

Verhinderung von Drogentoten.

Chefarzt Dr. Gerhard Miksch

Risikofaktoren

- • Opiatgebrauch (& andere zentral dämpfende Subst.);
- • Injizierender Konsum
- • Nicht in Therapie
- • Warteliste, Dropout
- • Direkt nach Gefängnisentlassung (Toleranzverlust);
- • Bereits früher Drogennotfälle erlebt
- • Drogenkarriere - Vulnerabilität, somatische
- Komorbidität durch kumulative Gesundheitsschäden;
- • Arbeitslos, lebt allein, prekäre Wohnsituation,
- psychiatrische Komorbidität (Suizidalität);
- • Ausstiegswunsch (Selbstreduktion des Heroingebrauchs)

Interventionen

- Reichweite der Drogenhilfe vergrößern (insbesondere
- durch Ausweitung der Substitutionsbehandlung)
- führt zur Verbesserung der
- Überlebenschancen der Patienten (Raschke et al.,2002);
- Nationale Studie 20 Jahre Methadonsubstitution
- Australien zeigt 29% Reduzierung der Mortalität (Degenhardt, 2009)
- (Qualität der Substitution: Drogentodesfälle mit
- Methadon vom Schwarzmarkt)
- Therapie "Versager" sind Hauptrisikogruppe für den
- Drogentod (Heinemann, 2002)
- Heroingestützte Behandlung für Teilgruppe der Klienten die mit Methadonbehandlung nicht erreichbar sind erfolgreich (RCTs in Deutschland, ES, CH, NL und UK)

Beispiele für Interventionen die in den Strategie-Dokumenten genannt sind:

- Verhinderung von drogeninduzierten Todesfällen:
 - • Verbesserung der Reichweite der Therapieangebote;
 - • Heroinprogramme;
 - • Risikopersonen erkennen + gezielt ansprechen;
 - • Bessere Vorbereitung der Haftentlassung;
 - • Drogenkonsumräume.
- Verbessertes Management von ODs:
 - • Risiko- und 'safer user- Training und Infomaterial
 - • Erste Hilfe Ausbildung für Drogengebraucher, ihre
 - "peers", Familienmitglieder, Mitarbeiter der
 - Drogenhilfe; teilw. Naloxon-Take-home Programme
 - • Bessere Abstimmung mit Polizei und
 - Ambulanzdiensten (Schnellere Intervention);

Interventionen: DCRs

- Zeitreihenanalyse Drogentote 1990-2001 in 4 deutschen
- Städten zeigt signifikanten Effekt von DCRs (Poschadel et al.2003);
- • Analyse Ambulanzeinsätze + Todesfälle seit Etablierung
- des DCRs in Sydney wird durch massive gleichzeitig
- stattfindende Veränderungen am Drogenmarkt nicht
- auswertbar (MSIC Evaluation Committee, 2003)
- • Schätzung der Zahl der “geretteten Leben” auf Grundlage von Mortalitätsraten und Zahl klinisch relevanter Notfälle, die in Konsumräumen erfolgreich behandelt wurden: 10 pro Jahr in Deutschland (Hedrich, 2004)

Naloxone Mitgabe an “peers”

- • Rationale: Die meisten ODs ereignen sich im Beisein
- anderer Personen e.g. Familienmitglieder;
- • Hilfe durch andere kann den Drogentod verhindern;
Training OD erkennen kombiniert mit 1.Hilfe Training
+ Naloxone =>Überbrückung der Zeit bis zum Eintreffen
des Krankenwagens: Potenzial dieser Intervention wurde
verschiedentlich demonstriert.
- • e.g. Strang, 2008 (Addiction), Dettmer et al., 2001;
- • Verbessertes Wissen + Response, korrekte
Anwendung, keine negativen Effekte
- Einfluss auf Mortalitätsraten Chicago: Maxwell, et al.,
2006) – jedoch Mangel an qualitativ hochwertigen,
großen Studien.

Drogentod nach Haftentlassung

- • Schätzungen in England gehen davon aus 1 506 Drogentote, dass es sich bis zu 15% der 1.506 Drogentodesfälle im Jahre 2005 um Personen handelte die gerade aus der Haft entlassen wurden (Department of Health, 2007).
- • Internationale Studien bestätigen dieses hohe Risiko (www.prisonhealthconference2009.com)
- • In Europa ist die gezielte Beratung der Gefangenen bzgl. OD Risiken nicht sehr verbreitet und erreicht nur einen kleinen Teil.

Konsequenzen

- Die meisten Drogentoten sterben zu Hause, oder in der Wohnung der Freunde, und meist im Beisein anderer Konsumenten und nicht alleine im Park
- Die einfachste Methode wäre es wenn die Kollegen die Rettung holen
- Bis dahin Reanimation, Naltrexon.

Schwierigkeiten

- Selbst intoxikiert
- Alle schlafen einer stirbt
- Bei der akuten Intoxikation wird die Rettung nicht gerufen, da die nicht unbegründete Angst besteht das die Polizei kommt