

Fixpunkt e. V., Mobilix
Projektbereich
“Drogennot- und todesfallprophylaxe/Naloxonvergabe”

Konzeption

(Stand: Juni 2002)

Vorbemerkungen

1.1 Hintergründe und Ursachen von Drogennot- und -todesfällen

Der Tod von intravenösen Drogenkonsumenten durch Überdosierungen ist in den allermeisten Fällen auf einen unbeabsichtigten Drogennotfall zurückzuführen, der mangels rechtzeitiger adäquater Hilfeleistung tödlich verlaufen ist. Ein großer Teil der Todesfälle wäre bei rechtzeitiger Hilfe vermeidbar gewesen. Denn nur selten tritt der Tod durch Überdosierung innerhalb weniger Minuten ein und häufig sind andere Menschen anwesend, die die Situation falsch einschätzen bzw. nicht angemessen helfen können.

Für die relativ unerfahrenen jungen Drogengebraucher stellt der Umstieg auf intravenöse Drogenapplikationen ein höheres Mortalitätsrisiko als für erfahrene Langzeitkonsumenten dar. Drei wesentliche Gründe sind für die Häufung von unbeabsichtigten Überdosierungen auch bei erfahrenen Drogenkonsumenten zu nennen: Schwankungen der Heroinqualität, exzessiver Bei- und Mischkonsum (Polytoxikomanie), insbesondere von Kokain, Alkohol und Benzodiazepinen, die zusätzliche Einnahme von (Schwarzmarkt-)Methadon und die sinkende individuelle Opiattoleranz nach Abstinenzphasen.

1.2 Gegenmaßnahmen bei akuter akzidentieller Intoxikation

Die eigentliche Todesursache bei einer Opiatüberdosis ist die zentrale Atemlähmung, die durch die toxische Wirkung des Heroins herbeigeführt wird. Es kann zum unmittelbaren Atemstillstand oder aber zu einer stark reduzierten Atemfrequenz kommen, die mehrere Stunden oder sogar Tage andauern kann und zur Unterversorgung mit Sauerstoff führt mit zum Teil irreversiblen gesundheitlichen Folgeschäden. Durch die eintretende Bewußtlosigkeit besteht zudem die Gefahr, daß der Drogenabhängige an Erbrochenem erstickt.

Der schnellste und spezifischste Weg, die Atemdepression zu beseitigen, ist die Injektion des Opiatantagonisten Naloxon. Diesem kommt seit mehr als 40 Jahren in der Behandlung der Opiatüberdosis zentrale Bedeutung zu. Naloxon ist in der Lage, die lebensbedrohlichen zentralnervösen Effekte von Opiaten bzw. Opioiden, einschließlich Heroin und Methadon, wie Atemlähmung, Hypoxie, Bewußtlosigkeit und Blutdruckabfall innerhalb von Minuten aufzuheben. In Abwesenheit von Opiaten oder Opioiden entfaltet Naloxon keine pharmakologische Aktivität.^{1. 2.} Opiattoleranten Individuen (Abhängigen) verabreicht, kann es ein Opiatentzugssyndrom auslösen. Abgesehen von diesem speziellen Fall birgt die Gabe von Naloxon bis auf sehr seltene Nebenwirkungen (Herzrhythmusstörung, Lungenödem) keinerlei

¹ Strang, J., S. Darke, W. Hall, M. Farrell, R. Ali: Heroin overdose: the case for take-home naloxone. British Medical Journal 1996, 312:1435-1436.

² Im folgenden wird zur besseren Lesbarkeit der Begriff „Opiat“ synonym für „Opioid“ verwendet, auch wenn dies eine medizinisch ungenaue Bezeichnung für synthetisch hergestellte Opiate ist.

Risiken. Ihm wohnt kein Potential zur Überdosis inne.³ Es beinhaltet selbst kein Mißbrauchs- oder Abhängigkeitspotential. Naloxon kann intravenös, intramuskulär oder subkutan injiziert werden. Eine orale Gabe ist nicht möglich. Grundsätzlich möglich ist eine nasale Applikation, da Naloxon auch über Schleimhäute resorbiert wird. Die Wirksamkeit ist jedoch noch nicht ausreichend erprobt. Die handelsübliche Dosierung beträgt 0,4 mg pro Ampulle. In Abständen von zwei bis drei Minuten kann die Injektion bis zur Erlangung einer ausreichenden Spontanatmung wiederholt verabreicht werden. Erfolgt nach einer Gabe von 10 mg keine Reaktion, liegt höchstwahrscheinlich keine Opioidüberdosis oder Mischintoxikation zugrunde⁴. Die Halbwertszeit des Naloxon liegt zwischen 30 und 80 Minuten, sie ist damit kürzer als die der gebräuchlichen Opiate. So kann eine vorübergehende Bewußtseinsaufklärung nach erfolgter Naloxon-Injektion täuschen. Der mögliche Rückfall in einen komatösen Zustand kann mit einer erneuten Applikation von Naloxon überwunden werden.

1.3 Vorüberlegungen zur Implementation des Modellvorhabens

Die MitarbeiterInnen von Mobilix werden in der Vor-Ort-Arbeit fast täglich mit Überdosierungen unterschiedlichen Grades und mehrmals jährlich mit Drogennotfällen konfrontiert. Immer wieder kommt es vor, dass sie um Hilfe gebeten werden, wenn im weiteren Umkreis eines Mobilstandorts eine leblose Person aufgefunden wird. Als Reaktion auf diese Erfahrungen beschäftigt sich das Mobilix-Team seit 1994 verstärkt mit dem Thema. Im Sommer 1994 wurde von Fixpunkt e. V. die erste Umfrage zum Verhalten im Drogennotfall unter Besuchern und Besucherinnen der Mobile durchgeführt, um Defizite der gesundheitlichen Versorgung, die Einschätzung erreichbarer Hilfen wie aber auch des präventiven Verhaltens und Bewußtseins spezifizieren zu können.⁵ Es wurde eine Faltblattserie zu Safer-Use entwickelt, in der das angemessene Verhalten im Drogennotfall sowie das Märchen von der Wirksamkeit einer Kochsalzlösung beim Drogennotfall thematisiert werden. Riskantes Verhalten in kritischen Situationen wird regelmäßig in Gesprächen erörtert. Das Gesundheitsmobil ist mit einem Notfallkoffer und die Präventionsmobile sind mit Beatmungsbeuteln ausgestattet. Mindestens einmal im Jahr wird im Mobilix-Team das richtige Verhalten im Drogennotfall trainiert und diese Kompetenz im Rahmen von Fortbildungsangeboten anderen Einrichtungen zugänglich gemacht.

Die Basis für die Durchführung des Modellprojekts bildet ein umfangreiches Informations-, Aufklärungs- und Trainingsprogramm für Drogenabhängige und professionelle Helfer. Im Rahmen dieser Kampagne wird das Thema "Drogennotfall" thematisiert und kommuniziert. Der Kenntnisstand über Entstehung von Notfällen und das angemessene Verhalten in entsprechenden Krisensituationen sollen verbessert werden. Die erforderlichen Techniken der Ersten Hilfe sollen vermittelt und geübt werden. An Drogenabhängige wird auf deren Wunsch im Anschluß an eine Erste-Hilfe-Schulung Naloxon ausgehändigt.

³ Berichtete Einzelfälle von Hypertonie, Lungenödem sowie Herzarrhythmie — vor der Möglichkeit dieser Folgewirkungen warnen auch die Hersteller von Naloxonpräparaten für den deutschen Markt — konnten in England Patienten mit bereits bestehender Herzerkrankung zugeordnet werden, die sich in kardiologischer Behandlung befanden. Reynolds, J. E. F. (ed.): Martindale: the extra pharmacopoeia. 30th ed. London (Pharmaceutical Press) 1992.

Rote Liste Service GmbH (Hg.): Rote Liste 1999. Aulendorf/Württ. (Editio Cantor Verlag) 1999.

Auch der „National Poisons Information Service“ in London, dem jährlich um 800 Fälle von Opioidvergiftungen gemeldet werden, kann von keinem Verdacht auf schädliche Folgewirkungen bei der Naloxontherapie berichten. Barret, L., C. M. Byatt, J. Tempowski, J. Henry: Cardiac arrest following naloxone. British Medical Journal 1984, 288: 936.

⁴ Rote Liste 1999 a. a. O.

⁵ Blauth, J., E. Holthaus, J. Korporal, A. Leicht, E. Schulte, L. Reill, M. de Ridder: Das Gesundheitsmobil..., a. a. O., S. 83 ff. Es folgten weitere Befragungen in den Jahren 1998/1999 und 2000/2001.

Das Modellprojekt verfolgt im Prinzip zwei innovative Ansätze: Zum einen sollen in einer Studie die Machbarkeit und mögliche Resultate der Vergabe des Antidots Naloxon direkt an Drogenabhängige im Hinblick auf die Zielsetzung des Vorhabens erprobt und überprüft werden. Zum anderen ist das Projekt auf die Einbeziehung von akut Opiatabhängigen als aktive Teilnehmer in Ansätzen und Formen der Selbsthilfe ausgerichtet. Damit orientiert sich das Projekt an den Grundlagen von Konzepten zum "Peer Support".⁶ Solche Ansätze der gezielten Einbeziehung von drogenabhängigen Menschen in innovative Präventionsstrategien hat es in Berlin bislang nicht gegeben. Das Konzept basiert auf der Erkenntnis, daß Einstellungen und Verhalten stärker als durch Fakten und Wissen wesentlich sozial beeinflussbar sind durch die Übernahme von Rollen innerhalb von Gruppen. Diese alltägliche Erfahrung gegenseitiger Beeinflussung wird bewußt eingesetzt, um eine positive Änderung des Gruppenverhaltens zu erzielen. Die Hilfe im Notfall ist in Ergänzung zu gesundheitsbewußtem Verhalten, welches in erster Linie auf das eigene Wohlbefinden und Überleben zielt, eine altruistisch ausgerichtete präventive Hilfe.

Die Einbeziehung von aktiven Drogengebraucherinnen und Drogengebern in die Drogennotfallprävention hat Vor- und Nachteile. Vorteilhaft ist, daß sie Teil der Drogenszenen sind, sie kennen andere GebraucherInnen, Verhaltensweisen und Gruppennormen. Auch sind sie am ehesten mit einem Drogennotfall konfrontiert. Problematisch ist der Umstand, daß der Tagesablauf von illegal Abhängigen durch die Beschaffung von Geld und Drogen maßgeblich bestimmt wird. Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Kontinuität sind Anforderungen, die deshalb von vielen Abhängigen relativ schwer zu meistern sind. Eine Compliance im Sinne zielgerichteten Handelns für das Pilotprojekt kann zudem durch eine starke Einbindung in Riten, Normen und Beziehungen der Szene beeinträchtigt werden. Aus diesen Gründen wird ein alltagsintegriertes, das heißt auf den Alltag der illegalen DrogengebraucherInnen bezogenes und weniger an hohen theoretischen Anforderungen der „reinen Peer-support-Lehre“ orientiertes Konzept zur peer-support-gestützten Drogennotfallprävention in der Drogenszene erprobt.

Für die Vergabe von Naloxon an DrogengebraucherInnen mit dem Ziel des Peer Supports in Drogennotfall-Situationen sollten daher folgende Bedingungen und Regeln erfüllt sein:

- Die DrogengebraucherInnen werden zum situationsangemessenen Verhalten im Drogennotfall und in der Anwendung von Naloxon qualifiziert. Die Qualifizierung beinhaltet Informationen zum Notfall, zu Erste-Hilfe-Maßnahmen, die Auseinandersetzung mit den eigenen Erfahrungen zum Drogennotfall, den Möglichkeiten und Grenzen eigenen Handelns sowie vor allem auch praktische Übungen.
- Der Einsatz von Naloxon darf in keiner Weise an irgendwelche Geschäfte, Bedingungen oder ähnliches geknüpft werden.
- Die DrogengebraucherInnen müssen sich zu einem Mindestmaß an Kooperation mit dem Projekt bereit erklären. Dies heißt konkret, daß sie bereit sein müssen, dem Projekt in Abständen von sechs bis acht Wochen Auskunft über die Erfahrungen zu geben.

Ziele

Mit dem Modellprojekt soll lebensweltnah und durch die Unterstützung von Selbstorganisation im „Drogenmilieu“ ein wirksamer Beitrag zur Prävention von Not- und Todesfällen erbracht werden. Die Handlungskompetenzen und die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung im Umgang mit Drogennotfällen soll bei Angehörigen der Drogenszene erhöht werden.

Zu den konkreten Zielen des Projekts zählen

⁶ Trautmann, F., C. Barendregt: Europäisches Peer Support Handbuch. Utrecht, 1994 (unveröffentlicht).
Heudtlass, J.-H., H. Stöver, P. Winkler (Hg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt a. M. (Fachhochschulverlag) 1995.

- die Verbesserung der Symptomwahrnehmung durch Trainings und Notfalleinweisungen
- die Erhöhung der Kompetenzen bei einer wirksamen Hilfe im Notfall durch Erste-Hilfe-Kurse
- die Aktivierung von Hilfesystemen unter Drogenabhängigen selbst und durch Inanspruchnahme von Rettungsmaßnahmen zum Beispiel durch Notärzte
- die Erweiterung der Handlungsoptionen durch Vergabe des Antidots Naloxon an Drogenabhängige zum Einsatz im Drogennotfall.

Vorhandene Strukturen der Gesundheitsversorgung sollen genutzt bzw. nutzbar gemacht werden. Widerstände gegenüber der Behandlung von DrogenkonsumentInnen sollen reduziert werden durch Erfahrungsaustausch, beratende Unterstützung und Fortbildungsangebote.

Zielgruppen

Das Modellvorhaben richtet sich an alle OpiatkonsumentInnen. Dazu zählen auch ärztlich substituierte Drogenabhängige, GelegenheitskonsumentInnen und NeueinsteigerInnen. Darüberhinaus werden professionelle HelferInnen in Erste-Hilfe-Kursen geschult.

Orte zur Projektumsetzung

Die Modellmaßnahmen werden in einem Fixpunkt-Mobil auf offenen Szenetreffpunkten und in kooperierenden ambulanten und stationären Einrichtungen der Drogen-, Jugend- und Gesundheitshilfe sowie im Strafvollzug auf Dauer, regelmäßig oder einmalig durchgeführt. Im Einzelfall werden Erste-Hilfe-Trainings auch in Privaträumen (Konsumenten-Wohnungen) durchgeführt. Die Wahl der Einsatzorte und -zeiten orientiert sich am Bedarf bzw. der tatsächlichen Inanspruchnahme der Angebote und den Möglichkeiten eines Mobils bzw. der Einrichtungen.

Projekt-Ausstattung

Die Trainingskurse und Beratungsgespräche können in einem entsprechend ausgestatteten Fahrzeug bzw. in den Einrichtungen durchgeführt werden.

Grundlegende Voraussetzung für die mobile Trainingsarbeit ist, dass das Fahrzeug über Sitzgelegenheiten und die Möglichkeit verfügt, an einer auf einer Matte liegenden Person bzw. einer cardiopulmonalen Reanimationspuppe die stabile Seitenlage, die Beatmung und Herzdruckmassage zu üben. Die Zahl der TeilnehmerInnen beschränkt sich aufgrund des geringen Platzangebots in einem Fahrzeug auf zwei, maximal drei Personen. In einer stationären Einrichtung (Kontaktladen, Beratungsstelle) oder einer Wohnung gelten die gleichen Voraussetzungen. Hier können bei entsprechender Raumgröße bis zu zehn Personen an einem Erste-Hilfe-Trainingskurs teilnehmen.

Das Projekt verfügt über einen vom Notfallprojekt erstellten Video zum Drogennotfall, eine Trainingspuppe mit auswechselbaren Gesichtsmasken und Airways („Lungen“), schriftlichem Informationsmaterial und Notfall-Sets, die Naloxon-Ampullen, Spritzen, Kanülen, Tupfern und einem Berechtigungsausweis beinhalten. Die Teilnahme an den Trainingskursen oder die regelmäßige Kontaktaufnahme zum Projekt kann mit einem kleinen Geschenk anerkannt werden, zum Beispiel mit einem Stauschlauch.

Angebote und Methoden

Das Angebot ist für die TeilnehmerInnen kostenlos und - mit Ausnahme bei der Naloxonvergabe - auf Wunsch anonym. Es umfasst:

1. Erarbeitung und Verbreitung von schriftlichen und bildlichen Informationsmaterialien über Drogennotfälle und Erste-Hilfe-Maßnahmen im/durch das Projekt
2. Vorführung und Diskussion eines Videos zur Ersten Hilfe im Drogennotfall, der gemeinsam mit (ex-)drogenabhängigen Laiendarstellern vom Projekt erstellt wurde
3. Durchführung von Erste-Hilfe-Trainings, Informationsaktionen, Einzel- und Gruppenberatungen zum Drogennotfall
4. Einweisung in die Handhabung von Naloxon, Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung von Naloxon.

Organisation, Projektstruktur

Im Vor-Ort-Einsatz ist ein Arzt oder eine Ärztin tätig. Die Erste-Hilfe-Kurse und Beratungen zum Drogennotfall können von jedem interessierten Opiatgebraucher in Anspruch genommen werden. Das Antidot Naloxon wird nur an Opiatkonsumenten per Privatrezept verordnet und ausgehändigt⁷.

Die Dokumentation der Modellprojekt-Arbeit erfolgt vor Ort PC-gestützt, ergänzt um handschriftliche Dokumentationsbögen. Sie beinhalten die quantitative Dokumentation der Erste-Hilfe-Kurse, Basisdaten der Teilnehmer, Beratungsgespräche und bei Naloxon-Ausgabe die Sozialanamnese, Kontaktverlaufsdokumentationen und Anwendungen des Medikaments im Drogennotfall. Ergänzt wird die quantitative Dokumentation durch die qualitative Auswertung der Erfahrungsberichte erlebter Drogennotfälle von DrogenkonsumentInnen mit und ohne Einsatz von Naloxon und durch Erfahrungsberichte der Projektärztin zum Aufbau und der Entwicklung des Modellprojekts.

Das Modellprojekt wird sozialwissenschaftlich begleitet, beraten und ausgewertet. Es ist inhaltlich und organisatorisch eingebettet in die allgemeine gesundheitsfördernde Arbeit des Projekts Mobilix

Rechtliche Grundlagen

Naloxon ist gemäß bundesdeutschem Arzneimittelgesetz verschreibungspflichtig. Der verschreibende Arzt unterliegt einer besonderen Aufklärungspflicht zum Verhalten bei Überdosierungen bzw. zum Einsatz von Naloxon.

Wird die Verschreibungs-, Apotheken- und Aufklärungspflicht erfüllt, so gibt es weder arznei- noch standesrechtliche Probleme hinsichtlich einer Naloxonabgabe zum Zwecke der Laienhilfe im Drogennotfall. Aufgrund der Substanzeigenschaften und des Einsatzzwecks ist nicht zu befürchten, dass ein Arzt der missbräuchlichen Anwendung seiner Verschreibung (§ 34 Abs. 4, Muster-Berufsordnung) Vorschub leistet. Die Verwendung des Arzneimittels ist zusätzlich beim Einsatz im Notfall durch § 34 StGB („Rechtfertigender Notstand“) gedeckt.

Qualitätssicherung

⁷ Die Vergabe von Naloxon an Nicht-Konsumierende ist grundsätzlich erstrebenswert und rechtlich möglich, allerdings bis lang nicht Bestandteil des Modellprojekts.

In wöchentlichen Mobilix-Team-Sitzungen und ca. zweimonatlich stattfindenden Kooperationstreffen mit dem unterstützenden Arzt Dr. de Ridder (Krankenhaus Am Urban) und dem wissenschaftlichen Berater werden die Entwicklung des Projekts, außergewöhnliche Ereignisse, kritische Situationen und Veränderungen auf der Szene oder bei den Maßnahmen ausgetauscht und ausgewertet. Anregungen und Kritik von Szeneangehörigen, Busbesuchern und Teilnehmern der Kurse und Beratungsgespräche werden ebenfalls besprochen. Einen besonderen Stellenwert hat die sogenannte kollegiale Beratung, in der MitarbeiterInnen von Mobilix Erlebnisse und Handlungen in der Vor-Ort-Arbeit darstellen und mit den Kollegen kritisch reflektieren. Hier besteht die Möglichkeit der gegenseitigen Supervision und Qualifizierung und der Abstimmung von Vor-Ort-Arbeits- und Beratungskonzepten unter den MitarbeiterInnen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sowie den Honorarkräften des Präventions-, Charlottenburger und des Gesundheits-Mobils bildet eine wesentliche Grundlage für die adäquate Bearbeitung der Zielvorgaben. Große Bedeutung zur Sicherung der Qualität hat die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen, insbesondere denjenigen, die mit Drogennotfällen regelmäßig befaßt sind. Es besteht für die Projektärztin die Möglichkeit der Teilnahme an Team-, Themen- oder Fallsupervision bei Mobilix. Durch Fort- und Weiterbildung werden Fachkenntnisse erweitert und aktualisiert. Zur Qualitätssicherung gehört eine differenzierte Dokumentation. Die Projektarbeit wird ausführlich quantitativ und qualitativ dokumentiert und regelmäßig, mindestens einmal jährlich, ausgewertet.

Schlußbemerkung

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die angestrebten Ziele adäquat sind, Inhalte und Methoden Zuspruch und Anerkennung bei den OpiatkonsumentInnen und in der Fachöffentlichkeit finden und es möglich ist, den Bewußtseins- und Kompetenzgrad unter KonsumentInnen zu erhöhen und eine zeitstabile Verhaltensänderung im Drogennotfall unter Angehörigen der Drogenszene, insbesondere im schwer erreichbaren privaten Szenemilieu zu bewirken.

Die Förderung des Projekts ist befristet und ungesichert. Eine Verlängerung des Laufzeitraums des Projekts und dessen Einbindung auf Bundes- bzw. europäischer Ebene wird angestrebt.