

# **Befragung zum Drogennotfallverhalten von OpiatkonsumentInnen auf offenen Drogenszenetreffpunkten Berlins**

## **Auswertung**

**Astrid Leicht, Anand Pant\*, Kerstin Dettmer, Michael Aerts**

Berlin, im Frühjahr 2002

**Fixpunkt - Verein für suchtbegleitende Hilfen e. V.**

Mobilix - Drogennotfallprojekt

Boppstr. 7

10967 Berlin

Tel. 030/693 22 60

Fax 030/694 41 11

e-mail: [mobilix@fixpunkt.org](mailto:mobilix@fixpunkt.org), website: [www.fixpunkt.org](http://www.fixpunkt.org)

\*Freie Universität Berlin,

Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

FB Erziehungswissenschaft und Psychologie,

Habelschwerdter Allee 45,

14195 Berlin

# **Befragung zum Drogennotfallverhalten von Opiat-konsumentInnen auf offenen Drogenszenetreffpunkten Berlins**

**Astrid Leicht, Anand Pant, Kerstin Dettmer, Michael Aerts**

1.	Einleitung	2
2.	Drogennotfall-Befragung 2001	3
2.1	Fragebogen	3
2.2	Datenzugang	4
2.3	Ergebnisse der Befragung	4
2.3.1	Die Stichprobe: Alter, Geschlecht und Erhebungsorte	5
2.3.2	Konsumdauer der Befragten	8
2.3.3	Drogennotfallerfahrungen der Untersuchungsteilnehmer	11
2.3.3.1	Häufigkeit selbst erlebter Drogennotfälle	12
2.3.3.2	Häufigkeit der Erfahrung mit Notfällen Dritter	13
2.3.4	Verhalten der Drogengebraucher beim Notfall	14
2.3.4.1	Von den Drogengebrauchern favorisierte Rettungsmaßnahmen	16
2.3.4.2	Erfahrung und Interesse an Erste-Hilfe-Kursen	20
2.3.4.3	Interesse an aktiver Naloxon-Anwendung	22
2.3.4.4	Reaktionstypen bei Drogennotfällen anderer Konsumenten	23
2.3.5	Eigene Drogennotfälle	24
2.3.5.1	Zukünftiges Risiko eines Drogennotfalls	27
2.4	Zusammenfassung	29
3	Schlußfolgerungen aus der Befragung	30
3.1	Konsequenzen für die Praxis	30
3.2	Konsequenzen für die Forschung	31

## 1. Einleitung

Die Prävention von Drogennot- und –todesfällen ist ein Thema, mit dem sich das Projekt Mobilix des gemeinnützigen Vereins Fixpunkt e. V.<sup>1</sup> seit vielen Jahren intensiv beschäftigt.

Seit 1998 führt Mobilix ein Modellprojekt zur Drogennot- und –todesfallprävention durch. Dieses beinhaltet u. a. die Durchführung von Erste-Hilfe-Kursen auf offenen Szenetreffpunkten, in Einrichtungen der Drogenhilfe und im Strafvollzug und die Vergabe des Opiatantagonisten Naloxon an Opiatkonsumenten, die an einem Erste-Hilfe-Kurs teilgenommen haben.<sup>2</sup>

Bereits 1994/1995 und erneut 1998/1999 führte Mobilix Befragungen zum Verhalten im Drogennotfall durch, um praxisrelevante Informationen über Problembewältigungsstrategien und Handlungskompetenzen von DrogenkonsumentInnen bei Drogennotfällen zu erhalten. In der Befragung 1994/1995<sup>3</sup> sollte es darum gehen, Erfahrungen, Einstellungen und Verhalten von DrogengebraucherInnen bezogen auf Notfälle und die Einschätzung erreichbarer Hilfen zu erheben. Darüber hinaus ist für das Verhalten in Drogennotfällen auch das Setting beim Spritzen von Bedeutung, das heißt, ob DrogengebraucherInnen allein, in Gruppen oder mit Partnern konsumieren.

Die zweite Erhebung 1998<sup>4</sup> sollte Anhaltspunkte dazu erbringen, wie Drogengebraucher Drogennotfälle erinnern. Die Untersuchungsteilnehmer äußerten sich unter anderem dazu, ob sie bereits Zeuge einer Überdosierung bei einer anderen Person waren oder ob sie selbst schon einmal einen Notfall erlitten haben. Da Drogennot- oder gar -todesfälle nicht selten ein einschneidendes Erlebnis sind, könnte dies - so unsere Überlegung - ein motivationaler Hintergrund der Einbindung in das damals gerade begonnene Modellprojekt Drogennot- und –todesfallprävention/Naloxonvergabe sein.

---

<sup>1</sup> Konzepte und Sachberichte der Arbeit und Projekte des Vereins über [www.fixpunkt.org](http://www.fixpunkt.org)

<sup>2</sup> Fixpunkt e. V. (2001): Sachbericht 2000. Projekt Drogennot- und –todesfallprophylaxe durch Stärkung der Selbsthilfe einschließlich der Vergabe von Naloxon an Drogenabhängige“, Berlin (unveröffentlicht), siehe auch [www.fixpunkt.org](http://www.fixpunkt.org), Sachbericht 2001 ist in Kürze über die Website erhältlich.

<sup>3</sup> Blauth, J., E. Holthaus, J. Korporal, A. Leicht, E. Schulte, L. Reill und M. de Ridder (1995): Das Gesundheitsmobil. Implementierung eines AIDS-präventiven Gesundheitservice‘ für SpritzdrogengebraucherInnen. Berlin (Unveröffentlichter Abschlußbericht)

<sup>4</sup> Aerts et al. (2001): Ereignisspezifische Prävention von Drogennot- und -todesfällen durch dezentrale gesundheitlich-soziale Versorgung und Stärkung der Selbsthilfe, Berlin (unveröffentlichter Schlussbericht zum Modellprojektvorhaben)

Erfragt wurde in der Erhebung weiter das potentielle Notfallverhalten der Drogengebraucher einschließlich ihrer Hilfbereitschaft und der von ihnen bevorzugten Rettungsmöglichkeiten sowie ihre Einstellung zum Einsatz von Naloxon und ihre Bereitschaft, an Erste-Hilfe-Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen.<sup>5</sup> Zusätzlich erfaßte biographische Daten wie Alter und Geschlecht dienten der Stichprobenbeschreibung und der Subgruppenanalyse.

Die Erhebung, bei der 1998/99 165 Untersuchungsteilnehmer erreicht werden konnten, war in die mobile Szenearbeit von Mobilix/Fixpunkt eingebunden<sup>6</sup>.

## 2. Drogennotfallbefragung 2001

### 2.1 Fragebogen

Der Fragebogen dieser Befragungsaktion basierte auf dem Fragebogen der 1998/1999-Befragung. Es wurde zusätzlich erstmalig differenziert zwischen Konsumbeginn und dem Beginn des Spritzens von Opiaten. Diese Differenzierung ist deshalb interessant, weil der Beginn des intravenösen Konsums ein Indiz dafür ist, dass eine neue Phase des Drogenkonsums beginnt. Viele Konsumenten beginnen mit dem gesundheitlich hoch riskanten und „handwerklich“ anspruchsvollen Spritzen dann, wenn der finanzielle Bedarf für die Droge so hoch ist, dass die Substanzmenge effizient verwendet werden muß – meist dann, wenn eine Abhängigkeit manifest geworden ist. Außerdem wurde nach aktueller Substitutionsbehandlung gefragt. Aus der praktischen Arbeit vor Ort wissen wir, dass ein großer Teil derjenigen, die sich an offenen Szenetreffpunkten aufhalten, mit Methadon ärztlich substituiert werden. Diese Substituierten haben zum nicht unerheblichen Teil intravenösen Beikonsum und/oder sind weiterhin mit aktiven KonsumentInnen im engen Kontakt. Desweiteren wollten wir Auskünfte über den letzten erinnerbaren, selbst erlittenen Notfall haben und neben dem Setting, anderen Anwesenden und Gründen für die Überdosierung unter anderem wissen, ob die Befragten bereits persönliche Erfahrungen mit der Wirkung des Antidots Naloxon gemacht hatten. Zuletzt erba-

---

<sup>5</sup> Die letztgenannten Fragen gehen über den Erhebungsbogen, der 1994 zum Einsatz kam, hinaus.

<sup>6</sup> Die Befragung wurde zwischen November 1998 und März 1999 an den Standorten der Fixpunkt-Mobile auf den drei offenen Szenen ‚Kottbusser Tor‘, ‚Kurfürstenstraße‘ und ‚Bahnhof Zoologischer Garten‘ durchgeführt. Zusätzlich konnten im Fixpunkt-Kontaktladen ‚Druckausgleich‘ und in der mit Mobilix/Fixpunkt eng kooperierenden Drogenberatung ‚Misfit‘ (Verein für Suchtprävention) weitere Teilnehmer der Studie gewonnen werden.

ten wir eine Einschätzung des persönlichen Risikos, eine Drogen-Überdosis zu erleiden.<sup>7</sup>

## 2.2 Datenzugang

Die Befragung, bei der im Frühjahr 2001 insgesamt 137 Untersuchungsteilnehmer erreicht werden konnten, wurde im Rahmen der Vor-Ort-Arbeit von Mobilix an vier Mobil-Standorten und gleichzeitig Treffpunkten von Drogenabhängigen durchgeführt, und zwar in der Jebensstrasse am Bahnhof Zoo, am Kottbusser Tor, in der Kurfürstenstrasse und in der Turmstraße.

An den Fixpunkt-Mobilen an den genannten Orten wurden die zum Spritzentausch, zur Wundversorgung, zur Beratung oder aus anderen Gründen anwesenden Drogengebraucher angesprochen, ob sie bereit seien, an der Untersuchung teilzunehmen. Die Befragung erfolgte mittels des bereits vorgestellten kurzen, weitgehend standardisierten Fragebogens durch acht Interviewer, die Mitarbeiter von Mobilix sind. Die Beantwortung eines Fragebogens dauerte fünf bis zehn Minuten.

## 2.3 Ergebnisse der Befragung

Der Überblick über Ergebnisse der Gesamtstichprobe wird anhand einiger charakteristischer biographischer Merkmale der Untersuchungsteilnehmer und zusätzlich hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Befragungskollektiven an den verschiedenen Befragungsorten gegeben. Es folgen Auswertungen zu Angaben, welche die Betroffenen bezüglich ihrer Erfahrungen mit selbst erlittenen oder beobachteten Drogenotfällen, ihrer Hilfbereitschaft im Drogenotfall und zu den von ihnen praktizierten und bevorzugten Rettungsmaßnahmen machten. Wir fragten nach eigenen Erfahrungen mit der Wirkung von Naloxon und baten um eine persönliche Risikoeinschätzung hinsichtlich einer eigenen Opiatüberdosierung. Schließlich geht es um die Motivation der Be-

---

<sup>7</sup> Die Szenebefragung erlaubte nur eine beschränkte Fragenzahl. Ein Musterbeispiel für die ausführliche Erhebung von individuellen Erfahrungen und Risiken von Opiat-Überdosen ist der 26-seitige „Heroin Overdose Questionnaire“ des National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 1996. Auswertung in: McGregor, C. et al. (1999): It's rarely just the 'h': addressing overdose among South Australian heroin users through a process of intersectoral collaboration, DASC Monograph No. 2, Research Series, ISBN 0-7308-0283-3, Australia.

fragten, ihre Erste-Hilfe-Fähigkeiten in spezifischen Kursen zu entwickeln und für sich zu klären, ob sie Naloxon an Notfallopfer verabreichen würden.

### 2.3.1 Die Stichprobe: Alter, Geschlecht und Erhebungsorte

Die Untersuchungsteilnehmer werden nach Geschlecht, Alter und Konsumdauer dargestellt. Hinsichtlich dieser drei Merkmale unterscheiden sich die befragten Kollektive nach den Befragungsorten. Die Resultate werden - wenn möglich - mit den Ergebnissen der Befragung von 1998/99 und 1995/1996 verglichen.<sup>8</sup>

Wie zu erwarten, überwiegen Männer im Untersuchungskollektiv an fast allen Standorten. Lediglich an der Kurfürstenstraße wurden mehr Frauen als Männer befragt. Für die Gesamtstichprobe liegt das Zahlenverhältnis mit 99 Männern (72,3 %) zu 38 Frauen (27,7 %) etwas unter den Schätzzgrenzen, die für die Population der Drogenkonsumenten angenommen wird: zwischen drei zu eins und drei zu zwei. Der hohe Anteil von Frauen auf der Kurfürstenstraße ist durch weibliche Beschaffungsprostituierte bedingt, die in unmittelbarer Nachbarschaft des Mobil-Standorts tätig sind. Deutlich unterrepräsentiert erscheinen Frauen dagegen an den anderen Standorten, wo die Relation zwischen vier bzw. acht Männern zu einer Frau beträgt. (Tab. 1).

Orte	gesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kottbusser Tor	51	37,2	38	38,4	13	34,2
Bahnhof Zoo	29	21,2	24	24,2	5	13,2
Kurfürstenstraße	26	19,0	10	10,1	16	42,1
Turmstraße	31	22,6	27	27,3	4	10,5
gesamt	137	100,0	99	100,0	38	100,0

*Tabelle 1: Befragte nach dem Geschlecht und den Orten der Befragung*

Diese Relationen entsprechen in etwa denjenigen der Vorbefragungen in 1994/1995 und 1998/1999.

Der geringe Frauenanteil am Kottbusser Tor, an der Turmstraße und am Bahnhof Zoo bei allen Befragungen ist möglicherweise mit der mangelnden Attraktivität oder sozialen Funktion dieser Treffpunkte für Frauen zu erklären. Während die Szene Kurfürstenstraße durch Prostitution geprägt wird, wird an den anderen Treffpunkten verstärkt und zum Teil exzessiv Alkohol oder Kokain im öffentlichen Raum konsumiert. Eine Folge übermäßigen Alkohokonsums ist das erhöhte Gewaltpotential, das sich in Pöbeleien und

<sup>8</sup> Aerts et al. (2001): ... a. a. O.

Schlägereien manifestiert. Der öffentliche Drogen- und Alkoholkonsum und aggressive Stimmungen werden vermutlich von Frauen möglichst vermieden.

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe fällt mit 31,6 Jahren im Vergleich zu den Vorbefragungen 1998/1999 (29 Jahre) und 1994/95 (29,5 Jahre) höher aus. Dies gilt insbesondere für die Männer (2001: 33 Jahre, 1998/99: 30,4 Jahre; 1994/95: 30,7 Jahre), während der Unterschied bei den Frauen etwas geringer ist: 2001: 28 Jahre, 1998/99: 26,4 Jahre und 1994/95: 28,0 Jahre.

Die Besetzungen der Altersklassen von Männern nehmen mit steigendem Lebensalter zu, bei Frauen sind - ebenfalls wie zu erwarten - die beiden jüngeren Klassen höher besetzt. Fast die Hälfte der Frauen ist nicht älter als fünfundzwanzig Jahre. Die Besetzung der Alterskategorien steigt zunächst leicht und bei den letzten Altersklassen, nämlich denen „31 – 35 Jahre“ und „älter als 36 Jahre“ stark an (Tab. 2).

Alter in Jahren	gesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bis 20	17	12,4	9	9,1	8	21,1
21-25	18	13,1	9	9,1	9	23,7
26-30	21	15,3	15	15,2	6	15,8
31-35	31	22,6	23	23,2	8	21,1
über 36	50	36,5	43	43,4	7	18,4
gesamt	137	100,0	99	100,0	38	100,1

*Tabelle 2: Befragte der Gesamtstichprobe nach Alterskategorien und Geschlecht*

Die vier Befragungsorte unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Anteile von Männern und Frauen, sondern auch hinsichtlich der Altersstruktur der Befragten (Tab. 3). Die im Durchschnitt ältesten Untersuchungsteilnehmer der Befragungsorte interviewten wir am Kottbusser Tor, sowohl Männer (33,0 Jahre), als auch Frauen (31,8 Jahre), die durchschnittlich jüngsten Männer (25,7 Jahre) und Frauen (18,8 Jahre) stammen von der Szene am Bahnhof Zoo.

Ort	gesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	Durchschnitt	Anzahl	Durchschnitt	Anzahl	Durchschnitt
Kottbusser Tor	51	33,3	38	34,4	13	30,0
Bahnhof Zoo	29	27,9	24	28,8	5	23,4
Kurfürstenstraße	26	30,9	10	36,1	16	27,5
Turmstraße	31	33,2	27	34,3	4	25,8
Gesamt	137	31,7	99	33,2	38	27,7

*Tabelle 3: Altersverteilung bei Männern und Frauen an den Befragungsorten*

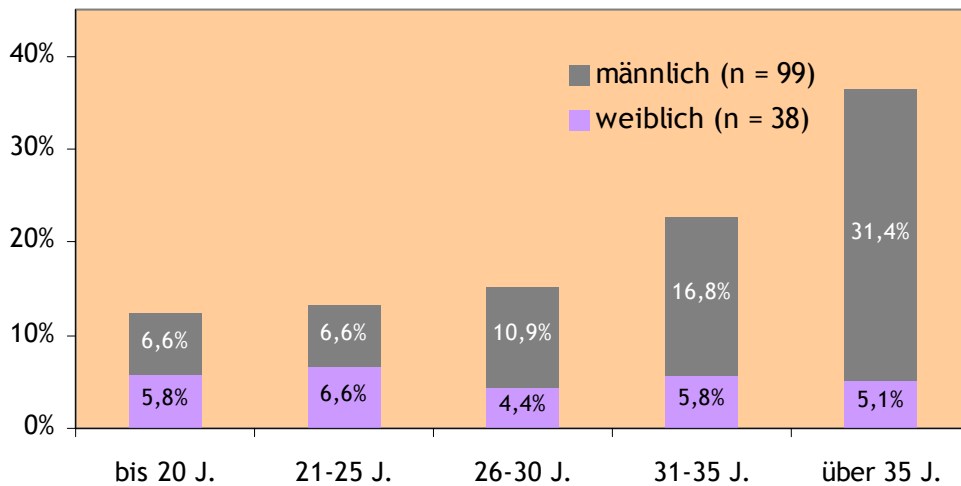


Abbildung 1 Altersgruppen nach Geschlecht (N=137)

Es wurden lediglich zwei minderjährige Interviewpartner (ein Mädchen am Bahnhof Zoo und ein Junge am Kottbusser Tor) angetroffen – im Gegensatz zur Befragung 1998/1999, als allein am Zoo neun Jugendliche unter 18 Jahre an der Befragung teilnahmen.

Im Vergleich zu den vorangegangenen Untersuchungen ist das Durchschnitts-Alter generell höher, am Kottbusser Tor allerdings geringer (plus 0,6 Jahre), als an der Kurfürstenstrasse (plus 2,4 Jahre) oder gar am Bahnhof Zoo (plus 3,6 Jahre). Für den Befragungsort Turmstraße liegen keine Vergleichszahlen vor. Das Durchschnittsalter an der Turmstraße liegt auf gleichem Niveau wie am Kottbusser Tor mit 33,2 Jahren.

Die Rangfolge der Orte hinsichtlich des durchschnittlichen Alters blieb im Vergleich zu den Vorbefragungen stets erhalten. 2000/2001: Kottbusser Tor: 33,3 Jahre (1998/99: 32,7 Jahre, 1995/1996: 29,7 Jahre), gefolgt von den Teilnehmern an der Kurfürstenstrasse: 30,9 Jahre (1998/1999: 28,5 Jahre, 1995/1996: 27,3 Jahre), schließlich die jüngsten Drogenkonsumenten am Bahnhof Zoo mit 27,9 Jahren (1998/1999: 24,3 Jahre, 1995/1996: 27,9 Jahre).

Der Vergleich des 2001-Durchschnittsalters mit den Ergebnissen der vorherigen Befragungen spiegelt Veränderungen an den Szenestandorten wider: Seit mehreren Jahren beobachten wir eine Verkleinerung und gleichzeitig „Alterung“ der offenen Drogenszene-Treffpunkte. Besonders bemerkbar gemacht hat sich dies am Bahnhof Zoo und zum Teil auch an der Kurfürstenstrasse, wo die Zahl jugendlicher Drogengebraucher deutlich zurückgegangen ist, nachdem in den Jahren 1998/1999 eine große Zahl von Jugendlichen in die „Aussteiger-Szenezusammenhänge“ (Trebejugendliche, Obdachlose, Stri-



cher, Drogenszene) rund um den Bahnhof Zoo eingestiegen war. Diese Jugendlichen begannen gleichzeitig häufig mit riskantem Drogenkonsum. Nicht zuletzt führen Interventionen von Polizei und Jugendhilfe seit 1999/2000 wieder zu einem Rückgang jugendlicher Konsumenten am Zoo.

### 2.3.2 Konsumdauer der Befragten

Ein vielleicht für das Naloxonvergabe-Projekt relevanter Hintergrundfaktor für Einstellungen und Verhaltensweisen der Drogengebraucher ist die Dauer ihres Drogenkonsums. Viele Überzeugungen und Handlungstendenzen basieren auf den jahrelangen Erfahrungen mit Drogengebrauch und Sucht. Erstmals in der 2001-Befragung wurde der Beginn des Konsums spritzbarer Opioide und der Einstieg in den intravenösen Konsum differenziert erfragt. Ebenso wurden Angaben zu einer etwaigen Substitution erbeten.

Tabelle 4 vermittelt einen Überblick über zusammengefasste Konsumdauern bei Frauen und Männern.

Für die Gesamtstichprobe ergibt sich ein eindeutiger Schwerpunkt auf der letzten Kategorie der Konsumdauer von mehr als 10 Jahren. Die Einsteiger-Kategorie „bis 2 Jahre“ ist mit 5,8% sehr gering besetzt. Hier gab es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Dies unterscheidet sich deutlich von den Ergebnissen der Befragung 1998/1999, als ein Schwerpunkt auf den beiden ersten Kategorien mit kürzerer und mittlerer Konsumdauer zu erkennen war. Mehr Drogenkonsumenten verteilten sich damals auf den Zeitraum von vier Monaten bis sechs Jahren, als auf Konsumdauern von sechs bis 28 Jahren, also einen annähernd viermal so großen Zeitabschnitt. Die „Einsteiger“-Kategorie „bis 2 Jahre“ war 1998/1999 bei Männern relativ weniger stark besetzt als die übrigen Altersklassen. Sie besetzten 2001 zu einem doppelt so hohen Anteil die „über 10 Jahre“-Kategorie wie in der Befragung 1998/1999. Aber ein Drittel der Frauen gehörte bei der vorangegangenen Befragung tendenziell zu den „Einsteigerinnen“ mit einer Konsumdauer von bis zu zwei Jahren, ein weiteres Drittel konsumierte seit drei bis sechs Jahren, das restliche verteilte sich auf die Altersklassen mit langer und sehr langer Konsumdauer (mehr als sechs bis 27 Jahre). Bei der 2001-Befragung sind bei den Frauen die Neueinsteigerinnen fast „verschwunden“. Fast zwei Drittel der Frauen konsumieren länger als sechs Jahre – ein umgekehrtes Verhältnis wie bei der letzten Befragung, als zwei Drittel maximal sechs Jahre konsumiert hatten.

Konsumdauer	gesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bis 2 Jahre	8	5,8	6	6,1	2	5,3
>2-6 Jahre	26	19	13	13,1	13	34,2
>6-10 Jahre	33	24,1	24	24,2	9	23,7
über 10 Jahre	70	51,1	56	56,6	14	36,8
gesamt	137	100,0	9999	100,0	38	100,0

Tabelle 4: Konsumdauer in der Gesamtstichprobe nach Geschlecht

Sowohl für die Gesamtstichprobe, als auch für Männer und Frauen weisen die Prozentangaben hinsichtlich der Konsumdauerkategorien eine große Abweichung zu den Ergebnissen von 1998/99 und 1995/1996 auf. In der Konsumdauer-Kategorie „2-6 Jahre“ waren 2001 Frauen überproportional vertreten, während Frauen in geringem Maße die Konsumdauer-Kategorie „über 10 Jahre“ besetzten. Die folgende Tabelle (5) bietet einen Überblick über die durchschnittliche Konsumdauer an den Befragungsorten.

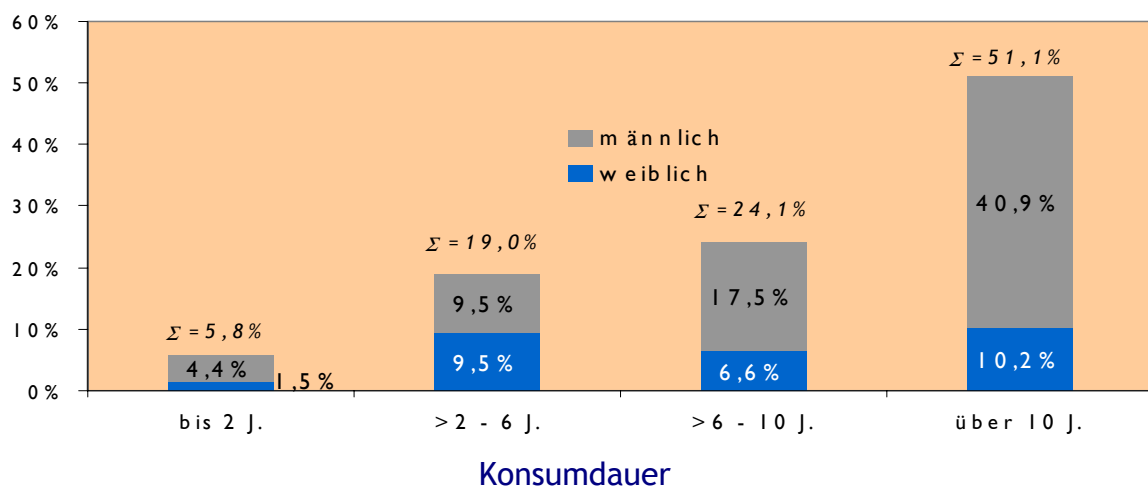


Abbildung 2 Konsumdauer nach Geschlecht

Orte	gesamt		Männer		Frauen	
	Anzahl	Konsumdauer (Jahre)	Anzahl	Konsumdauer (Jahre)	Anzahl	Konsumdauer (Jahre)
Kottbusser Tor	51	13,2	38	14	13	10,6
Bahnhof Zoo	29	10,0	24	10,5	5	7,4
Kurfürstenstraße	26	11,3	10	15,8	16	8,5
Turmstraße	31	12,8	27	12,9	4	11,8
gesamt	137	12,0	99	13,1	38	9,4

Tabelle 5: Durchschnittliche Konsumdauer an den Befragungsorten

Die Streubreite der durchschnittlichen Konsumdauer bei den Befragungsorten ist relativ gering. Dies ist anders als in der Befragung 1998/1999, als die durchschnittliche Konsumdauer mit gut zehn Jahren am Kottbusser Tor nahezu doppelt so hoch war wie an den Befragungsorten Zoo und Kurfürstenstrasse. Die Durchschnittskonsumdauer ist bei Männern mit 13,1 Jahren (1998/1999: 10,4 Jahre) deutlich höher als in der vorangegangenen Befragung. Interessanterweise unterscheidet sich bei den Frauen die durchschnittliche Konsumdauer mit 9,4 Jahren kaum von der vorangegangenen Befragung und liegt sogar knapp darunter (1998/1999: 9,6 Jahre). Sowohl die Männer (13,1 Jahre), als auch die Frauen (9,4 Jahre) sind also überwiegend zu den Langzeitkonsumenten zu rechnen. Die Angaben zur Konsumdauer belegen im Kontext der entsprechenden Ergebnisse zum Alter der Abhängigen, dass die Kottbusser-Tor-Szene und die Turmstraßen-Szene von den sogenannten ‚Altjunkies‘ geprägt wird, während an der Kurfürstenstraße und am Bahnhof Zoo die Konsumdauer- und Altersstrukturen heterogener erscheinen, mit jeweils ausgeprägterem Anteil junger Drogenkonsumenten.

Seit Jahren ist das durchschnittliche Alter beim Einstieg in den Opiatkonsum (Alter minus Abhängigkeitsdauer) konstant geblieben. Interessanterweise blieben auch die Unterschiede zwischen den jeweiligen Befragungsorten bei der dritten Befragung ebenfalls weitgehend erhalten. Es beträgt am Kottbusser Tor 21,7 Jahre (1998/1999: 22,5 Jahre, 1994/95: 21 Jahre), in der Kurfürstenstraße 22,2 Jahre (1998/1999: 21,3 Jahre, 1994/95: 21,5 Jahre). und am Bahnhof Zoo 19,5 Jahre (1998/1999: 19,1 Jahre, 1994/95: 19,5 Jahre).

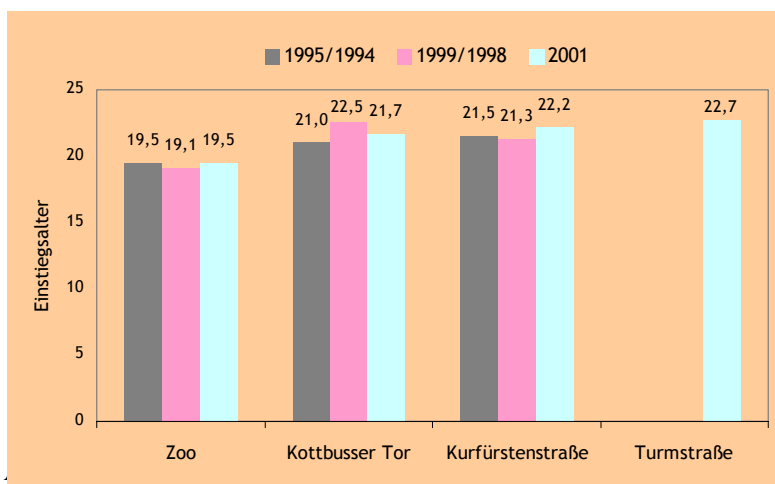


Abbildung 3 Durchschnittliches Einstiegsalter nach Standorten im Befragungsvergleich

Die Zeitspanne zwischen dem Beginn des Drogenkonsums und den Umstieg auf die intravenöse Gebrauchsform beträgt im Durchschnitt zwei Jahre. Frauen steigen früher

auf i.v. Konsum um, nämlich nach 1,4 Jahren, während bei Männern im Durchschnitt nach 2,2 Jahren ein Wechsel zum Spritzkonsum erfolgt. Die i.v. Konsumdauer beträgt insgesamt demnach 10,1 Jahre. Bei den Frauen beläuft sich die i.v. Konsumdauer auf 8,1 Jahre, bei den Männern auf 10,9 Jahre.

83 Personen, dies entspricht 60,6% der Befragten, sind ärztlich substituiert. Der höchste Anteil Substituierter wurde am Kottbusser Tor angetroffen (40 Personen, 78,4%), der niedrigste Anteil am Zoo (12 Personen, 41,4%). An der Kurfürstenstrasse waren es 13 Personen (50%), an der Turmstraße 18 Personen (60%). Es gab keinen wesentlichen Unterschied zum Anteil substituierter Befragter zwischen Männern (60,2%) und Frauen (63,2%). Unter den langjährigen intravenös Konsumierenden war der Anteil Substituierter mit 79,6% erwartungsgemäß am höchsten. Überraschenderweise waren 7 Befragte mit einer i. v. Konsumdauer von unter 2 Jahren substituiert. Dies entspricht einem Anteil von 36,8% aller Befragten mit Konsumdauer unter zwei Jahren. Fünf der Substituierten mit maximal zweijähriger intravenöser Konsumpraxis wurden am Kottbusser Tor befragt, jeweils ein Substituierter wurde am Zoo bzw. an der Kurfürstenstrasse angetroffen. Der überdurchschnittlich hohe Anteil Substituierter am Kottbusser Tor erklärt sich aus der durchschnittlich längsten Konsumdauer der Befragten an diesem Ort: 74,5% der Befragten konsumieren seit mehr als sechs Jahren intravenös Drogen. Am Zoo, wo die wenigsten ärztlich Substituierten angetroffen wurden, lag der Anteil der Befragten mit mindestens sechsjähriger intravenöser Konsumpraxis bei 44,8 %.

### 2.3.3 Drogennotfallerfahrungen der Untersuchungsteilnehmer

Fast jeder Drogengebraucher unseres Befragungskollektivs ist mit lebensgefährlichen Drogennotfällen bei sich selbst oder anderen Personen konfrontiert worden. Nur 8,9 Prozent der Befragten sind sozusagen „Drogennotfall-naiv“.<sup>9</sup>

Die Mehrheit der Befragten (60%) hat eigene Notfälle erlebt und war bei Notfällen anderer anwesend. Ein Viertel der Befragten (26,7%) bezeugte Notfallerfahrung ohne eigene Notfälle, 4,4% gaben nur eigene Notfallerfahrung an. 8,9% hatten weder eigene noch bezeugte Drogennotfall-Erfahrung.

---

<sup>9</sup> Der ‚Drogennotfall‘ wird den Interviewten folgendermaßen beschrieben: „Die betreffende Person ist weg, zeigt keine Reaktion, auch nicht auf Schmerzreize (Kneifen), keine Bewegung, Röcheln, Blaufärbung“.

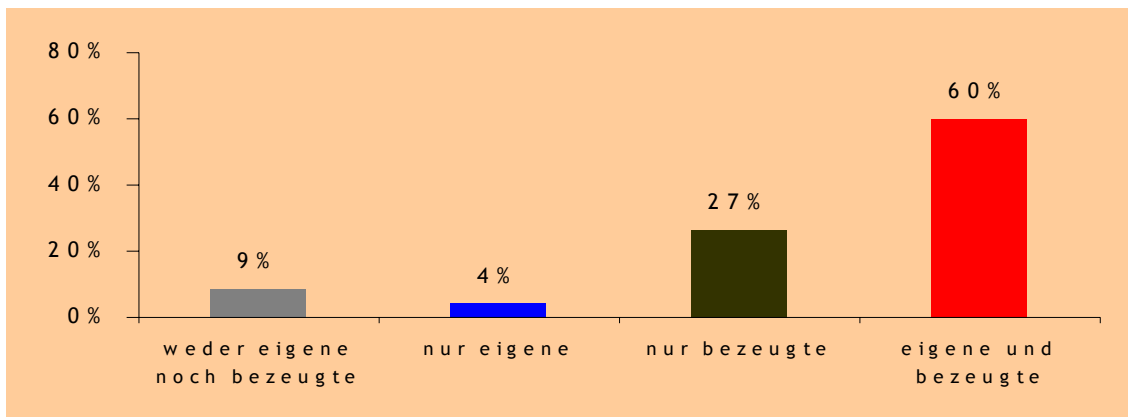


Abbildung 4 Erfahrung von eigenen und bei anderen miterlebten (bezeugten) Drogennotfällen (N=135)

Das Erleben von eigenen oder fremden Drogennotfällen steht im Zusammenhang mit der Konsumdauer. Allerdings ist bereits bei den befragten Neueinsteigern (Konsumdauer bis zu 2 Jahren) ein großer Teil der Befragten notfallerfahren.

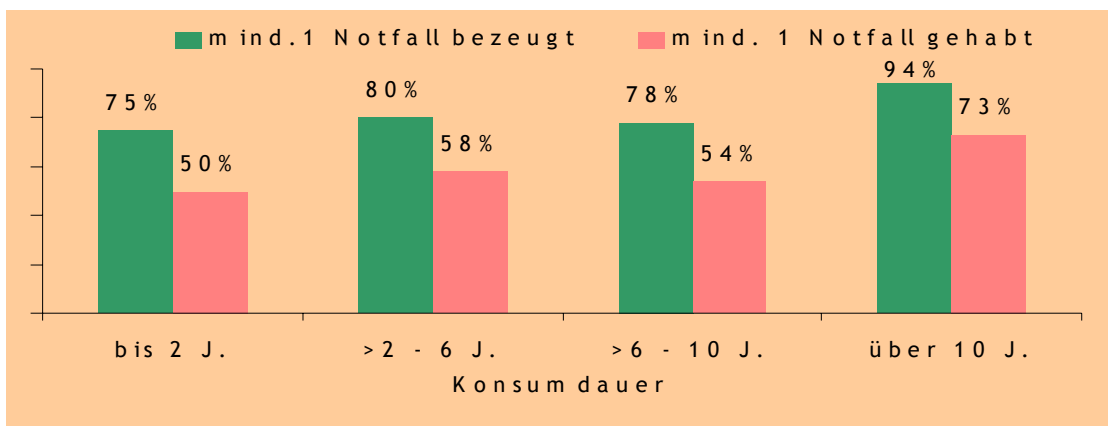


Abbildung 5 Bezeugte und eigene Drogennotfälle nach Konsumdauer (N=135 bzw. N=137)

### 2.3.3.1 Häufigkeit selbsterlebter Drogennotfälle

Diese Frage wurde 1998/99 zum ersten Mal gestellt.

Notfallhäufigkeit	gesamt		Männer		Frauen	
	n	%	n	%	n	%
nie	49	35,8	35	35,4	14	36,8
1 mal	23	16,8	17	17,2	6	15,8
2-5 mal	51	37,2	39	39,4	12	31,6
6-10 mal	6	4,4	2	2	4	10,5
> 10 mal	8	5,8	6	6,1	2	5,3
gesamt	137	100,0	99	100,0	38	100,0

Tabelle 6: Häufigkeit von eigenen Notfällen bei Männern und Frauen

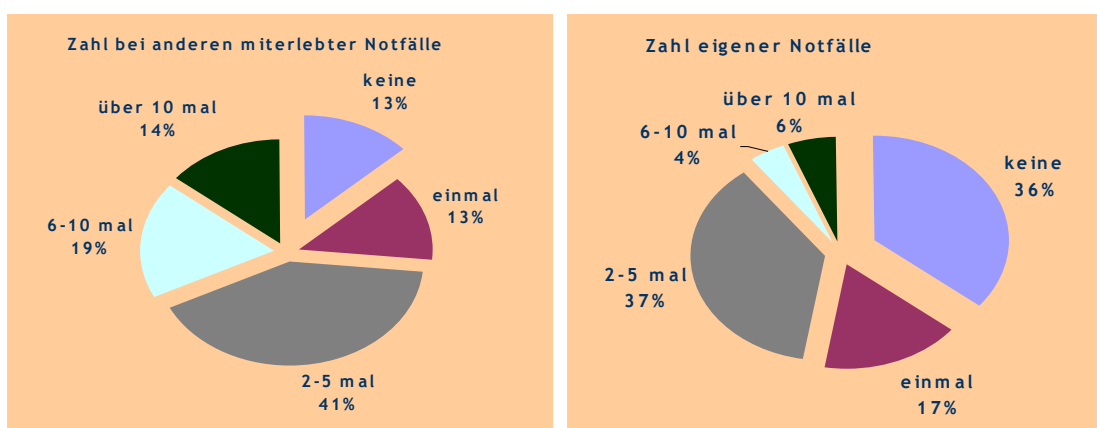


Abbildung 6 Erfahrungen mit Drogennotfällen (N=137)

Tabelle 6 weist aus, dass zwei von drei befragten Drogengebrauchern (64,2%) mindestens einmal einen Drogennotfall überstanden haben. Dieser Wert liegt über dem Ergebnis der 1998/1999-Befragung, wo lediglich 52,1% Notfall-Erfahrung angaben. Zwischen Männern und Frauen gab es keine wesentlichen Unterschiede.

Bereits in der Anfangszeit des Drogenkonsums ist das Risiko offensichtlich hoch, eine Überdosierung zu erleben: 50 % der Befragten mit bis zu zwei Jahren und 42,3 % mit drei bis sechs Jahren Konsumdauer haben mindestens einen Notfall selbst erlitten. Ansonsten sind es eher Drogenkonsumenten mit längerer Konsumerfahrung, die selbst von einem Notfall betroffen waren. In der Kategorie der sieben bis zehn Jahre Abhängigen findet sich der höchste Anteil (78,1 %) derjenigen, die notfallerfahren sind, 72,9% waren es bei Betroffenen mit mehr als zehn Jahre Konsumerfahrung.

### 2.3.3.2 Häufigkeit der Erfahrung mit Notfällen Dritter

Um einen Eindruck davon zu bekommen, wie oft Drogenabhängige Zeugen eines Drogennotfalls und damit zu potentiellen Helfern werden, haben wir sie nach bisher miterlebten Notfällen anderer Personen befragt. Drogennotfälle sind offenbar nahezu alltäglich im Leben der Drogenkonsumenten. Beim 2001 befragten Kollektiv war die Notfall-Erfahrung deutlich höher als bei der vorausgegangenen Befragung: Nur noch jeder Achte der befragten Drogenkonsumenten hat noch *keinen* Notfall einer anderen Person miterlebt (Tab.7, Abb. 6). 1998/1999 gab immerhin noch ein Viertel der Befragten an, keine Erfahrung mit Notfällen bei anderen Menschen zu haben.

Fast drei Viertel der Befragten (74 %) dagegen waren mehrmals, 14 % sogar mehr als zehnmal, zugegen, wenn andere Drogenkonsumenten aufgrund einer Überdosierung möglicherweise in Lebensgefahr waren.<sup>10</sup>

Bei anderen miterlebte Drogennotfälle	gesamt		Männer		Frauen	
	n	%	n	%	n	%
nie	18	13,3	10	10,3	8	21,1
1 mal	18	13,3	15	15,5	3	7,9
2-5 mal	55	40,7	38	39,2	17	44,7
6-10 mal	25	18,5	20	20,6	5	13,2
> 10 mal	19	14,1	14	14,4	5	13,2
gesamt	135	100,0	99	100,0	38	100,0

*Tabelle 7: Anwesenheit der Befragten bei Drogennotfällen Dritter*

Die einschneidende Erfahrung, Zeuge einer Überdosierung zu werden, war bei den Befragten aller Konsumdauer-Klassen hoch. Sie stieg von 75% bei den Konsumenten mit maximal zwei Jahren Konsumdauer auf 94,3% bei den Befragten mit mehr als zehnjähriger Konsumerfahrung.

Konsumdauer	mindestens 1 Notfall bezeugt		mindestens 1 Notfall gehabt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
< 2 Jahre	6	75	4	50
> 2 – 6 Jahre	20	80	15	57,7
> 6 – 10 Jahre	25	78,1	18	54,5
> 10 Jahre	66	94,3	51	72,9

*Tabelle 8: Notfallererfahrung nach Konsumdauer*

#### 2.3.4 Verhalten der Drogengebraucher beim Drogennotfall

Entscheidend für das Überleben eines Drogennotfalls kann die Angemessenheit und Fachlichkeit der Laienhilfe einschließlich der rechtzeitigen Einschaltung professioneller Rettungsdienste sein. Drogenkonsumenten mit Notfallererfahrung wurden befragt, wie sie sich im Drogennotfall verhalten. Wie die notfallererfahrenen Drogenkonsumenten wurden auch diejenigen Betroffenen, die bisher noch nicht Zeuge eines Notfalls waren, zu ihrem potentiellen Verhalten, also ihren Absichten zur Notfallhilfe gefragt. Dabei werden zu-

<sup>10</sup> Zum Vergleich: 86 Prozent von 329 Befragten einer australischen Studie berichteten davon, bei anderen Notfällen zugegen gewesen zu sein. Darke, Ross & Hall (1996): Overdose among heroin users in Sydney, Australia: 1. Prevalence and correlates of non-fatal overdose. *Addiction*, 9 (3), 405-411. Andere Studien berichten von Notfall-Erlebnissen bei anderen Konsumenten zwischen 48 und 74 % (vgl. Hargreaves, K. S. Lenton (2001): *Naloxone Feasibility Study*, a. a. O., S. 11)

nächst Antworten kategorisiert, die sich auf eine generelle Einstellung zur Hilfe beziehen, nämlich entweder *selber* zu helfen, andere zur Mithilfe zu bewegen oder die *Feuerwehr* per Notruf zu kontaktieren (Abb. 7).

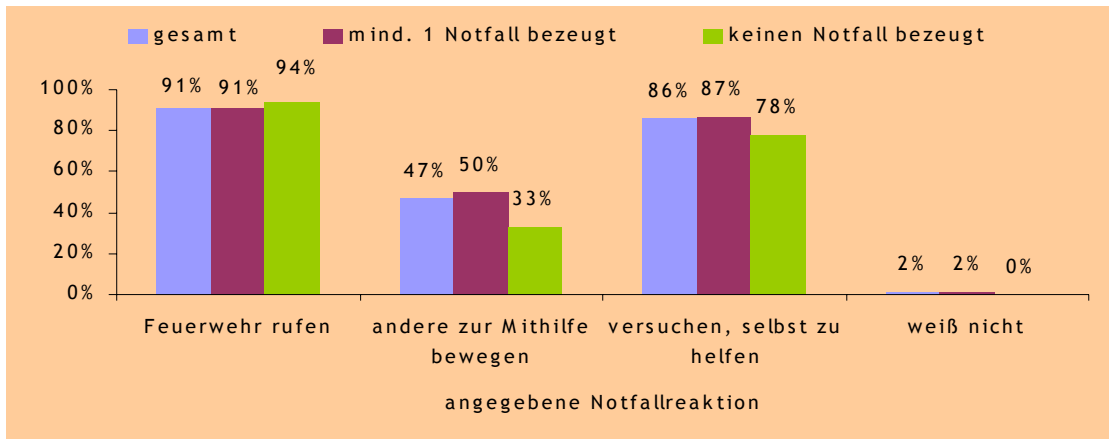


Abbildung 7 Angegebene Reaktionen bei Drogennotfällen Dritter (N=135)

Die drei Reaktionsweisen wurden in folgenden Kombinationen genannt:

Nicht einmal zehn Prozent der Drogenabhängigen lassen es dabei bewenden, ausschließlich den Notarzt beziehungsweise die Feuerwehr zu alarmieren. Mehr als die Hälfte der Betroffenen gab an, sowohl die Feuerwehr zu rufen als auch selbst helfend einzugreifen. Noch nicht einmal zehn Prozent würden ausschließlich selbst helfen. Dies war bei der vorangegangenen Befragung noch ganz anders, als knapp vierzig Prozent angaben, ausschließlich selbst helfen zu wollen.

Reaktion im Drogennotfall	gesamt		Notfallzeuge ja		Notfallzeuge nein	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Feuerwehr rufen, andere zur Hilfe auffordern, selbst helfen	53	38	49	41,9	4	22,2
Feuerwehr rufen, selbst helfen	52	38	42	35,9	9	50,0
Feuerwehr rufen, andere zur Hilfe auffordern	10	7	7	6,0	2	11,1
nur Feuerwehr rufen	10	7	8	6,8	2	11,1
Andere zur Hilfe auffordern, selbst helfen	2	1	2	1,7	4	22,2
Nur selbst helfen	10	7	9	7,7	1	5,6
<i>Gesamt</i>	<i>137</i>	<i>100</i>	<i>117</i>	<i>100</i>	<i>18</i>	<i>100</i>

Tabelle 9: Potentielles Verhalten im Drogennotfall bei allen Befragten (N=137). Häufigkeit der Antwortkombinationen

Zwischen der Gruppe der befragten Konsumenten, die bereits Zeuge eines Notfalls waren und denjenigen, die noch nie bei einem Notfall zugegen waren, gab es hinsichtlich



der formulierten Reaktionen Unterschiede, die aber aufgrund der geringen B-erfragenzahlen in den Untergruppen nicht interpretierbar sind.

#### 2.3.4.1 Von den Drogengebern favorisierte Rettungsmaßnahmen

Alle Untersuchungsteilnehmer wurden nach der Hilfeerfahrung oder der Absicht gefragt, auf welche Art und Weise sie im Drogennotfall helfen würden. Zielsetzung war, möglichst erschöpfend zu erfassen, welche Maßnahmen und Formen der Hilfe ergriffen wurden oder gewählt würden. Dabei spielt natürlich eine große Rolle, welche Verhaltensweisen in Szenekreisen als angemessene Hilfemaßnahmen im Drogennotfall gelten.<sup>11</sup> Tabelle 10 gibt die Antworten der Drogengebern mit Erfahrung mit Notfällen aus allen drei Befragungen wieder.

Hilfemaßnahmen der Notfallfahrer	2001 (n=117)		1998/99 (n=124)		1994/95 (N=127)	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Herzdruckmassage	64	54,7	11	8,9	Kategorie nicht vorh.	
Atemspende	62	53,0	38	30,7	30	23,6
stabile Seitenlage	39	33,3	30	24,2	34	26,8
Kreislauf und Atmung überwachen	38	32,5	33	26,6	38	29,9
Ohrfeigen/Schmerzreiz	35	29,9	34	27,4	25	19,7
kaltes Wasser oder Eis	30	25,6	37	29,8	18	14,2
bewegen	28	23,9	51	41,1	52	40,9
Kochsalz spritzen	27	23,1	32	25,8	76	59,8
Naloxon-Injektion	25	21,4				
reden, wach halten			6	4,8		
dabei bleiben, beobachten			5	,0		
Beine hochlegen			4	3,2		
sonstiges	20	17,1	11	8,9	27	21,3
Gesamtnennungen der Maßnahmen (Mehrfachnennungen)	368		292		300	

Tabelle 10: Rangliste von Hilfemaßnahmen Notfallfahrer für den Drogennotfall

Die meistgenannten Antworten der Notfallfahrer waren die Herzdruckmassage und die Atemspende. Jeder zweite Notfallfahrer nannte diese Maßnahmen. Jeder Dritte würde die stabile Seitenlage anwenden, Kreislauf und Atmung überwachen und Schmerzreize zur Prüfung der Bewusstseinslage einsetzen. Etwa jeder Vierte bzw. Fünfte gab an, kaltes Wasser zu benutzen, die überdosierte Person zu bewegen, Kochsalz zu spritzen oder Naloxon zu injizieren.

Im Vergleich zu den Vorbefragungen haben die Herzdruckmassage und die Atemspende deutlich an Bedeutung gewonnen. Die stabile Seitenlage und die Herz-Kreislauf-

<sup>11</sup> In die folgenden Tabellen gehen nur die Antworten ein, die von mindestens drei Befragten genannt wurden. Um die Übersichtlichkeit zu wahren, werden die übrigen, hier nicht detailliert aufgeführten Maßnahmen, unter ‚sonstiges‘ zusammengefaßt.

Überwachung wurden etwas häufiger genannt. Alle anderen „klassisch“ bekannten Hilfsstrategien wurden nahezu unverändert häufig angegeben.

Zum ersten Mal erwähnt wurde die Naloxon-Injektion. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da bei den Vorbefragungen eine Naloxon-Verabreichung durch andere, anwesende Konsumenten gar nicht als Option zur Verfügung stand. Zum Zeitpunkt der 2001-Befragung wurde Naloxon seit einigen Wochen an Drogengebraucher ausgegeben.

Mit Ausnahme des ‚Kochsalz Spritzens‘ (23 %) <sup>12</sup> sind alle häufiger genannten Verhaltensoptionen im Drogennotfall unter Umständen sinnvoll einzusetzen. Die Legende von der positiven Wirkung einer Kochsalzinjektion im Falle einer Drogenüberdosis <sup>13</sup> hält sich mittlerweile seit Jahrzehnten, offenbar auf der ganzen Welt <sup>14</sup>, unter Drogengebrauchern. Immerhin war zwischen 1995/1996 und 1998/1999 eine deutliche Verringerung der Antworthäufigkeit von fast 60 Prozent auf ca. 25 Prozent zu konstatieren. Die Wiederholung dieses Ergebnisses bei der 2001-Befragung deutet auf die offensichtlich tiefe Überzeugung innerhalb einer Teilpopulation von Drogengebrauchern hin.

Auch die notfallunerfahrenen Personen wurden befragt, welche Maßnahmen sie in einer Notfallsituation einsetzen würden. Notfallunerfahrenen Befragten steht ein geringeres Handlungsrepertoire zur Verfügung. Notfallunerfahrene Drogenkonsumenten nannten im Durchschnitt 3,3 potentielle Hilfemaßnahmen (davon 2,1 selbsthelfende Strategien) und damit durchschnittlich 1,2 Hilfemaßnahmen weniger (bzw. 1 selbsthelfende Maßnahme weniger) als erfahrene Konsumenten. Im Vergleich zur Befragung 1998/99 zeigt sich, dass das Hilferpertoire bei der aktuellen Befragung höher ist. 1998/99 hatten notfallunerfahrene Befragte 1,6 potentielle Hilfemaßnahmen im Drogennotfall genannt. Dies waren 0,8 Maßnahmen weniger als bei erfahrenen Konsumenten (Tab. 11).

Zahl genannter Hilfemaßnahmen	Gesamt			Notfallverfahren			Notfallunerfahren		
	Min	Max	Mittel	Min	Max	Mittel	Min	Max	Mittel
Insgesamt genannte Hilfemaßnahmen	1	9	4,4	1	9	4,5	2	5	3,3
selbst geleistete Hilfemaßnahmen	0	7	3,0	0	7	3,1	2	5	3,3

*Tabelle 11: Zahl genannter Hilfemaßnahmen bei Notfallverfahren und -unerfahrenen*

<sup>12</sup> Unter „sonstiges“ genannt wurden jeweils einmal noch die kontraproduktiven Maßnahmen „zum Erbrechen bringen“, „Heroin/Methadon bei Kokainüberdosis spritzen“.

<sup>13</sup> Wirksam ist an der Injektion einer Kochsalzlösung höchstens der Schmerzreiz durch die hochkonzentrierte Salzlösung. Sie löst ein brennendes Gefühl aus. Über den Mechanismus eines wirksamen Schmerzreizes löst Kneifen oder leichtes Ohrfeigen Reaktionen aus, die einen Bewußtlosen wecken können.

<sup>14</sup> Vgl. zum Beispiel Hargreaves, K., S. Lenton (2001): The Naloxone Feasibility Study, National Drug Research Institute, Curtin University of Technology, Australia, S. 13

Favorisierte Maßnahmen derjenigen ohne Erfahrung bei Notfällen anderer sind wie in der Befragung 1998/1999 die stabile Seitenlage, die Atemspende und die Überwachung von Kreislauf und Atmung. Jeder Dritte würde diese Maßnahmen einsetzen. Ca. jeder Fünfte würde Schmerzreize setzen und kaltes Wasser benutzen. Die Kochsalz-Injektion und die Naloxon-Verabreichung wurden mit jeweils 17 Prozent der notfall-unerfahrenen Befragten im geringeren Maße als von den Notfall-Erfahrenen genannt. Das „Bewegen“ hat im Vergleich zur Vorbefragung an Bedeutung verloren. Nur 6 Prozent nannten diese Maßnahme. Ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu den Vor-Befragungen war bei den Nennungen „Herzdruckmassage“ (von 7,3 auf 28 Prozent) und „kaltes Wasser“ (von 4,9 auf 17 Prozent) zu verzeichnen.

Hilfemaßnahmen der Unerfahrenen	2001 (N=18)		1998/99 (N=41)		1994/95 (N=38)	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
stabile Seitenlage	5	27,8	12	29,3	8	21,1
Atemspende	6	33,3	12	29,3	6	15,8
Kreislauf und Atmung überwachen	6	33,3	9	22,0	9	23,7
Herzdruckmassage	5	27,8	3	7,3	0	0,0
Ohrfeigen, Schmerzreiz	4	22,2	4	9,8	7	18,4
Kochsalz spritzen	3	16,7	5	12,2	13	34,2
kaltes Wasser	3	16,7	2	4,9	3	7,9
Bewegen	3	16,7	7	17,1	0	0,0
Naloxon-Vergabe	1	5,6	0	0,0	9	23,7
sonstiges	1	5,6	10	24,4	9	23,7
Gesamtnennungen 1998/99 (Mehrfachnenn.)	37		64		64	

Tabelle 12: Rangliste der Hilfemaßnahmen der Unerfahrenen für den Drogennotfall

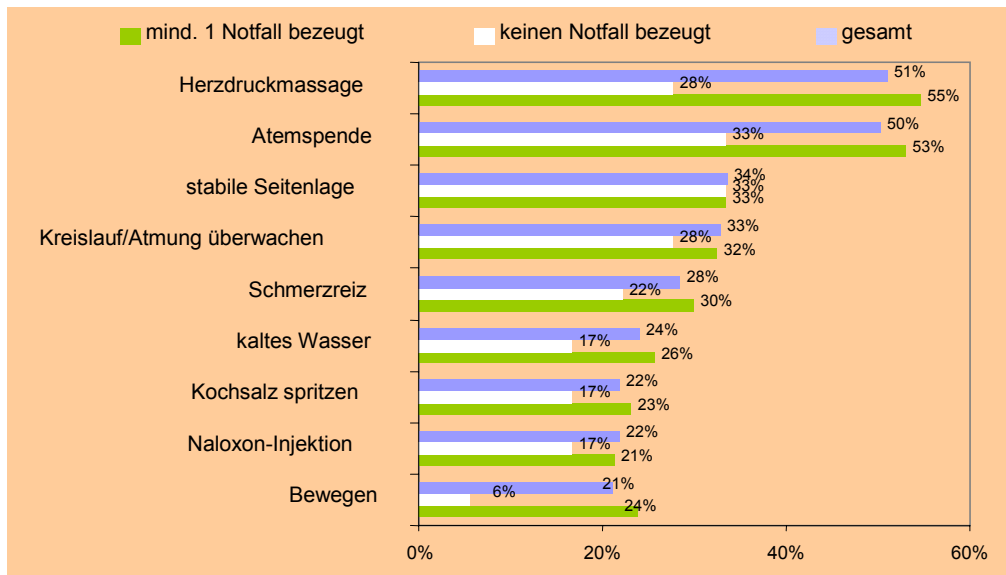


Abbildung 8 Angaben zur eigenen Reaktion bei Drogennotfällen Dritter

Aufgrund der vorliegenden Daten läßt sich vermuten, dass die notfallunerfahrenen Drogenkonsumenten in einer Notfallsituation über andere und insgesamt weniger Verhaltensmöglichkeiten verfügen als die erfahrenen.

Andererseits ist ein umfangreicheres Verhaltensrepertoire nicht in jedem Fall mit größerer Effektivität im Drogennotfall gleichzusetzen. So wollen prozentual doppelt so viele notfallerfahrene wie unerfahrene Untersuchungsteilnehmer potentiellen Notfallopfern Kochsalz spritzen.<sup>15</sup> Eine Maßnahme, die in einer tatsächlichen Gefahrensituation schon alleine deshalb sinnlos und auch riskant ist, da sie wertvolle Zeit kostet. Vorbehaltlich der beschränkten Aussagefähigkeit aufgrund des kleinen Kollektivs von 30 Personen, die Kochsalz-Einsatz als Hilfsmaßnahme angaben, zeigte sich, dass an den Befragungsorten Turmstraße und Zoo die Kochsalz-Injektion am häufigsten als sinnvolle Handlungsweise im Drogennotfall angesehen wurde und am ehesten unter Konsumenten mit mehr als zehnjähriger Konsumerfahrung – mit Ausnahme des Standortes Turmstraße, wo in allen Konsumdauer-Klassen das Kochsalz eine gleiche Rolle spielte. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass die Gewohnheiten langjähriger Konsumenten schwerer zu beeinflussen ist. Da die Fixpunkt-Mobile erst seit Anfang des Jahres 1999 den Standort Turmstraße anfahren und im Gegensatz zu den anderen Befragungsorten vor der Befragung keine themenzentrierten Aufklärungsaktionen zum Drogennotfall durchgeführt worden waren, könnte dies eine Erklärung dafür sein, dass das „Kochsalz-Märchen“ sich an diesem Standort noch überdurchschnittlich gut halten konnte.

Hinsichtlich des Vergleichs mit der Befragung von 1994/95 läßt sich jedoch festhalten, dass die Überzeugung, der Einsatz von Kochsalz im Drogennotfall sei hilfreich, unter den Drogengebrauchern mittlerweile weniger häufig vertreten wird. Diese Vermutung ist dadurch gestützt, dass andere sinnvolle Verhaltensoptionen der Befragten zum Teil häufiger oder wenigstens gleich häufig genannt wurden.

Möglicherweise haben die von Fixpunkt herausgegebenen Broschüren und Aufklärungsmaterialien zum Drogennotfall, die Vielzahl von Gesprächen, die mit dem Ziel einer Einstellungs- und Verhaltensänderung geführt wurden und die verstärkte Aufklärungsarbeit von Mobilix zu Beginn des Drogennotfall-Modellprojekts einen Beitrag zur Bewußtseinsänderung geleistet.

---

<sup>15</sup> Dieses Ergebnis stellten wir bereits in der Befragung 1995/96 fest, wenn auch noch auf höherem Niveau: 59,8% der Notfallerfahrenen wollten 1995/96 Kochsalz spritzen, während es „nur“ 34,2% der Notfallunerfahrenen waren. 1998 nannten 25,8% der Notfallerfahrenen und 12,2% der Unerfahrenen Kochsalz als Methode.

### 2.3.4.2 Erfahrungen und Interesse an Erste-Hilfe-Kursen

Die befragten Drogenkonsumenten haben umfangreiche Erfahrungen mit selbsterlittenen oder Notfällen anderer Betroffener. Infolgedessen und wahrscheinlich auch aufgrund von Mund-zu-Mund-Propaganda stehen ihnen offenbar etliche angemessene Rettungsstrategien zur Verfügung. Es ist aber unklar, ob diese sinnvoll eingesetzt werden und ob Situationen oder Risiken richtig interpretiert werden.<sup>16</sup> Andererseits sind bei ihnen nicht nur Kenntnisse über erfolgversprechende Maßnahmen verbreitet, sondern auch über unwirksame oder gar schädliche Strategien. Es ist anzunehmen, dass notfall-unerfahrene und -erfahrene Betroffene von einer Fortbildung zur Ersten Hilfe in jedem Fall profitieren.

Zunächst wurde erfragt, ob der Befragte in den letzten zwei Jahren vor der Befragung einen Erste-Hilfe-Trainingskurs gemacht hatte. 41 Personen, das sind 29,9% des untersuchten Kollektivs, hatten einen Erste-Hilfe-Kurs gemacht. Die meisten, nämlich 29 Befragte hatten an einem Kurs bei einer Fixpunkt-Ärztin im Mobil bzw. in einer Substitutionsschwerpunktpraxis teilgenommen.

Erste-Hilfe Kurs absolviert?		
	n	%
Fixpunkt-Mobil	27	65,9
Substitutionspraxis	2	4,9
Führerschein-Vorbereitung	3	7,3
Arbeitsplatz	1	2,4
sonstiges	8	19,5
Gesamt	41	100

*Tabelle 13: Erste-Hilfe-Kurs gemacht*

Alle Untersuchungsteilnehmer wurden befragt, ob sie Interesse an einem zukünftigen Erste-Hilfe-Kurs hätten (Tab. 14).

Interesse an Erste-Hilfe-Kurs?	Gesamt		Männer		Frauen	
	n	%	n	%	n	%
ja	77	56,6	52	53,1	25	65,8
nein	39	28,7	32	32,7	7	18,4
weiß nicht	20	14,7	14	14,3	6	15,8
gesamt	136	100	99	100,0	38	100,0

*Tabelle 14: Interesse an Erste-Hilfe-Kursen*

Mehr als die Hälfte, nämlich 56,6% der Befragten, bekundete Interesse an der Beteiligung an einem Erste-Hilfe-Kurs. Das erfragte Interesse an einem Erste-Hilfe-Kurs liegt

<sup>16</sup> Zweifel sind gegeben, da nicht wenige Drogengebraucher in Anwesenheit anderer versterben. Vgl. Heckmann, W. et al. (1993), a. a. O., S. 73

im Vergleich zur Vorjahresbefragung etwas niedriger. 1998/1999 hatten immerhin 69,9% der Befragten das Interesse an einer Kurs-Teilnahme bekundet.

Das Interesse an einem Erste-Hilfe-Kurs korreliert mit der persönlichen Erfahrung, Zeuge bei einem Notfall gewesen zu sein (60,3% gegenüber 38,9% bei den Unerfahrenen) bzw. mit der Konsumdauer. Von den Neueinsteigern gaben nur 25% ein Interesse am Erste-Hilfe-Kurs an, während es in den anderen Konsum-Kategorien zwischen 53,8% und 69,7% waren. Frauen sind in einem etwas höheren Maße als Männer an einem Kurs interessiert (Frauen: 65,8%, Männer: 53,1%).

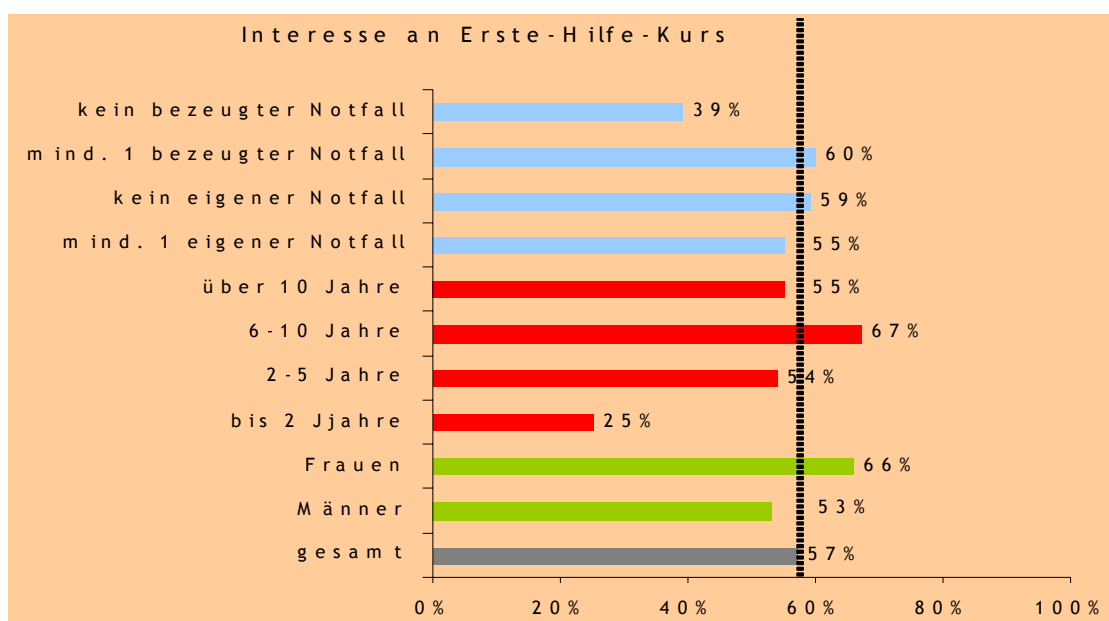


Abbildung 9 Interesse an zukünftigen Erste-Hilfe-Kursen in diversen Subgruppen (N=137)

Die Bereitschaft, einen Erste-Hilfe-Kurs zu machen, war bei den Befragten, die in den letzten zwei Jahren schon einmal einen Kurs gemacht hatten, erheblich höher.

Interesse an Erste-Hilfe-Kurs?	Gesamt		Kurs in den letzten zwei Jahren gemacht		keinen Kurs in den letzten zwei Jahren gemacht	
	n	%	n	%	n	%
ja	77	56,6	31	75,6	46	48,4
nein	39	28,7	7	17,1	32	33,7
weiß nicht	20	14,7	3	7,3	17	17,9
gesamt	137	100	41	100,0	96	100,0

Tabelle 15: Erste-Hilfe-Kurs gemacht

Auch wenn ‚soziale Erwünschtheit‘ bei der Beantwortung dieser Frage vielleicht eine Rolle gespielt haben mag, scheint das Interesse der Befragten an einer Fortbildung in der Drogennotfallhilfe (insgesamt: 56,6 %) mehr als ausreichend für ein Regelangebot

derartiger Veranstaltungen. Überlegungen zur Entwicklung und Umsetzung motivierender Maßnahmen zur Steigerung des Interesses an Erste-Hilfe-Kurse sind jedoch zwingend sinnvoll. Vor allem an Unentschlossene und Personen, die keine Erfahrungen mit Erste-Hilfe-Kursen in letzter Zeit hatten, sollten sich Überzeugungsmaßnahmen richten.

### 2.3.4.3 Interesse an aktiver Naloxon-Anwendung

Um Anhaltspunkte hinsichtlich der Akzeptanz des Gegenmittels ‚Naloxon‘ unter den Drogengebrauchern zu erhalten, wurden die Untersuchungsteilnehmer der Gesamtstichprobe gefragt, ob sie sich vorstellen können, bei einem Drogennotfall gegebenenfalls Naloxon zu spritzen (Tab. 16).

Würdest Du einem Notfallopfer Naloxon spritzen?	Gesamt	
	n	%
ja	116	84,7
nein	8	5,8
weiß nicht	13	9,5
gesamt	137	100

Tabelle 16: Motivation, selbständig Naloxon im Drogennotfall zu verabreichen

Das Interesse, bei einer Überdosierung eines anderen Naloxon als Gegenmittel einzusetzen, war viel größer als die Bereitschaft zum Erste-Hilfe-Kurs: 84,7% der Befragten könnten sich vorstellen, selbst einem Notfallopfer Naloxon zu spritzen (zum Vergleich: 56,6 Prozent der Befragten hatten Interesse an einem Erste-Hilfe-Kurs). Zwischen Männern und Frauen gab es keine Unterschiede hinsichtlich der Bereitschaft zum Naloxon-Einsatz. Bei der Befragung 1998/1999 waren es 78,2% der Gesamtstichprobe gewesen, die sich den Einsatz von Naloxon vorstellen konnten.

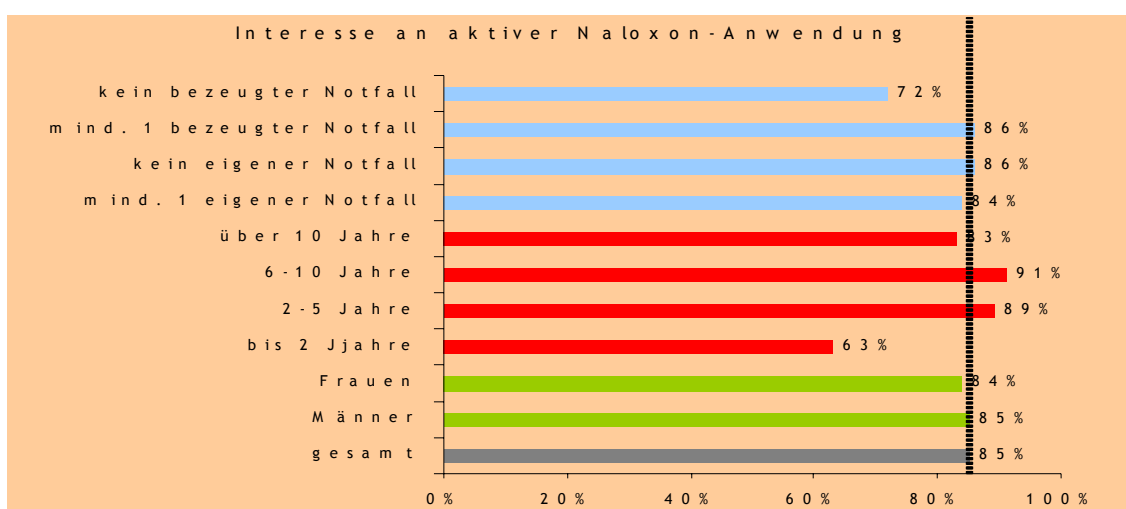


Abbildung 10 Interesse an aktiver Naloxon-Anwendung in diversen Subgruppen (N=137)

Die Erfahrung eines beobachteten bzw. miterlebten Notfalls führte offensichtlich zu einer höheren Bereitschaft zum Naloxon-Einsatz: 86,3% der Notfall-Erfahrenen gegenüber 72,2% der Unerfahrenen könnten sich vorstellen, Naloxon anzuwenden. Ebenso zeigte sich, dass bei einer Konsumdauer, die länger als zwei Jahre ist, die Bereitschaft höher liegt (zwischen 82,5% und 90,9%) als bei den Neueinsteigern (62,5%). Bei den Neueinsteigern ist der Anteil derjenigen, die sich unsicher sind, ob sie Naloxon einsetzen würden, mit 37,5% am höchsten.

#### 2.3.4.4 Reaktionstypen bei Drogennotfällen anderer Konsumenten

Mit Hilfe einer Clusteranalyse wurden drei Gruppen von „Helfer-Typen“ bestimmt, und zwar die „medizinischen Profis“, die „Laien“ und die „Kochsalzspritzer“.

Die Gruppe der „medizinische Profis“ zeichnet sich durch folgende Eigenschaften aus: Die Herzdruckmassage und die Atemspende ist die Standard-Hilfsmaßnahme. Nahezu jeder zweite benannte außerdem die Überwachung von Kreislauf und Atmung und die stabile Seitenlage als Maßnahme. Jeder Dritte nannte Naloxon-Verabreichung und lediglich jeder Achte würde Kochsalz spritzen. Schmerzreize ausüben würde nur jeder Zehnte.

Die sogenannten „Laien“ nannten zu 100 Prozent den Einsatz von kaltem Wasser als geeignete Hilfsmaßnahme. Jeder zweite würde Schmerzreize setzen, Atemspende gewähren, und Herzdruckmassage leisten, jeder dritte Herz- und Kreislauf überwachen. Jeder Vierte würde auf die stabile Seitenlage achten. Immerhin erscheint der Kochsalz-Einsatz ebenso nur jedem Achten als Hilfsmaßnahme geeignet. Naloxon würde nur jeder Zehnte einsetzen.

Die dritte Gruppe, charakterisiert als „Kochsalzspritzer“, zeichnet sich durch ein insgesamt geringes Handlungsspektrum mit einer Präferenz für Kochsalz-Einsatz aus: Fast jeder zweite würde Kochsalz benutzen. Aber immerhin auch jeder Fünfte nannte Naloxon als Antidot. Jeder Dritte nannte den Schmerzreiz und jeder Vierte das Bewegen sowie die stabile Seitenlage als Maßnahme. Nur jeder Sechste würde Kreislauf und Atmung überwachen. Lediglich jeder Zehnte hatte die Herzdruckmassage genannt und jeder Dreizehnte nannte die Atemspende, die bei Opiatüberdosen die häufigst notwendige Erste-Hilfe darstellt.



Hinsichtlich der Zahl genannter Hilfemaßnahmen ergab sich bei den Helfer-Typen kein schlüssiges Bild. Zwar nannten die „medizinischen Profis“ mehr Hilfemaßnahmen als die „Kochsalzspritzer“. Die „Laien“ hatten jedoch mehr Lösungsstrategien als die „Profis“ anzubieten:

Helfer-Typ	Zahl genannter Hilfemaßnahmen	
	insgesamt	selbst geleistete
Medizinische Profis	4,89	3,51
Laien	5,34	3,81
Kochsalzspritzer	3,29	1,98
<i>gesamt</i>	<i>4,39</i>	<i>3,00</i>

*Tabelle 17: Helfertypen nach Zahl geleisteter Hilfemaßnahmen*

Die drei Cluster-Gruppen unterschieden sich deutlich hinsichtlich der zurückliegenden Qualifizierung durch einen Erste-Hilfe-Kurs: Von den sogenannten medizinischen Profis haben zwei von dreien, nämlich 63,4 Prozent, einen Kurs in jüngerer Zeit absolviert, während es bei den Laien nur 9,8 Prozent waren. Allerdings hat auch ein nicht unerheblicher Teil der Kochsalzspritzer, nämlich 26,8 Prozent, einen Kurs gemacht.

Das Interesse an der Teilnahme an einem zukünftigen Kurs war bei den medizinischen Profis am höchsten: 69,8% würden den Kurs machen, bei den Kochsalzspritzern waren es 54,9%, bei den Laien lediglich 37,5%. Bei den Kochsalzspritzern und Laien gab es eine relativ große Gruppe von Unentschiedenen: 15,7% der Kochsalzspritzer und 28,1% der Laien wußten nicht, ob sie an einem Kurs teilnehmen würden.

Die oben vorgestellten Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, für die Teilnahme an Erste-Hilfe-Kursen zu werben, um insbesondere die Unentschlossenen und diejenigen ohne Erste-Hilfe-Kurs-Erfahrung zu motivieren. Wichtig ist dies vor allem vor dem Hintergrund, dass gerade die Befragten mit den geringeren Erste-Hilfe-Kompetenzen ein geringeres Interesse an einer Qualifizierung zeigten.

### 2.3.5 Eigene Drogennotfälle

Der selbst erlebte Drogennotfall ist für die meisten Drogengebraucher ein einschneidendes Erlebnis.

88 Befragte haben mindestens einmal einen Drogennotfall erlitten. Insgesamt 396 Notfälle wurden von 85 Notfallerfahrenen aus dem Befragtenkollektiv erinnert. 3 Befragte

machten keine Angaben zur Häufigkeit der erlittenen Drogennotfälle. 70 befragte Notfall-erfahrene haben sich über die Gründe für die Überdosierung geäußert: 15% aller 396 Notfälle wurden von diesen Befragten als Suizidversuche gewertet.

Die meisten, nämlich 82,4% der notfall-erfahrenen Befragten, haben niemals einen Suizidversuch unternommen. 3,5% der Befragten hatten Drogennotfälle nur im Zusammenhang mit einem Suizidversuch erlebt. 14,1 % des untersuchten Kollektivs hatten Notfälle sowohl unbeabsichtigt erlitten, als auch in Folge eines Suizidversuchs.

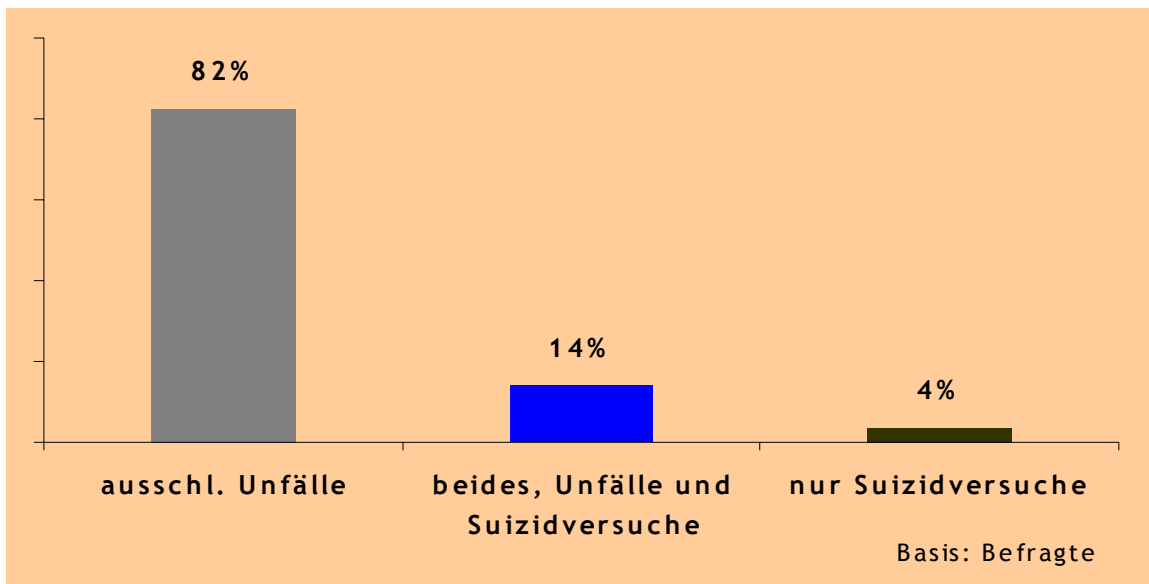


Abbildung 11 Zugeschriebene Gründe für eigene Drogennotfälle (N=85 Notfall-erfahrene)

17 Notfall-Erfahrene (N=70), das sind 24 Prozent, konnten sich erinnern, mindestens einmal Naloxon erhalten zu haben. In insgesamt 11 Prozent (38 von 360 erinnerten Notfällen) wurde nach eigenen Angaben Naloxon gespritzt. Dies zeigt, dass der Naloxon-Einsatz im Notfallgeschehen noch eine eher untergeordnete Rolle zu spielen scheint. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass Naloxon für Konsumenten erst seit Ende 1998 verfügbar ist. Zum anderen könnte dies ein Indiz dafür sein, dass der Notarzt nur in einer geringeren Zahl der Überdosen gerufen wurde. Leider wurde in unserer Befragung nicht nach der Häufigkeit der Notarzt-Präsenz bei den Überdosen gefragt.

Da eine detaillierte Erinnerung an alle erinnerte Notfälle weder möglich noch dokumentierbar erschien, beschränkten wir uns bei den weiteren Fragen auf das letzte Notfallereignis.

In einem Viertel der berichteten 88 zuletzt erlittenen Notfälle war die überdosierte Person allein (26,1%). Bei den restlichen drei Vierteln waren Freunde (39,8%), Bekannte

(15,9%) oder Partner (14,8%) anwesend. Meistens handelte es sich hier ebenfalls um Opiatkonsumenten.<sup>17</sup>

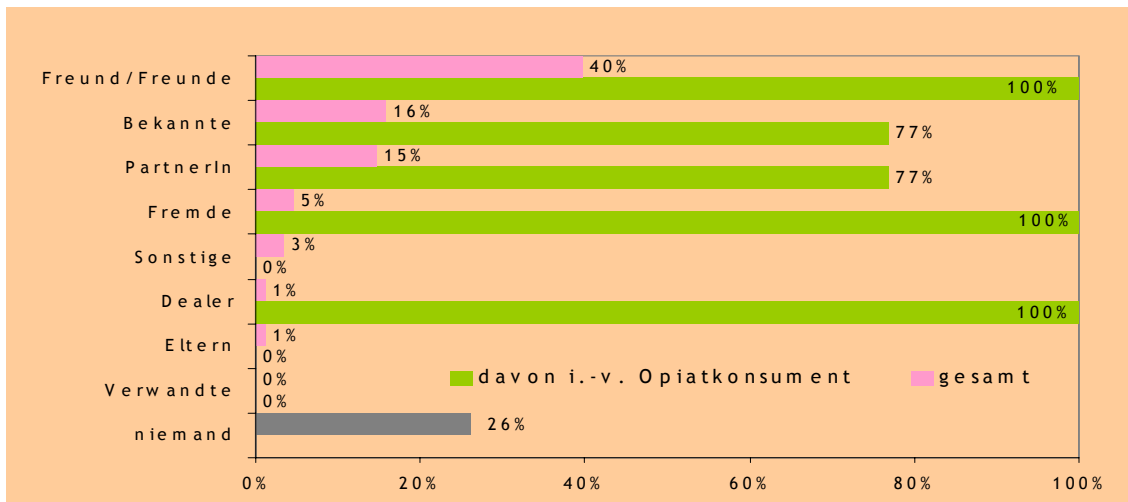


Abbildung 12 Anwesende Personen beim letzten Drogennotfall (N=88 Notfallerefarene)

Der letzte erinnerte Notfall ereignete sich in mehr als der Hälfte der Fälle in der eigenen Wohnung (37,5%) oder in der Wohnung von Freunden (15,9%). Ein gutes Viertel der Ereignisse fand auf einer öffentlichen Toilette (14,8%), im Park (10,2%), im Treppenhaus oder auf der Strasse (4,6%) statt.

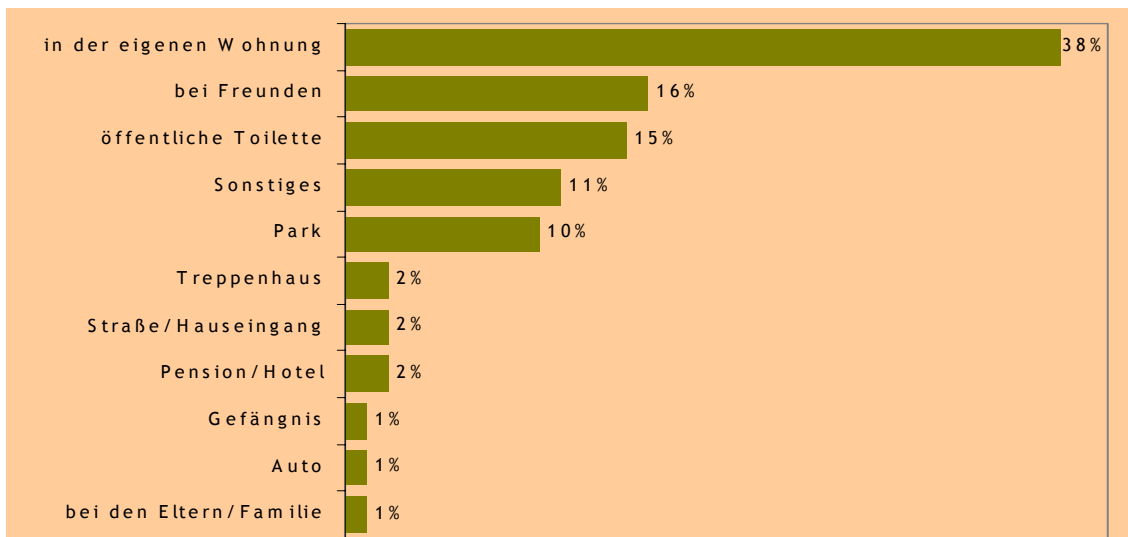


Abbildung 13 Ort des letzten Drogennotfalls (N=88 Notfallerefarene)

<sup>17</sup> Zum Vergleich: Zwei Drittel der Überdosen von 329 Befragten einer australischen Studie ereigneten sich im Privatbereich. In 85% der Fälle waren andere Personen präsent. Darke, Ross & Hall (1996): Overdose among heroin users in Sydney, Australia: 1. Prevalence and correlates of non-fatal overdose. *Addiction*, 9 (3), 405-411

12 Befragte (14%) haben beim letzten Notfall Naloxon verabreicht bekommen. 17 Personen (19%) wußten es nicht und 59 (67%) hatten kein Naloxon erhalten. Acht der 12 Befragten, die Naloxon erhalten hatten, haben dies vom Arzt injiziert bekommen, 3 Personen von einem anderen Drogenkonsumenten und eine Person wußte es nicht mehr. In zwei von zwölf Fällen wurden Entzugserscheinungen berichtet.

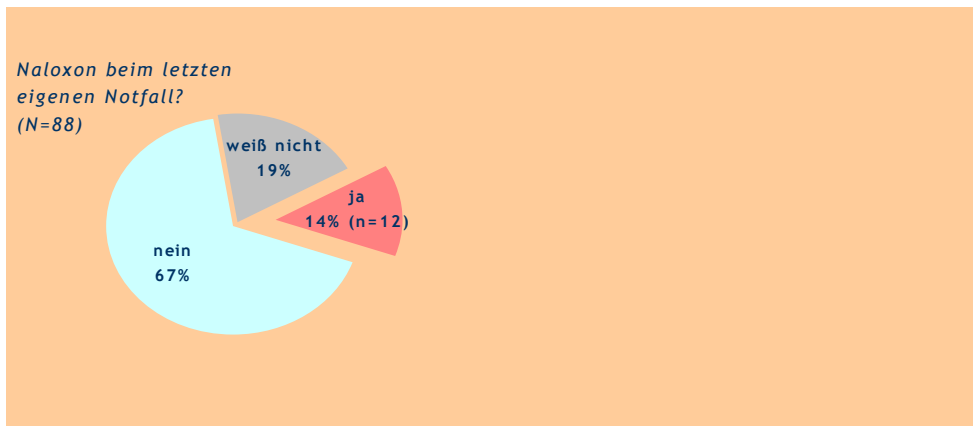


Abbildung 14 Naloxonerfahrung beim letzten Notfall (N=88 Notfallerfahrene)

### 2.3.5.1 Zukünftiges Risiko eines Drogennotfalls

Trotz der hohen Wahrscheinlichkeit, einen Drogennotfall zu erleiden und dem hohen Anteil an Notfall-Erfahrenen (sowohl selbst erlebte als auch beobachtete Notfälle), schätzen Drogengebraucher das Risiko für sich selbst oft als gering ein<sup>18</sup>.

Tatsächlich schätzten fast drei Viertel der Befragten in dieser Studie das persönliche Risiko, einen Drogennotfall zukünftig zu erleiden, als „unwahrscheinlich“ (27,3%) oder sogar „sehr unwahrscheinlich“ (44,1%) ein. Zwischen Frauen und Männern gab es bei den vier Kategorien „sehr wahrscheinlich“, „wahrscheinlich“, „unwahrscheinlich“ und „sehr unwahrscheinlich“ Unterschiede. Die Risikoeinschätzung insgesamt differiert jedoch nicht gravierend.

Befragte, die keinen eigenen Notfall erlebt hatten oder/und die noch keinen Notfall bezeugt hatten, schätzten ihr persönliches Risiko geringer ein als die Notfall-Erfahrenen. 33% der Personen mit eigener Notfall-Erfahrung und lediglich 20% der Befragten ohne eigene Notfall-Erfahrung sahen ein subjektives Risiko. Von denjenigen, die mindestens

<sup>18</sup> vgl. Hargreaves, K. S. Lenton (2001): Naloxone Feasibility Study, a. a. O., S. 12

einen Notfall bezeugt hatten, nahmen 31% ein persönliches Notfallrisiko wahr gegen über 17% derjenigen, die noch keinen Notfall bezeugt hatten.

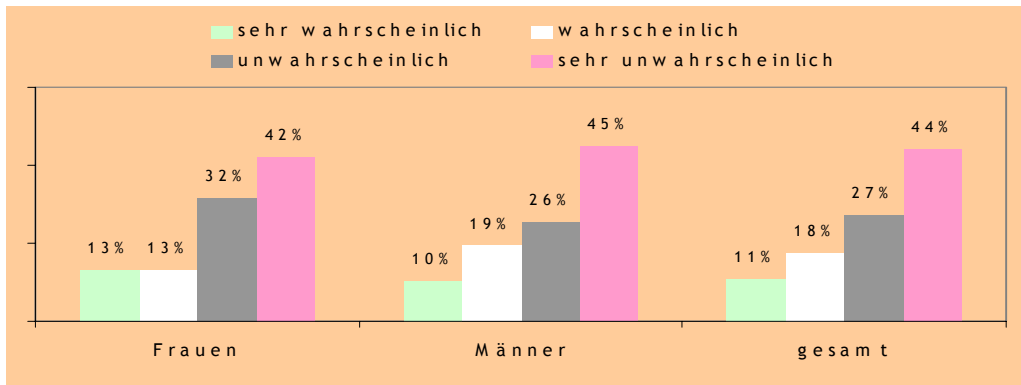


Abbildung 15 Subjektive Wahrscheinlichkeit eines eigenen z zukünftigen Drogennotfalls (N=136)

Deutliche Unterschiede zeigten sich im Vergleich der Gruppen, die substituiert bzw. nicht substituiert sind. Substituierte schätzen ihr Notfallrisiko erheblich geringer ein als Nicht-Substituierte.

Wahrscheinlichkeit eines zukünftigen Notfalls	Gesamt		Substituierte		Nicht-Substituierte	
	n	%	n	%	n	%
sehr wahrscheinlich	15	11,1	7	8,4	8	15,4
wahrscheinlich	24	17,8	10	12,0	14	26,9
unwahrscheinlich	36	26,7	21	25,3	15	28,8
sehr unwahrscheinlich	60	44,4	45	54,2	15	28,8
Gesamt	135	100,0	83	100,0	52	100,0

Tabelle 18 Subjektive Wahrscheinlichkeit eines zukünftigen Notfalls nach Substitutionsstatus

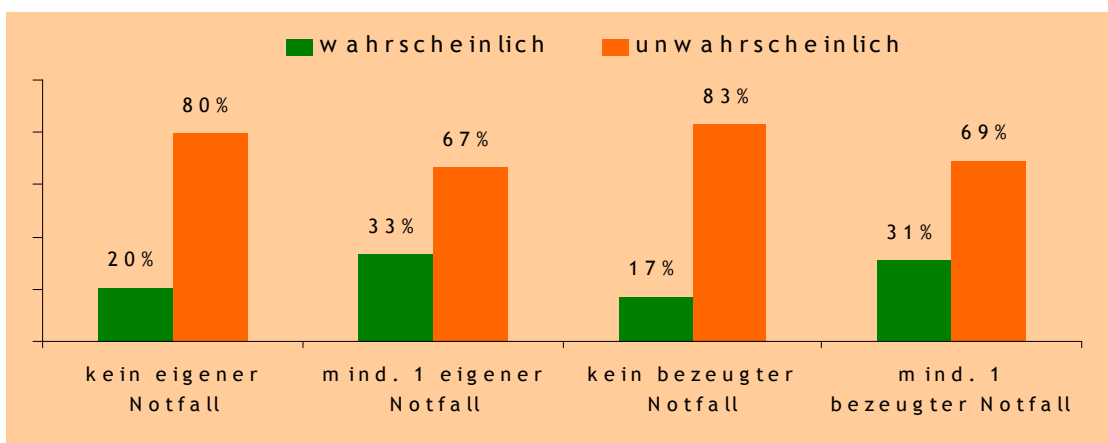


Abbildung 16 Subjektive Wahrscheinlichkeit eines zukünftigen Drogennotfalls in Abhängigkeit von Notfallerfahrungen (N=136)

Konsumdauer	mindestens 1 Notfall bezeugt		mindestens 1 Notfall gehabt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
< 2 Jahre	6	75	4	50
> 2 – 6 Jahre	20	80	15	57,7
> 6 – 10 Jahre	25	78,1	18	54,5
> 10 Jahre	66	94,3	51	72,9

Tabelle 19: Notfallerfahrung nach Konsumdauer

Bei einer Zusammenfassung in zwei Kategorien „eher wahrscheinlich“ (zusammengefaßt: „sehr wahrscheinlich“ und „wahrscheinlich“) und „eher unwahrscheinlich“ (zusammengefaßt: „unwahrscheinlich“, „sehr unwahrscheinlich“) zeigt, dass das Risiko hinsichtlich eines eigenen Drogennotfalls bei höherer Konsumdauer als geringer eingeschätzt wird.

Konsumdauer	eher wahrscheinlich		eher unwahrscheinlich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
< 2 Jahre	5	62,5	3	37,5
> 2 – 6 Jahre	10	38,5	16	61,5
> 6 – 10 Jahre	8	24,3	25	75,7
> 10 Jahre	16	23,1	53	76,9
gesamt	39		97	

Tabelle 20: Subjektive Wahrscheinlichkeit eines eigenen zukünftigen Drogennotfalls in Abhängigkeit von der Konsumdauer (N=136)

## 2.4 Zusammenfassung

Der Drogennotfall gehört für Abhängige offenbar zum Alltagsgeschehen. Noch nicht einmal jeder zehnte Befragte ist von einem Notfall-Erlebnis verschont geblieben: 86,7% der von uns befragten Berliner Drogenkonsumenten haben mindestens einmal, meist aber häufiger miterlebt, dass ein anderer Drogengebraucher durch eine Überdosis in eine möglicherweise lebensbedrohliche Situation geriet. Zwei von drei Interviewten sind im Laufe ihrer Konsumzeit selbst mindestens einmal in diese Lage geraten.

Meistens sind beim Notfall andere Menschen anwesend, die entweder selbst helfen oder aber den Notarzt verständigen könnten - vorausgesetzt, Bereitschaft und Kompetenz hierzu sind vorhanden. Bei 73,9 Prozent der zuletzt selbst erlittenen Drogennotfällen waren andere Personen zugegen.

Die ganz überwiegende Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer zeigt sich zur Hilfe bereit, wenn jemand anderes durch eine Überdosis in Gefahr ist: 85,9 % wollen bei einem zukünftigen Drogennotfall einer anderen Person mit eigenen Mitteln helfen, 91,1 % wollen die Feuerwehr verständigen, selbst helfen und/oder andere zur Mithilfe bewegen.

Die meisten Maßnahmen, die Drogengebraucher im Notfall selbst einsetzen wollen, also beispielsweise die Atemspende, die Herzdruckmassage, das Bewegen des Notfallopfers und die Anwendung von kaltem Wasser, können als taugliche Mittel gelten, die auch in Erste-Hilfe-Kursen vermittelt werden. Andererseits sind nach wie vor unangemessene Auffassungen in einzelnen Subpopulationen von Drogengebrauchern verbreitet, zum Beispiel mit Kochsalzinjektionen im Drogennotfall zu helfen, und Unsicherheiten bzw. Unkenntnisse hinsichtlich der Einschätzung des Gefahrenpotentials einer Überdosis-Situation, die Ansatzpunkte für einen Bedarf an Fortbildung unter den hilfebereiten Drogengebrauchern sein können.

Dass die Betroffenen bereit sind, ihre Kenntnisse in Erste-Hilfe-Kursen zu erweitern, kann aus dem Interesse von knapp 60 % der Befragten an diesem Angebot geschlossen werden. Allerdings ist das Interesse bei den Notfall-Unerfahrenen und Personen ohne Kurs-Vorerfahrungen geringer. Es ist anzustreben, dass regelmäßig wiederholte Notfall-Trainings neben der Erlernung und Anwendung von Techniken des Safer Use zur „Standardausbildung“ eines Drogengebrauchers gehört.

Der Einsatz von Naloxon stößt auf eine breite Zustimmung unter den Befragten. 84,7% der Gesamtstichprobe waren zur lebensrettenden Anwendung bei anderen Konsumenten bereit.

Das individuelle Risiko, in der Zukunft einen Notfall zu erleiden, wird von den meisten, insbesondere von den substituierten Befragten, als eher gering eingeschätzt. Hier scheint ein optimistischer Fehlschluss verbreitet zu sein, der in der präventiven Arbeit stärker angegangen werden muß.

#### 4.                   Schlußfolgerungen aus der Befragung

##### 4.1     Konsequenzen für die Praxis

Die vorliegende Erhebung bestätigt durch zahlreiche Hinweise die Notwendigkeit des Projekts, Erste-Hilfe-Ressourcen von Opiatkonsumenten im Hinblick auf Drogennotfallerkennen und -verhalten fortbildend zu verbessern, zu vertiefen, zu standardisieren und die Bereitschaft zu Handeln und Verantwortung zu stärken. Ergänzend dazu sind Informationsmaterialien und Naloxon zur Verfügung zu stellen. Das Erlernen und regelmäßige Trainieren von Wahrnehmungsfähigkeiten hinsichtlich lebensbedrohlicher Situationen und geeigneter Rettungsmaßnahmen, einschließlich des Einsatzes des Opi-

antagonisten Naloxon in Laienkompetenz kann eine wertvolle Hilfe sein, die bei den befragten Konsumenten auf großes Interesse stoßen und Leben retten können.

Über die offensichtlich große Bereitschaft der Konsumenten hinaus, im Notfall selbst helfen zu wollen oder zu helfen, darf nicht vergessen werden, dass sie sich zwar bewusst sind, dass das Hinzuziehen von professionellen Rettungsdiensten notwendig ist, jedoch in der Realität aus der Furcht vor Sanktionen häufig unterlassen oder hinausgezögert wird.

Die Erfahrungen aus der Praxis bestätigend zeigt sich, dass das Spritzen von Naloxon für Konsumenten das Mittel der ersten Wahl wäre und nicht - wie im Rahmen des Modellprojekts stets herausgestellt - die Alarmierung des Rettungsdienstes und die Anwendung von Erste-Hilfe-Techniken wie Atemspende und stabile Seitenlage.

Die im Großen und Ganzen dargestellte Bereitschaft, Erste Hilfe leisten zu wollen, darf nicht darüber hinweg täuschen, dass es problematische Subgruppen bei Drogengebrauchern gibt, die die unnütze Praktik des Kochsalzspritzens favorisieren und/oder die schwer zur Teilnahme an Erste-Hilfe-Kursen zu motivieren sind. Dies gilt vermutlich ebenso für die Bereitschaft, einen Erste-Hilfe-Kurs regelmäßig (zum Beispiel mindestens einmal pro Jahr) zu wiederholen. Hier sind unbedingt motivationsfördernde Methoden einzusetzen. Wichtig ist natürlich auch eine zielgruppenangemessene Didaktik bei der Durchführung von Trainingsmaßnahmen.

#### 4.2 Konsequenzen für Forschung

Wünschenswert, wenn auch mit erheblichem Aufwand verbunden, wäre eine Folgeerhebung, die darauf abzielt, das Notfallgeschehen, Hilfestrategien und Maßnahmen der Prävention von Überdosen aus Sicht der Konsumenten detailliert zu erfassen.<sup>19</sup>

Wichtig ist, dass zukünftig Maßnahmen der Praxis und Schulungen zumindest bei Veränderungen oder Einführung neuer Methoden im Hinblick auf die Ergebnisse evaluiert werden.

Wie in vielen anderen Untersuchungen gibt es keine Referenzdaten und ist die Grundgesamtheit nicht bekannt. In der vorliegenden Befragung schränken unter anderem auch die geringe Stichprobengröße, die Selbstselektion der Befragten, mögliche Tendenzen zu sozial erwünschten Antworten und eine Reihe anderer Faktoren die Aussagekraft der

---

<sup>19</sup> Als Vorbild gilt für uns die Studie: McGregor, C. et al. (1999): It's rarely just the 'h': addressing overdose among South Australian heroin users through a process of intersectoral collaboration, DASC Monograph No. 2, Research Series, ISBN 0-7308-0283-3, Australia.



Ergebnisse ein. Auch wenn diese Probleme in keiner unserer Befragungen völlig gelöst werden können, verbessert die Reflexion dieser Aspekte und die Konsequenzen, die daraus zu ziehen sind, die Gültigkeit der Ergebnisse im Sinne einer Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit auf Drogengebraucher und Drogenszenen jenseits des untersuchten Kollektivs.