte des Drogentodes

- Diskussionspapier vom August 2000 -

Am 18.7.2000 trafen sich Mitarbeiter aus den Bereichen Suchthilfeoordination, Rechtsmedizin, Polizei, Beratungsstellen, Notschlafstellen, Substitution, Entgiftung und Notfallmedizin, um mögliche Ursachen der drastischen Zunahme der Drogentoten im ersten Halbjahr, die insbesondere in den Regionen München und Nürnberg praktisch eine Verdoppelung darstellt, zu erörtern.

In einem ersten Schritt wurden die Fakten und Beobachtungen aus den Wirkungskreisen der einzelnen Akteure zusammengetragen, dann wurden Hypothesen bezüglich der Ursachen des Trends formuliert. Abschließend wurden einige Folgerungen aus der Analyse gezogen.

I) Faktendarstellung für München

In einem Kurzreferat stellt Herr Prof. von Meyer vom Institut für **Rechtsmedizin** der Universität München die Ergebnisse der Auswertung von bisher 88 Drogentoten aus dem 1. Halbjahr 2000 vor.

Die regionale Verteilung der Fälle ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1: Verteilung der bisher ausgewerteten 88 Drogentodesfälle auf die zuständigen Staatsanwaltschaften.

München I	42	Ingolstadt	2	Passau	3
München II	6	Deggendorf	2	Rosenheim	1
Augsburg	13	Kempten	2	Memmingen	1
Traunstein	10	Landshut	6		

Die Verteilung der bei den Drogentoten vorgefundenen Opiate auf verschiedene Substanzgruppen zeigt Tabelle 2.

Tab. 2: Verteilung der Opiate bei den bisher ausgewerteten 88 Drogentodesfällen.

Heroin	52 (59,1%)	Methadon	17 (19,3%)
Heroin/Methadon	5 (5,7%)	Heroin/Tramadol	2 (2,3%)
Heroin/DHC	1 (1,1%)	Unbekannt	4 (4,5%)
DHC	7 (8,0%)		

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:
HypoVereinsbank München
Konto-Nr. 3 180 378 226
BLZ 700 200 01

1. Vorsitzender:
Prof. Dr. Jobst Böning

2. Vorsitzender:
PD Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Schatzmeister:
Dr. Gerhard Bühringer

Vorstandsmitglieder:
Christiane Fahrnbacher-Lutz
Dr. Brigitte Mugele

Verantwortlich für die Geschäftsstelle:
Christiane Fahrnbacher-Lutz

Diese Verteilung unterscheidet sich deutlich von der aus dem Jahr 1998: Damals war der Anteil von Heroin als allein vorgefundenes Opiat mit 41% deutlich geringer, statt dessen waren die Anteile der Gruppen, bei denen Heroin in Kombination mit einem anderen Opiat auftrat deutlich höher (Schmidt-Kittler & von Meyer, 2000).

Der bei den 88 Fällen vorgefundene Mischkonsum ist in Tabelle 3 dargestellt. Der Konsum von Buprenorphin wurde bei diesen Fällen noch nicht erfasst.

Tab. 3: Beikonsum bei 88 Drogentodesfällen im 1. Halbjahr 2000 (Anzahl der Fälle, bei denen die jeweilige Substanz(kombination) gefunden wurde).

Alkohol*/Heroin	21 (23,9%)	Benzodiazepine	59 (67,0%)
Alkohol*/DHC	1 (1,1%)	Trizyklische Antidepressiva	14 (15,9%)
Alkohol*/Methadon	4 (4,5%)		

*nur Fälle mit einer Alkoholkonzentration von > 1‰

Zur Rolle des Methadons berichtet Herr Prof. von Meyer, dass die vorgefundenen Konzentrationen nicht sonderlich hoch wären, jedoch deutlich über denen der bei Lebenden gesehenen lägen. Im Gegensatz zu Frankfurt oder Hamburg kann für München festgestellt werden, dass Methadon nicht die Bedeutung des Heroins als Todesursache erlangt hat. Die Auswertung der Substanzen, die die Haupttodesursache darstellten (siehe Abb. 1), zeigt für das 1. Halbjahr 2000 einen besonders hohen Anteil von Heroin.

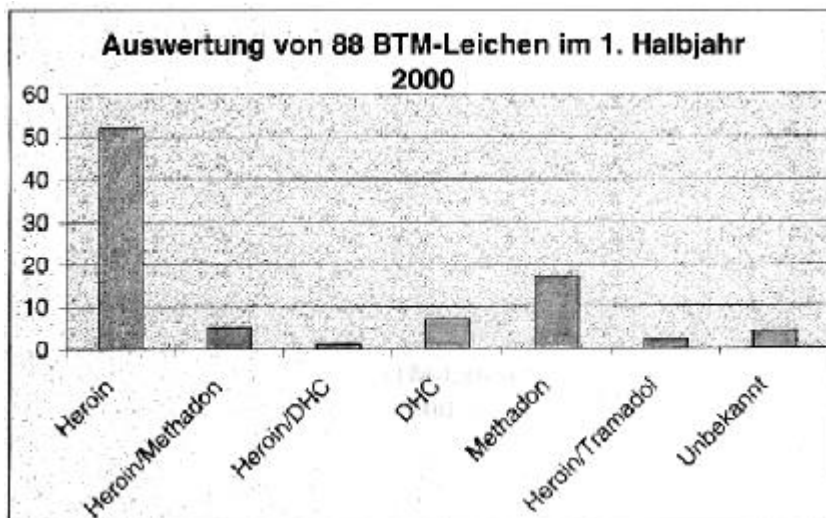


Abb. 1: Todesursächliche Substanzen bei den ausgewerteten 88 Personen (Ordinate: Anzahl der Fälle).

Herr Prof. Penning, ebenfalls vom Institut für Rechtsmedizin der Universität München ergänzt die Darstellungen. Aus rechtsmedizinischer Sicht waren dabei folgende Anmerkungen zu machen: Auffällig war das hohe Durchschnittsalter der Drogentoten; der „typische“ Drogentote war zwischen 30 und 40 Jahre alt. Auffällig waren aus rechtsmedizinischer Sicht auch die zum Teil im Vergleich mit anderen Jahren niedrigen Drogen-Blutspiegel bei

tödlichen Intoxikationen, insbesondere mit Methadon und Benzodiazepinen. Eine grundsätzliche Gefährdung geht davon aus, dass aufgrund der langen Halbwertszeit bei Methadon anders als bei Dihydrocodein oder Heroin der zur Bewußtlosigkeit führende Rausch nicht „ausgeschlafen“ werden kann, sondern deutlich häufiger im Tod enden wird. Zu bedenken sei, ob nicht, entgegen häufig geäußerten Vermutungen (gehäufte Todesfälle bei besonders hoher Heroinkonzentration am Markt) nicht eventuell eher besonders schlechte Heroinqualitäten auf dem Umgang über „zwangsläufig“ vermehrten Beigebrauch zu gehäuften Todesfällen führten.

Aus dem Bereich der **Notfallmedizin** berichtet Herr Dr. Pfab von der Abteilung für Toxikologie des Klinikums Rechts d. Isar. Bei 80% der Personen, die wegen einer Überdosis eingeliefert wurden, wurde mindestens ein Opiat im Blut festgestellt, bei ca. 2/3 auch Alkohol. Es gibt einen kontinuierlichen Trend der Zunahme des Anteils von Patienten mit Überdosis, die auch Alkohol konsumiert hatten (von 33% im Jahr '95 auf 59% im Jahr '99). Von Seiten der Praktiker wird bestätigt, dass die Zahl der Personen mit Alkoholbeikonsum steige.

Der Anteil der Patienten, bei denen Heroinmetabolite im Urin festgestellt werden konnte, betrug 1995 noch ca. 50%, 1998 nur ca. 15%, 1999 lag er bei ca. 30%. DHC wurde 1997 noch bei fast drei Viertel der Patienten festgestellt, 1999 nur noch bei knapp einem Viertel. Im Jahr 1999 erstmals größere Bedeutung erlangt hat Clozapin mit einer Auftretenshäufigkeit von knapp 5%. Was die Herkunft der Substanzen gemäß Patientenangaben betrifft, so zeigt sich, dass der Schwarzmarktanteil sowohl bei DHC als auch bei Methadon bei den Patienten, die aufgrund einer Überdosis eingeliefert wurden, deutlich höher war als bei Patienten, die eine Entgiftung antraten. Bei Patienten, die aufgrund einer Überdosis eingeliefert wurden, ergab sich kein Unterschied zwischen den Gruppen „in Substitution“ vs. „nicht in Substitution“ bzgl. der Anzahl der vorgefundenen Substanzen. Diese lag bei einem Wert von 4. Ein Unterschied zwischen diesen beiden Subgruppen ergab sich jedoch bei den Patienten, die aufgrund einer Entgiftung vorstellig wurden. Hier konnten bei Personen in Substitution signifikant mehr Substanzen nachgewiesen werden (Durchschnitt: 3,3) als bei Personen, die sich nicht in Substitution befanden (Durchschnitt: 2,4). Hierbei bestand kein Unterschied zwischen Patienten, die mit Methadon substituiert wurden und solchen, die Dihydrocodein erhielten. Eine weitere Unterscheidung betraf das Ergebnis der Urinanalyse hinsichtlich „Methadon positiv“ vs. „Methadon negativ“. Bei den Überdosis-Patienten zeigte sich, dass Personen, die Methadon konsumiert hatten, durchschnittlich auch noch mehr andere Substanzen aufwiesen. Doxepin sei deutlich vertreten (ca. 29%), Benzodiazepine bekanntlich in hohem Prozentsatz (87%). Weitere Analysen zeigen, dass ca. 15% der Überdosis-Patienten diese in Suizidabsicht appliziert hätten, ca. ein Drittel hätte den Tod billigend in Kauf genommen. Das mittlere Alter der Patienten, die wegen einer Überdosis eingeliefert wurden, unterschied sich nicht signifikant von dem der Entgiftungspatienten (erstere $20,3 \pm 6,3$ Jahre, letztere $27,05 \pm 7,0$ Jahre).

Als Vertreter der **Polizei** berichtet Herr Wittke vom Rauschgiftdezernat des Polizeipräsidiums München. Er lieferte zunächst Daten zur Halbjahresfortschreibung der Anzahl der Drogentoten in Bayern und verglich die Zahlen vom 1. Halbjahr 1999 mit dem 1. Halbjahr 2000 (siehe Tab. 4).

Während das mittlere Alter der Drogentoten im Jahr 1995 im Bereich von 27-28 Jahren lag, ist dieses im Jahr 2000 auf 33-34 Jahre angestiegen. Der Anteil der Toten über 30 Jahren

ist von 1999 auf 2000 von 56% auf 60% angestiegen, derer über 36 Jahre von 12% auf 24%. Im Kontext der gegenwärtig festzustellenden zunehmenden Resignation in der Szene mag dieser Umstand die These der Gefährlichkeit des Langzeitkonsums stützen, zumal die schlechte Qualität des Straßenheroins häufigere Applikationen (i. d. R. intravenös) mit all den Gefahren und Mischintoxikationen bedingt.

Auf die Frage nach einem Graumarkt für Methadon berichtet Herr Wittke, dass es – ausweislich der Erfahrungswerte aus der Szenebeobachtung und -bekämpfung – im öffentlichen Bereich keinen feststellbaren Markt für diese Substanz gäbe. Er vertritt die Hypothese, dass Praxen, die nicht gemäß den Qualitätsstandards substituieren ggf. eine Kontaktbörse für den Verkauf von Methadon darstellen könnten und somit von einem „geschlossenen Versorgungssystem“ im nichtöffentlichen Bereich ausgegangen werden müsste.

Tab. 4: Vergleich der Anzahl der Drogentoten in den Jahren 1999 und 2000 jeweils für die Monate Januar-Juni

	1999	2000	+ / -
Bundesrepublik	804	864	+8%
Bayern	130	162	+25%
PP München (incl. Landkreis)	25	44	+76%
Stadt München	22	42	+91%
PP Schwaben	24	27	+13%
KPI Augsburg	13	13	0%
Niederbayern/Oberpfalz	20	17	-15%
Oberfranken	5	7	+40%
Mittelfranken	18	26	+44%
Stadt Nürnberg	10	19	+90%
Unterfranken	17	17	0%

Die Hypothese, dass der starke Anstieg in München durch eine verschlechterte Versorgung im Umland bedingt sei, die die Patienten dazu zwingt, nach München zur Beschaffung zu fahren, wo sie dann auch versterben würden, kann Herr Wittke entkräften. Der Großteil der Verstorbenen hätte auch in München gelebt. Dies wird auch von Herrn Lubinski bestätigt, der hierzu eine Recherche durchgeführt hatte. Die Anzahl der Opiatabhängigen in München hat sich nach den Schätzungen der Polizei in den letzten Jahren nicht bedeutend verändert und liegt bei 3.500 bis 4.000.

Die Stoffqualität des Straßenheroins sei in München unverändert schlecht mit einem durchschnittlichen Reinheitsgrad von 3-5%. Aufgegriffene Ware aus dem Zwischenhandel weise vereinzelt deutlich höhere Konzentrationen auf, käme aber so nicht in den Kleinhandel. Der Marktpreis sei langfristig gesehen gesunken, allerdings sei auch die Qualität in diesem Zeitraum gesunken, so dass der Preis relativ gesehen gleich geblieben sei.

Die Auffindesituation der Drogentoten hat sich von 1999 auf 2000 nicht verändert: Ca. 80% werden im privaten Rückzugsbereich gefunden, also zu Hause, bei Freunden etc.

Dass auch die Qualität der Substitution einen Einfluss auf den Schwarzmarkt und so auch die Anzahl der Drogentoten haben dürfte, zeigt der Bericht von einer Patientin, die sich von mehreren Ärzten gleichzeitig L-Polamidon verschreiben ließ, da ihre Mutter angeblich krebskrank sei und schwere Schmerzen hätte. Tatsächlich muss davon ausgegangen werden, dass das Mittel jedoch auf dem Schwarzmarkt verkauft wurde.

Aus dem Bereich der **substituierenden Ärzte** berichtet Herr Dr. Musselmann von einigen Beobachtungen, die im Gespräch mit Patienten gemacht wurden: Das intravenöse Injizieren von auf dem Schwarzmarkt erworbenem Methadon stelle möglicherweise eine aktuelle Ursache für Methadontodesfälle dar. Die Rechtsmedizin gab hierzu an, dass die Art der Applikation nicht untersucht werde. Weiterhin berichten die Patienten, dass Barbiturate dem Heroin beigemischt seien, was zu einem unbewussten Beikonsum dieser Substanz führen könne. Von Polizeiseite wird bemerkt, dass dies zwar schon längere Jahre bekannt sei, Proben jedoch keinen drastischen Anstieg der dem Straßenheroin beigemischten Menge an Barbituraten gezeigt hätten. Dies wird von der Rechtsmedizin bestätigt. Außerdem wird angemerkt, dass wesentlich höhere Barbituratdosen nötig wären, damit eine entsprechende Wirkung einsetzen könne. Dass Barbiturate eine Rolle spielen, wird jedoch auch von Vertretern des Drogenhilfesystems bestätigt. Herr Pfab berichtet hierzu, dass Barbituratbeikonsum bei weniger als 3% der Patienten mit Überdosis festgestellt wurde.

Aus dem Bereich der **Beratungsstellen** berichtet Herr Eckstein, der diesbezüglich eine kleine Umfrage gestartet hatte, dass allgemein bei den älteren Drogenabhängigen eine Grundstimmung von Depression und Aggression festzustellen sei, die die Abhängigen mit allen verfügbaren Mitteln versuchen „wegzumachen“. Viele Abhängige würden nach seinen Erkenntnissen allein sterben, hätten keinen Kontakt zu Drogenhilfeeinrichtungen.

Von der **Clearingstelle** wird berichtet, dass die Nachfrage nach Substitutionsplätzen tendenziell zunehmen würde, bis inkl. Juli wurden ungefähr 270 Nachfragen registriert und weitervermittelt. Bezüglich der Altersverteilung zeigt sich eine Schere zwischen einer Vielzahl jüngerer Klienten sowie einer Vielzahl älterer Klienten über 30 Jahren, die im Schnitt deutlich kränker – oft mit Hepatitis C –, sozial schlechter gestellt und resigniert erscheinen. Viele Patienten hätten bereits mehrere Therapien absolviert und nun kein Interesse mehr an psychosozialer Betreuung. In diesen Fällen ist oft kein Kontakt zum Drogenhilfesystem vorhanden. Dies wird von substituierenden Ärzten bestätigt.

Aus dem **Gesundheitsreferat** wird berichtet, dass mehrere Fälle von Doppelsubstitution gefunden worden seien. Hierbei seien oft von zwei verschiedenen Ärzten unterschiedliche Substanzen bezogen worden. Es wird betont, dass das Problem der Doppelsubstitution als (Mit-)Ursache für einen Teil der Methadontoten in Betracht zu ziehen sei.

Von Seiten der **Entgiftungseinrichtungen** wird ebenfalls über eine resignativere Grundhaltung bei den Patienten berichtet.

Aus den **Kontaktläden** und der **Notschlafstelle** wird berichtet, dass gerade bei älteren Substitutionspatienten der Beikonsum von Alkohol eine Rolle spiele. Z. T. würden die Klienten auch die Substitution beenden und wieder auf Heroin umsteigen, der Alkoholkonsum

würde beibehalten. Die Frage, ob der Beikonsum bezüglich der Anzahl der beikonsumierten Substanzen bzw. in der Dosis, insbesondere bei Alkohol, gestiegen sei, war von Seiten der Rechtsmedizin nicht zu bestätigen.

Frau Fahrmbacher-Lutz berichtet aus dem Bereich der **Apotheken** (Augsburg), dass dort der Spritzenverkauf stark zugenommen hätte. Dies könnte als Indiz für zunehmenden Heroinkonsum gewertet werden. Auch sie berichtet über Resignation auf Seiten der Patienten, die u. a. auch damit zusammenhänge, dass Codein als Substitutionsmittel nicht mehr zugelassen sei, Methadon jedoch in den Augen der Abhängigen oft kein adäquater Ersatz sei.

Zusammenfassend war festgestellt worden, dass der Trend der Drogentoten im Vergleich zum 1. Halbjahr 99 u. a. durch einen Anstieg von Herointoten (mit Beikonsum) bedingt ist. Die Altersgruppe über 30 Jahre ist deutlich stärker vertreten. Der Einstieg in eine Opiatabhängigkeit über Codein bzw. Methadon ist selten. Die präferierte Droge bleibt weiterhin Heroin. Die Dosierungen, die aus der quantitativen toxikologischen Untersuchung ersichtlich sind, scheinen jedoch nicht über den aus den Vorjahren bekannten Werten zu liegen.

Aufgrund dieser Daten stellt sich die Frage, wodurch die Gruppe der für das 1. Halbjahr 2000 überproportional stark aufgetretenen Herointoten zu erklären sei. Für einen drastischen Zuwachs des Beikonsums, insbesondere den Alkohol betreffend, etwa gar im Sinne einer Verdoppelung, gibt es keine Belege. Bei der Diskussion dieses Themas muss übrigens auch berücksichtigt werden, dass Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit auch in der „Normal“bevölkerung häufig ist und es nicht einsichtig erscheint, warum ausgerechnet Abhängige keinen derartigen Alkoholkonsum aufweisen sollte. Ein zusätzliches Problem ist der Methadontod bei substitutionsadäquaten Blutspiegeln, was teilweise durch Beikonsumeffekte erklärt werden kann.

II) Hypothesen

In der sich anschließenden Diskussion wurden folgende Hypothesen bzgl. des starken Anstiegs der Anzahl der Drogentoten aufgestellt:

1. Drogenabhängige weisen verstärkt Politoxikomanie auf, wobei nach den momentanen Erkenntnissen die Herointoten und die Methadontoten grundsätzlich getrennt erörtert werden sollten. Kommt dann noch eine Krise hinzu, so wird der Beikonsum noch gesteigert, die Abhängigen nehmen sozusagen alles ein, was sie „zumacht“. Ist Heroin dann das Mittel der Wahl, so muss mit einer höheren Anzahl von Drogentoten gerechnet werden als wenn „nur“ Doxepin genommen wird.
2. Durch die Qualitätsansprüche ist die Substitution hochschwelliger geworden und bei Substitution auf Selbstzahlerbasis zum Teil auch teurer (z. B. durch Urinkontrollen). Dies führt zu Resignation bei den Patienten. Für sie ist es bequemer und zumeist auch billiger, sich Methadon auf dem Schwarzmarkt zu besorgen.
3. Höher konzentriertes Straßenheroin als Ursache für den Anstieg lässt sich aus Polizeierkenntnissen nicht belegen. Es wäre jedoch denkbar, dass die älteren Junkies über Quellen für höher konzentriertes Methadon verfügen, z. T. dealen sie auch selbst. Von Seiten der Rechtsmedizin wird eher für ein gegenteiliges Wirkmuster plädiert in dem

Sinne, dass eine dauerhaft schlechte Heroinkonzentration zu einem stärkeren Beigebrauch führt und so mehr Gefahren mit sich bringt als höhere Konzentrationen. Die Studie von Püschel et al. (1994), die einen Zusammenhang im Sinne von: höhere Konzentration = höheres Risiko zeigt, wird nicht als stichhaltig angesehen. Prinzipiell ist ein Zusammenhang denkbar, erscheint aber schlecht fundiert.

4. Die These, dass ein Bekanntwerden einer HIV- bzw. HCV-Diagnose zur oben beschriebenen Resignation führt, lässt sich nicht belegen. Herr Dr. Pfab betont, dass Hepatitis C kein nennenswerter Grund für Überdosierungen in suizidaler Absicht war, Herr Prof. Penning führt zudem an, dass die HIV-Durchseuchung der Drogentoten rückläufig sei.
5. Als mögliche Ursache der plötzlichen Resignation wird auch die intensive Auflösung der offenen Szenen und die damit entstehende Isolation der Abhängigen diskutiert. Da die positiven Effekte einer Auflösung der Szene durchwegs schon aus rein medizinischer Sicht anzuerkennen sind, wird diskutiert, dass ein solcher Rückzug in die Einsamkeit auch durch einen Ausbau von niedrighschwelligigen Hilfsangeboten aufgefangen werden könne (siehe unten).
6. Eine mögliche Ursache könnte ein gesteigener Beikonsum bei Patienten in Substitution sein. Nach den Daten von Herrn Pfab aus der Toxikologie besteht jedoch kein Unterschied zwischen Patienten mit DHC oder Methadon, im Sinne der Anzahl der Mittel, die beikonsumiert worden waren. Unklar bleiben Fragen zum Spektrum des Beikonsums, zur Dosierung und zur Rolle des Alkoholismus. Dieser fördere allerdings eine zunehmend feststellbare Aggressivität der Abhängigen, so Herr Deurer.

Am tragfähigsten stellt sich in der Gruppendiskussion ein Modell dar, das von einer allgemeinen Labilisierung der Drogenszene ausgeht und wie folgt charakterisierbar wäre:

- (a) Die 10. Betäubungsmittelrechtsänderungsverordnung vom Jahr 1998 stellt mit dem erzwungenen raschen Wechsel von Codein auf Methadon in den Jahren 1998 und 1999 ein einschneidendes Ereignis mit langfristigen Veränderungen dar.
- (b) Die zunächst positive Wirkungserwartung gegenüber Methadon bei einer weitgehend kooperativen Klientel hat sich inzwischen in Resignation gewandelt, da die Wirkungen des Methadons nicht den Erwartungen der Patienten entsprechen. Methadon führt zu einer relativ starken Sedierung und hat keine euphorisierende Wirkung. Dieses Wirkprofil von Methadon provoziert u. U. den festgestellten Beikonsum mit dem die Patienten versuchen, die Sedierung zu verringern und sich den oft gewünschten Kick zu verschaffen (Gegenthese: Befund von Herrn Pfab der Gleichrangigkeit vom Beikonsum bei DHC-Patienten wie auch bei Methadon-Patienten). Insbesondere der Alkoholbeikonsum tritt bei Methadonsubstitution angeblich zunehmend auf.
- (c) Würde bei einem weiterem, ggf. in diesem Jahr statt findenden Rückzug aus der Methadonversorgung mit Wiederaufnahme des Heroinkonsums, der Alkoholkonsum fortgeführt werden, könnte dies bei gewohntem Heroin-Dosierverhalten zu tödlichen Überdosierungen führen.
- (d) Das Verlassen des Hilfesystems kann auch durch das Aussteigen von Ärzten aus der Methadonsubstitution wegen der gestiegenen Qualitätsanforderungen in Verbindung

mit einer Verschlechterung der Finanzierung, bedingt sein, bzw. auf wiederholte Schwierigkeiten, einen Substitutionsplatz zu finden, zurück gehen.

- (e) Des Weiteren könnte die durch die Gesetzesänderung erreichte „relative Hochschwelligkeit“ einer qualifizierten Methadonsubstitution dazu führen/geführt haben, dass substituierte ältere Drogenabhängige aus dem Substitutionssystem aussteigen.

Konkrete Daten zur Belegung dieses Modells stehen im Moment nicht zur Verfügung, es sollte jedoch durchwegs genauer geprüft werden.

III) Folgerungen

In der abschließenden Diskussionsphase wurde versucht einige Folgerungen aus den bisherigen Erkenntnissen zu ziehen:

1. Es sollten zunächst die Forschungsergebnisse des Instituts für Therapieforschung bzgl. der „Analyse der Drogentodesfälle in Bayern“ abgewartet werden, deren erste Präsentation in Fachkreisen für Sept.-Okt. diesen Jahres erwartet wird.
2. Eine Intensivierung der Kontaktläden zur Kompensation repressiver Maßnahmen ist angestrebt und wird bereits umgesetzt.
3. Spezielle Settings für ältere Drogenabhängige sollten entwickelt werden, eine Veränderung der psychosozialen Programmgestaltung gemäß den Bedürfnissen jener Patienten erscheint angebracht.
4. Die Polizei regt an, als Ergänzung zu ad-hoc Krisengruppen ein koordiniertes und automatisch funktionierendes Frühwarnsystem zu installieren.
5. Aus dem Bereich der Substitutionspraxen wird eine Umfrage geplant, in der die Drogenabhängigen selbst über deren Hypothesen bzgl. der Zunahme der Drogentoten befragt werden, mit dem Ziel, noch nicht diskutierte Risikofaktoren zu entdecken.
5. Die Notwendigkeit der schnellen Umsetzung des im 3. BtM-Änderungsgesetz vom Februar 2000 bereits beschlossenen Substitutionsregisters zwecks Vermeidung der Doppelsubstitution wird weiter betont.
6. Eine Medieninitiative könnte Informationen über „Safer use“ an die Abhängigen bringen.
7. Von der Toxikologie (Dr. Pfab) ist ein Projekt in Sinne eines Überlebens- und Überdosismanagement-Trainings mit Kenntnissen der Ersthilfe geplant, das von Seiten der Kliniken mit Intensivstationen getragen werden soll. Auch die Verwendung von Naloxon zur Selbstbehandlung ist dabei vorgesehen.
8. Herrn Lubinski schlägt die Durchführung einer Junkie-Tagung Ende des Jahres vor; er will Initiativen in dieser Richtung unternehmen. Dort sollten u. a. die Erfahrungen von Junkies und Experten bilateral ausgetauscht werden.
9. Es sollte noch einmal überprüft und sichergestellt werden, dass beim Anruf einer Notrufnummer nur der Notarzt und nicht die Polizei alarmiert werden.
10. Die Geh-Struktur der Drogenhilfe und die psychosoziale Betreuung vor Ort sollten ausgebaut werden.

11. Ebenfalls anzustreben ist eine flächendeckende qualifizierte Substitution. U.a. müsste hierfür evtl. neue Substitutionsambulanz installiert werden, um den Mangel an Substitutionsplätzen auszugleichen, der durch Ärzte verursacht wird, die aufgrund der Rahmenbedingungen die Substitution aufgeben. Um die Qualität der Substitution zu gewährleisten sollten niedrigschwellig arbeitende Ärzte in bereits bestehende Zirkel etc. integriert werden.

IV) Ausblick

Es besteht die Absicht, im Spätherbst ein weiteres Treffen des Arbeitskreises durchzuführen, wobei die Hypothesen präzisiert, neue Erkenntnisse berücksichtigt und ggf. geeignete Strategien entwickelt werden sollen.

Verfasser:

Daniela Zeitler (Dipl.-Psych.)
BAS e. V.

PD Dr. Dr. Dr. Tretter
Arbeitskreis Substitution

Literatur:

BAS e. V. (1998). *Zur Aussagekraft der Anzahl der Drogentoten* [Diskussionspapier]. München: Herausgeber.

Püschel, K., Schulz-Schaeffer, W., Castrup, U. Teschke, F. & Heckmann, W. (1994). Abhängigkeitstypen sowie Erklärungsansätze für eine versehentliche Überdosierung bei Drogentoten. *Sucht*, 6, 384-xx.

Schmidt-Kittler, H. & Meyer, L. von. (2000). Drogenbedingte Todesfülle 1998. Zur Entwicklung der Substitutionspraxis in Südbayern. *Suchtmedizin*, 2(2), 103-109.