



**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

Web: www.bas-muenchen.de

**Dokumentation der
17. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern**

„Prävention von Drogennotfällen und -todesfällen

**Was kann eine optimierte Vernetzung
dazu beitragen?“**

12. März 2008 in München

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft AG

Konto-Nr. 8890100

BLZ 700 205 00

1. Vorsitzender:

PD Dr. med. Norbert Wodarz

2. Vorsitzender:

Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Schatzmeister:

Bertram Wehner

Dipl.-Sozialpäd. (FH)

Vorstandsmitglieder:

Christiane Fahrmbacher-Lutz
Apothekerin

Dr. rer.soc. Christoph Kröger
Dipl.-Psychologe

Ehrevorsitzender:

Prof. Dr. med. Jobst Böning

Ablauf der Tagung

Am 12. März 2008 fand im EineWeltHaus in München die 17. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern mit rund 40 Teilnehmern statt. Folgende Vorträge und Workshops wurden angeboten:

09:00	Eintreffen der Teilnehmer, Begrüßungskaffee
09:30	Begrüßung und aktuelle Informationen (Melanie Arnold, Geschäftsstellenleiterin BAS e.V.)
10:00	Entwicklung der Drogentodesfälle in Bayern – Feststellungen und Erkenntnisse aus polizeilicher Sicht (KD Torsten Wittke, Landeskriminalamt Bayern)
10:45	Drogentod - ein Update aus Sicht der forensischen Toxikologie/Rechtsmedizin (Dr. Liane Paul, Institut für Rechtsmedizin, Ludwig Maximilians-Universität München)
11:15	Kaffeepause
11:30	Goldener Schuss oder Agonie: Wie stirbt man eigentlich an Drogen? (Stephan Walcher, Schwerpunktpraxis concept München)
12:15	Modellansätze zur Prävention von Drogentod (Dipl.-Soz. Päd. Jörg Gerstenberg, Leiter Drogennotdienst L43, München)
13:00	Mittagspause
14:00	<u>Workshop 1</u> : Prävention von Drogennot- und -todesfällen (Kerstin Dettmer, Fixpunkt Berlin)
	<i>oder</i>
	<u>Workshop 2</u> : Vernetzung im ländlichen und städtischen Raum – So könnten Drogentodesfälle verhindert werden (Karin Wiggenhauser, Condrops e.V.)
15:45	Kaffeepause
16:00	Forum: Vorstellung der Ergebnisse aus den Workshops, Diskussion, Verabschiedung

1. Begrüßung

Frau Dipl.-Psych. Melanie Arnold, Leiterin der BAS-Geschäftsstelle, begrüßte in Vertretung für Frau Fahrmbacher-Lutz die Teilnehmer und gab einen kurzen Überblick über das Tagungsprogramm.

2. Entwicklung der Drogentodesfälle in Bayern - Feststellungen und Erkenntnisse aus der Sicht des Bayerischen Landeskriminalamts

Herr Wittke gab zunächst einen kurzen Rückblick auf die Entwicklung der Rauschgiftproblematik bzw. dem Umgang mit diesem Thema. Demnach waren die 80-erJahre dadurch geprägt, dass damals eine sehr isolierte Auseinandersetzung mit dem Thema Drogentod (je nach ministerieller Zuständigkeit) stattfand. Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Substanz selbst und weniger die individuelle/persönliche Dimension der Betroffenen.

Später wurden Erklärungsmodelle und Interventionsmöglichkeiten entwickelt, die die Zahl der Drogentoten reduzieren sollten. Ende der 90-er Jahre begegnete man dem Drogentodproblem über den Runden Tisch der BAS interdisziplinär bzw. versuchte über das IFT, die Ursachen wissenschaftlich zu erforschen.

Für die Polizei besteht eine bundesweit einheitliche Meldepflicht zu Rauschgifttodesfällen. Unter diese Meldepflicht fallen demnach alle

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

Hinsichtlich der Drogentodesfälle lässt sich seit 2000 (340 DT) ein rückläufiger Trend beobachten, der allerdings 2007 (242 DT) wieder einen Anstieg zeigte, aber dennoch unter dem 10-Jahres-Durchschnittswert von 250 Drogentoten blieb. Über 80% der Toten fanden sich im privaten Rückzugsbereich von Wohnungen bzw. Hotels oder Pensionen.

2007 waren rund 86,4% der Drogentoten männlich, wobei bei den unter 30-Jährigen der Anteil der Frauen 54 % betrug. Das Durchschnittsalter lag bayernweit bei 33 Jahren, war aber in den Großstädten Nürnberg (34,2), München (35,4) und Augsburg (36,3) deutlich höher.

Bei der Differenzierung nach Regierungsbezirken zeigte sich, dass es 2007 mit Ausnahme von Schwaben (- 5%) in allen Regionen zu einer Zunahme der Drogentodesfälle kam. Den stärksten Zuwachs hatte demnach Oberbayern mit über 95% zu verzeichnen, gefolgt von Mittelfranken mit über 44%.

Knapp 90% aller Drogentoten in Bayern sind deutscher Nationalität, bei den Nicht-Deutschen fand sich keine auffällige Häufung bestimmter Herkunftsländer. Beim Blick auf die Geburtsländer der 2007 an Rauschgift verstorbenen Aussiedler (n=32) zeigte sich, dass die gebürtigen Kasachen mit 43,8% den größten Anteil bildeten, gefolgt von den Russen (18,8%) und den Polen (15,6%).

Im bundesweiten Vergleich war Augsburg 2007 mit 7,2 Drogentoten pro 100.000 Einwohner die Stadt mit den höchsten Häufigkeitszahlen, gefolgt von Frankfurt (6,7) und Köln (5,9). Die entsprechenden Vergleichszahlen für Nürnberg bzw. München liegen bei 2,6 bzw. 3,9.

Auch 2008 setzt sich der Trend erhöhter Drogentodeszahlen in Bayern fort. Hier sind die Regionen Ingolstadt, Neu-Ulm, Nürnberg und der Raum Augsburg (Stichtag 10.03.2008) im Vergleich zum Vorjahreszeitraum besonders betroffen.

Herr Wittke schlug vor, die Vorschläge aus der IFT-Studie, die 1998/1999 die Drogentodesfälle in Bayern analysiert hatte, nicht nur punktuell umzusetzen. Dabei handelte es sich im Einzelnen um

- Verbesserung der Qualifikation des therapeutischen Personals zur Früherkennung der genannten Risikofaktoren
- Verbesserung der Diagnostik im Hinblick auf die Problematik komorbider Störungen
- Spezialisierung des Hilfeangebots („Kundenorientierung“)
- Vernetzung und stärkere „Gehstruktur“ (vor allem nach Entgiftung)
- Beachtung der Problematik der verringerten Opiattoleranz nach Entgiftung, aber auch nach erfolgter Therapie oder Haft
- Aufklärung über riskante Konsummuster
- Kompetenzvermittlung für das Verhalten bei Drogennotfällen
- Trennung von Notfallhilfe und Polizei

- Verbesserung der Datenlage

Fragen/Diskussion:

1) Können Konsumräume zur Reduktion der Drogentodeszahlen beitragen?

Herr Wittke antwortete, dass häufig im Umfeld der Konsumräume gedealt werde und dass die Zahlen seit 2000 auch ohne entsprechende Räume rückläufig seien, wobei dies möglicherweise auf die Qualitätsstandards bei der Substitutionsbehandlung zurückzuführen sei.

Ein Teilnehmer bemerkte dazu, dass auch im Umfeld von Kontaktläden gedealt werde.

Frau Dettmer gab zu bedenken, dass die Drogenszene größtenteils im Privaten stattfindet und, dass über Konsumräume die Möglichkeit bestehe, ins Gespräch zu kommen und über das sowohl von Mitarbeitern als auch von Konsumenten gerne verdrängte Thema Drogentod und entsprechende safer use-Maßnahmen zu sprechen.

2) Besteht die Verpflichtung die Polizei bei der Meldung eines Drogennotfalls hinzuzuziehen?

Die Teilnehmer berichteten von einer Schulung der Sankafahrer durch einen Richter in Augsburg, der die Sanitäter ausdrücklich darauf hinweist, dass die Hinzuziehung der Polizei auch bei der Meldung eines Drogennotfalls nicht erforderlich ist. Auch in Dachau ist seit 12 Jahren ein eigener Notruf installiert, über den ein Hinzukommen der Polizei ausgeschlossen ist.

Die Tagungsteilnehmer äußern den Wunsch, dass auch die Polizisten entsprechend geschult werden, so dass künftig nicht aus Angst vor einer möglichen Straftatverfolgung auf eine Notfallmeldung verzichtet wird.

3. Drogentod - ein Update aus Sicht der forensischen Toxikologie/Rechtsmedizin

Frau Paul stellte die Ergebnisse der Auswertung von 117 Fällen aus dem südbayerischen Raum für das Jahr 2007 vor, wobei tödliche Unfälle hier nicht mit einbezogen waren. Die Toxikologie wurde immer dann tätig, wenn pathologisch-anatomisch eine Todesursache nicht eindeutig festgestellt werden konnte.

Relativ viele Fälle traten im Rahmen reduzierter Drogentoleranz, z.B. nach Therapie, Therapieabbruch, Haft (5 Fälle) oder clean-Phasen auf. Die Toten wurden meist in der (eigenen) Wohnung vorn überbeugt sitzend oder liegend aufgefunden.

Typische Obduktionsergebnisse waren neben einem Hirnödem mit oder ohne Hirndruckzeichen ein Lungenödem sowie Blutstau in weiteren inneren Organen. In 14 Fällen kam es zur Aspiration von Mageninhalt in Folge der durch die Intoxikation ausgelösten Bewusstseinsstörung. Die Zeitspanne zwischen der Aufnahme der Drogen und dem Tod gestaltet sich unterschiedlich lang: Oft tritt dieser erst nach mehrstündigem Todeskampf (Agonie) ein, was man bei der Obduktion an einer prall gefüllten Harnblase und dem Substanznachweis im Urin erkennen kann. Bei schnellem Todeseintritt werden die Drogenopfer oft mit der Spritze in der Hand bzw. dem Gürtel am Oberarm aufgefunden. In dieser Situation ist ein Drogennachweis im (wenigen) Urin unwahrscheinlich.

Die in 81 Fällen gemessenen Serumkonzentrationen von Morphin schwankten im Bereich von wenigen µg/l bis über 5600 µg/l. In 17 Fällen wurde ausschließlich Morphin nachgewiesen, in 21 weiteren Fällen waren Heroin und Alkohol todesursächlich. Bei der Kombination der beiden letztgenannten Substanzen findet sich ein erhöhtes Risiko für sofortigen Todeseintritt. Dies trifft auch für die Kombination von Heroin und Kokain (Speedball) zu, die in sieben Fällen rasch zum Tode führte. Auch bei den 18 Personen, die in Folge von Methadon in Kombination mit starkem Beikonsum zu Tode kamen, zeigten sich große Schwankungen im Methadonspiegel zwischen wenigen µg/l bis zu knapp 1500 µg/l. Bei 11 Personen konnte Fentanyl nachgewiesen werden, wobei die Spiegel hier zwischen 2 und 24 µg/l schwankten. Der therapeutische Bereich liegt zwischen 1-2 µg/l.

Bei den fünf am häufigsten nachgewiesenen Substanzen handelt es sich um Morphin (82 Fälle), Alkohol (57), Diazepam (37), Methadon (18) und Fentanyl (11).

Abschließend belegten zwei Fallbeispiele die Gefährlichkeit von transdermal wirksamen Fentanylpflastern. Da Fentanyl 200-mal wirksamer als Morphin ist und ein Durogesic®-Pflaster, das 100 µg/h an Wirkstoff freisetzt, 16,8 mg Fentanyl enthält, können durch Auflösen bzw. Aufkochen selbst bereits gebrauchter Pflaster in Wasser und anschließender i.v.-Injektion lebensbedrohliche Wirkstoffspiegel entstehen. In einem Fall fand sich bei der Obduktion ein Fentanylpflaster in der Mundhöhle, im anderen Fall fanden sich gleichzeitig Pflasterreste im Magen und ein am Oberarm aufgeklebtes Pflaster.

Diskussion:

Herr Walcher wies darauf hin, dass Mülleimer von Krankenhäusern oder Altenheimen eine Quelle von Fentanylpflastern darstellten. Diese enthielten auch nach 72-stündigem Gebrauch noch rund 90% der Wirkstoffmenge. Wichtig und sinnvoll sei eine öffentliche Warnung der Verordner von Fentanylpflastern.

4. Goldener Schuss oder Agonie: Wie stirbt man eigentlich an Drogen?

Herr Walcher erläuterte, dass sich der Todeskampf (Agonie) sehr unterschiedlich (lethargisch oder auch aggressiv) gestaltet und sich zwischen Minuten bis zu mehreren Stunden erstrecken kann.

Folgende Aspekte sind maßgeblich am Tod von Drogengebern beteiligt:

Chemisch

- Schwankender Wirkstoffgehalt bzw. Reinheitsgrad
- Toleranzverlust nach Entzug bzw. Entgiftung
- Wirkungsverstärkung durch Drogen und Medikamente häufig auf der Grundlage von Mischkonsum
- Konsumierte Substanzen beeinflussen die Metabolisierung bzw. den Abbau
⇒ Gefahr von Dosisanreicherungen

Sozial

- Gefühle wie Einsamkeit, Verzweiflung und Leere besonders nach Entgiftungen
- Suizidalität (40-70% mit Suizidversuchen in der Anamnese)
- Unfälle durch Drogenkonsum alleine im privaten Raum oder in intoxikierter Gesellschaft

Medizinisch

- Älterwerden der Patienten und damit typische Erkrankungen des Alters (z. B. Bluthochdruck, Herzgefäßerkrankungen, Lungenerkrankungen)
- Chronische Infektionserkrankungen wie Hepatitis B und C, HIV sowie Tuberkulose
- Gefahr, dass medizinische Behandlung direkt oder indirekt (Nebenwirkungen) zum Tode führt

Beikonsum

Herr Walcher wies auf die in den letzten 20 Jahren stark zugenommene Bedeutung der *Benzodiazepine* hin. Problematisch waren hier unkritische Verschreibungen von Ärzten, wobei 8% der Ärzte rund 90% der rund 500 Mio. suchterhaltenden Tagesdosen verordneten. Mit 63% waren die Benzodiazepine (davon 37,5% Diazepam) unter den i.v.-Drogengebern in Deutschland

auch die am häufigsten zusätzlich konsumierte Substanz. Während unbehandelte Heroinabhängige in 30-90% der Fälle regelmäßig Benzodiazepine konsumierten, betrug der Anteil für Patienten in Substitutionsbehandlung 10-20%. Dabei stellt die Verstärkung der Atemdepression (auch in der Kombination Buprenorphin-Benzodiazepin) die größte Gefahr dar.

Auch *Alkohol* hat in der Vergangenheit an Bedeutung zugenommen. Ärztlicherseits wird dieses Problem häufig nur unzureichend wahrgenommen. Weiterhin spielt *Kokain*, häufig in der Mischung mit Heroin als „Speedball“, als Kickverstärker auch bei hoher Opiattoleranz eine Rolle. Cannabis, das ebenfalls häufig konsumiert wird, dient aufgrund seiner sedierenden Wirkung der Abschottung nach außen.

Mehr als 50% der Drogenkonsumenten weisen einen Mehrfachbeigebrauch auf, wobei im Mittel vier verschiedene Substanzen konsumiert werden.

Ablauf des Drogentodes

Opiate führen in hoher Dosierung durch eine Verringerung der Sensibilität des Atemzentrums für CO₂ zur Atemdepression, zu einer Starre der glatten Muskulatur im Magen-Darm-Trakt und in den Bronchien, sowie zur Unterdrückung des Schluckreflexes. Bei CO₂-Spiegeln bis 60 mmHg besteht noch Atemantrieb, bei Werten darüber unterhält sich die Atemdepression bei weiter steigenden CO₂-Druckwerten von selbst. Es kommt zur „CO₂-Narkose“, selbst wenn der auslösende Opiatspiegel zu diesem Zeitpunkt bereits wieder abgebaut ist.

Sauerstoffmangel und Kohlendioxidübersättigung führen zur vermehrten Durchblutung des Gehirns, ferner kommt es zur kardialen Leistungsminderung und in Kombination mit Opiaten zur Vasodilatation. Durch Flüssigkeitseinlagerungen in Gehirn und Lunge verschlechtert sich der Gasaustausch in diesen Organen zunehmend: Es kommt zu Hirn- und Lungenödem.

Spätestens nach zwei Stunden unterhält sich der Circulus vitiosus von selbst. Zusätzliches Erbrechen führt beim Bewusstlosen zu Aspiration und Verlegen der Atemwege mit raschem Todesseintritt.

5. Modellansätze zur Prävention von Drogentod

Herr Gerstenberg berichtete über die Präventionsaktivitäten des Drogennotdiensts L43, der neben einem Kontaktladen eine Notschlafstelle und eine rund um die Uhr erreichbare Beratungsstelle anbietet. Dabei bilden vier Säulen die Basis der Präventionsarbeit:

- Flächendeckendes Angebot von (regional unterschiedlichen) *Informationsmaterialien*
- *Mitarbeiter* werden regelmäßig in Reanimationsmaßnahmen und im Umgang mit der Notfalltasche geschult.
- *Klienten* können in den Kontaktläden an Erste-Hilfe-Kursen teilnehmen, das Verhalten in Drogennotfall und Safer Use-Maßnahmen werden angesprochen.
- *Vernetzung* könnte durch regionale Notfall-Hotlines bzw. durch ein funktionierendes Frühwarnsystem sichergestellt werden.

Jährlich werden rund 70.000 - 80.000 Spritzen ausgegeben, z.T. in einer kleinen Plastiktüte zusammen mit einem Drogennotfallflyer verpackt.

Eine kleine Kurzbefragung unter den Klienten des L43 zur Frage „Was könnte helfen die hohe Zahl an Drogentoten in München zu senken?“ erbrachte, dass eine bessere Kontrolle des Beikonsums durch Ärzte sinnvoll wäre. Auch wurde der Wunsch nach Informationen zur Frage „Was erzähle ich in Notfallsituationen am Telefon, ohne dass die Polizei mitkommt?“ geäußert. Die wenig hilfreiche Tatsache, dass in lebensbedrohlichen Drogennotfallsituationen von Anwesenden immer wieder Kochsalz injiziert werde, wurde mit dem Bedürfnis, überhaupt irgendetwas zu tun, erklärt.

6. Workshop 1: Prävention von Drogennot- und -todesfällen

Vor dem Hintergrund, dass Drogenüberdosierungen mangels rechtzeitiger adäquater Hilfeleistung häufig tödlich verlaufen und sich der größte Teil tödlich verlaufender Überdosierungen in Privatwohnungen in Anwesenheit anderer (meisten ebenfalls Drogen konsumierender) Personen verläuft, entstand ein Modellprojekt zur naloxongestützten Drogentodesfall-Prävention. Es folgt ein Überblick über das vom Berliner Verein Fixpunkt e.V. (www.fixpunkt.org) zwischen 1998 – 2002 durchgeführte Projekt.

Ziele:

- lebensweltnahe Vermittlung der Botschaften zur Drogennotfall-Prävention
- Erhöhung von Handlungskompetenzen und der Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung im Umgang mit Drogennotfällen
- (Er)kennen von Ursachen von Drogennotfällen und Risikosituationen
- Verbesserung der Symptomwahrnehmung
- Einsatz qualifizierter Erste Hilfe-Maßnahmen
- Erweiterung der Handlungsoptionen durch Vergabe des Antidots Naloxon (Narcanti®) an Drogengebraucher und ihre An- und Zugehörigen zum Einsatz im Drogennotfall
- Inanspruchnahme professioneller Rettungsdienste

Zielgruppe:

sind alle (i. v.-) Drogenkonsumenten unter Einbezug von An-/ Zugehörigen und professionellen Helfern

Orte der Projektumsetzung:

Zur Informationsvermittlung bieten sich niedrigschwellige Einrichtungen (z.B. Kontaktläden), aber auch höherschwellige (z.B. Beratungsstellen) oder stationäre Einrichtungen an.

Konkrete Maßnahmen der Drogennot- und todesfallprävention:

1. *Information und Motivationsarbeit*

Als Einstiegshilfen in die Thematik können Poster, Broschüren, aktuelle Ereignisse oder das Aufklärungsvideo „*Abgedrückt – Erste Hilfe im Drogennotfall*“ (erhältlich über www.fixpunkt.org/versand.html) dienen.

2. *Erste Hilfe-Kurse*

Das Trainieren angemessenen Verhaltens im Drogennotfall ist für eine primäre Drogennot- und -todesfallprävention von zentraler Bedeutung. Vermittelt werden z.B. Informationen wie

- die Wirkungsweise der Opiate
- der Mechanismus und das Erkennen der Opiatüberdosis
- Wirkungsweise und Nebenwirkungen sowie Indikation, Anwendungsweise, Dosierung von Naloxon
- das Vorgehen beim Auffinden einer hilflosen Person und der Notarzttruf

Naloxon-Vergabe:

Der schnellste Weg, durch eine Opiatüberdosis ausgelöste lebensbedrohliche Effekte wie Atemdepression, Hypoxie, Bewusstlosigkeit und Blutdruckabfall aufzuheben, ist die Injektion des Opiatantagonisten Naloxon. In höheren Dosierungen kann er einen Entzug auslösen. Eine Überdosierung ist jedoch nicht möglich. Die Halbwertszeit des Naloxon ist kurz (30 - 80 Minuten), sodass eine vorübergehende Bewusstseinsaufklärung nach erfolgter Naloxoninjektion täuschen kann. Ein weiterer Atem- bzw. Kreislaufstillstand droht, der erneut mit einer Naloxon-Gabe behoben werden müsste.

Naloxon ist verschreibungspflichtig. Für die Naloxon-Abgabe müssen folgende Bedingungen erfüllt werden: (1) Der Naloxon-Empfänger wird zum situationsangemessenen Verhalten im Drogennotfall und in der Anwendung von Naloxon qualifiziert. (2) Die Aufklärung und Naloxon-Abgabe werden dokumentiert. Die Naloxon-Verschreibung ist im Rahmen von Laienhilfe gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Es gibt jedoch keinerlei Hinweise, dass Naloxon-Abgabe durch Ärzte an Laien rechtlich problematisch sei, solange die allgemeingültigen Regelungen des Arzneimittelrechts und der ärztlichen Berufsordnung (Verschreibungs-, Apotheken-, Aufklärungs- und Schulungspflicht) erfolgt.

Projektergebnisse:

Im Rahmen des Berliner Modellprojektes konnte nachgewiesen werden, dass:

- Erste Hilfe-Schulungen für Drogennotfälle, die Vergabe von Naloxon an i.v.-Drogenkonsumenten im Rahmen von medizinischer Laienhilfe und der verantwortungsbewusste Einsatz von Naloxon umsetzbar sind.
- i. v.-Drogenkonsumenten die notwendige Compliance im Hinblick auf die Berichterstattung nach dem Einsatz von Naloxon erbringen.

Für die Praxis bedeutete dies, dass die ärztliche Vergabe von Naloxon als Erste Hilfe-Maßnahme durch Laien bei einer vorgefundenen Opiatüberdosierung medizinisch-ethisch unbedenklich ist. Voraussetzung ist allerdings eine ausführliche Aufklärung über Anwendung, Wirkungsweise, mögliche Nebenwirkungen und Risiken von Naloxon.

Auf lokaler, Berlin-bezogener und bundesweiter Ebene konnten Impulse gegeben werden. Vergänglich waren jedoch die Bemühungen, die primäre Notfallprävention konzeptionell und strukturell stabil in Berlin und/ oder im Bundesgebiet zu verankern. Es wurden weder entsprechende Strukturen geschaffen, noch finanzielle Mittel dafür zur Verfügung gestellt.

Forderungen der Projektinitiatoren von Fixpunkt e.V.:

Eine gelungene primäre Notfallprävention könnte folgendermaßen aussehen:

- Politik und Fachverwaltungen müssen die primäre Notfallprävention als originäre und kontinuierliche Aufgabe verstehen.
- Alle Einrichtungen der Drogenhilfe sollten dieses Thema in ihre Arbeit integrieren.
- Therapieeinrichtungen und Justizvollzugsanstalten sind mit einzubeziehen, da Drogenkonsum bzw. Rückfälle nach Therapie (-abbruch) oder Gefängnisaufenthalt mit hohem Überdosis- und Todesrisiko verbunden sind.
- Es sind klare und verlässliche Regelungen mit der Polizei und der Feuerwehr zu finden und zu praktizieren. Schließlich wird dem Hinweis: "Melde keinen Drogennotfall, sondern z. B. einen Atemstillstand" nicht wirklich getraut, so dass immer noch aus Angst vor Strafverfolgung in Drogennotfallsituationen kein Notarzt gerufen wird.
- Für eine kontinuierliche und effektive Notfallprävention ist eine ausreichende und verlässliche Finanzierung notwendig.

7. Workshop 2: Vernetzung im ländlichen und städtischen Raum – So könnten Drogentodesfälle verhindert werden

Als Ergebnis konnte festgehalten werden, dass bereits ein *hohes Ausmaß an Ansprache von Drogennotfallsituationen* durch die Beratungsstellen besteht. Dabei stellte sich die Frage, ob die Informationen auch ankämen bzw. ob nicht das Krankheitsbild in bestimmten Situationen „volles Risiko“ verlangte. Krankheitsbedingt lässt sich der Drogentod nicht gänzlich verhindern.

Krisen erkennen

Eine *Prävention von Drogennotfallsituationen oder Krisen* kann aus Notfallkursen bzw. Kooperationen im niederschweligen Bereich wie in Nürnberg durch eine Kooperation von Kontaktladen und medizinischer Straßenambulanz mit wöchentlichen Sprechstunden bestehen. Der substituierende Arzt sollte in Krisensituationen, die in der Regel mit erhöhtem Beigebrauch einhergehen, ggf. die take-home-Verordnung einstellen und die Patientenkontakte zum Gespräch nutzen.

Vernetzung und Schweigepflicht

Wichtig ist es *transparent zu machen*, wo bereits *Netzwerke* bestehen. Arbeitskreise alleine sind häufig unzureichend und zeitaufwendig, so dass persönlichen Kontakten und Kooperationen mit Schweigepflichtsentbindung eine besondere Bedeutung zukommt. Vereinbarungen zur Entbindung von der Schweigepflicht sollten von möglichst vielen Akteuren (Substitutionsarzt, psychosoziale Begleitung durch die Beratungsstelle, Notschlafstelle, stationäre Einrichtungen) geschlossen werden, um in Krisensituationen helfend tätig zu werden. Dem Drogentod ging in vielen Fällen ein mehrmonatiger Kontaktabbruch zum Drogenhilfesystem voraus. In solchen Situationen sollte aber ein Gespür entwickelt werden, so dass der Klient nicht das Gefühl der „verfolgenden Sozialarbeit“ bekommt.

Entlassung aus der JVA

Als unzureichend wurde die Entlassungsvorbereitung durch die Justiz auch aufgrund der geringen personellen Besetzung bei der Externen Suchtberatung beurteilt. In Nürnberg wurde die Drogentodproblematik nach Haftentlassung von der Mudra thematisiert. Ein diesbezügliches Engagement durch die Drogenhilfe wird aber vonseiten der JVA nicht gewünscht, da es nur den Konsumwunsch anrege.

**Die 18. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der BAS e.V. findet
am 15.10.2008 in Nürnberg statt.**

**Wir freuen uns, wenn Sie uns über regionale Aktivitäten, Besonderheiten
oder auch Schwierigkeiten informieren!**