

NALOXON

Ein Leitfaden zur Naloxonvergabe an
Opiatkonsument*innen im Rahmen
niedrigschwelliger Drogenarbeit



Impressum

Redaktion (V.i.S.d.P.)

JES NRW e.V.

Lindenstraße 20
50674 Köln

Tel.: 0221 - 925996-0

Fax: 0221 - 925996-9

Mail: info@jesnrw.de

Web: www.jesnrw.de

Autor

Marco Jesse

(JES Bundesverband e.V., VISION e.V.)

Layout

Simon Kleimeyer (unearth.de)

Projekt

JES NRW 2.0 Streetwork & more

Web: streetwork.jesnrw.de



NALOXON

Ein Leitfaden zur Naloxonvergabe an
Opiatkonsument*innen im Rahmen
niedrigschwelliger Drogenarbeit

Inhalt

1. Einführung	4
2. Zielgruppe	8
3. Zielsetzung	12
4. Hintergrund	14
5. Kooperationen	16
6. Rahmenbedingungen	17
7. Rechtliche Bewertung	22
8. Inhalte der Schulung	
a) Teil 1: Drogennotfall und Erste Hilfe	26
b) Teil 2: Naloxon Anwendung	32
9. „Der Blick über den Tellerrand“ – Internationaler Erfahrungsstand	36
10. Persönliche Betrachtungen der Realität	40

Naloxon-Ninja von
naloxoneinfo.org



Einführung

Drogentod zu vermeiden gelingt auch nach Jahrzehnten der Selbst- und Drogenhilfearbeit in vielen Fällen immer noch nicht. Jahr für Jahr nehmen wir mit fast schon stoischer Gelassenheit die Meldungen der Bundesdrogenbeauftragten zur Kenntnis, dass erneut über 1.000 Menschen an den unmittelbaren Folgen des illegalisierten Drogenkonsums verstorben sind.¹

Leider fehlt es an einer belastbaren empirischen Datenbasis, die alle Aspekte des Geschehens abbildet. Dennoch ist sich der Großteil der Expert*innen einig, dass der größte Teil der tödlichen Überdosierungen versehentlich und nicht in suizidaler Absicht erfolgt.

Schätzungen zufolge ereignen sich ca. 20 % der tödlichen Überdosierungen im öffentlichen Raum. Ca. 50 % finden im häuslichen Umfeld in Gesellschaft Dritter und 30 % alleine zu Hause statt. Demnach sind in zwei Drittel der Fälle potentielle Ersthelfer*innen anwesend, die erste lebenserhaltende und -rettende Maßnahmen ergreifen könnten.²

Bei etwa zwei Drittel aller drogenbedingten Todesfälle handelt es sich um Mono- oder polyvalente Vergiftungen², von denen ca. 65 % durch die Anwendung von Naloxon zu verhindern gewesen wären.

NALOXON RETTET

Naloxon ist seit vielen Jahrzehnten als Notfallmedikament bei Überdosierungen bekannt. Seit mehreren Jahren wird fachöffentlich darüber diskutiert, ob und wie dieses Medikament an Opiatkonsument*innen sowie deren An- und Zugehörige als Notfallmedikament abgegeben werden kann bzw. darf.

Wissenschaftliche Untersuchungen in Frankfurt a.M. und Berlin zeigen ebenso wie internationale Erfahrungen (vor allem aus den USA), dass dies praktisch umsetzbar und auch zur Vermeidung von Drogentodesfällen nützlich ist und Naloxon in 50 % der Fälle erfolgreich angewendet wird.³

Naloxon-Take-Home-Empfehlung

Vor diesem Hintergrund empfehlen sowohl die WHO (Weltgesundheitsorganisation) als auch EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) die Ausweitung von „Naloxon-Take-Home-Programmen“.

WHO

„New WHO guidelines, released on 4 November 2014, aim to reduce the number of opioid-related deaths globally. The guidelines recommend countries expand naloxone access to people likely to witness an overdose in their community, such as friends, family members, partners of people who use drugs, and social workers.“ (Nov. 2014)

Ungenutzte Potentiale

Daher wäre im Falle einer Überdosierung unter Opiatbeteiligung Naloxon das Mittel der Wahl. Derzeit steht dies jedoch bis auf wenige Ausnahmen (wie z.B. Peer-Projekte in Berlin und Frankfurt) nur Angehörigen des Rettungsdienstes zur Verfügung. Somit kommt in weniger als 5 % der Fälle Naloxon zum Einsatz.

Die Gründe dafür sind vielfältig. Zugleich zeigt sich eine breite Palette denkbarer Anwendungsmöglichkeiten. All jene, die mit Opiatkonsument*innen in Berührung kommen (z.B. Polizist*innen) und/oder ihnen direkt in Situationen mit erhöhtem Risiko begegnen (Mitarbeiter*innen aus Justizvollzugsanstalten, Entwöhnungs- und Therapieeinrichtungen etc.), kommen als Multiplikator*innen und Anwender*innen für „Naloxon-Take-Home-Programme“ in Frage.

„There is evidence that educational and training interventions with provision of take-home naloxone decrease overdoserelated mortality.“ (Jan. 2015)

EMCDDA

Absurde Verschreibungspraxis

Ein direkter Zugang für potentielle Ersthelfer*innen ist in Deutschland nahezu unmöglich! Eine Verschreibung von Naloxon ist nur an Drogenkonsumierende direkt unter der Prämisse möglich, dass diese es an sich selbst im Falle einer Überdosierung anwenden wollen. Angehörigen, Partner*innen, Eltern und Mitbewohner*innen Opiatkonsumierender Menschen darf Naloxon nicht verschrieben werden. Ist aber Naloxon bei der Überdosis verfügbar, darf es im Rahmen der Laienhilfe von jedem angewendet werden.

Diese Verschreibungspraxis ist absurd! Sie negiert die Realitäten gleich in mehrfacher Hinsicht. Die Anwendung eines Opiatantagonisten an sich selbst wird sich in der Realität nicht finden. Lässt sich aktuell ein(e) Konsument*in tatsächlich auf eigene Initiative Naloxon verschreiben, so ist der/die wahrscheinliche Anwender*in weder über die Substanz, noch über die korrekte Anwendung informiert. Zudem wird dadurch, dass eine Verschreibung lediglich auf Privatrezept möglich ist, der Zugang oft schon zu Beginn aus Kostengründen verhindert.

Überdosierungen:
Alltägliches Geschehen
im Leben von Drogen-
konsument*innen mit
vielfältigen Ursachen



Halbwissen und Mythen

Der Wissensstand von Drogengebraucher*innen und ihrem unmittelbaren Umfeld zum Thema Notfall und Erste Hilfe ist geprägt von Halbwissen und Mythen. Wir wollen dazu beitragen, das Bewusstsein für Risikosituationen zu schärfen und Empowerment zu fördern. Gleichzeitig wollen wir der Zielgruppe die Möglichkeiten von akzeptierender Selbsthilfearbeit vor Augen führen und sie ggf. als Mitstreiter*innen gewinnen.

Dazu werden wir anhand dieses Konzepts niedrigschwellige Naloxon-Informationsveranstaltungen (insbesondere für Opiatgebrauchende und Substituierte) durchführen. In diesen Veranstaltungen wird in kleinen, kurzen und übersichtlichen Einheiten ein Überblick über Risiko erhöhende Aspekte geboten. Zudem wird vermittelt, woran eine Opiatüberdosis zu erkennen ist. Den Kern der Schulungen stellt jedoch das Erlernen von Erste-Hilfe-Maßnahmen im Drogennotfall dar und die sachgerechte Anwendung von Naloxon sowie die anschließende Abgabe des Medikaments (in Form von Naloxon-Kits) an die Teilnehmer*innen.

Schlechter Ruf

Der Peer-to-Peer Ansatz ist bei diesem Konzept besonders erfolgversprechend, da Naloxon innerhalb der Community opiatkonsumierender Menschen einen äußerst schlechten Ruf genießt. In der Alltagspraxis des Rettungsdienstes wird Naloxon in vielen Fällen nicht besonders vorsichtig dosiert. Dies führt dazu, dass die Betroffenen direkt nach der Anwendung oft starke Entzugssymptome aufweisen. Dies wurde über Jahre in den Szenen kommuniziert und hat sich als Information verfestigt.

Dementsprechend begegnen die Konsument*innen dem Thema Naloxon mit großer Skepsis. Der natürliche Vertrauensvorschuss, den die Begegnung im Rahmen von Selbsthilfeansätzen mit sich bringt, hilft, diese Skepsis zu überwinden. In der Folge kann den Opiatgebraucher*innen eine einfache, sichere und sehr gut wirksame Handlungsoption angeboten und zugänglich gemacht werden.

Zielgruppe

Wie bereits erwähnt trifft die Evidenz eine klare Aussage zu den Umständen von tödlich endenden Überdosierungen. Etwa zwei Drittel aller dokumentierten Todesfälle ist auf eine mono- oder polyvalente Vergiftung unter Beteiligung von Opioiden zurück zu führen.

In ca. der Hälfte aller Fälle sterben Überdosierte in Anwesenheit anderer Personen (meistens ebenfalls Konsument*innen).² Unsicherheit und Unwissen verhindern eine angemessene Hilfeleistung.

Diese Daten machen deutlich, wie wichtig es ist, besser mit potentiellen Helfer*innen in Kontakt zu kommen und effektive Handlungsoptionen anzubieten.

Szenetreffs als Ort für Drogennotfalltrainings



Opioidgebraucher*innen

Seit Jahren ist bekannt, dass Opioidgebraucher*innen bereits durch die Rahmenbedingungen des Konsums einem enormen Risiko ausgesetzt sind, sich zu überdosieren. Dieses Risiko steigt unter bestimmten Voraussetzungen noch einmal deutlich an. Hier sind Abstinenzphasen einer der häufigsten Gründe für versehentliche Überdosierungen. Vor diesem Hintergrund wären gerade Inhaftierte vor der Entlassung, Abbrecher und disziplinarisch Entlassene aus Langzeittherapien und Entwöhnungsbehandlungen potentielle Adressaten für Drogennotfallprävention und Naloxonvergabe-Programme.

Dieses Konzept konzentriert sich jedoch vorrangig auf jene Drogenkonsument*innen, die die offene Szene oder niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe nutzen. Für eine effektive Drogennotfall- und Todesfallprophylaxe gilt es jedoch, wesentlich größer zu denken. Eine dauerhafte Fokussierung auf diese Teilgruppe aus der Community Opiatgebrauchender Menschen, kann bestenfalls einen Teilerfolg erzielen.

Konsumbedingungen sind meist schlecht und erhöhen das Risiko einer Überdosierung



Potentielle Helfer*innen

Perspektivisch sollten daher neben den Konsument*innen auch Mitarbeiter*innen aus Justiz, Drogenhilfe, Entwöhnungsstationen, Polizei und Ordnungsamt sowie Substitutionsärzt*innen und selbstverständlich auch die An- und Zugehörigen von Drogengebraucher*innen in den Blick genommen werden.

Lebensrealitäten

Die Lebensrealitäten jener Teilgruppe von Drogengebraucher*innen, die ihren Lebensmittelpunkt in „offenen“ Drogenszenen haben, sind geprägt von permanentem Beschaffungsdruck sowie der Angst vor Vertreibung und Strafverfolgung. Sie sind ohne festen Wohnsitz, nutzen „Mitwohngelegenheiten“ in ihrem Milieu oder leben in prekären Wohnverhältnissen. Diese Umstände wirken sich auch unmittelbar auf die Konsumbedingungen und damit auch auf das Risiko von Überdosierungen aus.

KONSUMBEDINGUNGEN

Die Illegalität lässt **keinerlei seriöse Einschätzung der Drogenqualität** zu. Damit sind die Konsument*innen kurzfristigen Schwankungen des Wirkstoffgehalts hilflos ausgeliefert.

Verschärft wird das Problem durch die **permanente Angst vor Entdeckung**, wenn der Konsum im öffentlichen Raum stattfinden muss (Toiletten, Parkanlagen, etc.).

Ein **schlechter Venenstatus** tut sein Übriges dazu, dass in vielen Fällen die Safer Use-Empfehlungen wie Dosisaufteilung und langsamer, vorsichtiger Konsum bei unbekannter Stoffqualität nicht eingehalten werden (können).

Damit potenziert sich das Risiko schwerer Komplikationen und Überdosierungen enorm. Bringt man dies in Verbindung mit der Erkenntnis, dass der Großteil der Überdosierungen im Beisein anderer Konsument*innen auftreten, findet sich hier die ideale Zielgruppe für eine Maßnahme zur Erhöhung von Awareness und Empowerment.

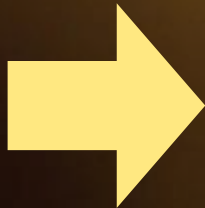
Fehlendes Basiswissen

Unter Opiatkonsument*innen fehlt es vielfach an Basiswissen zur Symptomerkennung. So werden klassische Anzeichen einer Überdosierung übersehen oder fehlinterpretiert. Zudem kursieren nach wie vor Mythen wie beispielsweise das „Märchen von der Kochsalzlösung“ (die Annahme, dass die Verabreichung von Kochsalzlösung einer Überdosis entgegenwirken würde).



Verdrängung

Verschärft wird die Situation dadurch, dass eine Auseinandersetzung mit dem Geschehen einer Überdosierung aus vielfältigen Gründen gezielt vermieden wird. Das Risiko, durch eine versehentliche Überdosierung zu versterben, unterliegt in der Zielgruppe einer bewussten Verdrängung. Diese Verdrängungstendenz zu durchbrechen kann durch den Peer-Support-Ansatz besonders gut gelingen.



Zielsetzung

Das Anliegen des Peer-Support-Ansatzes liegt darin, Drogengebraucher*innen auf Krisensituationen vorzubereiten und ihre Handlungskompetenzen zu stärken bzw. auszubilden. Das Bewusstsein für Überdosierungen und die Symptomerkennung zu stärken, ist immens wichtig, da in vielen Situationen weder Drogenhilfe, Rettungsdienst noch andere Akteure vor Ort sind.

Trainings

Die Trainings verbessern den Wissensstand der Zielgruppe und vermitteln gleichzeitig Grundlagen zur Ersten Hilfe im Drogennotfall. Durch die Verbindung mit der Anwendung von Naloxon als unmittelbar wirkendes Antidot bei Opiatüberdosierungen wird den Teilnehmer*innen zeitgleich eine wirksame, zusätzliche Handlungsoption an die Hand gegeben, die dazu beiträgt Zeitverluste zu vermeiden. Parallel soll die Inanspruchnahme von professionellen Rettungsdiensten verbessert und Mythen durchbrochen werden.

Drogenselbsthilfe

Ein weiterer Effekt des Projekts ist es, die Möglichkeiten und Potentiale akzeptierend und niedrigschwellig konzipierter Drogenselbsthilfe aufzuzeigen.

Akzeptanz von Naloxon

Durch die Vermittlung des Wissens von Peer zu Peer wird zudem die Akzeptanz des Medikaments Naloxon und seiner Anwendung deutlich erhöht. Aktuell gibt es dagegen starke Vorbehalte aus der Zielgruppe, da von vielen die negativen Erfahrungen aus dem Rettungsdienst als Referenz genutzt werden. Hier erreicht der Vertrauensvorschuss, der Selbsthilfeaktivist*innen entgegengebracht wird, eine wesentlich größere Akzeptanz dieses für Deutschland innovativen Ansatzes.



Bewusstsein für
Überdosierungen und
Symptomerkenkung
stärken

Auf Krisensituationen
vorbereiten und
Handlungskompetenzen
stärken

Hintergrund

Weltweit sterben jährlich ca. 69.000 Menschen infolge einer Opiatüberdosierung.⁴ Alleine auf die EU entfallen ca. 6.000 Tote, davon ca. 15 % auf Deutschland.⁵ Bei zwei Drittel der in Deutschland aufgetretenen Todesfälle kann von einer Überdosis ausgegangen werden. Drogengebraucher*innen haben somit ein zehn Mal höheres Risiko zu sterben, als dies in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist. Dies beweist in der Todesfallprophylaxe ein eindeutiges Versagen von Politik und Hilfesystem.

Verstorbene Drogengebraucher in Deutschland 2015 ⁶	1.226
Monovalente Vergiftungen durch Opiate	268
- Heroin/Morphin	204
- Substitutionsmittel	34
- Opiat basierte Arzneimittel (z.B. Fentanyl)	30
Polyvalente Vergiftungen durch Opiate*	530
- Heroin/Morphin und andere	350
- Substitute und andere	174
- Opiat basierte Arzneimittel (z.B. Fentanyl) und andere	74
Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen	73
- Kokain/Crack	15
- Amphetamin/Metamphetamin	29
- Amphetaminderivate	6
- Sonstige (NPS/etc.)	23
Polyvalente Vergiftungen durch andere Substanzen*	102
- Kokain/Crack und andere	25
- Amphetamin/Metamphetamin und andere	53
- Amphetaminderivate und andere	7
- Sonstige (NPS/etc.) und andere	32
Vergiftungen durch psychoaktive Medikamente	19
Nicht spezifizierte Vergiftungen	34



Suizide	61
Langzeitschädigungen	134
Unfälle	28
Sonstige Fälle	13



Durchgef. Obduktionen	747
-----------------------	-----



Männlich	1.003
Weiblich	191
k. A.	32



14 - 17 Jahre	7
18 - 20 Jahre	29
21 - 24 Jahre	67
25 - 29 Jahre	161
30+ Jahre	928
k. A.	34
Altersdurchschnitt	38

* In den Unterkategorien sind Mehrfachzählungen möglich.

Todesfälle durch akute Opiatintoxikation können durch kostengünstigste und einfachste Maßnahmen verhindert werden. Allen voran ist dabei die Verabreichung von Naloxon als schnellste, effektivste und seit 40 Jahren etablierte Behandlung zu nennen.

Trotz dieser Erkenntnisse lassen Naloxon-Programme in Deutschland auf sich warten. Die Gründe hierfür sind schnell benannt. Skeptiker*innen zweifeln daran, dass drogenkonsumierende Menschen und insbesondere Heroinabhängige in der Lage sind, ein Notfallmedikament sicher und verantwortungsbewusst anzuwenden. Es wird falscher oder missbräuchlicher Gebrauch unterstellt. Dazu gesellt sich die Befürchtung, dass die Verfügbarkeit eines Antidots das Risikoverhalten von Opiatkonsument*innen negativ beeinflusst und ein geringeres Todesrisiko die Motivation, sich an einem abstinenten Leben zu versuchen, untergräbt. Diese oder ähnliche Argumente sind aus vielen Diskussionen um schadensminimierende Angebote bekannt. Weder für das Eine noch für das Andere gab es Anzeichen in den bestehenden „Naloxon-Take-Home-Programmen“.³

Ein anderer Argumentationsstrang ist die Schwerpunktsetzung auf substituionsgestützte Behandlung. Aber auch dies ist kein greifendes Argument. Die Daten der aktuellsten Studien belegen, dass „Beikonsum“ in der Substitution keine Ausnahme darstellt. Die Distanzierung von der Drogenszene ist oftmals ein über Jahre andauernder Prozess. Vor diesem Hintergrund ist eine Ausstattung mit Naloxon auch bei Substitutionspatient*innen wünschenswert.

Zuletzt wird ins Feld geführt, dass sich der größte Teil der Überdosierungen im privaten Umfeld und eigenem Wohnraum ereignen. Dies ist jedoch kein Argument gegen solche Programme. Vielmehr ist es der beste Grund dafür, Naloxon in diesem Setting verfügbar zu machen, zu dem keine anderen Personen oder Institutionen Zugang haben.

Über die reine Naloxonvergabe hinaus entfalten entsprechende Trainings empowernde Effekte. Sie fördern die Aufmerksamkeit und Verantwortungsübernahme durch Drogenkonsument*innen und helfen dabei Wissen zu vermitteln und Mythen zu durchbrechen.

Kooperationen

Voraussetzung für das Gelingen eines „Naloxon-Take-Home-Programms“ ist eine gute Vernetzung im Sozialraum. In den wenigsten Fällen kann ein solches Programm unter Peer-Beteiligung auf eigene Ärzt*innen zurückgreifen, welche die Verschreibung des Medikaments gewährleisten.

Ärzte

Daher ist einer der ersten aber auch schwierigsten Schritte, niedergelassene Ärzt*innen zu finden, die zu einer solchen Kooperation mit einer Selbsthilfeinitiative bereit ist. Hier bieten sich sowohl Substitutionsmediziner*innen als auch Ärzt*innen aus der Drogen- und Obdachlosenhilfe als erste Anlaufstelle an.

Apotheken

Parallel sind Gespräche mit Apotheken zu führen, um eine Vereinbarung zur Bereitstellung des Naloxon zu treffen und die Übernahme der Kosten zu regeln.

Landesärztekammer

Vor dem Hintergrund der nicht abschließend geklärten Rechtslage gilt es, zeitgleich von der zuständigen Landesärztekammer eine Stellungnahme zur Naloxon-Verschreibung einzufordern.

Ordnungsbehörden

Eine weitere beachtenswerte Kooperationsebene ist die ordnungspolitische. Da wir die Zielgruppe Drogengebraucher der Menschen in den Blick nehmen, die ihren Lebensmittelpunkt in offenen Drogenszenen haben, ist es wichtig, die Mitarbeiter*innen der Polizei und Ordnungsämter über die Durchführung eines „Take-Home-Naloxon-Programms“ zu informieren. Es gilt, das Risiko zu minimieren, dass das Auffinden eines „Naloxon-Kits“ zu intensiven Kontrollen und/oder Beschlagnahmungen führt. Solche Maßnahmen führen zu unnötigen Verunsicherungen in der Szene und einer grundsätzlichen Ablehnung entsprechender Projekte. Um dies zu vermeiden, werden den Teilnehmer*innen nach der Absolvierung des Kurses „Teilnehmerzertifikate“ in Form eines mitzuführenden „Notfall-Helfer-Ausweises“ ausgehändigt, welche nachweisen, warum die Person das „Naloxon-Kit“ mit sich führt. Die frühzeitige Einbindung und Sensibilisierung der Ordnungsbehörden kann im besten Fall dazu führen, dass sie Drogengebraucher*innen über die Möglichkeiten einer Notfallprophylaxe informieren und an die Projektverantwortlichen verweisen.

Rahmenbedingungen

Die Erkenntnisse aus den bestehenden Praxisprojekten offenbaren einen in der Startphase besonders hohen Motivationsaufwand. Es gilt, die bestehenden Vorbehalte und Negativbilder ernst zu nehmen und zu widerlegen. Dies kann unter Beteiligung von Drogengebraucher*innen besonders gut gelingen.

Bekanntmachung

Gleiches gilt für die Bewerbung und Bekanntmachung entsprechender Notfallprophylaxe-Projekte. Neben den gängigen Wegen (Printmedien, Aushänge etc.) hat auch hier die Mundpropaganda innerhalb der Gruppe Drogen gebrauchender Menschen einen hohen Stellenwert. Der Zusammenstellung der Trainer-Teams ist daher große Aufmerksamkeit zu zollen.

Ortauswahl

Auch bei der Auswahl der Orte für die Durchführung der Trainings ist eine Beteiligung von Drogengebraucher*innen förderlich. Besonders bei Trainings, die im Rahmen von Streetwork angeboten werden, ist zu beachten, dass die Thematik Tod aus dem sonst sehr intimen Setting, in dem sie stattfindet, herausgerissen wird. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Erfahrungen und der eigenen Verantwortung im Drogennotfall bedarf großer Sensibilität. Hier einen Kompromiss aus Erreichbarkeit der Zielgruppe und einer Atmosphäre, die zeitweise Wissensvermittlung und Reflexion möglich macht, gehört zu den in den Blick zu nehmenden Themen.

Zeitlicher Umfang

Der zeitliche Umfang der Trainingseinheiten ist ebenfalls von zentraler Bedeutung. Eine Überforderung der Teilnehmer*innen ist in jedem Fall zu vermeiden. Dies berücksichtigend werden die Inhalte in Einheiten von fünfzehn bis zwanzig Minuten zusammengefasst. Es erklärt sich von alleine, dass sich damit auch die Gruppengröße beschränkt. Mehr als ca. fünf Personen gleichzeitig können in diesem Rahmen nicht geschult werden. Etwas anders ist die Situation in niedrigschwelligen Einrichtungen (Konsumräumen, Anlaufstellen). Hier kann das einzelne Training etwas umfangreicher ausfallen (ca. 30 Minuten) und die Teilnehmerzahl kann nötigenfalls geringfügig höher ausfallen.

Folgeanbindung

Sinnvoll ist es, eine Folgeanbindung der Teilnehmer*innen zu ermöglichen. Dies gilt aus mehreren Gründen. Zum Einen kann nur auf diesem Wege eine Evidenz der Anwendungen erfolgen, zum Anderen ist damit gewährleistet, dass die Drogengebraucher*innen nach (erfolgreicher) Anwendung eine Neuausstattung Naloxon erhalten können.

Für die Dokumentation sollte im Vorfeld ein Rückmelde-/Fragebogen entwickelt werden, der folgende Fragestellungen abdeckt:

- Alter, Geschlecht, Konsumstatus und -erfahrung (Anwender*innen/Betroffene*r)
- Anwendung indiziert/nicht indiziert
- Angewandte Dosis
- Art der Applikation
- Sind Entzugserscheinungen aufgetreten?
- Wurde Notarzt informiert?
- Status der betroffenen Person (fremd/bekannt)
- Ort des Notfalls
- Wurden weitere Maßnahmen durchgeführt? (Beatmung etc.)

Trainingsmaterialien

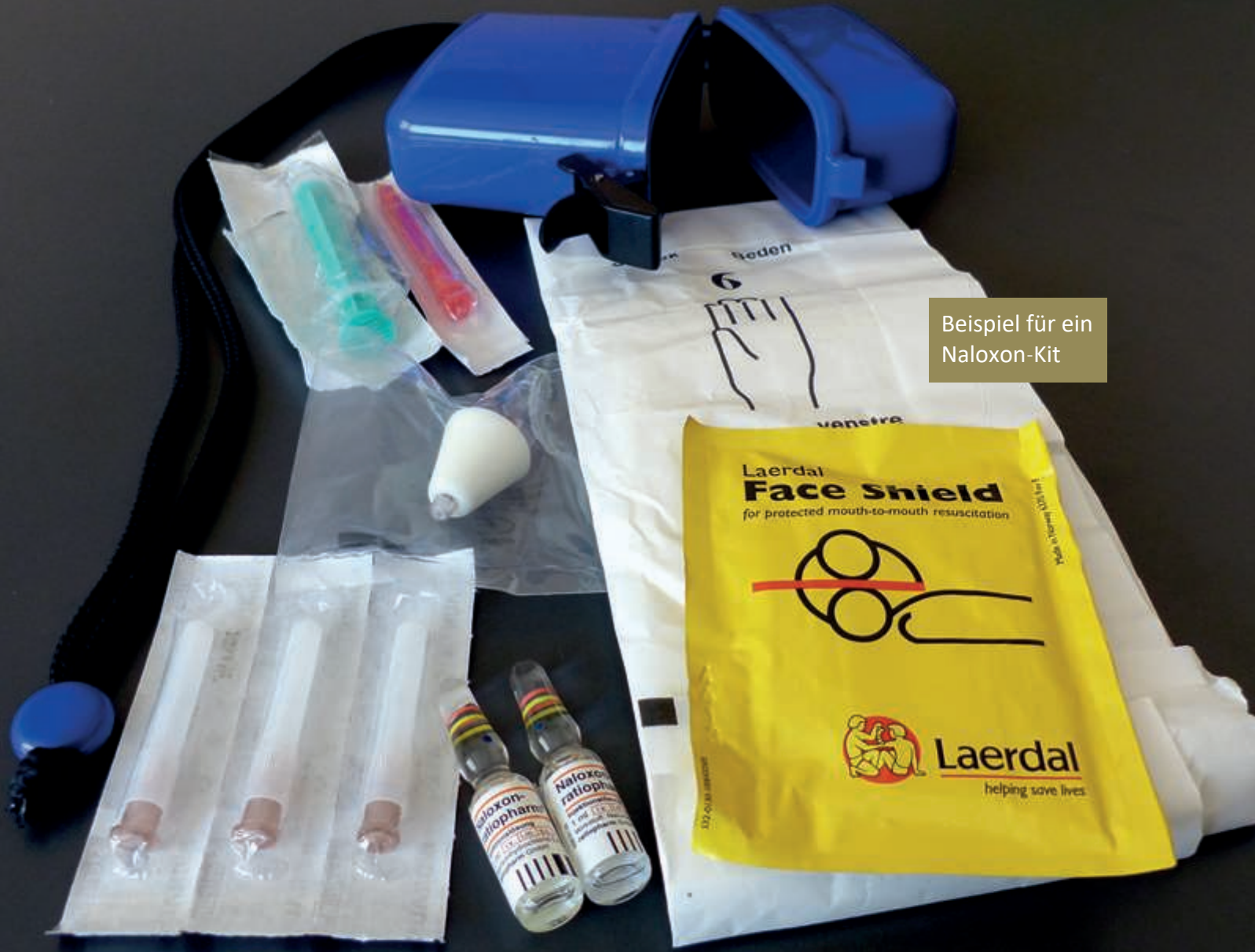
Zur Vorbereitung der Trainings ist sicherzustellen, dass alle nötigen Trainingsmaterialien vorhanden sind. Hierzu zählen insbesondere ein Dummy zur Einübung von Atemspenden (z.B. Resusci Anne™ von Laerdal) sowie Beatmungsmasken mit passenden Einwegventilen oder Beatmungstücher (mit oder ohne Ventil erhältlich).

Grundausrüstung

Der Kostenaufwand für die Grundausrüstung ist hier durchaus überschaubar. Der größte Posten ist dabei sicher der Trainingsdummy mit einem Preis von ca. 250,00 €, Beatmungsmasken sind zu einem Preis von 7,00 bis 15,00 € erhältlich. Die dazu passenden Einweg-Filterventile schlagen mit ca. 5,50 € zu Buche. Günstiger ist es, für die Trainings Beatmungstücher mit oder ohne Ventil für ca. 2,10 € bis 2,40 € je Stück zu nutzen.



Beatmungsmaske



Beispiel für ein Naloxon-Kit

Naloxon-Kits

Der zweite nicht unerhebliche Teil der Kostenkalkulation entfällt auf den laufenden Materialaufwand für die „Naloxon-Kits“ inkl. der Medikamentenausgaben.

Die Kosten für ein Kit liegen bei ca. 21,00 € bis 29,00 €:⁷

- Naloxon 4,60 € – 7,00 €
- Schachtel 4,00 € – 6,00 €
- Kanüle ca. 0,05 €
- Spritze ca. 0,15 €
- Zerstäuber 4,80 € – 5,50 €
- Beatmungstuch 2,10 € – 2,40 €
- Handschuhe ca. 0,50 €

PERSONALKOSTEN

Auf eine Kalkulation der Personalkosten wird an dieser Stelle bewusst verzichtet, da die anzurechnenden Stundensätze sich je nach Art der Anbieterstruktur deutlich unterscheiden (Selbsthilfegruppe, niedrigschwelliges Drogenhilfeprojekt etc.).

Finanzierung

Für die Gestaltung eines nachhaltigen Drogennotfall-Prophylaxe-Angebots mit Erste-Hilfe-Training und Naloxon-Vergabe ist es unverzichtbar, die Aufwendungen inkl. der anfallenden Personalkosten refinanziert zu bekommen. Besonders für Selbsthilfeinitiativen, wie Gruppen des JES Bundesverbands, bietet sich hier ein Antrag auf Projektförderung durch die Krankenkassen (§ 20, c SGB V) an.⁸ Für die Träger aus dem Bereich der professionellen Drogenhilfe kommt eine solche Finanzierung leider nicht in Frage. Diese sind daher auf die klassischen Geldgeber aus der Gesundheits- und Sozialverwaltung angewiesen. Denkbar ist auch die Realisierung über eine Modellförderung oder eine Stiftung. Längerfristig sollte die Zuwendung über eine Anpassung der Regelförderung Umsetzung finden.



Rechtliche Bewertung

Die rechtliche Bewertung von „Take-Home-Naloxon-Programmen“ in Deutschland ist ausgesprochen schwierig, da viele Rechtsbereiche tangiert werden.

Verschreibungs- und Apothekenpflicht

Unstrittig ist, dass Naloxon laut dem bundesdeutschen Arzneimittelgesetz verschreibungs- und apothekenpflichtig ist. Eine Verschreibung auf Privatrezept kann an Opiatgebrauchende unter Einhaltung der genannten Auflagen jederzeit erfolgen, wenn die Indikation Opiatabhängigkeit vorliegt.⁹

Aufklärungspflicht

Hinzu kommt jedoch, dass verschreibende Ärzt*innen die Pflicht haben, zum korrekten Verhalten bei Überdosierungen und dem Einsatz von Naloxon aufzuklären. Diese Aufklärungspflicht kann an eine fachkundige Person oder Einrichtung delegiert werden, wonach Ärzt*innen nur noch die Teilnahme an der Unterweisung überprüfen müssen (etwa durch eine Teilnahmebescheinigung).

BUNDESÄRZTEKAMMER

Die Bundesärztekammer hat in einer Stellungnahme aus dem Jahr 2002 festgestellt, dass hinsichtlich der Abgabe von Naloxon zum Zweck der Laienhilfe im Notfall keinerlei Bedenken bestehen.¹⁰ Wird die Verschreibungs-, Apotheken- und Aufklärungspflicht erfüllt, so gibt es weder arznei- noch standesrechtliche Probleme hinsichtlich einer Naloxonabgabe zum Zwecke der Laienhilfe im Drogennotfall. Ein Missbrauch der Verschreibung (§ 34 Abs. 4, Muster-Berufsordnung) ist aufgrund der Substanzeigenschaften und des Einsatzzwecks nicht zu erwarten. Die Anwendung von Naloxon im Notfall ist nach BÄK durch den § 34 StGB („Rechtfertigender Notstand“) gedeckt.

BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM

Das Bundesgesundheitsministerium formuliert in einer Stellungnahme aus 2008, dass die Laienhilfe mit Naloxon nicht ausdrücklich geregelt, eine Anwendung durch geschulte Laien jedoch auch nicht ausgeschlossen ist. In seiner Stellungnahme von 2014 definiert das Ministerium die Naloxonvergabe von Laien im Rahmen der Überlebenshilfe als zulässige, zusätzliche Handlungsoption zum etablierten Notärztesystem. Das Ministerium weist aber auch nochmals darauf hin, dass die berufsrechtliche Beurteilung der Zulässigkeit in der Verantwortung der regionalen Ärztekammern liegt. Eine Stellungnahme der Kammern liegt bis zum heutigen Tag leider nicht vor.

Ein weiterer Aspekt, den das Gesundheitsministerium als unproblematisch einstuft, ist die kostenlose Weitergabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels von Patient*innen an Dritte. Diese ist in diesem Fall nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) nicht strafbar.

Zu bedenken gibt die Stellungnahme des Ministeriums jedoch, dass im Falle einer Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) die Anwendung durch anwesende Ersthelfer*innen und nicht durch die Patient*innen selbst dem Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) widerspräche. Hiervon bleiben jedoch Privatrezepte unberührt.¹¹



In einem Kommentar der Drogenbeauftragten der Bundesregierung aus dem Jahr 2014 heißt es dazu wörtlich: „Naloxon ist eine weitere, zusätzliche Handlungsoption (zusätzlich zum etablierten Notärztesystem) im Rahmen der Überlebenshilfe“.¹²

Naloxon in der Schmerztherapie

Bei dieser Komplexität der rechtlichen Bewertung überrascht, dass in der Schmerztherapie den Patient*innen völlig selbstverständlich bei der Verschreibung kurz wirksamer Opiode Naloxon mit verschrieben und auch den An- und Zugehörigen zugänglich gemacht wird.

Glukagon® bei Diabetesbehandlung

Ähnliches wird in der Diabetesbehandlung praktiziert. Hier kann Glukagon® von Ärzt*innen verschrieben werden, wenn Diabetes-Patient*innen zu schweren Unterzuckerungen neigen. So können beispielsweise Familienangehörige oder Kolleg*innen helfen, wenn es zu einer schweren Unterzuckerung kommt.

ÄNGSTE UND VORBEHALTE

Nimmt man diese Erfahrungen als Referenz, scheint einiges an Ängsten und Vorbehalten gegen „Naloxon-Programme“ und die vermeintliche rechtliche Unsicherheit der speziellen Zielgruppe geschuldet. Hier tut sich das Gesundheitssystem deutlich schwerer, Drogengebraucher*innen zuzutrauen, verantwortlich mit Naloxon umzugehen.

Hier wäre zu prüfen, ob die Nichtverschreibung von Naloxon unter den Tatbestand **„Begehen durch Unterlassen“** des StGB fällt.

Inhalte der Schulung

Teil 1:

Drogennotfall und Erste Hilfe

Das an Drogengebraucher*innen adressierte Projekt umfasst mehrere Bausteine. Die Herausforderung der Praxis wird darin liegen, die Komplexität des Geschehens im Drogennotfall in kurze Trainingsintervalle einzubetten. Diese müssen einen Kompromiss zwischen der nötigen Informationsvermittlung und der begrenzten verfügbaren Zeit bilden - in dem gewählten Setting und der begrenzten Aufnahmebereitschaft und -fähigkeit der Teilnehmer*innen (Lebensweltnähe).

Der Tagesablauf von Abhängigen illegaler Substanzen wird durch die Beschaffung von Geld und Drogen maßgeblich bestimmt. Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Kontinuität sind Anforderungen, die deshalb von vielen relativ schwer zu meistern sind.

Risikosituationen

Heroinüberdosierungen treten in der Regel unbeabsichtigt auf und sind häufig die Folge von unbekannter Qualität der Substanz oder Mischkonsum mit anderen Substanzen, die ebenfalls auf das Atemzentrum wirken. Zu nennen sind hier insbesondere andere Opiate wie Methadon, aber auch Benzodiazepine und Alkohol. Besonders nach Abstinenzphasen steigt das Risiko von Überdosierungen nochmals enorm. Gleiches gilt für junge unerfahrene Konsument*innen, die nur über eine geringe Toleranz verfügen.

Wirkweise der Überdosis

Bei Überdosierungen unter Opiatbeteiligung liegt das Hauptproblem in der zentralen Atemlähmung. Diese tritt oft nicht unverzüglich, sondern teils über mehrere Stunden ein. In diesem Fall kommt es zu einer stark verlangsamten Atemfrequenz, die mehrere Stunden oder gar Tage andauern kann. In Folge dessen kommt es zu einer Sauerstoffunterversorgung mit teils irreversiblen gesundheitlichen Folgeschäden. Im Falle einer eintretenden Bewusstlosigkeit kann es zudem zum Erbrechen mit Erstickungsfolge kommen. Weitere lebensbedrohliche, zentralnervöse Effekte von Opiaten bzw. Opioiden, wie Hypoxie, Bewusstlosigkeit und Blutdruckabfall kommen hinzu.

SYMPTOME ERKENNEN

Die Symptome einer Opiat-intoxikation beginnen bereits bei starker Müdigkeit bis zur Cheyne Stokes Atmung (oft als Schnarchen fehlinterpretiert).

Sie lassen sich von Laien mehr oder weniger gut einordnen. Verlangsamte und flache Atmung lässt sich relativ einfach überprüfen, indem ein befeuchteter Finger vor Mund oder Nase gehalten wird. Sauerstoffmangel kann letztlich von Laien nur durch eine Verfärbung der Lippen und Schleimhäute festgestellt werden.

Grundsätzlich gilt es, nicht zu viel Zeit zu ver(sch)wenden.

Vorgehen im Notfall

Beim Auffinden einer bewusstlosen Person im Drogenkontext kann größtenteils von einer Opiatbeteiligung ausgegangen werden. Es sollten stets die im Folgenden benannten Maßnahmen durchgegangen werden.

Der erste Schritt ist immer die deutliche Ansprache der bewusstlosen Person. Erfolgt darauf keine Reaktion, kann dies noch durch die Nennung von „Reizwörtern“ wie „...ich rufe die Polizei..“ o.ä. verstärkt werden. Reagiert die Person, muss sie dennoch weiter beobachtet werden. Gibt es weiter keine Reaktion, sollte kurz die Atmung überprüft werden (sehen, hören, fühlen – max. 10 Sek.). Bei vorliegender Atmung und gleichzeitiger Bewusstlosigkeit, erfolgt die Lagerung in stabiler Seitenlage und die Information des Rettungsdienstes. Wird die Person wach, muss sie wach gehalten werden. Ist keine Atmung festzustellen, sollte direkt der Notarzt informiert werden. Anschließend ist eine Atemspende zu geben (zwei bis max. fünf Atemzüge) und anschließend der Puls zu kontrollieren. Ist kein Puls festzustellen, ist idealer Weise mit der Herzdruckmassage zu beginnen (30 x Herzdruck, 2 x Atem). Wenn Puls vorhanden ist, wird die Beatmung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes im eigenen Atemrhythmus fortgesetzt.



Stabile Seitenlage

Notruf

Bei der Information des Notrufs in jedem Fall nur vom Auffinden einer leblosen Person sprechen. So ist zum Einen gewährleistet, dass ein Notarzt alarmiert wird und nicht nur ein Rettungssanitäter, zum Anderen erfolgt keine Information der Polizei durch den Notruf.

Naloxon anwenden

Bestmöglich ist Naloxon verfügbar und kann nach den im folgenden Kapitel beschriebenen Regeln angewandt werden!

Die beschriebenen Maßnahmen und Handlungsweisen werden in den Trainings thematisiert und eingeübt.



"Resusci Anne"-
Puppe für praktische
Erste Hilfe Übungen

Inhalte der Schulung

Teil 2:

Naloxon- Anwendung

Naloxon ist ein Wirkstoff aus der Gruppe der Opioid-Antagonisten, der als Antidot zur Aufhebung der Effekte von Opioiden eingesetzt wird. Naloxon hat selbst keine opioiden Eigenschaften und wird in der Regel als intravenöse Injektion verabreicht, kann aber auch subkutan oder intramuskulär appliziert werden.¹³

Praktiziert wird auch die nasale Applikation über „Zerstäuber-Aufsätze“, da die Nasenschleimhäute Naloxon sehr gut resorbieren.¹⁹ Entsprechende Fertigprodukte sind aktuell bei zwei Firmen in der Entwicklung und im Zulassungsverfahren. Eine orale Anwendung ist ausgeschlossen, da der Wirkstoff so nicht aufgenommen werden kann. Die Wirkung von Naloxon tritt sehr schnell ein, ist jedoch zeitlich begrenzt. Die Wirkdauer beträgt ca. dreißig bis achtzig Minuten (1 mg Naloxon blockiert 25 mg Heroin für ca. 1 Std.).⁹

Nebenwirkungen

Zu den häufigsten möglichen, unerwünschten Nebenwirkungen gehören Schwitzen, Schwindel, leichte Benommenheit, Tremor, hoher Blutdruck, Übelkeit und Erbrechen. Bei einer Opioid-Abhängigkeit ist besondere Vorsicht bei der Dosierung geboten, weil ein akutes Entzugssyndrom ausgelöst werden kann.⁹

Indikationsstellung

Im Rahmen der Schulungen sollte der Indikationsstellung zur Naloxonanwendung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Naloxon entfaltet seine Wirkung im Drogennotfall ausschließlich bei Überdosierungen unter Opioidmitwirkung. Für alle anderen drogenbedingten Notfälle ist eine Anwendung von Naloxon ungeeignet.¹⁴



Injektions-Kanüle

Nasal-Zerstäuber

Bei intravenöser und intramuskulärer Anwendung erhalten Erwachsene 0,4 mg (1 Ampulle). Ist nach zwei bis drei Minuten keine Wirkung festzustellen, wird eine weitere Dosis von 0,4 mg verabreicht. In der Regel reicht diese Dosierung aus, um die atemdepressive Wirkung des Opiats (vorerst) aufzuheben. Andernfalls wird die Injektion bis zur Erlangung einer ausreichenden Spontanatmung wiederholt (nach Gabe von max. 10 mg ist davon auszugehen, dass keine Opioid-Überdosis vorliegt). Dies ist jedoch im Rahmen der Laienschulungen nicht von Relevanz.

Bei der vorgesehenen nasalen Applikation ist zu beachten, dass die Dosierungen geringfügig höher anzusetzen sind, da die Resorption über die Nasenschleimhäute nicht 1:1 der intravenösen und intramuskulären Aufnahme entspricht.

15 16 17

Um im Ernstfall schnell und sicher agieren zu können, ist mit den Teilnehmer*innen der Umgang mit einer Glasampulle zu thematisieren und nach Möglichkeit praktisch einzuüben.



Kurze Wirkdauer

Da die Wirkdauer von Naloxon mit dreißig bis achtzig Minuten deutlich kürzer ist, als die gängiger Opiate inkl. Heroin, bedarf es in jedem Fall einer Nachbetreuung der überdosierten Person nach erfolgreicher Anwendung des Medikaments.

Nachbeobachtung

Die Bewusstseinsaufklärung muss nicht von Dauer sein. Bei nachlassender Naloxonwirkung kann es jederzeit zu einem Rückfall in den komatösen Zustand kommen. Es gilt daher, während des Trainings die Teilnehmer*innen, für die Notwendigkeit der Nachbeobachtung zu sensibilisieren. Es gilt zu verhindern, dass Patient*innen auch bei leichter Entzugssymptomatik davon abgehalten werden, „nachzulegen“. Zudem muss sichergestellt werden, dass sie beim Nachlassen der Naloxonwirkung nicht alleine ist. Die Nachbeobachtung sollte im Idealfall dadurch sichergestellt werden, dass ein*e Notärzt*in alarmiert wurde. Aus den Praxiserfahrungen ist jedoch bekannt, dass dies nicht immer geschieht. Besonders vor dem Hintergrund dieses Erfahrungswissens muss das Verantwortungsbewusstsein der Helfer*innen gefördert und erhöht werden. Als Konsequenz werden wir einen Rückmeldebogen entwickeln, in dem der Handlungsverlauf reflektiert und dokumentiert wird.

IM HANDEL

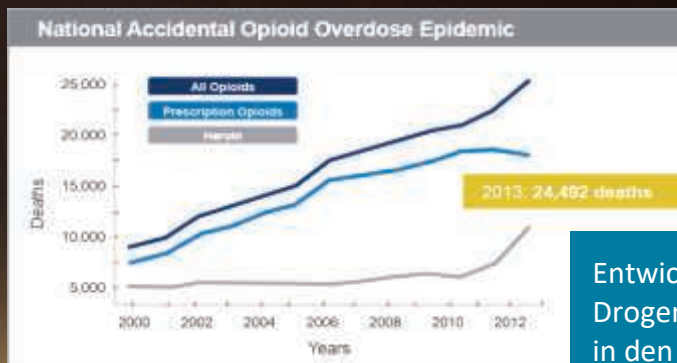
Im Handel sind derzeit 1 ml Ampullen mit einem Wirkstoffgehalt von 0,4 mg Naloxon erhältlich.

Die Packungsgrößen variieren zwischen drei, über zehn bis zu 100 Ampullen (Naloxon-ratiopharm®).

In Abhängigkeit davon schwankt auch der Preis pro Ampulle zwischen ca. 4,60 € und 7,00 €.

„Der Blick über den Tellerrand“ Internationaler Erfahrungsstand

Take-Home-Naloxon-Programme sind mittlerweile verteilt über den ganzen Erdball in mehr als 20 Ländern verfügbar. Darunter finden sich Länder wie Afghanistan, Australien, Bulgarien, China, Dänemark, Deutschland, Estland, Georgien, Großbritannien, Indien, Italien, Kanada, Kasachstan, Kirgisistan, Norwegen, Russland, Spanien, Tadschikistan, Thailand, USA, Ukraine und Vietnam.¹⁸



Entwicklung der
Drogentodeszahlen
in den USA

Es überrascht, dass ausgerechnet die USA, mit ihrer repressiv ausgerichteten Drogenpolitik, 1996 als erste solche Programme auf den Weg brachten. Bereits 1998 brachte der Berliner Fixpunkt das erste „Naloxon-Programm“ in Deutschland auf den Weg und erzielte damit national und international große Resonanz. Umso erschreckender ist es, dass bis vor kurzem keine weitere Verbreitung dieses Ansatzes erreicht werden konnte.

Die rechtliche Ausgangslage ist in den einzelnen Staaten höchst unterschiedlich. Es lässt sich jedoch beobachten, dass in den letzten Jahren immer mehr der Staaten mit Naloxon-Programmen, die gesetzlichen Rahmenbedingungen bezüglich der Verschreibung von Naloxon dahingehend veränderten, dass die Anwendung durch Laien vereinfacht wird. Damit wird eine wesentlich breitere Verfügbarkeit erreicht.

USA

Zwischen 1996 und 2012 nahmen alleine in den Vereinigten Staaten ca. 53.000 Personen an „Take-Home-Naloxon-Programmen“ teil und wurden dabei mit Naloxon ausgestattet. Bis 2010 wurden dabei über 10.000 erfolgreiche Anwendungen dokumentiert (Center for disease control and prevention 2010). Da seit 2014 ein Autoinjektor (EVZIO®) für Naloxon zur Verfügung steht und im Jahr 2015 weitere Produkte als Fertigsprays zur nasalen Anwendung zur Zulassung angemeldet wurden, ist davon auszugehen, dass diese erfreulichen Zahlen in den kommenden Jahren noch deutlich ansteigen werden.¹⁹



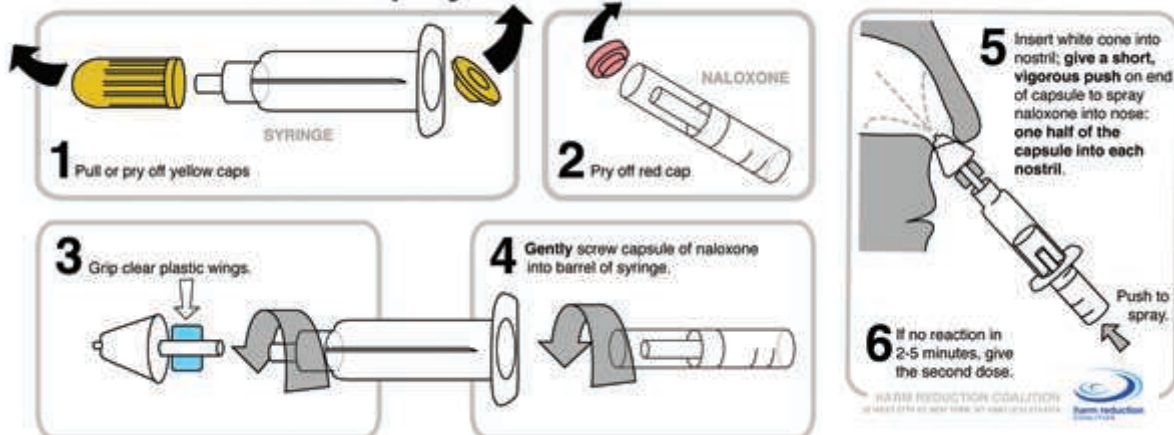
Evzio Home Use
Auto Injektor



Naloxon Schleife

Beipackzettel
eines New Yorker
„Naloxon-Kits“

How to Give Nasal Spray Naloxone



Italien

Die rechtlichen Voraussetzungen in Italien sind ideal. Schon seit 1981 ist Naloxon hier rezeptfrei in Apotheken erhältlich. Mitte der 80er Jahre wurden flächendeckend „Take-Home-Naloxon-Programme“ entwickelt und umgesetzt. Sie werden sowohl von öffentlichen als auch privaten Diensten, niedrighschwelligigen Drogenhilfe-Angeboten und Outreach-Projekten im Rahmen von Harm-Reduction-Angeboten vorgehalten. Laut AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) gehört Naloxon zu den Medikamenten der Klasse A, die zur Erhaltung der Gesundheit elementar sind. Es gilt somit als lebensrettendes Medikament zur Behandlung schwerer Krankheiten und ist weitestgehend von Selbstkostenbeteiligungen befreit. Die Kosten liegen damit bei nachgewiesener Heroinabhängigkeit unter einem Euro pro Ampulle (0,4 mg/1 ml) und unter 4,00 € als Richtpreis für Nicht-Opiatkonsument*innen. Bedauerlicherweise gibt es trotz der vorbildlichen Verfügbarkeit keine belastbaren Daten zu den Effekten der Programme. Es ist jedoch über die letzten 15 Jahre zu einem permanenten Rückgang der drogenbedingten Todesfälle gekommen (1999 – 1002 Tote/2013 – 344 Tote), so dass von einer hohen Effektivität ausgegangen werden kann.²⁰

Frankreich

Frankreich ist europaweit (verhältnismäßig) das Land mit dem geringsten Anteil an Todesfällen bei Heroinkonsument*innen. 2012 wurden 249 „Drogentote“ registriert, wobei ca. 60 % auf Opiateinwirkung zurückzuführen waren. Ungeachtet dieses guten Abschneidens im europäischen Vergleich legt Frankreich derzeit ein breites „Naloxon-Programm“ auf. Bereits vor der europäischen Zulassung des fertigen Naloxon-Zerstäubers, werden 2016 vom Gesundheitsministerium 10.000 Packungen eingekauft und für „Take-Home-Naloxon-Programme“ zur Verfügung gestellt.

Derzeit wartet die Fachöffentlichkeit auf die Daten der größten Studie zu Naloxon-Take-Home-Programmen „N-Alive“. In dieser Studie aus Großbritannien werden von John Strang (King's College London) bei ca. 30.000 Teilnehmer*innen die Effekte von Naloxon-Programmen auf die Sterblichkeitsrate von haftentlassenen Drogengebraucher*innen untersucht. Damit wäre erstmals in großem Umfang ein Nachweis der Wirksamkeit von solchen Programmen erbracht. Die Veröffentlichung der Daten wird im ersten Halbjahr 2016 erwartet.²¹

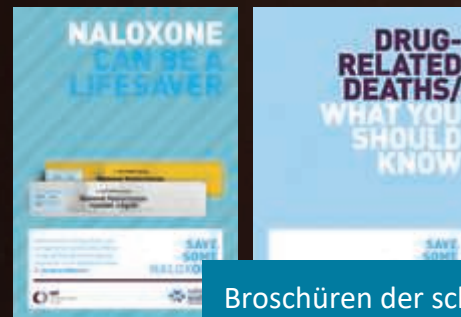
Schottland

Schottland weist europaweit eine der höchsten Mortalitätsraten auf. Vor diesem Hintergrund entstand dort 2011 das erste und größte staatliche Naloxon-Programm, das sowohl Koordination als auch Finanzierung übernimmt. Dies schließt ausdrücklich alle 15 Justizvollzugsanstalten mit ein. Seit 2013 wird in den Programmen ein „Fertig-Kit“ (Prenoxa®) verteilt, das eine mit 2 ml Naloxon (1 mg/1 ml) gefüllte Spritze und zwei Kanülen zur intramuskulären Anwendung enthält und bruch sicher verpackt ist.

Zielsetzung des staatlichen Programms ist eine Mindestverbreitung von 25 % bei allen Drogengebraucher*innen mit problematischem Konsum. Heute gibt es alleine über 100 „Peer-Trainer“. Geplant ist eine weitere Verbreitung über Polizeibeamt*innen und An-sowie Zugehörige von Heroin-konsument*innen.⁹



Poster der schottischen Naloxon-Kampagne



Broschüren der schottischen Naloxon-Kampagne

Eine persönliche Betrachtung der Realität

Es gibt eine Vielzahl von Fachbeiträgen zur Abgabe von Naloxon. Gegner*innen und Befürworter*innen tragen seit Jahren ihre Argumente vor. Unter dem Strich gibt es nicht wirklich etwas, das sich gegen dieses Instrument der Überlebenssicherung sagen lässt. Dokumentiert sind weder Risiken für Nicht-Opiatkonsumierende Menschen, noch missbräuchliche Anwendung, noch eine widersprechende Rechtsauslegung.

Nichtsdestotrotz sind wir von der Umsetzung in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen weit entfernt. Die Gründe hierfür sind vor allem verknöcherte Strukturen und Haltungen in den Drogenhilfesystemen einerseits und die mangelnde Bereitschaft von Ärzt*innen, die Naloxon-Vergabe an Opiatkonsument*innen und deren Umfeld zu unterstützen andererseits. Fehlende finanzielle Ressourcen tun ihr Übriges. Dies ist außerhalb der deutschen Grenzen längst anders und Naloxon-Vergaben verbreiten sich immer weiter.

An dieser Stelle sollen aber keine bekannten Argumente wiederholt werden, sondern es soll jenen, die heute noch an der Sinnhaftigkeit solcher Programme zweifeln, ein Einblick in die Lebensrealität Drogen (und vor allem Heroin) gebrauchender Menschen ermöglicht werden, indem von zwei Begegnungen mit dem Thema Überdosis berichtet wird.

Das erste Erlebnis

Das erste Erlebnis war eine Überdosierung, die ich (der Autor) selbst durchlebte. Ich wohnte damals in einem kleinen Dorf in der Nähe von Karlsruhe. Zusammen mit zwei weiteren Leuten waren wir bei unserem damaligen Dealer. Er war gerade zurück aus Amsterdam und wir alle waren begierig darauf, das Heroin zu probieren. Natürlich gab es vorher die übliche Warnung: „Seid vorsichtig, es ist besser als sonst.“ Das hat jedoch keinen von uns davon abgehalten, seine übliche Dosis aufzukochen und zu spritzen.

Nach dem Druck wurde mir sofort klar, dass ich diesmal zu viel erwischt hatte und Sekunden später verlor ich auch schon das Bewusstsein.

Ich wurde dadurch wieder wach, dass ich irgendwo mit dem Hinterkopf aufschlug. Es dauerte eine Weile bis ich begriff, was mit mir passierte. Ich war nicht mehr in der Wohnung des Dealers, sondern meine Kumpel, mit denen ich unterwegs war, hatten mich gerade an den Füßen aus dem Auto gezogen, um mich am Rand eines Waldstücks abzulegen.

Im ersten Moment war ich extrem sauer, enttäuscht und erschrocken. Obwohl ich noch gar nicht begriffen hatte, wie dramatisch die Situation überhaupt gewesen ist und wieviel Glück ich hatte, dass ich diese Situation überlebte, hätte ich ein anderes Verhalten erwartet. Trotzdem war ich noch lange mit denselben Leuten unterwegs und es war schnell kein Thema mehr zwischen uns.

Erst viele Jahre später wurde mir klar, aus welcher Hilflosigkeit und durch welche Ängste dieses Verhalten entstanden ist. Damals stand ich auf einmal auf der anderen Seite des Geschehens und musste schmerzhaft erkennen, wieviel man falsch machen kann und wie fatal die Konsequenzen in einem solchen Fall sein können.



Die nächste Gegebenheit

Auch bei der nächsten Gegebenheit waren wir mit fünf Personen in einem kleinen privaten Appartement. Die Wohnung war zwar spärlich möbliert aber trotzdem war es eng, das Fenster war mit einem Bettlaken verhängt und der Raum entsprechend dunkel. Der Wohnungsinhaber hatte sich gerade einige Gramm Heroin gekauft und die anderen Anwesenden hatten ihn schon erwartet, um etwas zu kaufen und auch direkt zu konsumieren. Die Stimmung war also von gespannter Erwartung geprägt und jeder war geschäftig dabei, schon einmal alle Konsumutensilien vorzubereiten, um nach der Verteilung des Heroins nicht unnötig Zeit zu verlieren.

Als es endlich soweit war, dass jeder seine Portion hatte, waren alle erst einmal mit sich selbst beschäftigt. Das Heroin auf den Löffel, Ascorbin dazu, Wasser drauf, aufkochen, Filter zuschneiden, aufziehen in die Spritze, Kanüle aufsetzen und dann eine geeignete Einstichstelle suchen. Besonders der letzte Teil - eine Vene zu finden und zu treffen - zog sich bei dem einen oder anderen ziemlich in die Länge.

Erst nach mindestens einer Viertelstunde oder länger hatten alle Anwesenden ihren Konsum abgeschlossen und nahmen wieder das Geschehen um sich herum wahr. Die einen unterhielten sich, andere saßen nur da und genossen den Rausch. Es dauerte nochmals bestimmt zehn Minuten, bis einem von uns auffiel, dass der Wohnungsmieter sich nicht an der Unterhaltung beteiligte und auch nicht reagierte, als er angesprochen wurde.

Diese Erkenntnis war der Auslöser dafür, genauer hinzuschauen und schnell wurde klar, dass er eine Überdosis hatte.

Damit veränderte sich innerhalb eines Sekundenbruchteils die Stimmung im Raum. Alle sprangen fast gleichzeitig auf und redeten durcheinander. Dabei wurde gleichzeitig an dem Überdosierten (ich nenne ihn hier der Einfachheit halber Andy) - ich kann es nicht anders nennen - herumgerissen, um ihn in dem kleinen Zimmer auf ein freies Stück Boden zu legen. Was eigentlich eine stabile Seitenlage werden sollte, endete für Andy in Rückenlage, während er gleichzeitig permanent Ohrfeigen einstecken musste, weil ihn das wieder zu Bewusstsein bringen sollte.



Währenddessen kam kurz die Idee auf, einen Notarzt zu rufen, was wir direkt wieder verwarfen. Uns war ja bewusst, dass die Polizei dann mitkäme und evtl. die restlichen Drogen finden würden, die ja noch irgendwo im Raum waren. Also die „nächstbeste“ Variante - Kochsalz-lösung herstellen und ihm injizieren. Es „weiss“ ja schließlich jeder Junkie, dass diese bei Überdosierungen hilft.

Während das Salz gesucht, aufgelöst und in die Spritze aufgezogen wurde, schlepp-ten zwei von uns Andy in sein Bad, um ihn unter die Dusche mit eiskaltem Wasser zu stellen.

Eine Reaktion seinerseits gab es immer noch nicht (vielleicht hätten wir sie in der Panik auch gar nicht bemerkt).

Im Bad angekommen, legten wir Andy in die Duschwanne, da es unmöglich war, ihn aufrecht zu halten, und drehten das Wasser voll auf. Im Nachhinein hatte er sicher Glück, dass er bei dem Versuch nicht noch Wasser inhaliert hat. Als auch dies erfolglos blieb, ging es mit einem vollkommen durchnässten Andy zurück in das Zimmer, um ihm endlich die Kochsalz-lösung zu verabreichen.

In der Zwischenzeit hatte einer der Anwe-senden das restliche Heroin gefunden und ist damit in der Tasche los, um schnellstens eine Telefonzelle zu suchen und einen Notarzt anzurufen. Angekommen ist dieser nie... Es kam, wie es kommen musste, der Druck mit dem Kochsalz blieb ebenfalls ohne Wirkung. Andy war in der Zwischenzeit deutlich blau angelaufen und da wir uns nicht mehr zu helfen wussten, zerrten wir ihn in seinen Hausflur. Einer blieb noch im Treppenhaus (außer Sichtweite) und die beiden übrigen liefen los, um die Polizei anzurufen. Sobald diese (zum Glück wenige Minuten später) mit dem Notarzt im Schlepptau eingetroffen waren, machte sich auch der letzte von uns aus dem Staub, um nicht mit den Geschehnissen in Verbindung gebracht zu werden.

Ich will hier nicht unerwähnt lassen, dass ich bis heute sehr dankbar dafür bin, dass Andy diesen Tag überlebt hat. Leider hielt dieses Glück nicht lange an. Einige Monate später verstarb er an einer Überdosis. Gefunden wurde er erst Tage später alleine in seiner Wohnung.

Diese Schilderung mag an der einen oder anderen Stelle eine gewisse „Situationskomik“ bieten, aber für alle daran Beteiligten war es der pure Stress. Wir schwankten ständig zwischen der Angst vor Strafverfolgung, Hilflosigkeit, extremer Sorge um Andy, Überforderung u. ä.

Dass wir alle gerade erst selbst konsumiert hatten, kam noch erschwerend dazu (obwohl man sich schlagartig ernüchtert fühlte).

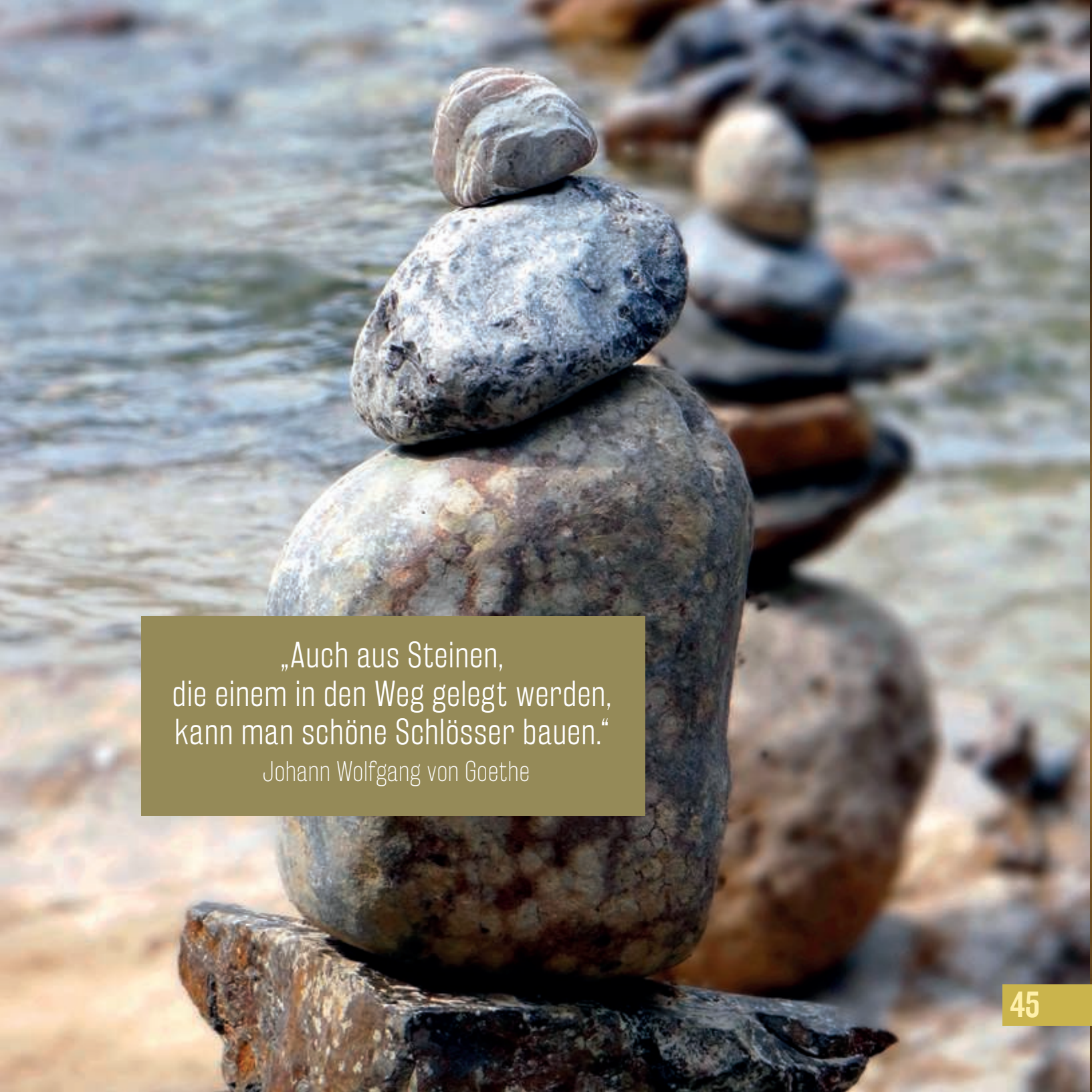
Fazit

Aus den Gesprächen mit anderen Konsument*innen weiß ich, dass die meisten Opiatkonsument*innen solche oder ähnliche Situationen bereits durchlebt haben.

Wenn man nun diese Schilderungen ernst nimmt und sie mit den empirischen Daten verbindet, die zu dem Themenfeld zur Verfügung stehen, und welche besagen, dass der Großteil der tödlichen Überdosierungen im privaten Wohnraum und in Gesellschaft Dritter auftreten, bleibt nur eine Konsequenz zu ziehen: Die Abgabe von Naloxon als unmittelbar wirksames Antidot bei Opiatüberdosierungen (ohne Missbrauchspotential) an Drogen gebrauchende Menschen und deren Umfeld ist sofort umzusetzen.

Eine so wirksame und einfache Handlungsoption darf der Zielgruppe nicht länger vorenthalten werden.

Wer sich dennoch gegen solche Programme ausspricht oder deren Umsetzung boykottiert, macht sich mitverantwortlich für jeden weiteren vermeidbaren Todesfall.



„Auch aus Steinen,
die einem in den Weg gelegt werden,
kann man schöne Schlösser bauen.“

Johann Wolfgang von Goethe

Bildnachweise

- Seite 3: naloxoneinfo.org
- Seite 6: Drogenkurier, Aug. 2013, Gedenktag Berlin
- Seite 8: Wikipedia, <http://commons.wikimedia.org/>
- Seite 9: VISION e.V., Köln
- Seite 13: pixabay.com
- Seite 19: VISION e.V., Köln
- Seite 20: VISION e.V., Köln
- Seite 22: VISION e.V., Köln
- Seite 24: Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, <http://www.bmg.bund.de/>
- Seite 28: Freiwillige Feuerwehr, Oberneufnach, <http://www.ffw-oberneufnach.de/>
- Seite 29: Laerdal®, Puchheim, <http://www.laerdal.com/>
- Seite 31: VISION e.V., Köln
- Seite 32: VISION e.V., Köln
- Seite 34: ADAPT Pharma, Inc. NARCAN®, <http://www.adaptpharma.com/focus/>
- Seite 35: Evzio, kaleo, Inc., <http://www.evzio.com/patient/>
- Seite 35: Harm Reduction Coalition, Oakland, <http://harmreduction.org/issues/overdose-prevention/tools-best-practices/od-kit-materials/>
- Seite 37: naloxone.org.uk
- Seite 40: Benedikt Rietzel, <http://www.punksandbanters.de>
- Seite 42: pixabay.com
- Seite 45: pixabay.com

Quellennachweise

1. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/403/umfrage/todesfaelle-durch-den-konsum-illegaler-drogen/>
2. Bundesministerium für Gesundheit / Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Rauschgiftlage 2015, Berlin 2015
3. Fixpunkt Berlin, <http://www.fixpunkt-berlin.de/>
4. WHO, Community management of opioid overdose, 2014
5. EMCDDA, Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, 2015
6. Bundeskriminalamt (BKA), Bundeslagebild Rauschgift 2015 - Tabellenanhang
7. Internetrecherche VISION e.V.
8. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_2013_Web_barrierefrei_03.pdf
9. „Naloxon – Überlebenshilfe im Drogennotfall“, Anna Dichtl, Heino Stöver, Fachhochschulverlag
10. Bundesärztekammer, Einsatz von Opiatantagonisten durch Laien, Berufsrechtliche Prüfung der Zulässigkeit, 2002
11. Bundesministerium für Gesundheit, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, „Naloxon und Einsatz durch Laien“, 2014
12. Stellungnahme der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler, 03.07.2014, Anhang
13. <https://de.wikipedia.org/wiki/Naloxon>
14. M. Backmund, Alkohol und Drogennotfälle im Rettungsdienst, 1999
15. Klinikum Nürnberg Notfall- und internistische Intensivmedizin „Intranasale Medikamentenapplikation“
16. Anästhesiologie und Intensivmedizin „Nasal appliziertes Naloxon zur Behandlung der Opiattoxikation“, 2014, Jahrgang 55, S229
17. ÄLRD - Ärztlicher Leiter Rettungsdienst in Bayern, Handlungsempfehlung 2012, „Intranasale Applikation von Arzneimitteln“
18. The network for public health law, Legal interventions to reduce overdose mortality: Naloxone access and overdose good samaritan laws, 2014
19. Center for disease control and prevention, „Community based opioid overdose prevention programs providing naloxone“, USA 2010
20. <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/addictions/research/drugs/N-ALIVE.aspx>
21. Der Notarzt Ausgabe 1-2016, Privatdozent Dr. rer. nat. Michael Müller

Der Inhalt

Naloxon ist seit vielen Jahrzehnten als Notfallmedikament bei Überdosierungen bekannt. Seit mehreren Jahren wird fachöffentlich darüber diskutiert, ob und wie dieses Medikament an Opiatkonsument*innen sowie deren An- und Zugehörige als Notfallmedikament abgegeben werden kann bzw. darf.

Von diesen Erfahrungen gilt es zu lernen und dementsprechend Naloxon-Vergabe-Projekte umzusetzen. Dazu möchte diese Broschüre beitragen und zeigt auf, was nötig ist, damit dies gelingen kann und solche Programme bei der Zielgruppe ankommen.

Der Leitfaden ist im Rahmen des vom Land NRW (MGEPA) geförderten Selbsthilfeprojektes JES NRW 2.0 entstanden. Neben dem Nahziel einer verbesserten Notfallversorgung dient es auch dazu, die Arbeit der JES-Selbsthilfe in NRW in den am Projekt beteiligten Kommunen bekannter zu machen. In diesem Sinne ist eines der Fernziele, durch die fachbezogene Kooperation zwischen Drogen-/Aidshilfe und der JES-Selbsthilfe das Fundament für eine weiterführende Kooperation zu legen.

Die Adressat*innen des Leitfadens und der Trainings sind sowohl Drogen gebrauchende Menschen im Allgemeinen und hiervon besonders JES-Engagierte, als auch Mitarbeiter*innen der potentiellen kommunalen Kooperationspartner*innen.

Der Autor

Marco Jesse, Jahrgang 1970, seit fast 20 Jahren in der Drogen(selbst)hilfe aktiv, seit 2007 Geschäftsführer von VISION e.V. in Köln, Vorstandsmitglied im JES Bundesverband e.V., Vorstandsvorsitzender von akzept NRW e.V. als Fachverband der akzeptierend arbeitenden Drogenhilfeeinrichtungen, Gründungsmitglied im Aktionsbündnis Hepatitis C und Drogengebrauch, Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), Autor mehrerer Fach- und Buchbeiträge.

