5. Ergebnisse der Evaluation

Für die quantitativen Teile der Erhebung (7.1.-7.4.) wurden die Daten am 30.04.2024 heruntergeladen, d.h. alle Dokumentations- bzw. Fragebögen, die bis zu diesem Datum (12 Uhr mittags) eingegangen waren, gingen in die Auswertung ein. Beginn der Erhebung war 01.12.2021.

5.1. Kurzevaluation der Trainings

Insgesamt 870 Personen füllten den Evaluations-Fragebogen für die Trainings aus, auf Basis derer Mitarbeiter:innen aus Sozialer Arbeit und Suchtmedizin in die Lage versetzt wurden, Klient:innen zu schulen. Unter den 870 Teilnehmenden waren 66% männlich, 34% weiblich und 0,6% ordneten sich unter „divers" ein. Wie in Tab. 2 ersichtlich, wurden die meisten der Fragebögen nach Trainings in Nordrhein-Westfalen ausgefüllt, gefolgt von Bayern, Berlin, Baden-Württemberg und Hessen. Andere Bundesländer erzielen hier eher kleine Anteile.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Tabelle 2: Verteilung der Trainings auf die Bundesländer (entsprechend der Teilnehmendenlisten)

Bundesland	Anzahl der Fragebögen	Prozentanteil
Nordrhein-Westfalen	233	26,8
Bayern	137	15,7
Berlin	133	15,3
Baden-Württemberg	123	14,3
Hessen	52	6,0
Rheinland-Pfalz	38	4,4
Niedersachsen	36	4,1
Schleswig-Holstein	35	4,0
Thüringen	27	3,1
Hamburg	17	2,0
Sachsen	14	1,6
Bremen	11	1,3
Österreich	5	0,6
Sachsen-Anhalt	4	0,5
Mecklenburg-Vorpommern	2	0,2
Brandenburg	2	0,2
Norwegen	1	0,1
Gesamt	870	100,0

44% der Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt des Trainings zwischen 18 und 34 Jahren alt, 37% zwischen 35 und 49 Jahren und 19% waren 50 Jahre oder älter.

Tabelle 3 zeigt die Bewertung der Trainings durch die Teilnehmer:innen. Insgesamt gibt jeweils eine große Mehrheit eine gute bzw. sehr gute Bewertung ab. Es fällt aber auf, dass bei Organisation und Ablauf der Anteil der „sehr gut" Bewertenden mit 64% am geringsten ausfällt. Vermutlich dadurch ist auch die Bewertung des Gesamteindrucks etwas weniger gut als die der Verständlichkeit, der Kompetenz und des persönlichen Eindrucks der jeweils Referierenden.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Tabelle 3: Bewertung der Trainings durch die Teilnehmenden (% sowie Mittelwerte)

	%					Mittelwert
	sehr gut	gut	mittel	schlecht	sehr schlecht	
Organisation und Ablauf (n=855)	64	29	5	0,6	0,1	4,6
Verständlichkeit (n=856)	84	14	2	0,1	0,1	4,8
Kompetenz Referent:in (n=857)	80	17	3	0,4	0,1	4,8
Persönlicher Eindruck Referent:in (n=855)	81	15	3	0,5	0,1	4,8
Gesamteindruck (n=856)	74	23	2	0,4	0,1	4,7

Auch die Länge der Trainings (vier bis fünf Stunden) wurde weit überwiegend positiv eingeschätzt: 92% gaben an, diese seien (ungefähr) gerade richtig lang bzw. ausführlich gewesen. 2% hielten das jeweilige Training für zu kurz bzw. wenig ausführlich und nach Auffassung von 6% war das Training zu lang.

Zur Bewertung der Trainings wurde jeweils eine offene Frage gestellt, was den Teilnehmenden gut bzw. nicht so gut gefallen habe. 81% der Befragten (n=708) machten eine Angabe bei der positiven Rückmeldung. Viele Teilnehmende bewerteten das Training durchweg positiv und erwähnten dabei nicht selten unterschiedliche Aspekte. Was die explizite Erwähnung einzelner Aspekte betrifft, so wurde am häufigsten die Anschaulichkeit und Praxisbezogenheit positiv hervorgehoben, gefolgt von der ausgiebigen Möglichkeit für Fragen und deren Beantwortung und den verwendeten Materialien (z.B. das Manual oder auch die Naloxon-Kits). Häufig wurden darüber hinaus das Fachwissen und die Freundlichkeit des Referenten bzw. der Referentin gelobt, der Austausch mit Kolleg:innen sowie die praktischen Übungen und Vorführungen (v.a. was Erste Hilfe angeht). Exemplarisch sind im Folgenden drei der positiven Kommentare wiedergegeben:

> *„Unterschiedliche Materialien – einiges zum Mitnehmen – kann gut in der eigenen Einrichtung gebraucht werden zum Vorzeigen etc."* – *„Das Training war klar und ausführlich aber auch spannend und interessant. Das Heft ist auch sehr ausführlich und gut strukturiert."* – *„Dozentin war sehr nett, freundlich, sympathisch + hat viele praktische Beispiele gegeben"*

Bei der Frage, was den Teilnehmenden nicht gut gefallen habe, ist zunächst hervorzuheben, dass 78% der Befragten hier entweder nichts eintrugen

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

oder eine Antwort nach dem Muster „nichts", „alles gut" etc. gaben. Der häufigste Kritikpunkt (27 Nennungen) bezog sich auf die jeweilige Räumlichkeit, die z.B. als zu klein, zu kalt oder stickig kritisiert wurde. 13 Personen bemängelten fehlende Verpflegung (Essen und/oder Getränke), ebenfalls 13 kritisierten eine unzureichende Struktur der Veranstaltung. Weitere 13 Personen fanden die Trainings zu ausführlich; zusätzlich meinten 12 Teilnehmende, das Training sei zu lang gewesen. Auf der anderen Seite gaben 7 Personen an, es sei zu wenig Zeit für alle Inhalte verfügbar gewesen. Für 8 Teilnehmer:innen gab es zu wenig praktische oder interaktive Elemente, für 7 fehlten Pausen bei der Veranstaltung. Ebenfalls 7 kritisierten nicht das Training, sondern die eingeschränkten Möglichkeiten, überhaupt Naloxon zu erhalten (z.B. „*Erkenntnis, wie hochschwellig das Erlangen vom Medikament ist*"). Darüber hinaus gab es zahlreiche weitere von einzelnen oder wenigen Teilnehmer:innen geäußerte Kritikpunkte. Auch hier sind im Folgenden exemplarisch drei Aussagen angeführt. Was die letzte Aussage betrifft, so stellte sich heraus, dass sich diese Befürchtung, abgesehen von einzelnen Problemen, nicht bewahrheitete.

> *„Das Kurztraining hätte man noch etwas zusammengefasster abhandeln können, da es eine Doppelung gab" – „Es wurde viel zu viel um den heißen Brei geredet. Hauptsächlich von Teilnehmern im Austausch mit dem Referenten. Ein Zeithüter wäre empfehlenswert. Etwas trocken, wenig Interaktives" – „Ich bezweifle, dass das Ausfüllen des Evaluationsbogens für Pat. wirklich realistisch ist, leider wird das unmöglich sein"*

Abschließend gab es die Möglichkeit, mittels einer offenen Frage Verbesserungsvorschläge abzugeben. Hier machten 723 (83%) der 870 Teilnehmenden keine Angabe bzw. gaben an, dass es nichts zu verbessern gebe. Am häufigsten wurde mit 17 Nennungen der Wunsch geäußert, dass Naloxon leichter, z.B. ohne Rezept, erhältlich sein solle. Dazu exemplarisch ein Zitat:

> *„wäre schön, wenn Naloxon nicht verschreibungspflichtig wäre, sondern frei und niedrigschwellig verfügbar für alle die es brauchen – aber bis dahin ist wohl noch einiges zu tun"*

16 Personen wünschten sich mehr praktische Anteile, z.B. das konkrete Üben der Naloxongabe an einer Puppe bzw. einem Dummy. 13 Personen wünschten sich einen besseren bzw. stringenteren Ablauf des Trainings. Jeweils 7 Personen wünschten sich mehr Pausen, Verpflegung oder mehr Anteile für Erste-Hilfe-Maßnahmen (wobei letzteres von einzelnen Teilnehmenden aus der Suchtmedizin explizit nicht gewünscht wurde). Da-

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

rüber hinaus sprachen jeweils fünf Personen das Thema Raumsituation an, wünschten sich mehr Anschauungsmaterial (u.a. Sprays), mehr Zusammenarbeit mit der Medizin oder eine kürzere Dauer des Trainings (wobei es auch zwei Personen gab, welche die Veranstaltung gerne länger gehabt hätten). Alle anderen Vorschläge wurden jeweils nur von maximal zwei Personen genannt.

5.2. Dokumentation der Schulung für Klient:innen

Laut Dokumentationsbögen wurden insgesamt 752 Schulungen durchgeführt, die erste davon am 14. Dezember 2021, die letzte am 29. April 2024. Daran haben insgesamt 2.208 Personen teilgenommen, davon 1.410 Männer (64%), 781 Frauen (35%) und 17 Personen mit anderer oder unklarer Geschlechtszuordnung (0,8%).

Die Mehrheit der Schulungen wurde in Bayern durchgeführt, gefolgt von Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen (Tab. 4). In einigen Bundesländern fanden jeweils nur wenige Schulungen statt. Eine der Schulungen fand in einer grenznahen Stadt in Österreich statt. Auch die fünf Städte mit den meisten Schulungen liegen in Bayern: Nürnberg (93), München (78), Regensburg (49), Aschaffenburg (44) und Augsburg (37). 36 Schulungen fanden in Wiesloch (Baden-Württemberg), 33 in Würzburg und 28 in Karlsruhe statt. Diese Zahlen sagen indes wenig über die Anzahl der geschulten Teilnehmer:innen aus. So waren z.B. in Bayern 63% aller Schulungen Einzelschulungen, wogegen dieser Wert in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Berlin jeweils weitaus niedriger liegt (siehe Tab. 4).

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Tabelle 4: Verteilung der Schulungen auf die Bundesländer sowie Anteile der Einzelschulungen

	Anzahl der Schulungen	Prozentanteil	Anteil Einzelschulungen
Bayern	455	60,5	63%
Baden-Württemberg	155	20,6	24%
Nordrhein-Westfalen	76	10,1	20%
Berlin	19	2,5	11%
Hamburg	14	1,9	64%
Niedersachsen	10	1,3	40%
Hessen	9	1,2	44%
Rheinland-Pfalz	4	0,5	0%
Bremen	3	0,4	0%
Sachsen	2	0,3	50%
Schleswig-Holstein	2	0,3	0%
Mecklenburg-Vorpommern	2	0,3	0%
Ausland	1	0,1	0%
Gesamt	752	100,0	48%

Insgesamt waren 48% der Schulungen Einzelschulungen, während in etwas mehr als der Hälfte der Fälle zwei oder mehr Personen geschult wurden (Gruppenschulungen); im Durchschnitt wurden 2,9 Personen geschult, bezogen auf alle Gruppenschulungen liegt der Mittelwert der Anzahl der Geschulten bei 4,7 Personen. In den meisten Fällen (92% der Gruppenschulungen) wurde eine einstellige Zahl an Personen geschult, darüber hinaus gab es eine gewisse Anzahl größerer Schulungen mit bis zu 30 Personen.

Für 125 der Teilnehmenden wurde angegeben, dass sie (soweit bekannt) nicht krankenversichert sind. 1.293 (59%) der geschulten Personen sind laut Angabe der Ausfüllenden aktuell substituiert.

Laut den Ausfüllenden wurden insgesamt 1.431 Rezepte ausgestellt. Dies entspricht 65% der Teilnehmenden. Davon waren insgesamt 737 Privatrezepte, die meisten davon (448) durch die Einrichtung bezahlt, weitere 206 durch Landesförderung und 83 durch den/die Klient:in. Insgesamt haben nach Angaben der Mitarbeiter:innen 1.419 Teilnehmende nach der Schulung ein Nasenspray erhalten, davon insgesamt 859 über ein kassenärztli-

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

ches Rezept. Da diese addiert mit den angegebenen Privatrezepten mehr als die Anzahl der angegebenen Rezepte ergeben, liegt hier eine gewisse Diskrepanz vor, wobei unklar ist, womit diese zu begründen sein könnte (evtl. haben einige Ausfüllende die Bezahlung von Privatrezepten durch Einrichtungs- oder Landesförderung am Ende mit der Erstattung durch die Krankenkasse verwechselt). In jedem Fall gilt es festzuhalten, dass die Mehrheit der Teilnehmenden am Ende der Schulung ein Naloxonspray in der Tasche hatten. Diejenigen, bei denen das nicht der Fall war, dürften in der Mehrzahl Personen sein, die nicht berechtigt waren, ein Rezept zu erhalten, wie aus den Antworten auf die offenen Fragen ersichtlich (s.u.). Genau lässt sich das mit den verfügbaren Daten nicht nachvollziehen. Möglich ist aber, dass bei einem Teil der Teilnehmer:innen nicht unmittelbar nach der Schulung, sondern etwas später ein Rezept bzw. Nasenspray beschafft wurde.

Tabelle 5 enthält die Gesamtzahlen der Teilnehmer:innen in den unterschiedlichen Bundesländern laut Dokumentation. Bayern liegt auch hier klar vorne, aufgrund des deutlich höheren Anteils an Einzelschulungen aber nicht so deutlich vor Baden-Württemberg und NRW wie bei der Anzahl der Schulungen. In Bayern ist allerdings der Anteil der Teilnehmenden mit Rezept bzw. Nasenspray mit jeweils über 70% vergleichsweise hoch. Nur etwas niedriger fallen diese Anteile in Baden-Württemberg aus, und auch in NRW hat jeweils eine Mehrheit am Ende der Schulung ein Nasenspray erhalten. U.a. in Berlin, Hamburg und Niedersachsen trifft dies jeweils nur auf eine Minderheit zu (Tab. 5). Wie zu begründen ist, dass bei der einzigen im Ausland (Österreich) stattgefundenen Schulung drei Teilnehmende 31 Rezepte bzw. Nasensprays erhalten haben sollen, lässt sich mit den verfügbaren Daten nicht klären.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Tabelle 5: Gesamtzahlen der Teilnehmenden, der ausgegebenen Rezepte und Nasensprays nach Bundesländern

	Teilnehmende	Rezepte	Nasensprays
Bayern	1000	729	742
Baden-Württemberg	566	386	369
Nordrhein-Westfalen	347	194	179
Berlin	133	17	24
Hamburg	41	8	10
Niedersachsen	33	7	6
Hessen	31	24	28
Rheinland-Pfalz	16	14	14
Schleswig-Holstein	15	1	1
Bremen	10	8	8
Sachsen	7	6	3
Mecklenburg-Vorpommern	6	6	6
Ausland	3	31	31

Darüber hinaus wurde gefragt, wer für die Schulungen die Rezepte für die Nasensprays besorgte (Mehrfachnennungen möglich): Bei 31% der Schulungen wurde angegeben, dass diese vor Ort in der Einrichtung durch Mediziner:innen ausgestellt wurden, bei 26% kümmerten sich Mitarbeitende um die Rezepte und bei weiteren 22% besorgten sich die Teilnehmenden selbst das Rezept (z.B. mit Hilfe einer Teilnahmebescheinigung und Adresse des kooperierenden Arztes). In weiteren 10% der Schulungen wurden Rezepte durch eine JVA finanziert und ausgegeben, bei 3% sind Mitarbeitende gemeinsam mit Teilnehmer:innen zu einer Arztpraxis gegangen und bei 5% wurden keine Rezepte ausgestellt. 10% machten sonstige Angaben. Unter diesen wurde am häufigsten genannt, dass sich Mitarbeitende bzw. die Einrichtung um Rezepte bzw. Sprays kümmere (7 Nennungen). In vier Fällen wurden Sprays durch eine Klinik ausgegeben und in drei Fällen stellte die Substitutionspraxis das Rezept aus.

Wie viele Teilnehmende am Ende ein Nasenspray erhielten, war stark davon abhängig, auf welche Weise die Rezepte ausgegeben wurden: die rechnerisch höchste Quote an Teilnehmenden mit Nasenspray gab es bei Ausgabe durch die JVA (99%), gefolgt von der Besorgung durch Mitarbeitende (94%), Mitarbeitende, die mit Teilnehmer:innen zum Arzt gingen

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

(88%) und Ausstellung vor Ort durch Mediziner:innen (87%). Wenn sich die Teilnehmenden selbst das Rezept besorgen mussten, hatten am Ende nur 43% ein Nasenspray und bei den Schulungen, bei denen keine Rezepte vergeben wurden, 18%.

Schließlich wurde gefragt, als wie hilfreich das Manual für die Schulungen empfunden wurde: 84% stimmten zu, dass das Manual hilfreich sei, 15% stimmten eher zu und insgesamt 1,3% stimmten eher nicht oder gar nicht zu.

Bei Durchsicht der Antworten im offenen Feld für die Anmerkungen (n=141 von 752) wurde zunächst klar, dass sich nicht alle hier dokumentierten Schulungen auf Klient:innen bzw. Patient:innen oder Angehörige beziehen. In Einzelfällen wurden andere Professionelle bzw. Kollegen oder Kolleginnen geschult:

> *„Keine Konsumierenden geschult, sondern Sozialarbeiterinnen der Wohnungslosenhilfe, Suchtberatung und Mitarbeiterin des Ordnungsamtes"*

Darüber hinaus gab es Schulungen, in denen Klient:innen gemeinsam mit Angehörigen oder anderen relevanten Personen geschult wurden. Für diese Personen wurde mangels Rezeptmöglichkeit in aller Regel weder Rezept noch Nasenspray ausgehändigt. Ein weiterer Grund dafür, dass keine Ausgabe von Naloxon dokumentiert wurde, bestand in einigen Fällen darin, dass zwar bereits ein Rezept ausgestellt wurde, aber nicht nachvollzogen werden konnte, ob dieses auch eingelöst wurde: *„…daher haben wir unter 10.* [Anzahl Nasensprays] *die Anzahl von 0 Teilnehmer:innen eingetragen"*.

Ansonsten wurde bei den Anmerkungen häufiger die Intention und Ausführung von NALtrain positiv hervorgehoben, u.a. was das Manual oder auch die Kurzfilme betrifft. Vereinzelt wurden auch eigene Weiterentwicklungen erwähnt, z.B. was die Power-Point-Folien angeht, die von einigen als fehlerhaft kritisiert wurden. In einem Fall wurde Klient:innen nach der Schulung ein Ablaufplan für Erste-Hilfe-Maßnahmen im Scheckkartenformat mitgegeben.

Vereinzelt wurden auch Wünsche und offene Fragen angesprochen; z.B. fragte eine Klientin, ob das Naloxon-Nasenspray auch bei stark blutender Nase wirken würde. Gewünscht wurde u.a. eine Liste von Naloxon verschreibenden Ärzt:innen oder auch NALtrain-Trainer:innen.

Außerdem wurden an dieser Stelle Erfahrungen mit den Klient:innenschulungen wiedergegeben, z.B. dass bei einem Termin deutlich weniger erschienen als erwartet. Eine Mitarbeiterin gab an, dass sie Klient:innen darüber aufklären musste, dass Benzodiazepine keine Opioide sind und da-

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

her Naloxon hier nicht wirke. Als weiterhin weit verbreiteter Mythos wurde die Auffassung bezeichnet, dass bei einer Überdosis auch eine Injektion mit Kochsalzlösung helfe. Schließlich wurde in einigen Fällen über Probleme der Teilnehmenden beim Ausfüllen der Evaluationsbögen berichtet. In zwei Fällen wurde u.a. explizit darauf verwiesen, dass die Ausfüllenden "sehr schlecht" und "sehr gut" verwechseln, da sie von Schulnoten ausgingen. Dies wurde bei der Analyse der Fragebögen für Klient:innen berücksichtigt.

5.3. Kurzevaluation der Schulung für Klient:innen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragebögen, welche durch die geschulten Klient:innen ausgefüllt wurden, dargestellt. Diese lassen sich aus Gründen der Anonymisierung nicht den dokumentierten Schulungen aus 5.2. zuordnen.

5.3.1. Stichprobe und Soziodemographie

Insgesamt 1.572 Klientinnen und Klienten füllten nach einer Schulung zwischen dem 14.12.2021 und dem 23.04.2024 den Evaluationsfragebogen aus. Dies entspricht 71% der in 5.2. genannten Gesamtzahl der geschulten Personen. Unter diesen Befragten sind 69% Männer, 31% Frauen und 0,4% „Diverse“. Das Durchschnittsalter beträgt 40,5 Jahre, die Altersspanne bewegt sich zwischen 18 und 74 Jahren.

Wie in Tabelle 6 ersichtlich, wurden die Bundesländer nur teilweise einzeln abgefragt; einige wurden, für eine bessere Anonymisierung, in Kategorien zusammengefasst. Auch hier gibt die Mehrheit – wenn auch ein etwas kleinerer Anteil als in der Dokumentation – Bayern an, wiederum gefolgt von Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen (siehe Tab. 6). Insgesamt 93% der hier berücksichtigten Klient:innen wurden in diesen drei Bundesländern geschult.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Tabelle 6: Verteilung der Teilnehmer:innen an Trainings auf die Bundesländer

Bundesland	Anzahl der Fragebögen	Prozentanteil
Bayern	851	54,4
Baden-Württemberg	401	25,6
Nordrhein-Westfalen	202	12,9
Hessen	30	1,9
Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg/Berlin	24	1,5
Schleswig-Holstein/Hamburg	17	1,1
Rheinland-Pfalz/Saarland	16	1,0
Niedersachsen/Bremen	12	0,8
Sachsen-Anhalt/Thüringen/Sachsen	12	0,8
Gesamt	1565	100,0

48% der Befragten (von n=1570) wurden auf die Schulung aufmerksam, weil sie von Mitarbeiter:innen von Drogen- bzw. Aidshilfen darauf angesprochen wurden, 11% wurden von einem Arzt bzw. einer Ärztin angesprochen und 9% hatten einen Aushang in einer Einrichtung gesehen. 7% wurden durch andere Konsument:innen aufmerksam und jeweils knapp über 1% über nicht konsumierende Bekannte oder das Internet. 22% machten hier sonstige Angaben. Bei diesen sonstigen Angaben gaben wiederum 94 (6% der gesamten Stichprobe) eine Einrichtung der Sucht- bzw. Drogenhilfe an, diese müssten also eigentlich zu den o.g. 48% addiert werden. Ansonsten waren 97 Personen (ebenfalls 6%) durch eine Einrichtung zur Entgiftung oder eine andere stationäre Therapieeinrichtung aufmerksam geworden. Darüber wurden einige weitere konkrete Institutionen genannt, die in den Bereich der Sozialen Arbeit oder Suchtmedizin fallen, etwa betreutes Wohnen oder Wohnheime (n=28 bzw. 2%), Streetwork und Substitutionsambulanzen (jeweils n=9) sowie PSB (n=5). Außerdem gaben 24 Personen an, dass sie über die Arbeit (teils wurde explizit Drogenhilfe genannt) auf die Schulung aufmerksam gemacht wurden – ein weiterer Hinweis, dass teilweise Mitarbeitende statt Klient:innen geschult wurden. Jeweils 14 Personen nannten JVAs oder Freund:innen/Bekannte, ansonsten gab es 24 Personen, die explizit keine Angaben machen wollten sowie diverse Einzelnennungen. Durch diese Angaben lassen sich Rückschlüsse auf das Setting ziehen, in welchen die Schulungen stattfanden: Vermutlich

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

eine deutliche Mehrheit fand in unterschiedlichen Suchthilfeeinrichtungen statt und ein kleinerer Teil in suchtmedizinischen Institutionen.

Tabelle 7 zeigt die überwiegende Wohnsituation der letzten sechs Monate der Klient:innen. Die Mehrheit lebt in einer eigenen Wohnung, rund 10% bei Eltern oder Familienangehörigen und etwa 7% bei Freund:innen oder Partner:innen. Darüber hinaus gibt es jeweils einige Prozent in JVAs, betreutem Wohnen, Notschlafstätten sowie 3% Obdachlose (siehe Tab. 7). Unter den knapp 4% sonstigen Antworten war die Angabe mehrerer Unterkünfte (z.B. Notschlafunterkunft + Straße + JVA) mit 19 Nennungen am häufigste, gefolgt von betreuten Wohngemeinschaften, Wohnheimen o.ä. (14 Nennungen).

Tabelle 7: Wohnsituation der befragten Klient:innen (%; n=1572)

Wohnsituation	**Prozent**
In einer eigenen Wohnung, WG-Zimmer o.ä.	56,5
Bei Eltern oder anderen Familienangehörigen	10,4
Bei Freunden/Freundinnen, Partner/Partnerin	7,1
Im Gefängnis/ JVA	6,7
Betreutes Wohnen	6,3
Notschlafunterkunft/Übernachtungsstätte	6,0
Obdachlos/an öffentlichen Orten übernachtet	3,2
Sonstige	3,8

5.3.2. Substanzkonsum und Erfahrungen mit Überdosierungen

Nicht alle Befragten konsumieren aktuell Opioide: 17% von denjenigen, die hier eine Antwort gaben (n=1541) sind aktuell opioidabhängig und nicht substituiert, 29% sind substituiert und konsumieren außerdem (nicht verschriebene) Opioide, weitere 31% sind substituiert und konsumieren darüber hinaus keine weiteren Opioide. 12% geben an, früher opioidabhängig gewesen zu sein und aktuell nicht mehr zu konsumieren und 9% sind Bezugspersonen (mindestens) einer opioidabhängigen Person. 2% machten hier sonstige Angaben: 11 Personen gaben an, nur Mitarbeiter:in, Praktikant:in o.ä. zu sein, 5 nannten gelegentlichen bzw. nicht abhängigen Opioi-

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

dkonsum und jeweils 3 müssten eigentlich zu den Kategorien „Substituiert ohne weitere Opioide“ und „Bezugsperson“ gezählt werden. Weitere 3 Personen gaben an, z.B. als Schmerzpatient:in abhängig von medizinischen Opioiden zu sein.

Alkohol und Cannabis sind die Substanzen, die von den Befragten am ehesten in den letzten 7 Tagen konsumiert wurden, gefolgt von Benzodiazepinen und Heroin. Etwas weniger sind Kokain bzw. Crack oder andere medizinische Opioide (z.B. Tramadol oder Tilidin) verbreitet, andere Substanzen spielen eine eher geringe Rolle (siehe Tab. 8). Insgesamt 38% haben mindestens ein Opioid (Heroin, Fentanyl oder andere medizinische Opioide) konsumiert, 59% mindestens eine der abgefragten Drogen außer Alkohol und Cannabis (also Opioide, Stimulanzien, Benzodiazepine und/oder NPS) und 78% mindestens eine der abgefragten Substanzen – umgekehrt waren also 22% der Befragten in den letzten 7 Tagen komplett abstinent.

Tabelle 8: Befragte Klient:innen: Substanzkonsum in den letzten 7 Tagen (%; n=1.567)

Substanz	**Prozent**
Alkohol	37
Cannabis	36
Benzodiazepine	29
Heroin	27
Kokain oder Crack	19
andere medizinische Opioide	14
Amphetamin (Speed)	10
Methamphetamin (Crystal Meth)	6
Neue psychoaktive Substanzen („Badesalz“, „Spice“/Cathinone bzw. Cannabinoide)	6
Fentanyl/-derivate	4

Zu beachten ist, dass sich diese Angaben auf alle Befragten beziehen, also auch auf diejenigen, die als Bezugspersonen bzw. Mitarbeitende an der Schulung teilnahmen. Beim Vergleich dieser Angaben wird deutlich, dass immerhin 10% derjenigen, die als Bezugspersonen teilgenommen haben,

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

auch aktuell Opioide konsumieren; 26% haben eine Droge außer Alkohol und Cannabis konsumiert. Auch sonst gibt es Diskrepanzen zwischen der Selbsteinschätzung beim Konsum-Substitutionsstatus und den Angaben zum Konsum: so haben 18% derer, die sich als substituiert, aber nicht aktuell (nicht verschriebene) Opioide konsumierend einstuften, dennoch den Konsum mindestens eines Opioids angegeben (wobei hier einige darunter sein dürften, die Opioide verschrieben bekommen). Dasselbe gilt für diejenigen, die sich als früher opioidabhängig, aber aktuell nicht konsumierend, einstuften (ebenfalls 18% mit aktuellem Opioidkonsum). Umgekehrt haben 44% derer, die sich als substituiert und aktuell weitere Opioide konsumierend einstuften, angegeben, in den letzten 7 Tagen keine Opioide genommen zu haben; bei den nicht substituierten Opioidabhängigen betrifft dies 24%. Daher sind die Angaben zu Konsumstatus und Substanzkonsum unter Vorbehalt zu betrachten.

Diejenigen Befragten, die hierzu eine Angabe machten (mit 57% deutlich mehr als diejenigen, die angaben, aktuell Opioide außer Substitutionsmitteln zu konsumieren), wurden danach gefragt, wie oft sie allein oder in Gesellschaft Opioide konsumieren. Demnach konsumieren 14% immer und 24% überwiegend allein, 32% nehmen etwa in der Hälfte der Fälle allein Opioide, 11% überwiegend in Gesellschaft und 19% nie allein.

55% (von n=1.521) haben mindestens einmal selbst eine Überdosiserfahrung gemacht. Von diesen 840 Befragten gaben 33% an, dass ihnen dabei Naloxon verabreicht wurde, 28% wurde ohne Naloxon geholfen und 25% überstanden die Überdosis ohne externe Hilfe. 15% wissen nicht mehr, ob sie Naloxon erhalten hatten.

Zudem waren 75% (von n=1.531) mindestens einmal selbst bei einem Notfall anderer Konsumierender dabei. Von diesen 1.140 Personen gaben 56% an, dass dabei kein Naloxon vergeben wurde, 29% meinten, dass Naloxon vergeben wurde und 15% wussten nicht mehr, ob das Medikament verabreicht wurde.

5.3.3. Bewertung der Schulungen

Der größtenteils auf Papier ausgefüllte Fragebogen enthielt einen Fragenblock zur quantitativen Bewertung der Schulung, jeweils auf einer Skala zwischen 1 (sehr schlecht) und 5 (sehr gut). Bei der Analyse dieser Daten fiel auf, dass jeweils recht hohe Anteile „sehr schlecht“ angegeben haben, z.B. 27% beim Gesamteindruck. Es drängt sich der Eindruck auf, dass

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

zumindest ein großer Teil dieser schlechten Bewertungen fälschlicherweise abgegeben wurde, da die Klient:innen von Schulnoten zur Bewertung ausgingen – so wurde es auch von Mitarbeiter:innen erwähnt. Beim Vergleich der numerischen Bewertungen mit den positiven und negativen Aspekten in den offenen Antwortfeldern findet sich kein einziger Fall, in dem eine schlechte oder sehr schlechte Bewertung mit einer auch nur überwiegend schlechten Bewertung in den offenen Feldern einherging. Möglicherweise sind also alle schlechten numerischen Bewertungen eigentlich gute Bewertungen. Bezieht man dies mit ein, beträgt der Anteil der sehr guten Bewertungen bei der Kategorie Organisation/Ablauf 81%. Was die Verständlichkeit angeht, sind es 85% sehr gute Bewertungen, bei der Kompetenz des/der Referent:in 87%, beim persönlichen Eindruck des/der Referent:in 86% und beim Gesamteindruck 84%. Der Durchschnittswert auf der 5-stufigen Skala (1-5) liegt bei allen Kategorien bei jeweils 4,8. Geht man von den ursprünglich angegebenen Werten aus, so reduzieren sich die Durchschnittswerte jeweils auf 3,7.

Bei Betrachtung der Antworten auf die offene Frage, was den Teilnehmenden gut gefallen habe, fällt zunächst auf, dass nur wenige hier gar keine Angabe machten (435 bzw. 28% von 1.572). Ansonsten wurde sehr häufig durchweg positiv über die Schulung berichtet, nicht selten mit der Anmerkung „alles" wäre gut gewesen. Zudem wurden praktisch alle erdenklichen einzelnen Aspekte von Teilnehmenden positiv hervorgehoben, z.B. die Videos, die praktischen Übungen mit der Puppe sowie generell die Erste-Hilfe-Übungen, oder auch, dass am Ende ein Nasenspray, teils mit dem Kit in der Dose, mitgenommen werden konnte. Betont wurde darüber hinaus häufig die Kompetenz und die Freundlichkeit des/der Referierenden, die Ausführlichkeit und dennoch leichte Verständlichkeit, der Umstand, dass die Gruppe nicht zu groß war und generell, dass man über die Möglichkeit der Naloxongabe aufgeklärt wurde.

Bei der Frage, was den Teilnehmer:innen nicht gut gefallen habe, ist zunächst zu erwähnen, dass 1.361 von 1.572, also 87% der Befragten, entweder nichts antworteten oder eine Antwort nach dem Muster „alles gut" o.ä. gaben. Bei den konkreten Kritikpunkten wurden am häufigsten andere Teilnehmende kritisiert, die z.B. unaufmerksam oder unruhig waren, die Schulung vorzeitig verließen oder sich anderweitig „schlecht benahmen", etwa *„das ein Teilnehmer unendlich gelabert hat wie so ein psycho"*. Ebenfalls häufig wurde die Rezeptpflicht bzw. die umständliche Erhältlichkeit von Naloxon kritisiert, auch von teilnehmenden Bezugspersonen. Nicht selten wurde auch der Wunsch formuliert, dass mehr Leute an den Schulungen

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

teilnehmen sollten. Ebenfalls eine gewisse Häufung gab es bei Antworten, die auf das Hervorrufen negativer Erinnerungen oder generell die Konfrontation mit dem Tod hinweisen. Ansonsten wurde noch des Öfteren die Länge kritisiert, ansonsten gab es bis auf Einzelaspekte, z.B. wenn die Technik nicht funktionierte oder keine Reanimationspuppe vorhanden war, nur wenig an der eigentlichen Schulung auszusetzen. Ein Befragter schlug vor, Übungspuppen mit Armen und Beinen auszustatten, damit auch die stabile Seitenlage geübt werden kann. Ansonsten gab es vereinzelt leichte Kritik an den Videos:

> *„Die Darsteller im Film musste dabei an meine Mutter denken!"* – *„Die Dramatische Hintergrundmusik"*

Abschließend sei an dieser Stelle noch ein möglicherweise nicht ernst gemeinter Kritikpunkt zitiert: *„Dass ich kein Bier dabei trinken durfte"*.

5.3.4. Extra-Stichprobe in Haft

Da deutlich wurde, dass viele Fragen von inhaftierten Klient:innen nicht beantwortet werden konnten, wurde nach etwa einem Jahr Laufzeit, im November 2022, ein spezieller Evaluationsfragebogen für diese Zielgruppe erstellt. Dabei ist zu beachten, dass, auch nachdem der JVA-Fragebogen verfügbar gemacht wurde, nicht alle inhaftierten Geschulten den für sie vorgesehenen Fragebogen ausfüllten. Es handelt sich hier also um eine Kurzauswertung eines Teils der in JVAs untergebrachten Personen (insgesamt n=45), die eine Naloxon-Schulung erhalten haben. Diese Befragten müssten also der in 5.3.1 genannten Gesamtzahl der Geschulten, die einen Fragebogen ausfüllten, hinzugerechnet werden.

37 der 45 Personen (82%) sind in Nordrhein-Westfalen ansässig, sechs in Bayern und zwei in Baden-Württemberg. Sie sind im Schnitt 36,8 Jahre alt (Spanne: 21-54 Jahre). Etwas mehr als die Hälfte (53% bzw. n=24) sind männlich, die übrigen 21 weiblich. Knapp die Hälfte (n=21) wurde durch die JVA selbst auf NALtrain aufmerksam, insgesamt 14 durch die Sucht-/Drogenhilfe und 7 durch einen Arzt bzw. eine Ärztin. 19 Personen (42%) hatten schon einmal eine Überdosis; von diesen wurde knapp der Hälfte (n=8) auch Naloxon verabreicht. 27 Personen waren mindestens einmal bei einer Überdosis einer anderen Person anwesend, wobei behauptet wird, dass nur in vier Fällen auch sicher Naloxon vergeben wurde (in 15 nicht, bei 8 waren sich die Befragten nicht sicher).

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Die Frage nach der Bewertung der Schulung wurde offenbar von den inhaftierten Befragten im Schnitt besser verstanden als von den übrigen Klient:innen (siehe 5.3.3): jeweils nur eine Person gab bei den einzelnen Bewertungskategorien „sehr schlecht" an und jeweils eine „schlecht". Ohne diese Fälle herauszurechnen, ergeben sich Anteile von 70% (Organisation und Ablauf), 80% (Verständlichkeit), 73% (Kompetenz des Referenten/der Referentin), 68% (persönlicher Eindruck des Referenten/der Referentin) und 73% (Gesamteindruck) für eine „sehr gute" Bewertung. Die Durchschnittswerte auf der fünfstufigen Skala belaufen sich auf 4,4 (Organisation und Ablauf) bzw. 4,6 (alle anderen Kategorien). Die Bewertung fällt mithin insgesamt sehr positiv aus. Das zeigen auch die offenen Antworten, in denen häufig auf den hohen Nutzen hingewiesen wurde; teils zeigte man sich erfreut, dass „*so etwas überhaupt möglich*" ist. Demgegenüber wurden nur selten negative Rückmeldungen („*nicht gefallen*") gegeben. In zwei Fällen bezog sich das auf den Umstand, dass kein medizinisches Fachpersonal bei der Schulung anwesend war. Ansonsten wurden lediglich die Rahmenbedingungen („*unklar wann wirklich Naloxon jeder Drogenabhängige einfach in der Tasche bei sich tragen würde*") und nur einmal die „*für manch einen zu schnelle*" Schulung kritisiert.

5.4. Naloxon-Anwendungen

Es wurden insgesamt 110 Einsätze von Naloxon dokumentiert, die zwischen dem 15. November 2021 und dem 10. April 2024 stattfanden. Zu beachten ist dabei, dass sich diese Anzahl nur auf die mittels der digitalen oder analogen Dokumentationsbögen erfassten Einsätze bezieht. Darüber hinaus fanden (nicht näher zu beziffernde) Anwendungen von Naloxon statt, die aus unterschiedlichen Gründen nicht dokumentiert werden konnten. Zudem ist nicht auszuschließen, dass Klient:innen bei einer Überdosis einer anderen Person Naloxon verabreichten, dies aber nicht weitererzählten. Auch Naloxoneinsätze von Mitarbeiter:innen der Drogenhilfe oder Suchtmedizin wurden hier in aller Regel nicht dokumentiert. Wie unten erwähnt, sind in den hier dokumentierten 110 Fällen dennoch einige Fälle enthalten, in denen Mitarbeitende der betreffenden Person Naloxon verabreichten.

Die Überrepräsentation von Bayern ist bei den Naloxoneinsätzen noch deutlich stärker ausgeprägt als bei den übrigen Dokumentationen bzw. Evaluationen: 84% der dokumentierten Anwendungen (n=91) fanden in Bayern statt. 5% (n=5) waren in Nordrhein-Westfalen, 4% (n=4) in Baden-

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Württemberg, jeweils 3% bzw. n=3 in Hamburg/Schleswig-Holstein und Berlin/Brandenburg/Mecklenburg-Vorpommern. Jeweils einen Fall gab es in Niedersachsen/Bremen und in Sachsen/Sachsen-Anhalt/Thüringen (bei zwei Fällen wurde kein Bundesland angegeben). Knapp die Hälfte der Fälle (47%) fand mittags bzw. nachmittags (12-18 Uhr) statt, weitere 40% abends bzw. nachts (18-6 Uhr) und 7% vormittags (8-12 Uhr).

Bei der Frage nach dem Verhältnis der/des Naloxon Anwendenden zur überdosierten Person wurde am häufigsten Bekannte:r angegeben (42%), gefolgt von Fremde:r (18%), Freund:in (17%) und Partner:in (11%). Hinzu kommen vier Personen, die unter „sonstiges" als „Klient:in" angegeben wurden. Außerdem war eine der Anwenderinnen aus der Familie/Verwandtschaft, vier Personen aus der professionellen Hilfe (Sozialarbeiter:in/Drogenberater:in/Betreuer:in der Wohngruppe), bei einem Fall wurde „*Eigenmedikation*" angegeben und bei zweien „*keine Angabe*".

Das Setting, in dem die Überdosis stattfand, verteilt sich etwa gleichmäßig über private und öffentliche Umfelder. Am häufigsten wurde hier mit 30% „Öffentlichkeit einsehbar" (z.B. Straße oder offene Grünfläche) angegeben, gefolgt von „eigener Wohnung" (26%), „andere Wohnung" (20%) und „Öffentlichkeit versteckt" (z.B. Tunnel oder Gebüsch; 16%). Unter den 7% sonstigen Angaben (n=8) wurde viermal eine Einrichtung der Drogenhilfe und einmal eine betreute Wohngruppe genannt, außerdem einmal eine öffentliche Bahnhofstoilette und einmal ein Waschraum in einer Pension (plus einmal „keine Angabe").

In 57% der Fälle wurde ein Notarzt bzw. eine Notärztin gerufen, in 40% nicht („weiß nicht": 3%). Hier lohnt sich ein Vergleich mit dem Setting: Wenn der Notfall in einer privaten Wohnung stattfand, wurde in 33% der Fälle ein:e Mediziner:in gerufen, im öffentlichen Bereich in 76% der Fälle. Hier besteht ein statistisch signifikanter Unterschied (Chi^2=23,7; p<0,001). Auch was das Verhältnis der anwendenden Person zum/zur Geretteten angeht, liegt trotz kleiner Stichprobe ein signifikanter Unterschied vor: bei Partner:innen (33%) oder Freund:innen (37%) wurde seltener ein Arzt bzw. Ärztin gerufen als bei Bekannten (59%), Fremden (80%) oder anderen Personen (75%%; Chi^2=52,0, p<0,001).

Bei denjenigen, die keinen Notarzt gerufen hatten, wurde mittels einer offenen Frage gefragt, warum dies nicht erfolgte (Mehrfachnennungen möglich). Mit Abstand am häufigsten (n=25) wurde eine Antwort nach dem Muster gegeben, dass es wegen der guten Wirkung des Naloxons bzw. der schnellen Erholung des/der Betroffenen nicht für nötig befunden wurde, sich weitere Hilfe zu holen, teils mit dem Hinweis, dass der/die

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Überdosierte in guter Betreuung war. Dabei zeigt sich eine breite Spanne von offenbar weniger schweren Überdosisfällen (z.B. „*Naloxon wurde vorsorglich gegeben, Atmung + Vitalwerte stabil, Patient bei Bewusstsein, wach und nicht entzügig*“) bis hin zu möglicherweise schwereren Fällen – so wurde z.B. einmal angegeben: „*war sofort wieder ansprechbar, Patientin meinte, sie hätte kein Naloxon gebraucht. Anwender sieht das anders*“. Die Aussage aus einem weiteren Fall deutet noch eher auf eine schwerwiegende Überdosis hin: „*Er kam nach der 2. Anwendung zu sich*“. Insgesamt 13-mal wurde Angst angegeben, insbesondere vor Polizei und Strafverfolgung, teils unter Erwähnung möglicher Stigmatisierung. Zudem wurde in sechs Fällen berichtet, dass der/die Betroffene selbst keinen Notarzt/-ärztin wollte. In drei Fällen wurde angegeben, dass der/die Anwendende kein Handy oder sonstige Kontaktmöglichkeit hatte, um weitere Hilfe zu holen. Ansonsten gab es einige Einzelnennungen, davon nur eine, die auf die Übergabe in medizinische Hilfe verwies: hier brachten die Eltern den Betroffenen nach Naloxongabe ins Krankenhaus.

Mittels offener Frage wurde nach den Erfahrungen mit dem Notarzt bzw. der Notärztin gefragt. In 61 Fällen wurde hier eine Angabe gemacht. Von einer Mehrheit (n=31) wurden hier explizit positive Erfahrungen gemacht, teils mit der Anmerkung, dass das betreffende Personal sehr freundlich war. Demgegenüber wurde in lediglich sieben Fällen von gleichgültigen, unfreundlichen oder auch sich gegenüber den Konsumierenden abwertend äußernden Ärzt:innen berichtet. In neun Fällen wurde betont, dass die medizinische Hilfe schnell zur Stelle war und ebenfalls neun Personen gaben an, dass der Arzt bzw. die Ärztin die helfende Person für die Verwendung des Naloxons lobte. In sechs Fällen wurde eine eher lange Wartezeit kritisiert und bei drei Naloxoneinsätzen hatte der/die Mediziner:in „keine Ahnung“ von Naloxon; teilweise waren sie aber vor Ort positiv von dieser Möglichkeit überrascht. Zweimal sagte der jeweilige Notarzt explizit, dass der/die Klient:in ohne Naloxon wohl verstorben wäre. Siebenmal wurde darauf verwiesen, dass die Polizei auch vor Ort war, was aber in einem Teil der Fälle als unproblematisch wahrgenommen wurde. In einem anderen Fall gab ein Helfer Folgendes zu Protokoll:

> „*Ist in den letzten Jahren voll o.k. geworden. Kommt keine Polizei mehr mit. Notarzt war nett und freundlich. Hab ihm gesagt das ich Naloxon gegeben habe. Sie haben sie dann noch mit genommen zur Beobachtung da meine Freundin schon wieder wach war. Hatte Ihr 2 mal das Nasenspray gegeben.*“

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Es lässt sich also festhalten, dass in der Mehrzahl der Fälle gute Erfahrungen mit dem notfallmedizinischen Personal gemacht wurden. Vereinzelt wurde bei dieser Frage auf eine fehlende Compliance seitens der geretteten Person hingewiesen, wie etwa in diesem Fall:

> *„Patientin ist nach 3. Naloxonspray erwacht & vor Eintreffen des Rettungswagen abgehauen. Ich habe sie begleitet, konnte den Rettungswagen aber nicht zu ihr lotsen.“*

Tabelle 9 zeigt die (Mehrfach-)Antworten auf die Frage, welche weiteren Maßnahmen außer der Gabe von Naloxon angewendet wurden. Am häufigsten wurden die Betroffenen in die stabile Seitenlage gebracht; in vier von fünf Fällen wurde eine Herzdruckmassage und in etwas weniger Fällen Beatmung ausgeführt. Das ist deshalb erstaunlich, da Herzdruckmassage in der Regel im Wechsel mit Beatmung ausgeführt werden sollte und Atemstillstand das wichtigste Symptom für eine lebensbedrohliche Opioidüberdosis ist. Tatsächlich haben 28% derer, die eine Herzdruckmassage ausgeführt haben, den/die Betroffene(n) nicht beatmet.

Tabelle 9: Naloxon-Anwendungen: Welche Maßnahmen außer Naloxongabe? (%; n=108)

Maßnahme außer Naloxongabe	**Prozent**
Stabile Seitenlage	59
Herzdruckmassage	40
Beatmung	36
keine	14
Anderes	11
weiß nicht	3

14% gaben an, keine weiteren Maßnahmen durchgeführt zu haben, 3% wissen es nicht. Unter den 11% sonstigen Antworten (n=12) wurde dreimal Atemkontrolle genannt und zweimal ein Schmerzreiz gesetzt. Weitere zweimal wurde Kühlung erwähnt, einmal davon „*mit eiskaltem Wasser begossen*“ – eine laut Expert:innen verbreitete Fehlannahme für eine angeblich geeignete Maßnahme nach einem Drogennotfall.

Danach gefragt, wer die überdosierte Person nach der Naloxongabe betreute (Mehrfachantworten; n=108), wurde von 44% der/die Naloxonan-

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

wender:in genannt und von 43% ein Notarzt bzw. eine Notärztin. 16% nannten eine andere Person aus der Drogenhilfe und 17% „jemand anderen". 3% wurden „nicht weiter betreut" und eine Person gab hier „weiß nicht" an.

Schließlich wurde gefragt, wie es der mittels Naloxon geretteten Person nach der Überdosis weiter erging (soweit bekannt). Abgesehen von 26 Personen, die hier keine Angabe machten, gaben 22 an, nicht zu wissen, wie es der Person ergangen sei. In 20 Fällen wurde gesagt, dass es der Person „*gut*" gehe, in weiteren 14, dass es ihr ähnlich wie vorher bzw. „*normal*" gehe. Vier Befragte wiesen explizit darauf hin, dass die Person „*noch abhängig sei*". Demgegenüber gaben drei an, die Person sei vorsichtiger mit dem Drogenkonsum geworden und zwei meinten, sie hätte den Opioidkonsum eingestellt. In jeweils zwei Fällen wurde nach dem Notfall eine Substitution aufgenommen bzw. die Substitution eingestellt. Fünfmal wurde betont, dass die Person arbeite und eine Wohnung habe. Zwei der mit Naloxon geretteten Personen seien mittlerweile verstorben.

Abschließend wurde noch eine offene Frage nach Besonderheiten des Falles gestellt. Bei Durchsicht der Antworten fällt auf, dass insgesamt siebenmal darauf hingewiesen wurde, dass zwei Naloxonsprays benötigt wurden, um die jeweilige Person wach zu bekommen, teils mit dem Hinweis, dass das Spray zu niedrig dosiert sei. Andererseits wurde mehrfach betont, dass Naloxon sehr gut und teils auch sehr schnell wirke:

> „*Ich bin dankbar, dass ich das Medikament habe. Und ich werde es weiter machen wie ich es gemacht habe. Jeder bekommt meine Hilfe.*" – „*Naloxon hilft wirklich, davor habe ich nicht daran geglaubt aber das ist ein Wundermittel.*"

5.5. Qualitative Interviews mit Mitarbeiter:innen und Ärzt:innen

Ergänzend zu den quantitativen Befragungen wurden Mitarbeitende und Ärzt:innen mit Leitfadengestützten Interviews zur Umsetzung von NALtrain befragt. Diese Erhebung und Auswertung soll ein besseres Verständnis der quantitativen Daten bieten und ergänzt das zuvor Beschriebene.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

5.5.1. Stichprobe

Zwischen Juli 2022 und Dezember 2023 wurden insgesamt 14 Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Drogenhilfe und Suchtmedizin geführt, fünf davon vor Ort, der Rest über eine Online-Anwendung. Ähnlich wie die Verteilung der Trainings und Schulungen waren sie regional ungleich gewichtet: Fünf Interviews wurden mit Personen aus Bayern durchgeführt, vier der Befragten kamen aus Baden-Württemberg, zwei aus Nordrhein-Westfalen und je eine(r) aus Niedersachsen, Berlin und Hamburg. Dabei war ein breites Spektrum an Angeboten vertreten, wobei die niedrigschwellige Drogenhilfe am häufigsten vertreten war, aber auch klassische Drogen-/Suchtberatung, Betreutes Wohnen, Substitution, Entzug und JVA. Die meisten Befragten haben nicht nur Klient:innen geschult, sondern auch Trainings für andere Mitarbeiter:innen durchgeführt.

5.5.2. Vorgeschichte und Einstieg in das NALtrain-Projekt

Einige der berücksichtigten Einrichtungen hatten bereits vor Beginn des Projekts Erfahrungen mit Naloxon: Mehrere Befragte berichten, bereits 2017 oder 2018 erste Schulungen mitgemacht zu haben. Teilweise fanden diese im Rahmen des 2018 in Bayern implementierten Modellprojekts „BayTHN" statt, wobei nicht nur Mitarbeitende aus Bayern, sondern in einem Fall auch eine Kollegin aus Baden-Württemberg geschult wurde. Aber auch außerhalb dieses Projekts fanden erste Versuche mit dem Opioidantagonisten statt. Mehrheitlich berichten die befragten Expert:innen aber darüber, dass NALtrain der Beginn der aktiven Beschäftigung mit Naloxon war, selbst wenn es vorher schon einmal Thema war.

> *„Vorher war es so ein bisschen in Vergessenheit geraten, man wusste halt, damals, wurde einem gesagt, es gibt dieses Nasenspray bald. Das war so meine letzte Info dazu, aber irgendwie, als es dann da war, hat es keiner so richtig mitbekommen von uns. War irgendwie so aus den Köpfen halt. Vielleicht auch noch mal ein guter Weckruf für uns, weil auch wir haben ja blinde Flecken als, als Professionelle."*[1]

Mehrere Befragte geben eine hohe persönliche Motivation dafür an, sich selbst am Projekt zu beteiligen, zumeist mit dem Hinweis darauf, dass Le-

1 Aus Gründen der Anonymität von Personen und Standorten sind den wörtlichen Zitaten keine weiteren Angaben hinzugefügt.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

ben gerettet werden kann. In einigen Fällen hatte man sich – abgesehen von den o.g. Vorerfahrungen – z.B. mittels Literatur auf das Thema vorbereitet.

5.5.3. Trainings für Mitarbeitende

Die Befragten hatten allesamt zuvor mindestens einmal selbst an einem Training teilgenommen, was durchweg positiv bewertet wurde. Fragen wurden den Expert:innen aber in erster Linie zu den Schulungen gestellt, die sie selbst durchgeführt haben. In den hier berücksichtigten Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe wurden jeweils (fast) alle Kolleg:innen geschult, so dass sie Schulungen für Konsumierende durchführen können. Eine Mitarbeiterin einer Institution mit unterschiedlichen Zielgruppen berichtet sogar, dass *„jeder neue Mitarbeiter, Mitarbeiterin, egal in welchem Arbeitsfeld, von mir eine kleine Einführung bekommt und mir wichtig ist, dass jeder Mitarbeitende hier weiß, wo es hier im Haus Naloxon gibt.*" Trainings für alle Mitarbeiter:innen konnten in anderen Einrichtungen, etwa Entzugsstationen oder JVA, hingegen nicht durchgeführt werden. Die Rekrutierung wurde, sofern es die verfügbare Arbeitszeit zuließ, überwiegend als relativ einfach beschrieben. Viele Mitarbeitende hatten ohnehin schon Notfalltrainings bzw. Erste-Hilfe-Kurse absolviert, wodurch ein Bewusstsein für die Thematik vorhanden war. Allein aus diesem Grund, also der Aussicht, selbst im Notfall besser helfen zu können, war in den meisten Fällen bereits eine Motivation zur Teilnahme vorhanden, und die Aussicht, Klient:innen ebenfalls zu befähigen, trug zusätzlich dazu bei. Ein Befragter fügte hinzu, dass die Motivation zur Teilnahme noch höher ist:

> *„wenn man das schon mal gesehen hat. Wenn man es anwendet, das ist ja fast schon wie ein Spuk. Wenn das gut funktioniert, dann ist innerhalb von kürzester Zeit, ist der wieder da und ansonsten geht es schlecht aus. Also der Benefit ist gut und drum ist die Motivation natürlich dann schon entsprechend da.*"

In der Regel hielten sich die NALtrain-Trainer:innen an die zur Verfügung gestellten Materialien, die auch durchweg positiv bewertet wurden. Hervorgehoben wurde z.B., dass man sich als Trainer:in bzw. schulende Person nicht selbst um die Inhalte kümmern müsse. Es wurde aber auch mehrfach von einer gewissen Flexibilität bei den Trainings gesprochen, etwa was praktische Übungen angeht. In einem Fall wurde z.B. die stabile Seitenlage an einem Teilnehmer demonstriert, was der Befragte bei

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

einer Klient:innen-Schulung nach eigenen Angaben nicht gemacht hätte. Über eine gänzlich andere Abweichung berichtet ein weiterer Experte: Er verweist darauf, dass die Empfehlungen des Projektes zum umgehenden Rufen medizinischen Personals in seiner Einrichtung (betreutes Wohnen) so nicht umsetzbar seien, was er auch in den Trainings thematisiert hatte.

Ein wichtiger begünstigender Faktor dafür, dass das Projekt in einer Einrichtung erfolgreich durchgeführt wurde, ist die Bereitschaft seitens der Leitungsebene. So wird z.B. aus einer suchtmedizinischen Einrichtung berichtet, dass sowohl die Leitung als auch die mittlere Hierarchieebene und die Mitarbeitenden vor Ort von Beginn an voll hinter dem Projekt standen, was letztlich zu einer Vielzahl an Schulungen und Nasenspray-Ausgaben führte.

Als Problem im Zusammenhang mit den Trainings für Mitarbeiter:innen wird von einem Befragten Folgendes genannt:

> *„…der tatsächliche Transfer, dass die Leute, die die Schulung gemacht haben, dann auch wirklich sofort anfangen, Einzelschulungen zu übernehmen. Also da haben wir das Problem, dass das dann gestockt hat, dass eigentlich nur zwei Leute dran waren, die es wirklich dann auch gemacht haben.“*

Auch andere Befragte nennen derartige Motivationsprobleme bei manchen Kolleg:innen. Begründet wurde dies u.a. mit der sonstigen Arbeitsbelastung bzw. der Einschätzung, zu nichts anderem zu kommen, was außerhalb der üblichen Tätigkeiten liegt. Für die Zurückhaltung mancher Mitarbeitender hatte ein weiterer Befragter eine weitere Erklärung:

> *„Nicht jedem liegt es, Dinge zu vermitteln. Ja, und, ja vielleicht auch so ein bisschen Angst. Ist ja grundsätzlich erst mal so ein bisschen Angst, vielleicht irgendwas verkehrt zu machen.“*

In manchen Institutionen wurde eine solche Anzahl ‚zögerlicher' Kolleg:innen dadurch wettgemacht, dass so viele Mitarbeitende wie möglich trainiert wurden – in einem Fall wird erwähnt, dass sämtliche Kolleg:innen bereits ein Training durchlaufen haben. Dadurch wird garantiert, dass auch ausreichend Schulungen für die Klient:innen durchgeführt werden.

> *„Wissen ist nie verkehrt. Und ob ich das jetzt für zwei, drei mache oder dass zehn Leute sitzen, ist im Grunde genommen egal. Der Aufwand ist derselbe.“*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Was die Bewertung der Trainings seitens der trainierten Mitarbeiter:innen betrifft, so wird überwiegend von positiven Reaktionen berichtet, etwa was Ablauf und Materialien angeht. Kritikpunkte bezogen sich ausschließlich auf die Diskrepanz zwischen in der Schulung anberaumten Aktivitäten und der konkreten Umsetzbarkeit vor Ort, insbesondere was die Bereitstellung von Rezepten und Nasensprays betrifft, in diesem Fall in einer Einrichtung mit ausschließlich Personal aus Sozialer Arbeit.

> *„Da wurde auch dieses gesagt, da holen wir uns jetzt einen Arzt und dann lesen wir alle unsere Karten da ein, da gehen wir rüber zur Apotheke, und so, das wurde, immer, das klang immer so schön... Es gab aber auch welche, die haben gesagt, das ist utopisch. Das ist null umsetzbar, das ist vielleicht in einem Kontaktladen, der noch eine andere Möglichkeit hat als ein Arzt vor Ort. Haben wir ja gar nicht, wir haben kein medizinisches Personal."*

5.5.4. Schulungen für Klienten und Klientinnen

In den Interviews wurde überwiegend nach den Schulungen für Klient:innen gefragt. Dabei haben sich unterschiedliche Themen herauskristallisiert. Häufig beschrieben wurde die (1) *Ansprache und Rekrutierung* der Klient:innen. Wichtig war außerdem (2) *Form und Ablauf* der einzelnen Schulungen. Bezugnehmend auf die teilnehmenden Klient:innen wurden deren (3) *Motivation* und deren (4) *Bedenken und Hindernisse* beschrieben. Abschließend wird noch auf (5) *strukturelle Herausforderungen* eingegangen.

Ansprache und Rekrutierung

Alle Befragten haben bereits Klient:innen geschult. Dabei wird über überwiegend ähnliche Mittel berichtet, um die Klientel auf die Schulungen aufmerksam zu machen: In den meisten Einrichtungen wurden Poster aufgehängt und Flyer bereitgehalten, was als sinnvolle Unterstützung betrachtet wurde, ebenso wie eigene Aushänge über bevorstehende Termine. Entscheidender Faktor war aber nach nahezu einhelliger Aussage das persönliche Gespräch:

> *„Aushänge sind so ein Ding. Unsere Klienten gucken einmal kurz drauf und dann ist es wieder aus dem Kopf raus. Deswegen machen wir es dann immer über die Gespräche. Die direkt dann auch am besten funktionieren."*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Unabhängig von der Art der Einrichtung waren also direkte Ansprachen potenzieller Kandidat:innen die mit Abstand wichtigste Art, Personen zur Teilnahme zu motivieren. Teilweise wirken auch Interaktionsdynamiken der Klientel untereinander positiv verstärkend auf die Bereitschaft zur Teilnahme:

> *„Also dass zum Beispiel an einem Tisch, wo mehrere Klientinnen und Klienten sitzen, eine Person sagt: Ja, habe ich schon gemacht, brauche ich nicht noch mal, aber war super. Und dann sagt eine andere Person: Hey, was ist denn dieses Naloxon, zum Beispiel? Also das ist eine Situation und dann fängt man an, das nochmal aufzuklären"*

Schwierigkeiten bei der Ansprache werden vor allem im Hinblick auf die oftmals mangelnde Zuverlässigkeit der Betreffenden berichtet, weshalb – abgesehen davon, dass manche Klient:innen spontan Einzelschulungen besuchten – z.B. bei vereinbarten Terminen diejenigen geschult wurden, die gerade anwesend waren.

Eine Befragte erwähnt, dass sie der Ansprache von Klient:innen eine persönliche Note gab, um die Bereitschaft zu erhöhen:

> *„… dass ich gesagt habe: Ich möchte, dass du das weißt. Ich möchte, dass du Naloxon hast, und mir wäre wichtig, dass ich dich darüber informiere, damit dir geholfen wird, damit du helfen kannst. Manchen habe ich auch gesagt, komm mach doch mir zuliebe mal mit. Das war mir wichtig, die Leute zu animieren."*

Ansonsten wurde zur Motivation in erster Linie die Möglichkeit betont, Leben retten zu können. Da allen Angesprochenen das Überdosisrisiko bekannt ist, reichte es oftmals, eben dies besonders zu betonen, teils wiederum mit persönlicher Ansprache. So berichtet eine Befragte, dass sie Frauen darauf ansprach, dass sie oft an einem einschlägigen Szene-Ort sind, wo sie immer wieder Überdosen mitbekommen. Die angesprochene Möglichkeit, hier helfen zu können, war das entscheidende Argument. Generell war die oftmals persönliche Erfahrung mit Überdosen anderer das alles andere überschattende Argument zur Teilnahme.

> *„…die haben nahezu alle mindestens einmal erlebt, dass… bei dem einem war es die Freundin, bei dem anderen waren es zwei Leute, dass es tödlich enden musste. Wo sie zuschauen mussten, und sie konnten nichts machen."*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Form und Ablauf

Die Schulungen fanden in unterschiedlicher Frequenz statt: während man in manchen Institutionen darauf bedacht war, eine gewisse Regelmäßigkeit aufkommen zu lassen, wurden in anderen, z.B. niedrigschwelligen Einrichtungen Schulungen nicht selten dann spontan durchgeführt, wenn seitens Mitarbeitenden und Klient:innen gerade Zeit verfügbar war. Während dies in der Regel Einzelschulungen waren, gab es auch in solchen Einrichtungen geplante Schulungen mit mehreren, bis zu 20 Teilnehmenden. Diese Gruppenschulungen waren in der Regel auch länger, teils über eine Stunde lang, vor allem, wenn praktische Übungen zur Wiederbelebung eingebaut wurden. Einzelschulungen wurden hingegen teils in weniger als 20 Minuten absolviert, was gerade bei Personen in schlechtem psychischem und physischem Zustand auch ungefähr dem entspricht, was maximal möglich ist. In mehreren Einrichtungen hatte man sich daher komplett auf solche Einzelschulungen konzentriert:

> *„Das Problem ist, unsere Leute haben überhaupt keine sehr lange Aufmerksamkeitsspanne hier, nicht länger als 20 Minuten, da wird's bei vielen schon kritisch. Deswegen haben wir probiert, das eher über die Schiene zu machen, und ich habe alle meine Kolleginnen dann einfach geschult."*

Ähnliche Erfahrungen wurden aus der Entgiftung berichtet, wo die Aufmerksamkeit wegen der Begleiterscheinungen der Entgiftung oft eingeschränkt ist. Andere Befragte hingegen gaben an, dass sie auch bei Einzelschulungen eher bis zu einer Stunde beschäftigt sind, weil sie es anders nicht für möglich halten. Während solche Kurzinterventionen mit Einzelpersonen den Vorteil haben, auch spontan durchgeführt werden zu können, wurden aber auch für die Gruppenschulungen positive Aspekte benannt, insbesondere positive Gruppendynamiken, die durch den Austausch über eigene Erfahrungen mit Drogennotfällen zustande kam. Einige Befragte äußerten sich auch besonderes positiv über die Möglichkeiten und teils positiven Dynamiken von Gruppenschulungen:

> *„In der Kurzintervention kommen wir nicht so gut… kann man nicht so in diesen Austausch kommen wie in der Gruppenschulung. Dass wir über Risikosituationen reden. Dass wir darüber sprechen, ja, dass wir so in den Austausch kommen. Also das ist im Gruppensetting einfach viel umfangreicher, in kürzerer Zeit die wichtigsten Infos zu übermitteln."*

Das von NALtrain zur Verfügung gestellte Material für die Schulungen wird durchweg positiv bewertet; dies betrifft neben dem Manual und

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

den übrigen Schulungsmaterialien insbesondere die Filme bzw. Videos, die mehrfach explizit als zusätzlich in die Schulung eingebaute Elemente erwähnt werden.

> *„Ich habe ja damals selber die Schulung in X gemacht und da haben wir ja die ganzen Unterlagen bekommen und die Links. Und ich finde, da kann man schon… eigentlich sind es alle Informationen, die man braucht" – „Die Videos, die kommen sehr gut an. Also das ist der Lieblingsteil an der Schulung. Aber auch die Präsentationen, also die, die verwende ich gerne."*

Bei Gruppenschulungen wird häufig ein basaler Erste-Hilfe-Kurs mit integriert, der an manchen Standorten von professionellen Sanitäter:innen durchgeführt wird, an anderen – den Bedingungen angepasst – von den Schulenden selbst:

> *„Wir machen erst mal in Anführungszeichen den Erste-Hilfe-Kurs. Das darfst du niemandem erzählen beim Roten Kreuz, so vom Umfang [lacht]. Also der super, super rudimentär pragmatische Erste-Hilfe-Kurs (…) Einfach mit dem Hintergrund, dass wir sagen „Okay, damit kannst du immer helfen". Auch wenn das jetzt nichts mit Opioiden zu tun hat, vielleicht überhaupt nichts mit Intoxikation zu tun hat, ist es immer sinnvoll, diese Sachen, dieses Schema durcharbeiten zu können. Bist du immer gut unterwegs mit. Und dann kommt so der Joker obendrauf, dann machen wir den Naloxon-Teil dahinter."*

Für die Erste-Hilfe-Übungen wird es mehrfach als hilfreich beschrieben, wenn eine Puppe bzw. Dummy zur praktischen Übung von Reanimationsmaßnahmen zur Verfügung steht, was in manchen Einrichtungen der Fall ist. Zudem wird es als hilfreich beschrieben, wenn bei einer Schulung Fachpersonal aus dem Rettungsdienst mitwirkt, da es ganz anders auf die Klient:innen wirke als wenn die Schulenden aus der Drogenhilfe die Erste-Hilfe-Übungen vorführen.

Auch sonst wird mehrfach erwähnt, dass die genaue Ausgestaltung der Kurse den Gegebenheiten und der konkreten Situation und den geschulten Personen angepasst wird, was als unproblematisch beschrieben wird. Abweichungen vom empfohlenen Ablauf werden beispielsweise von einer Befragten benannt, die mit Haftentlassenen zu tun hat. Hier wurde in der Praxis zunächst nachdrücklich auf die Gefahren der Abnahme der individuellen Toleranz gegenüber Opioiden abgehoben, da dies ein besonderes Überdosisrisiko bei solchen Personen darstellt.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Motivation der Klientel

Mehrfach geben die Befragten an, dass diejenigen, welche dann tatsächlich an den Schulungen teilnahmen, auch eine hohe Motivation an den Tag legten; begründet wurde dies damit, dass es um ein Thema geht, zu dem praktisch jeder bzw. jede eigene Erfahrungen hat und sich die Schulung um ein für sie wichtiges Thema drehte, sie also als Fachleute für ihre Lebenswelt angesprochen wurden. Daher waren viele Schulende selbst davon überrascht, wie lange viele Klient:innen einer Schulung folgen konnten.

> *„Das haben die Klienten wirklich mit uns durchgezogen, also auch anderthalb Stunden. Hätte mich vorher jemand gefragt, hätte ich gesagt, oh Gott nee, die hören so lange gar nicht zu. Aber da habe ich unsere Klienten unterschätzt. Und es war auch ein Miteinander. Es war sowohl beim Thema Erste Hilfe als auch dann beim Thema Überdosierungen, habe ich oft die Experten vor mir gehabt und muss ich denen jetzt was dazu erzählen…"*

Hier wird deutlich, dass die Schulenden selbst sich angesichts der teils höheren Expertise der Klientel etwas merkwürdig vorkamen. Dass sich die Klient:innen mit ihrem spezifischen Wissen über Drogennotfälle wertgeschätzt und ‚abgeholt' fühlten, äußert sich auch darin, dass oftmals „Geschichten von früher" aus entsprechenden Situationen erzählt wurden, bei denen zuweilen über beeindruckend „heroische Selbsthilfe-Situationen" berichtet wurde – zu Zeiten, als noch kein Take-Home-Naloxon verfügbar war. Ebenfalls überraschend für viele Trainer:innen war, dass relativ viele Fragen gestellt wurden – etwas, was sie aus dem sonstigen Umgang mit ihren Klient:innen weniger kennen.

Begünstigend für die Motivation wirkten insbesondere die praktischen Übungen zur ersten Hilfe, mit Puppen oder realen Personen, die auch im Hinblick auf geringe Aufmerksamkeitsspannen hilfreich sind. Zudem trug der bloße Umstand, sich als Person wertgeschätzt zu fühlen, zu einer erfolgreichen Schulung bei. Symbolisch wurde dies in manchen Einrichtungen durch Urkunden verdeutlicht, die gerne angenommen wurden.

> *„Die Leute sind froh und dankbar und auch ein bisschen stolz, weil ihnen halt endlich mal jemand etwas zutraut, was Sinnvolles zu tun. (…) Die kriegen dann ja auch so eine Art Urkunde, dass sie mitgemacht haben, die wollen dann auch eine Folie dafür. Wann kriegen die sowas schon, also das ist schon Wertschätzung, die die da erfahren."*

Ähnlich motivationsfördernd war die Ausgabe der Dosen mit Nasenspray und weiterem Zubehör, das allerdings den Schulenden ohnehin zumeist

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

sehr wichtig war, da erst das Nasenspray eine konkrete Hilfe im Ernstfall garantiert. Eine andere Befragte erwähnte den Eindruck, dass die Klient:innen sich „*auf Augenhöhe*" fühlten, was sonst nicht oft der Fall sei. Wie bereits weiter oben anklang, ist Letzteres offenbar ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Schulungen. So gab ein Mitarbeiter auf die Frage, wie die Teilnehmenden bei Laune gehalten werden, Folgendes an:

> *„Ich glaube, es sind eher die Kleinigkeiten. Die Sprache, die wir verwenden, vielleicht auch mal irgendein flacher Gag, der dann immer wieder kommt (...) Ich glaube, dass sie sich schon wohlfühlen in der Schulung. Das hatte ich jetzt bis jetzt zumindest noch nicht, dass jemand irgendwie dasitzt und so gar keinen Bock hat, sondern eher Leute, die gerade ein bisschen zu viel oder zu wenig konsumiert haben."*

Schließlich ist es ein für Motivation und Erfolg der Schulungen förderlicher Faktor, wenn die Klient:innen am Ende tatsächlich ein Naloxon-Nasenspray, möglichst inklusive Zubehör, mitnehmen können. Dies ist nicht in allen Einrichtungen gewährleistet und von Finanzierung und Zusammenarbeit mit Mediziner:innen und Apotheken abhängig. Einen in diesem Sinne optimalen Ablauf schildert ein befragter Mitarbeiter:

> *„…mit dem ganzen Vollservice, dass wir eben uns unterschreiben lassen, so Einwilligungserklärungen, dass wir die Versicherungskarte mitnehmen dürfen. Und dann erledigen wir auch das Fahren zur Praxis, weil es dem Arzt wiederum lieber ist, dass nicht alle einzeln kommen, hinterher (…) Und dann werden die Rezepte ausgestellt und die Apotheke nebenan gibt uns dann das Naloxon mit. Und dann fahren wir eben wieder zurück in die Beratungsstelle und verteilen es da an die Leute, die in der Zeit dann im Idealfall mit der zweiten Trainingsperson das ganze Training gemacht haben."*

Bedenken und Hindernisse bei Teilnehmenden

Der am häufigsten genannte Vorbehalt seitens der Klient:innen ist die Sorge darum, dass Naloxon nicht nur die Überdosis und die Opioidwirkung beenden könnte, sondern Entzugserscheinungen unmittelbar einsetzen. Dies resultiert offenbar aus der lange Zeit üblichen Praxis einer intravenösen Naloxongabe seitens der Rettungsdienste, die tatsächlich stärker und unangenehmer wirkt als das Nasenspray.

> *„Also der größte Mythos, den Naloxon hat, ist, wenn man zu sich kommt, ist man im Turbo-Entzug, leidet stärkste Schmerzen, muss sich sofort um*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

neue Drogen bemühen. Das ist eine Erfahrung, die leider viele haben, wenn sie im Rahmen vom Rettungsdienst im Krankenhaus bekommen haben, weil das dann häufig i.v. gegeben wird, dadurch stärker wirkt und auch in höheren Dosierungen."

Teilweise werden solche Vorstellungen noch dadurch erweitert, dass einzelne Klient:innen Angst davor äußern, dass derjenige, der mit Naloxon gerettet wurde, hinterher auf den Retter „sauer" sei, da dieser ihm „den Trip versaut" habe. Nahezu einstimmig berichteten die Befragten, dass diese Vorstellung der wichtigste Mythos ist, den es in den Schulungen auszuräumen gilt. Daher lag hierauf auch ein Fokus:

„…wo wir dann auch drauf hinweisen, was halt bisher die Rückmeldungen sind von tatsächlichen Einsätzen mit eben genau diesem Präparat, was wir dann auch vergeben. Und das waren ja dann doch relativ entspannte Rückmeldungen, wo die Entzugserscheinungen jetzt nicht als zu krass beschrieben wurden. Dann eher in Richtung "dir wird eine Weile kalt, aber dann wird es auch schnell wieder besser". Dieser gefürchtete Turboaffe, das hat eigentlich niemand beschrieben von den Fällen, die mir jetzt bekannt sind."

Neben diesem Mythos des „Turbo-Entzugs" kursiert noch ein weiterer Mythos, der für manche Klient:innen ein Hindernis darstellen kann, an einer Schulung teilzunehmen: Der Glaube, dass man eine überdosierte Person auch mit der Injektion von Kochsalzlösung retten könne. Hier waren die Mitarbeitenden aber zumeist damit erfolgreich, den Betreffenden diesen Glauben auszureden.

Ebenfalls häufiger genannt wurde, insbesondere im Hinblick auf Klient:innen in Therapieeinrichtungen, aber auch auf Substituierte, dass diese vor einer Schulung zurückschrecken, weil sie nicht mehr mit Opioidkonsum in Verbindung gebracht werden möchten. Teilweise machten sich diese Personen dabei Sorgen um ihre Außenwirkung (dass ihnen, etwa nach einer Entgiftung, Konsum unterstellt werden könne), teilweise war dies aber auch dem Bemühen geschuldet, selbst nicht mehr durch andere Konsumierende ‚in Versuchung' gebracht zu werden.

„Also heikel ist halt immer die Situation, wenn die Leute eigentlich zur Therapie gehen wollen und eigentlich mit Drogen nichts weiter zu tun haben wollen. Und da sag ich ja zum Beispiel immer: na ja, klar wollen sie damit nichts mehr zu tun haben. Aber trotzdem kann es mal passieren, dass sie da am Bahnhof jemanden liegen sehen, und die sind ein Profi und

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

kennen sich da aus, sie haben einen Blick dafür. Und sie stigmatisieren die Menschen nicht wie andere. Und ich versuche die dann halt so zu überzeugen."

Es wurden also Strategien dafür entwickelt, solcher Besorgnis entgegenzuwirken. Andere Befragte berichteten hingegen davon, dass sie solche Sorgen als manifestes Hindernis für einen Teil der Zielgruppe betrachten. Hier spielt auch das Stigma eine Rolle, das mit dem Dasein als intensiv illegale Drogen konsumierende Person verknüpft ist; so haben einige Klient:innen auch Vorbehalte, dass eine Schulungsteilnahme z.B. dem Substitutionsarzt bekannt werden könnte. Eine weitere mit der Illegalität verknüpfte Sorge ist diejenige, von der Strafverfolgung belangt zu werden. Dies betrifft nicht den Willen zur Teilnahme an den Schulungen, sondern u.a. die Thematisierung dessen, dass auch nach einer Naloxongabe medizinische Hilfe gerufen werden sollte.

„… die den Notarzt nicht so rufen, weil die Angst da ist, dass die Polizei mitkommt und es könnte dann irgendwie doch Stress geben. Also ich habe dann auch noch mal wirklich aufgeklärt, dass, selbst im Falle, wenn die Polizei mal mitkommen sollte – also man kann es ja nie zu 100% ausschließen - dass es natürlich wichtig ist, dieses Leben zu retten."

Während dieses Zitat auf eigenen Erfahrungen in einem besonders repressiven Umfeld resultiert, gaben Mitarbeiter:innen aus anderen Standorten konkretere Tipps, wie ein Polizeieinsatz bei einem Notruf vermieden werden kann:

„…das beinhaltet ja die Schulung, dass man da gleich aufklärt, dass man einfach sagt, man muss ja nicht sagen, dass man vermutet, dass jemand ne Überdosis hat, sondern einfach nur sagen ‚Leblose Person' und dann kommt keine Polizei mit."

Eine andere mehrfach geäußerte Sorge hinsichtlich der Strafverfolgung betrifft die Frage, ob Konsumierende Ärger mit der Polizei bekommen könnten, wenn diese bei einer Durchsuchung bei ihnen das Naloxon-Nasenspray findet – auch hier insbesondere in Städten, wo von einem besonders repressiven Umgang der Strafverfolgung berichtet wird. Teilweise hatten die Mitarbeitenden aus diesem Grund das Gespräch mit der Polizei gesucht, um solche Probleme zu verhindern.

Darüber hinaus gab es einige weitere nur vereinzelt genannte Sorgen seitens der Klientel. So äußerten – vermutlich auch im Kontext des ver-

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

breiteten Stigmas – einige Klient:innen Angst zu haben, für ein Leben verantwortlich zu sein. Anderen ist der Zeitaufwand zu hoch, wiederum andere möchten nicht an negative, ggf. traumatisierende Erlebnisse mit Drogennotfällen erinnert werden. Derartige Sorgen konnten häufig von den Mitarbeitenden ausgeräumt werden.

Strukturelle Herausforderungen

Auf die Frage, auf welche Probleme die Mitarbeiter:innen bei der Durchführung der Schulungen stoßen, wurde am häufigsten der Zustand und die Aufmerksamkeitsspanne der potenziellen Teilnehmenden genannt.

> *„Das ist für sie eben eher die Hürde, eine halbe Stunde sich mal Zeit zu nehmen" – „Die sind teilweise schon auch in einem Zustand, der jetzt schwierig ist. Dann schläft jemand immer wieder ein, muss man wieder aufwecken. Oder das andere Extrem, dass die Leute ganz aufgedreht sind und ganz viele Fragen stellen."*

Dabei sei betont, dass derartige Wahrnehmungen nur auf einen Teil der Klient:innen zutreffen, der je nach Einrichtung größer oder kleiner sein kann. Auch hier berichteten die meisten Befragten über Strategien, solche Probleme zu umgehen, etwa, nur kurze Einzelinterventionen durchzuführen, diese aber häufiger. Unabhängig von der Schulungsform wurde von den Mitarbeitenden teilweise auch eine kurzfristige Vorauswahl getroffen:

> *„Klar gucken wir, wer jetzt aktuell da ist und da auch fit genug ist. Klar, wenn da jetzt jemand so mega entzügig oder noch total psychotisch ist, dann nehmen wir den natürlich nicht mit rein"*

Eine Mitarbeiterin, die in erster Linie Gruppenschulungen durchführt, berichtete für diese von umfassenden Maßnahmen, die Teilnehmenden ‚bei der Stange zu halten':

> *„Mit einer Stunde, anderthalb Stunden, die das Training dauert, ist es für den einen oder anderen Klient schwierig… Ähm, man darf bei uns im Kontaktladen rauchen. Wir haben die Rahmenbedingungen so gemacht, auch mit Essen und Trinken, dass das möglichst auszuhalten ist. Aber das war halt… ja irgendwann war auch die Luft raus. (…) einzelne, die währenddessen vielleicht ein bisschen sediert waren oder nicht so gut drauf waren oder auch unruhig wurden. Aber auch das war möglich, da rumzulaufen oder auf Toilette zu gehen. Da konnten wir uns drauf einlassen, auch von der Schulung her."*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Aus einigen Einrichtungen wurde berichtet, dass die relative Hochschwelligkeit ein Hindernis für die Teilnahme von Klient:innen darstelle, da es sich z.B. um Beratungseinrichtungen ohne offenen Cafébereich handle, weshalb es besonders schwierig sei, Kandidat:innen davon zu überzeugen, zum Termin der nächsten Schulung zu erscheinen.

Ohnehin nannten fast alle Befragten die speziellen Lebensumstände der oftmals ganztägig mit der ‚Szene' beschäftigten Klientel als Hindernis, an Schulungen teilzunehmen. Als besonders schwierig bezeichnete eine Expertin diese Problematik für der Sexarbeit nachgehende Konsumentinnen:

> *„Dann kommen sie und sagen: Ja, finde ich total toll, will ich unbedingt machen. Ich gehe kurz eine rauchen, bin gleich wieder da und dann kam die nie wieder oder, ich habe jetzt nur zehn Minuten, dann aber schnell und das geht natürlich auch nicht."*

Neben der generellen Unzuverlässigkeit kann es für viele Klient:innen auch ein Problem darstellen, sich selbstständig das Rezept und/oder das Nasenspray abzuholen:

> *„Also ich glaube, von meinen Leuten hatte mal einer ein Rezept bekommen. Er hat es auch abgeholt, aber wer weiß, ob er jetzt noch wüsste, wo es in seiner Wohnung liegt."*

Aus diesem Grund waren die meisten Einrichtungen auch darum bemüht, Rezepte und auch Nasensprays direkt an die Geschulten auszugeben.

Ohnehin stellte die konkrete Vergabe der Nasensprays eine gewisse Herausforderung dar, allein schon deshalb, weil die meisten Apotheken im Normalfall kein Naloxon vorrätig haben und daher Kooperationen mit Apotheken und verschreibenden Mediziner:innen unerlässlich sind. Günstig ist dabei eine Kooperation mit Substitutionspraxen und -ambulanzen:

> *„Aber das funktioniert eben, wie gesagt, bei uns, bei den Ambulanzen hervorragend. Die sind da sowieso gelistet und krankenversichert und haben dann ihre Krankenkarte vierteljährlich vorliegen. Das heißt, das läuft dann eben auch über die Befreiung. Und die, ja, die arbeiten mit einer bestimmten Apotheke zusammen. Das sind ja die normalen Wege. Also die, die haben nicht zusätzliche Wege, sondern es ist wirklich sehr niedrigschwellig."*

Derartige Konstellationen, in denen Klient:innen von Ärzt:innen oder Ambulanzen ihr Naloxon gemeinsam mit den Substitutionsmitteln erhalten werden, sind aufgrund der beschriebenen Zuverlässigkeitsprobleme sehr

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

von Vorteil. Eine andere beschriebene Konstellation besteht darin, dass Personen mit Take-Home-Substitution sich das Naloxonspray gemeinsam mit ihren Substitutionsmitteln selbst in der Apotheke abholen.

5.5.5. Naloxoneinsätze

Eine Mehrheit der befragten Expert:innen berichtete darüber, dass von ihren Klient:innen bereits mindestens einmal das Naloxon-Nasenspray eingesetzt wurde. Generell wurden dabei gute Erfahrungen gemacht:

> *„Also das Naloxon wirkt in der Tat jedes Mal, wo jetzt ich… ich bin ja erst seit einem Dreivierteljahr da, wo man mitbekommen hat, dass Klientinnen Naloxon einsetzen mussten, hat es immer funktioniert und das ist ja schon mal irgendwie was sehr, sehr, sehr Gutes."*

Teilweise wurde berichtet, dass sich entweder die anwendende oder die gerettete Person nach einem solchen Einsatz beim Personal der Drogenhilfe bedankt. Das Mittel wirkt nach Angaben der Befragten auch immer so, wie es vorgesehen ist:

> *„Das waren ja dann doch relativ entspannte Rückmeldungen, wo die Entzugserscheinungen jetzt nicht als zu krass beschrieben wurden. Dann eher in Richtung "dir wird eine Weile kalt, aber dann wird es auch schnell wieder besser". Dieser gefürchtete Turboaffe, das hat eigentlich niemand beschrieben von den Fällen, die mir jetzt bekannt sind. (…) Und ja, dass jetzt jemand durch die Angst vor Entzugserscheinungen Naloxon nicht anwendet, ist mir jetzt auch nicht zu Ohren gekommen."*

Auffällig ist, dass Befragte aus dem ohnehin bei NALtrain stark überrepräsentierten Bayern von deutlich häufigeren Naloxoneinsätzen berichteten als Mitarbeitende aus anderen Bundesländern. Das könnte daran liegen, dass auch bereits vor NALtrain durch BayTHN viele Klient:innen das Naloxon-Nasenspray haben und es erst jetzt einsetzen.

> *„Das kriegt man ganz oft mit. Also wir kriegen es öfters auch von anderen mit. Es ist nicht immer so, wie es sein soll, dass die dann sofort kommen und von ihrem Einsatz berichten. Wir kriegen es dann oft von anderen mit, die wissen, bei denen da war eine Überdosis und der und der hat dann das Naloxon genommen, also angewandt. Aber dass die dann sofort uns rückmelden, das ist nicht immer der Fall, obwohl man das wirklich immer ganz stark betont bei den Schulungen. Aber es kommt oft vor und letzte*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Woche auch wieder. Da war auch wieder ein Einsatz vor Ort, direkt vor der Einrichtung."

Eine ähnliche Häufigkeit von Naloxoneinsätzen wie diese Befragte – mindestens einmal alle zwei Wochen – wurde auch von anderen bayerischen Mitarbeitenden berichtet. Auffällig ist bei den bayerischen Einrichtungen darüber hinaus, dass die Sorge vor der Polizei besonders groß zu sein scheint, weshalb häufig auch kein Notarzt gerufen wird.

„Also deswegen ja gibt es da dann auch eine weitere Folgeproblematik, dass der Notarzt nicht gerufen wird, dann denken die die erst helfen, ja, passt ja jetzt wieder. Es wird auch immer wieder so berichtet. So ja, der war ja dann wieder wach, oder? Ja, das ging dann an und ich hatte ja dann noch das zweite Naloxon dabei. Hat ja funktioniert beim ersten Mal oder so. Also da gibt es so ja irgendwie eine Hürde, da anzurufen. (…) Also ich habe noch nie eine andere Hürde gehört. Kann ich mir auch nicht vorstellen, dass es eine gibt. Immer an dieser Angst. Wenn die Polizei kommt, kriegen wir Stress, weil wir ja hier gegen die Gesetze verstoßen, weil wir konsumiert haben."

Dass nach einem Naloxoneinsatz kein Notarzt gerufen wird, kommt allerdings auch in anderen Fällen vor. Eine Mitarbeiterin aus einem anderen Bundesland berichtete von bislang drei dokumentierten Naloxoneinsätzen, von denen einer im unmittelbaren Umfeld der Einrichtung stattfand und auch der Rettungsdienst gerufen wurde, bei den anderen beiden hingegen nicht:

„...einfach aufgrund dessen, dass… derjenige kam dann gut zu sich, es war im häuslichen Umfeld und er ist nicht alleine gelassen worden."

Beim Einsatz des Sprays in privaten Umfeldern ist es nicht zu verhindern, dass kein Notarzt gerufen wird, während – wiederum vor allem aus Bayern – im öffentlichen Raum häufig die Sorge vor der Polizei der Grund dafür ist, sich lieber schnell vom Ort des Notfalles zu entfernen. Es wurden teilweise aber auch andere Gründe dafür genannt, keinen Notarzt zu rufen:

„Er sagte, ich habe das gesprüht und hatte das Gefühl, die Person kam auch zu sich und bin dann aber weggelaufen erst mal und habe mich in Sicherheit gebracht und hinterher war der nicht mehr da. (…) Da wäre das wohl gewesen, dass jemand halt so zusammengesackt war und auch nicht mehr ansprechbar oder nicht reagiert hat. Und da hat er dann das Spray

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

verwendet. (…) Er kannte den und sagte, der wäre sowieso immer schon so aggro und er hatte dann wohl Angst."

Schließlich sei die Auffassung einer weiteren Mitarbeiterin angeführt, die für eine bestimmte Substanz angab, dass das Naloxonspray anders als vorgesehen angewendet werden könnte, nämlich nicht als akute Hilfe für eine andere Person, sondern als Selbstschutz:

„*Es gibt allerdings eine einzige Ausnahme, wo ich auch schon gehört habe, dass jemand das bei sich selber angewendet hat, und zwar bei Fentanyl. Fentanyl ist um ein Vielfaches stärker. Und wenn man dann das Gefühl hat, das ist zu viel und dann kommt noch mehr, dass man dann präventiv, bevor es dann wirklich zu viel ist, sich so ein Nasenspray verabreicht. Ich meine, bei Heroin wird das nicht, wird das nicht sein, da wird das nicht passieren, da fällst du direkt um. Also da hast du nicht dieses… Es kommt so langsam eine Welle und du spürst, das wird zu viel.*"

Falls also zukünftig – wie teilweise befürchtet - das Thema Fentanyl eine größere Rolle in entsprechenden Umfeldern spielen könnte, wäre zu prüfen, ob es tatsächlich in manchen Fällen sinnvoll sein könnte, Naloxon vorbeugend einzusetzen, wenn der/die Konsumierende spürt, dass möglicherweise zu viel konsumiert wurde.

5.5.6. Rahmenbedingungen und praktische Umsetzung

Besonders häufig wurde im Hinblick auf die Rahmenbedingungen des Projektes das Thema Rezeptvergabe angesprochen. Es handelt sich um eine zentrale Problematik, was die Vergabe von Naloxon an medizinische Laien angeht. In der Regel haben die Mitarbeiter:innen Kontakt zu Mediziner:innen, die zuverlässig Rezepte ausstellen. Dass Klient:innen eigenständig zu Arzt und Apotheke müssen, um beides abzuholen, wird nur in einem Interview geschildert. In allen anderen Fällen war es so organisiert, dass die Endverbraucher:innen das Spray entweder direkt im Anschluss an die Schulung bekommen oder bei Entlassung (Haft oder Klinik) ausgehändigt bekommen oder gemeinsam mit Sozialarbeitenden zu Arzt und/oder Apotheke gehen. Die konkrete Umsetzung war indes sehr unterschiedlich und stellt die Mitarbeitenden häufig vor Herausforderungen.

„*Im besten Fall lässt der Arzt sich darauf ein, dass ich nach der Schulung ihm die Teilnehmerliste zukommen lasse. Und dann ja. Es passiert unter-*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

schiedlich. Je nachdem wo ich die Trainings mache, wie weit der Arzt weg ist, dass ich dann halt entweder die die Versicherungskarten einsammeln und zum Arzt gehe… gesammelt mit der Teilnehmerliste, damit er sieht, wer wirklich daran teilgenommen hat. Das ist schon... Also da achte ich schon sehr drauf, dass die Leute, dass auch nur Leute, die wirklich diese Schulung gemacht haben, das dann auch verschrieben bekommen."

„Bei uns läuft es eher so ab, dass wir die Betroffenen schulen, und dann ist es so, dass wir sie halt unterstützen, zum Arzt begleiten, wo sie dann das Rezept bekommen und dann bestenfalls noch zur Apotheke begleiten, dass wir wirklich sehen, okay, die haben es jetzt einmal in der Hand."

Damit Klient:innen problemlos an ihr Rezept und Nasenspray gelangen können, ist es hilfreich, Kooperationen mit Arztpraxen einzugehen. Bei den entsprechenden Bemühungen wurden je nach Praxis unterschiedliche Erfahrungen gemacht:

„Manche hatten halt irgendwie Vorbehalte so hinsichtlich, naja, wie, laden wir da nicht unsere Leute ein, irgendwie so ein bisschen dann vielleicht auch zum Beikonsum, wenn wir ihnen jetzt noch irgendwas an die Hand geben, womit sie sich im Zweifelsfall noch irgendwie retten können. Aber andere fanden das eben auch super und waren da auf jeden Fall auch gesprächsbereit. Ja, das lag immer so ein bisschen noch an der Ausrichtung der Praxis, hatte ich das Gefühl. Obwohl zwar irgendwie alle ja auch suchtmedizinisch orientiert sind, haben manche ja trotzdem irgendwie ein anderes Menschenbild nochmal von Menschen, die halt eben auch abhängig sind. Und für manche ist halt eben auch klar, nur die Abstinenz ist das einzig wahre Ziel."

Insofern standen Hilfseinrichtungen oftmals vor der Problematik, viele Praxen anschreiben bzw. ansprechen zu müssen, bis sich eine dazu bereit erklärte, auch für mehrere Personen auf einmal, die eigentlich nicht bei ihnen Patient:in sind, Rezepte auszustellen. Insgesamt gab es fast ebenso viele Berichte über tendenziell ablehnend eingestellte Mediziner:innen wie über solche, die der Naloxonvergabe positiv gegenüberstehen. Dank der Bemühungen des Personals ist es vielerorts möglich, dass Mitarbeiter:innen in kooperierenden Arztpraxen (wenn die Klient:innen zuvor ihnen Zugang zur Krankenkassenkarte gewährt hatten) Rezepte und daraufhin in der Apotheke die Nasensprays abholen. Auch dies ist allerdings zuweilen mit Hindernissen verbunden:

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

„Jetzt ist das eigentlich jedes Mal vorne immer eine andere Arzthelferin und immer ein Erklären, ich komme ja von XY und wir haben doch dieses Projekt und da macht ihre Praxis ja netterweise mit. Und da wollte ich jetzt gerne die Rezepte ausstellen lassen und dann ist immer die Frage, sind die bei uns denn Patienten? Und dann sage ich, weiß ich gar nicht, kann sein, dass die da nicht die Hausarztpraxis sind. Ja, und geht das denn dann? Ja, habe ich so verstanden, dass das so geht. Letztes Mal habe ich dann BTM-Rezepte bekommen, obwohl ich gesagt habe, das sieht jetzt aber komisch aus, ich glaube, das ist nicht richtig. Doch, das ist richtig. Dann sagt die Apotheke, nee, nee, das ist natürlich falsch, da muss man da wieder hin. Also das hakt dann wahrscheinlich jetzt noch zwei, drei Mal, bis ich da oft genug war und die dann auch wissen, wie das funktioniert."

Während an den meisten berücksichtigten Standorten die Teilnehmenden ihr Naloxon über Kassenrezepte erhielten, gab es andernorts teilweise die Möglichkeit, das Spray über ein Privatrezept zu erhalten, etwa im Fall einer Ärztin in einer JVA oder auch in einer niedrigschwelligen Einrichtung, die durch einen externen Zuschuss nicht krankenversicherten Klient:innen Privatrezepte finanziert. Damit die Ausgabe der Nasensprays reibungslos abläuft, ist es im Übrigen vorteilhaft, eine Kooperation mit einer Apotheke einzugehen, wovon einige Expert:innen berichteten:

„Also die Apotheke, die ist fußläufig von hier, dort gehen auch viele Klienten hin, die Apothekenvergabe der Substitution haben. Also ich sag mal grob, diese Apotheke kennt ein Stück weit einige unserer Klientinnen. Also die erzählen uns immer, dass die dort gut behandelt werden. (…) Und ich habe dann einfach immer Bescheid gesagt, wir haben dann und dann ein Training. Könnten Sie bitte 20-mal Naloxon dahaben? Und dann habe ich, dann haben die natürlich gesagt, na ja, was ist, wenn nur zehn kommen, dann haben wir das hier über. In der Regel haben die das nämlich nicht vorrätig oder nicht in der Menge. Und dann habe ich meistens gesagt, wir haben in drei Wochen das nächste Training und dann nutzen wir das auch wieder. Und das war nie ein Problem."

Dass bayerische Einrichtungen so stark überrepräsentiert waren, hängt neben den Vorerfahrungen mit dem bayerischen Naloxon-Projekt offenbar nicht unwesentlich damit zusammen, dass Einrichtungen Landesmittel für die Naloxonvergabe erhalten und u.a. auch Arbeitszeit finanziert bekommen. Es gibt noch andere Standorte, an denen es externe Finanzierung gab, etwa, wie oben erwähnt, für die Rezepte, aber teils ebenfalls für Ar-

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

beitskraft. Neben Landes- und kommunalen Mitteln, wurden von einigen Einrichtungen auch Förderungen durch karitative Stiftungen o.ä. aufgetan. Eine solche Finanzierung ist nachvollziehbarerweise ein wichtiger Faktor dafür, regelmäßig Naloxon-Schulungen durchzuführen. Da diese Mittel begrenzt waren, wurde zumeist darauf geachtet, dass Privatrezepte bzw. davon besorgte Sprays nur an diejenigen Klient:innen ausgeteilt werden, die nicht krankenversichert sind.

Ansonsten erwähnten, was die Rahmenbedingungen betrifft, mehrere Befragte aus kleineren Städten, dass die im Vergleich zu Großstädten deutlich kleinere Zielgruppe und die teils weiten zurückzulegenden Strecken auch die Umsetzung von NALtrain erschweren.

5.5.7. Kritik und Verbesserungsvorschläge

Die am häufigsten geübte Kritik betrifft den Umstand, dass Naloxon verschreibungspflichtig ist. Eine Mehrheit der Befragten nannte dies – trotz der in den vorherigen Abschnitten genannten Kooperationen mit Medizin und Apotheken – als hauptsächliches Hindernis bei der Umsetzung.

> *„… deswegen würde ich mir wünschen, dass Naloxon einfacher verfügbar ist, ohne diesen ganzen Bums drum rum und letzten Endes ausgeteilt wird wie... Spritzen tauschen."*

> *„Ich meine, im Wesentlichen (…) geht es ja um eine Änderung der Verschreibungspflicht oder zumindest eine Änderung der Indikation für die Verschreibung. Und das ist momentan noch so ein enger Rahmen, in dem wir uns da bewegen, dass der Arzt die Ärztin nur bei Opioidkonsum und/ oder Substitution verschreiben kann, nur für diese Person."*

> *„Aber das wäre halt auch ein Wunsch, dass es sich irgendwann vielleicht einmal ändert und Angehörige das bei sich haben können oder Freunde oder dass man das leichter bezieht."*

Neben der generellen Kritik an der Rezeptpflicht geht es vielen Expert:innen mithin darum, die Vorgabe, Naloxon nur an Opioidabhängige zu verschreiben, aufzuheben, zumal ein Opioide Konsumierender sich im Notfall auch nicht selbst Naloxon verabreichen kann, ein:e etwaige:r Angehörige:r hingegen schon. Im folgenden Zitat wird zudem darauf verwiesen, dass die restriktive Handhabung von Naloxon nicht gerechtfertigt ist, da kein Missbrauchspotenzial vorliege:

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

„… ist natürlich diese Hürde da, dass Naloxon rezeptpflichtig ist. In vielen Ländern ist Naloxon nicht mehr drin, und zwar auch mit der wissenschaftlichen Begründung und Argumentation, dass Naloxon ja, ich sag mal, jedes Medikament hat Nebenwirkungen, das ist klar, aber Naloxon hat eigentlich keine Nebenwirkungen. Man könnte jetzt Naloxon auch nicht missbrauchen als Medikament, was jetzt vielleicht einen Rausch hervorruft und sagt ja, okay, ist ja praktisch, kann ich mir reinhauen.“

Hier wie auch von anderen Befragten wird also auch auf die leichtere Erhältlichkeit von Naloxon in anderen Ländern verwiesen. Eine andere Befragte kritisiert den hohen Preis, wenn Naloxon selbst bezahlt werden muss, sowie die kurze Haltbarkeit:

„Muss günstiger werden, die Hürden müssen niedriger werden. Sonst würde ich mir wünschen, dass das bald jeder auf Tasche hat. Und dass eventuell das Ablaufdatum viel zu schnell abläuft, weiß nicht, ob man sich das wünschen kann. Und das ist ja vielleicht auch ein Trick von der Pharmaindustrie?“

Zudem wurde mehrfach kritisiert, dass es zumindest offiziell nicht möglich ist, in einer Einrichtung Naloxon vorrätig zu haben. In der Praxis sieht das teilweise anders aus; ein Befragter spricht von einem „Graubereich“, in dem sie sich bewegen, da sie Naloxon vorrätig haben, ohne dass ein Arzt dieses zuvor namentlich verschrieben hatte. An einer Stelle gibt er Hinweise darauf, wie dies dennoch funktionieren kann:

„… es gibt ja momentan auch keinen offiziellen Weg, dass ich als Streetworker Naloxon mit mir herumtrage. Natürlich habe ich welches. Ja, ist klar, aber verschreiben darf man es mir nicht. (…) In die Hand drücken darf man es mir schon. Oder ich bewahr's halt mal auf. Das ist jetzt nicht das Ding.“

Andernorts wurde hingegen sehr bedauert, dass es Einrichtungen nicht möglich ist, das Spray vorrätig zu haben, zumal die Drogenhilfe ein sehr guter Adressat dafür wäre, um Notfälle schnell auf diese Weise bearbeiten zu können.

Ein ähnlich häufig genannter Kritikpunkt an den Bedingungen des NALtrain-Projektes ist die teils mangelnde bzw. fehlende finanzielle Unterstützung, was die für Naloxon-Schulungen und die damit zusammenhängenden Arbeiten notwendige Arbeitskraft, teils aber auch die Anschaffung von Naloxonsprays und anderen Arbeitsmitteln betrifft.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

„… das ist ja ein Projekt, das kein zusätzliches Geld bringt, sondern Arbeitszeit bindet (…) wenn es wirklich so was wie einen finanziellen Benefit gäbe oder man könnte irgendwas anschaffen oder so, würde das wahrscheinlich nochmal die Bereitschaft erhöhen, leider, bei der Geschäftsführung das Thema in der Priorität höher zu setzen."

In einigen Einrichtungen gab es zusätzliche Förderungen von Stiftungen oder lokalen Behörden, mit denen z.B. die Naloxon-Kits mitsamt Zubehör finanziert werden; in Bayern können durch Landesförderung die Naloxonsprays querfinanziert werden, auch wenn sie nicht Teil der finanziellen Förderung sind. Dennoch wurde auch dort auf die teils zusätzliche, nicht extra bezahlte Arbeit verwiesen, die mit Schulungen und Vergabe entsteht. Daher wünschen sich viele der Befragten regelhafte Zuschüsse, um diese Maßnahme zu ermöglichen und auch die Motivation insbesondere dort, wo Naloxon-Schulungen noch kaum angeboten werden, zu erhöhen.

„Das ist auch so ein bisschen meine Hoffnung oder mein Wunsch in die Zukunft, auch durch das Bundesmodellprojekt, dass Naloxontrainings nicht nur dann stattfinden, wenn man irgendwie ein bisschen Kohle hat oder engagierte Leute hat, die das wollen. Wir haben das auch lange einfach on top mitgemacht. Ich hatte dafür kein Stellenkontingent."

Darüber hinaus wurde von einigen Befragten auf die immer noch insbesondere bei Vertreter:innen aus der Medizin vorhandenen Vorbehalte gegenüber Naloxon eingegangen. Viele Personen auch in der Substitutionsmedizin wüssten zu wenig darüber und hätten z.B. falsche Vorstellungen über das (nicht vorhandene) Missbrauchspotenzial. Dabei werden Aufklärungsmaßnahmen insbesondere für den für die Klientel relevanten Teil der Medizin angemahnt, aber auch z.B. bei der Polizei. Insbesondere in Regionen, deren Polizei restriktiv gegenüber Konsumierenden vorgeht, herrschen teils große Ängste der Klientel, dass ein Naloxonspray in der Tasche ein Hinweis auf Konsum sei und Durchsuchungen zur Folge haben könnte. Einer Mitarbeiterin der Suchthilfe wurde dies im Gespräch auch von einem Polizeivertreter bestätigt, was die entsprechende Einrichtung zu einer Gegenmaßnahme motivierte:

„Und da hat sie den nämlich gefragt, wie das denn aussähe sozusagen. Und dann hat er natürlich schon gesagt, Nee, das wäre für die Polizei schon ein Hinweis, dass sie es mit Opiat-Konsumenten zu tun haben. Und jetzt haben wir eine kleine Fortbildung für die Polizei organisiert, die wird demnächst stattfinden."

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Auch generell, für die Gesamtgesellschaft, wurde teilweise mehr Aufklärung über den Nutzen von Naloxon gefordert:

> *„Dass die Menschen wissen, was Naloxon ist. (…) eine Person liegt irgendwo bei uns am Hauptbahnhof in der Ecke und man weiß nicht was los ist und findet dann diese Naloxon-Schachtel bei der Person in der Tasche oder bei der Person. Dass man einfach weiß, allgemein, wie vorzugehen ist, dass man einfach helfen kann, das auch. Na also alle normalen Bürgerinnen und Bürger? Ich weiß nicht, ob es eine Traumvorstellung ist, aber ein bisschen."*

In diesem Zusammenhang hatte ein Klient einer Einrichtung eine Idee, wie man – vorausgesetzt, die Rezeptpflicht würde fallen – die Versorgung mit Naloxon verbessern könne:

> *„Letztens hat mal ein Patient, das hat er auch auf den Evaluationsbogen draufgeschrieben, was er gerne hätte, dass das Naloxonspray auch einfach mal an öffentlichen Orten… also einfach mal irgendwie in einem Kasten aufgehängt werden sollte. Wie beim Defibrillator auch."*

Ein weiterer Kritikpunkt, der mit dem Bedarf nach mehr Aufklärung zu Naloxon zusammenhängt, ist der Wunsch nach besserer Kooperation mit Mediziner:innen. Eine Befragte deutete an, dass sie sich vom NALtrain-Projekt etwas mehr Unterstützung bei der Suche nach kooperierenden Arztpraxen erhofft hatte (sie aber letztlich auch so fündig wurden).

Eine weitere Mitarbeiterin sprach das Thema (mangelnde) Motivation/Erreichbarkeit/Zuverlässigkeit von Klient:innen an und formulierte in diesem Zusammenhang Überlegungen zu möglichen Anreizen, um die Teilnahme zu erhöhen:

> *„Also wenn wir noch mehr Goodies hätten. Ja, also ich weiß, es ist ja auch bei Testangeboten, wo ich dann höre, dass manche Aidshilfen da irgendwie 10-Euro-Gutscheine von DM raushauen, wo ich so denke, nee. Also ich trage schon die Rezeptgebühren manchmal, weil die ihr Kärtchen nicht mithaben. Aber irgendwo hört es auf und auch so dieses, also gerade so bei den Jüngeren in der Drogenberatung, die dann sagen, naja, also wie viel muss ich den Leuten denn noch hinterhertragen? Wo ich denke, ja, du musst halt ein bisschen Motivationsarbeit leisten. Aber ja, vielleicht geht das noch mit irgendwelchen Goodies besser. Ich weiß es aber auch nicht. Im Grunde haben wir ja alles, was man braucht."*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Hier ist also eine gewisse Ratlosigkeit erkennbar, ob mehr Anreize tatsächlich die Bereitschaft erhöhen könnten bzw. ob man in der Sozialen Arbeit nicht ohnehin bereits genug für die Klientel leistet und weitere Anreize übertrieben wären. Die Erfahrung mit den Schulungen zeigt, dass es im Hinblick auf Compliance Sinn ergibt, den Teilnehmenden Verpflegung zu bieten und ihnen nach Möglichkeit am Ende das komplette Naloxon-Kit zur Verfügung zu stellen.

Eine Anregung, die von zwei Befragten kam, war der Wunsch nach stärkerem Austausch bzw. Vernetzung mit anderen Einrichtungen, die am Projekt teilnehmen:

> *„… vielleicht zwei Mal im Jahr oder so... So eine, könnte man ja auch online machen, so eine Vernetzung von den Einrichtungen, wo man Erfahrungen austauschen kann oder auch Anregungen kriegt, von anderen Einrichtungen. Wie machen die das? Oder dann auch wieder neuen Motivationsschub. Wo sind die Schwierigkeiten, wo klappt es gut, dass man da dass das so ein Austausch und das unter den Fachleuten irgendwie stattfinden könnte.“*

Zusätzlich zur generellen gegenseitigen Unterstützung und der Möglichkeit, Anregungen von anderen in der Praxis Tätigen zu erhalten, formulierte eine andere Expertin auch ein gewisses Bedürfnis, ihren Stolz darüber zu zeigen, dass in ihrer Einrichtung bereits viele Klient:innen geschult wurden, was wiederum Ansporn für andere sein könnte.

Von einer Expertin gab es die Anregung, dass über die Bearbeitung von Opioid-Überdosen hinaus bei Trainings bzw. Schulungen Tipps für anders geartete Drogennotfälle gegeben werden könnten:

> *„Also da wird ja auch darauf hingewiesen, dass Naloxon (…) zwar auch wirkt bei Mischkonsum, aber eben nicht auf bestimmte andere Substanzen einwirkt, die natürlich auch überdosiert sein könnten. Es gibt allerdings auch Mittel, die habe ich jetzt nicht genau auf dem Schirm, aber die man geben kann. Ähm, bei Benzo-Überdosierungen zum Beispiel genau. Oder was man machen kann, wenn einer vermutlich ne Alkoholvergiftung hat oder so. Nicht, dass man jetzt auch daraus noch mal ein eigenes Projekt macht, aber zumindest, dass man die Hinweise mit aufnimmt.“*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

5.5.8. Beispiele Guter Praxis

Zum Abschluss seien im Folgenden einige Beispiele genannt, in denen Mitarbeitende der Sozialen Arbeit oder Suchtmedizin durch eigene Initiative Kooperationen eingingen oder Ergänzungen zum Curriculum von NALtrain etablierten, die als Good-Practice-Beispiele betrachtet werden können. Zunächst ist im Folgenden das Beispiel einer Kooperation mit einem Rettungsdienst angeführt:

> *„Und dann hatten wir das Glück vom* [Rettungsdienst] *jemanden zu gewinnen, der das mit uns mitmachen möchte. Für ein mini kleines Honorar, also fast schon eher im Ehrenamt. Mit denen zusammen dann das zusammengeführt, Erste-Hilfe und Naloxon, und haben das dann zusammen an den Start gebracht. (…) Und das war auch ein wahnsinnig wichtiger Faktor, weil vor allen Dingen beim Thema Absetzen des Notrufs besteht die große Sorge unserer Klienten, dass die Polizei kommt. Oder, ja was passiert denn dann so? So, was denkt der Rettungsdienst vielleicht, wenn's um Drogen geht und das war einfach superwichtig, dass die erzählt haben, wir kommen, machen unseren Job und da gibt es Erste-Hilfe und der Rest interessiert uns nicht. Und das war auch noch mal ein anderer Effekt, als wenn ich das erzähle. Natürlich bringen die eine Puppe mit, die bringen alle, die bringen Anschauungsmaterial mit. Jeder kann, wenn er möchte, Wiederbelebung üben. Das ist jetzt nichts, was unsere Einrichtung zum Beispiel vorhält."*

Hier konnte also den Teilnehmenden nicht nur das Thema Erste-Hilfe von Expert:innen vermittelt werden, sondern es konnten auch Ängste genommen werden, im Notfall den Rettungsdienst zu rufen. Ähnliches wurde von einer weiteren Expertin über eine Kooperation mit einem Rettungsdienst berichtet. Was die Bekämpfung von Ängsten angeht, so berichtet eine weitere Expertin davon, wie diese in den Schulungen angesprochen werden:

> *„Für mich besteht dann einfach noch die Frage: Wie kann man diese Angst noch besser minimieren? Ja, in den Trainings sagen wir dann auch immer den Klientinnen und Klienten, sie sollen eben nicht von Drogennotfällen sprechen am Telefon oder von der Überdosierung, sondern einfach sagen, sie haben hier eine bewusstlose oder eine ansprechbare oder nicht ansprechbare Person, atmet oder nicht atmet. So würde ich die Abfolge also wo, wie, was und dann warten. Genau. Also, dass sie wirklich nochmal bewusst nicht davon sprechen, weil dann kommt eigentlich immer die Polizei mit, wenn man von einer Überdosierung redet, ah okay."*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Hier ist zu beachten, dass dieses Zitat von einer Kollegin aus Bayern stammt. Sowohl in den Interviews mit Expert:innen als auch in jenen mit Klient:innen wurde erwähnt, dass es in Bayern „Standard" ist, dass in (etwaigen) Drogennotfällen die Polizei immer anwesend ist, weshalb dieser Tipp dort vermutlich wichtiger ist als in anderen Bundesländern.

Ein weiteres Beispiel für gute Kooperation (in diesem Fall mit einem Arzt) sowie den Ablauf der Schulungen wird im Folgenden genannt:

> *„Es ist so, dass in den Gruppenschulungen unser kooperierender Arzt dabei ist. Der bringt dann ein mobiles Kartenlesegerät mit. Wir sammeln am Anfang der Schulung die Krankenversicherungskarten ein. Wer keine hat oder nicht versichert ist, von dem nehmen wir die Daten auch für ein Privatrezept, der liest die dann ein. Wir fangen an mit der Schulung, dann begibt er sich in seine Praxis, druckt dort die Kassenrezepte aus oder füllt die Privatrezepte aus. Bringt die uns zurück, ein Kollege, Kollegin, Praktikantin geht damit in die Apotheke, mit der wir auch zusammenarbeiten. Die, die informiere ich vorher, dass an dem Tag auch möglichst genug Naloxon da ist, löst die Rezepte ein und kommt dann zurück in die Schulung und stellt das Kit für jeden zusammen."*

Hier wird also beschrieben, wie der Ablauf so optimiert wurde, dass es im Regelfall keine Probleme mit der Vergabe der Naloxonsprays am Ende der Schulung gibt. In einer anderen Einrichtung wird ein leicht abweichendes Vorgehen beschrieben:

> *„Bei uns läuft es aktuell in den Gruppen so, dass die Rezepte gleich am Anfang ausgestellt werden. Also für alle Leute, die halt grad anwesend sind, wo die Indikation stimmt natürlich. Und dass während das Training läuft, also das eigentliche Training, dann jemand zur Apotheke rennt und das Naloxon besorgt und auch schon in die Kits verpackt. (…), ein Kollege von hier. Und das geht dann zeitlich grad so auf, dass sie am Ende mit ihrem Kit dann nach Hause gehen."*

Schließlich sei an dieser Stelle noch eine gute Kooperation mit einem Arzt beschrieben, der sich im Hinblick auf die – von vielen anberaumte – Naloxonvergabe an Angehörige positiv über bestehende Regeln hinwegsetzt:

> *„Wir haben das bisher, wir hatten jetzt zweimal Angehörige tatsächlich dabei und der Arzt, mit dem wir da kooperieren, sagte, er hat überhaupt kein Problem, denen das auch zu verschreiben. Also wenn das jetzt Angehörige sind oder Menschen, die wirklich draußen mitsitzen oder bei denen*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

übernachten oder so. Ich weiß nicht, wenn wir als Mitarbeitende da unsere Krankenversicherungskarte reingeben, ob er es nicht auch verschreiben würde."

5.6. Qualitative Befragung mit drogengebrauchenden Menschen

Ergänzend zu den qualitativen Interviews mit den Mitarbeitenden wurden Drogengebraucher:innen interviewt. Im Folgenden sind die Erkenntnisse aus diesen Interviews dargestellt, welche ein besseres Verstehen von Take-Home-Naloxon aus Sicht der betroffenen Personen bieten.

5.6.1. Stichprobe

Wie skizziert, wurden für diesen Teil der Evaluationsstudie leitfadengestützte, qualitative Interviews mit Menschen geführt, die Drogen konsumieren und bereits an einer Naloxon-Schulung (im Rahmen des NALtrain Projektes) teilgenommen haben. Das ursprüngliche Ziel, ausschließlich oder vornehmlich Personen, die bereits einmal das Naloxonspray angewendet hatten, zu befragen, wurde wieder aufgegeben; lediglich drei Personen – alle aus München– fallen in diese Kategorie.

Mit Ausnahme eines Interviews, wurden alle Gespräche vor Ort, face-to-face, geführt. Aufgrund der begrenzten Mittel konnte lediglich eine kurze Reise (nach Mannheim) sowie eine längere (nach München und Nürnberg) angetreten werden, um den Großteil der Interviews durchzuführen, zusätzlich wurden zwei bei einem Aufenthalt in Hamburg geführt. Für eines konnte dank der Drogenhilfe ein Online-Termin vereinbart werden. Daher konnte nur begrenzt eine geographische Streuung erreicht werden. Da der Großteil der Schulungen in Bayern und ebenfalls viele in Baden-Württemberg stattfanden, sind die wichtigsten Bundesländer angemessen vertreten. Zwei der Befragten wurden in einem gemeinsamen Interview befragt. Die Gespräche dauerten im Schnitt 17,6 Minuten, wobei sich eine breite Spanne zwischen 9 Minuten und 32,5 Minuten zeigt. Das längste Interview war das Online-Interview mit einer Konsumentin, die bereits einmal Naloxon angewendet hatte. Es wurden insgesamt 13 Personen interviewt.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

5.6.2. Biographische Angaben und aktuelle Konsumgewohnheiten

Die Mehrheit der Interviewten ist männlich (männlich: n=8, weiblich: n=5). Die Interviewpartner:innen waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 27 bis 59 Jahre alt, das Durchschnittsalter liegt bei 40 Jahren. Fünf Interviews wurden mit User:innen aus München, vier mit Personen aus Nürnberg geführt. Jeweils zwei der Interviewten kommen aus Mannheim und Hamburg. Die meisten Befragten werden substituiert. Vier der Interviewten konsumierten zum Zeitpunkt des Interviews aktuell (weitere) Opioide[2]. Manche Befragte berichteten von Konsum anderer Substanzen, vorwiegend Cannabis oder Benzodiazepine. Personen mit aktuellem Opioidkonsum berichteten sowohl von nasalem und inhalativem als auch von intravenösem Konsum. Die Befragten mit aktuellem Konsum konsumieren, je nach Gelegenheit, sowohl gemeinsam als auch allein Opioide:

> *„Manchmal alleine und manchmal in Gesellschaft. Kommt darauf an, wie ich jetzt unterwegs bin. Wenn ich alleine unterwegs bin, mach ich's alleine und wenn ich zu zweit bin oder zu dritt, dann zusammen." (9_NÜ)*

Sorge vor einer Überdosis, in einem Setting, in dem niemand zu Hilfe kommen kann, äußerten die Interviewten wenig bis gar nicht. Als Strategie zur Vermeidung einer Überdosis wurde berichtet, dass man (vor allem alleine zuhause) *„halt erst mal ein bisschen was [probiert]"* (5_MUC) und *„nicht immer gleich so richtig fette Dinger auflegt"* (3_MUC). Andere bevorzugen, wenn sie allein konsumieren, nasalen Konsum oder vermeiden Mischkonsum, um das Risiko einer Überdosis zu verringern.

5.6.3. Schulungen: Ablauf und Bewertung

Von der NALtrain-Schulung erfahren haben sämtliche Interviewte über Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe, z.B. weil sie ein Plakat gesehen hatten oder von Mitarbeitenden gezielt angesprochen wurden. Eine Person merkte an, dass aus den Infos auf dem Plakat nicht ersichtlich wurde, dass man nach Absolvieren der Schulung ein Nasenspray erhalten würde. Erst als sie diese Information beiläufig in einem Gespräch

2 Als aktueller Opioidkonsum gilt in dieser Auflistung mindestens ein Konsum von Opioiden in den vergangenen sieben Tagen. Manche Interviewpartner:innen berichteten von gelegentlichem Opioidkonsum, wobei der letzte zum Zeitpunkt des Interviews länger als eine Woche zurücklag.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

mitbekommen hätte, habe sie sich dazu entschieden, an der Schulung teilzunehmen. Interviewte aus München berichteten mitunter von mehreren absolvierten Trainings, u.a. aufgrund von verpflichtenden Schulungen für Klient:innen, die an spezifischen Projekten oder Maßnahmen teilnehmen. Innerhalb „der Szene" scheint die Information zu den Naloxon-Schulungen hingegen eher nicht verbreitet worden zu sein.

Die Interviewten schätzten die Schulung auf eine Dauer von 20 bis 45 Minuten bei den Einzelschulungen und 1,5 bis 2 Stunden für die Gruppenschulungen. Die Länge und der Umfang wurden allgemein als angemessen befunden. Die Inhalte seien verständlich vermittelt worden: „*Also ich hab's verstanden und war halt gut.*" (12_HH). Einige berichteten hauptsächlich, schon bekanntes Wissen aufgefrischt zu haben, andere betonten, erst im Rahmen der Schulung gelernt zu haben, wie man bei einem Notfall „*alles richtig*" (8_NÜ) macht. Positiv hervorgehoben wurden praktische Übungen an einer Notfall-Übungspuppe, sowie (falls vorhanden) die Anwesenheit von medizinischem Fachpersonal für die Erste-Hilfe-Übungen. Die Befragten regten an, die Schulungen stärker und auch außerhalb der Einrichtungen zu bewerben. Genannt wurden hier u.a. Flyer, die ‚auf der Szene' oder in Gefängnissen verteilt werden könnten.

5.6.4. Überdosen: Erfahrungen und Motivation zu helfen

Ausnahmslos alle Interviewten haben Erfahrungen mit Überdosen, entweder, weil sie bereits selbst eine Überdosis erlebt haben oder weil sie anwesend waren, wenn andere sich überdosierten. In den meisten Fällen verliefen die miterlebten Überdosierungen nicht tödlich. Jedoch berichteten mehrere Befragte, dass Freund:innen oder Bekannte durch eine Überdosis verstorben seien. Teilweise wurden auch drastische Erlebnisse bzgl. tödlicher Überdosen beschrieben. So berichtete eine Interviewte aus München von folgenden Geschehnissen aus dem Jahr 2002[3]:

> „*Ich hatte leider mit 20, 21 [Jahren] mal ne Erfahrung gemacht. Also, wenn das [Naloxonspray] damals schon jeder so dabeigehabt hätte, würde das Mädchen noch leben definitiv. Also da ist damals 'ne Minderjährige zu Tode gekommen. (…) Ich habe damals keine eigene Wohnung mehr*

3 Über den hier geschilderten Fall wurde damals auch in der Süddeutschen Zeitung berichtet. Die Darstellung im Zeitungsartikel stimmt mit den Angaben der Interviewpartnerin überein.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

gehabt, war immer wieder mal bei einem Kumpel zum Übernachten. Der hat damals ein junges Mädchen an dem Abend angefixt und die ist dann nach 20 Minuten umgekippt. Er hatte Bewährung offen und hat dann wirklich auch verhindert, dass ein Notarzt gerufen wurde. Also wir waren wirklich eingesperrt. Also er hat mich wirklich mit Schlägen auch daran gehindert einen Notarzt zu rufen. Am nächsten Tag hat er sich dann irgendwann davongemacht, weil er dachte, dass sie schon tot wäre. Da hab' ich dann den Notarzt gerufen, sie lebte da zwar noch. (Interviewerin: Das heißt, ihr habt dann die ganze Nacht noch ausgeharrt dort?) Er hat an ihr rumgedoktert, sag ich mal. Also deshalb hab' ich das mit der Kochsalzlösung gesagt. Also ich hab' das damals tatsächlich auch noch geglaubt, dass das was bringt. (…) Das Mädchen ist gestorben. Er hatte sie auch noch irgendwie abgeduscht im Reflex irgendwie. Kaltwasser oder so. Der Gerichtsmediziner meinte damals, dass da die Lunge wohl schon nicht mehr gearbeitet hat, dass sie gut Wasser in die Lunge gekriegt hat und zu diesem Zeitpunkt dann höchstwahrscheinlich eh ertrunken ist. Man konnte im Nachhinein dann gar nicht mehr sagen, woran sie wirklich verstorben war." (4_MUC)

Die Interviewpartnerin resümiert im Anschluss an diese Schilderung: *„wenn das damals schon so gewesen wäre, dass man Naloxon oder so was vor Ort gehabt hätte, wäre es vielleicht anders gelaufen"* (4_MUC). Heute engagiert sie sich in der Drogenhilfe. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte sie allerdings selbst noch keine Schulung gegeben.

Es wurden darüber hinaus auch Überdosen von Dritten geschildert, die nicht tödlich endeten, bei denen – nach Einschätzung der Interviewten – das Naloxon-Nasenspray trotzdem schlimmere Konsequenzen hätte verhindern können:

„Ich war schon mal dabei, da hat jemand seine eigene Zunge verschluckt. Da ist ein Kollege mit 'nem Löffel gekommen, schon in den Rachen rein und hat halt ein paar Mal versucht, und irgendwann mal, beim siebten Mal oder sowas, hat er die Zunge rausgekriegt.[…] der konnte dann sieben, acht Wochen nicht richtig essen. Also der ist da mit viel Kraft rein, und... Ja, aber das zu sehen, wie jemand am Boden liegt und.... Das ist halt schon. Joa, ist schon arg. Da ist halt Naloxon eigentlich ideal, wenn man das so parat hat" (1_MA)

Aufgrund einer Vielzahl einschneidender Erfahrungen, die im Kontext von Überdosen berichtet wurden, mag es nicht verwundern, dass ‚Anderen

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

helfen zu wollen' häufig als Motivation genannt wurde, an der Schulung teilzunehmen und Naloxon bei anderen anwenden zu können:

> *„Ich find's gut, dass es sowas gibt, dass man sich gegenseitig helfen kann, wenn was ist, weil man hat nicht immer die ganze Zeit einen Krankenwagen bei sich oder so" (9_NÜ)*

Daher – ganz im Sinne der Projektziele – gaben einige der Interviewten an, dass sie das Naloxonspray vor allem für die Anwendung bei anderen bei sich tragen oder zuhause lagern.

5.6.5. Anwendungserfahrung mit dem Naloxon-Nasenspray

Wie erwähnt, hatten insgesamt drei Befragte zum Zeitpunkt des Interviews schon das Naloxon-Nasenspray angewendet; darüber hinaus gab es einige Befragte, die bei einer eigenen Überdosis Naloxon erhielten. Eine Klientin mit eigener Anwendungserfahrung schilderte eindrucksvoll, wie Naloxon Leben retten kann:

> *„Und dann war es jetzt eben bei diesem einen Fall und es war zwei Wochen, nachdem ich das Naloxon bekommen hatte. (…) Es gibt diesen Griff in die Beinmuskulatur, so bis über der Kniekehle, wo man Menschen aus einer oberflächlichen Bewusstlosigkeit aufwecken kann. Das habe ich alles probiert. Es hat nichts funktioniert. Wirklich tiefste Bewusstlosigkeit. Nichts hat gewirkt. Stabile Seitenlage habe ich gemacht. Konstante Überprüfung der Vitalfunktionen. Ich habe Puls gemessen, immer die Hand am Hals gehabt, auf die Atmung geachtet, immer geschaut, dass die Person gut atmen kann. Die Atmung war flach und ein bisschen unregelmäßig. Also war nicht ganz in Ordnung. Und das habe ich eine relativ lange Zeit so gemacht. Ich habe einfach nur gesehen, der Puls ist stabil, das passt, Atmung ist da. Aber mir wurde es dann doch zu riskant, weil man weiß ja nicht, die Gesichtsfarbe war einfach sehr, sehr blass, sehr, sehr weiß und Lippen auch schon farblos. Und dann ist mir eigentlich eingefallen, ich habe das [Naloxon] so, und dann hatte ich, habe ich gedacht okay, ich gebe mal eine Dosis, habe das gemacht und da hat sich überhaupt nichts verändert. Ich habe extra eine Viertelstunde gewartet. Man sagt ja, man soll fünf Minuten oder so warten. Ich habe eine Viertelstunde gewartet, geschüttelt, gerufen, alles Mögliche, wieder in die Beinmuskulatur gegriffen. (…) Und weil nichts besser geworden ist, also nur null. Nicht eine kleine Regung, gar nichts, immer noch einfach nur bewusstlos, habe*

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

ich halt das Spray geholt und habe das verabreicht. Und dann zwei, drei Minuten später ist dann die Person zu sich gekommen. Langsam erst mal kurz die Augen auf, wieder zu. Dann nach einer Minute wieder auf. Und dann hatte die Person starke Kopfschmerzen und hat erst mal gefragt: Was? Was war denn jetzt? Warum habe ich Kopfschmerzen? Und dann musste ich erst mal erklären: Ja, weil du verrückt bist und ich dir jetzt eine Naloxon geben musste. Und du komplett bewusstlos warst. Und dann war er... Ja, er war echt sauer wegen den Kopfschmerzen. Aber die sind halt Gott sei Dank nach einer halben Stunde wieder vergangen. Ich habe auch weiterhin die Person überwacht. So nach 45 Minuten kam dann die Wirkung vom Heroin wieder. (…) Aber ich habe gesehen, dass es nicht mehr gefährlich ist. Das war einfach nur die normale Wirkung von Heroin in unbedenklicher Form." (13_MUC)

Auch andere Interviewte berichteten, dass es ihnen in einer krisenhaften Situation „*auf einmal eingefallen*" (3_MUC) sei, dass sie ein Naloxonspray besitzen und dieses anwenden könnten. Die oben zitierte Naloxon-Anwenderin entschied eigenmächtig, dass keine Notwendigkeit bestehe, einen Krankenwagen zu rufen. Anhand ihrer Ausführungen wird allerdings deutlich, dass die Interviewte über fundierte Kenntnisse bezüglich Erste-Hilfe-Maßnahmen verfügt. Ebenfalls zu berücksichtigen ist die Intensität der Überdosis: die Befragte 13_MUC entschied vorsorglich das Nasenspray zu verwenden, zu einem Zeitpunkt, an dem sie noch keine Notwendigkeit gesehen hatte, den Krankenwagen zu rufen, da die betreffende Person noch atmete. Ein anderer Befragter, der selbst das Nasenspray durch einen Bekannten verabreicht bekam, beschreibt ein ähnliches Vorgehen:

„(Interviewer: Hast du noch geatmet? Weißt du das?) Ein bisschen geatmet. Ich war schon blau, hat er gesagt. (Interviewer: Okay, daran hat er es gemerkt dann auch?) Nicht zu krass blau, aber ich hab' auch noch ein bisschen geatmet und der hat dann gleich das Naloxon genommen. ‚Sicher ist sicher', hat er gesagt." (9_NÜ)

Teilweise berichteten die Interviewten von einem beinahe routinierten Einsatz von Naloxon, wobei Erfahrungswissen in Bezug auf Überdosen eine große Rolle im Umgang mit dem Nasenspray zu spielen scheint. So schildert eine Person aus München folgende Situation:

„Ja, er hat sich zurückgelehnt, wollte chillen. Und eigentlich war der immer irgendwie bisschen zittrig vom Alkohol. Und ich hab' dann auf einmal mitgekriegt – ich habe sogar die Augen gesehen, obwohl sie zu waren,

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

dass seine Pupillen ganz woanders sind, als wie es sich eigentlich gehört. Hab auch mitgekriegt, dass er überhaupt keine Bewegung mehr macht und bin dann kurz hingegangen und hab ihm einen Spiegel unter die Nase gehalten [zum Überprüfen der Atmung]. Und hab dann gleich gemerkt, da ist nichts mehr. Hab dann gleich das Naloxon rausgesucht und hab ihm das erste zerstäubt in die Nase gegeben, kurz gewartet, angefangen mit Beatmung und Herzmassage. Dann hab' ich ihm die zweite gegeben. Da ist aber nicht wirklich was vorwärtsgegangen. Und eigentlich hätte man es ja nicht machen sollen, aber ich hab' ihm die dritte dann einfach gespritzt. Und dann ist er zu sich gekommen (6_MUC)

Auch dieser Befragte entschied sich dagegen, den Krankenwagen zu rufen („*weil er's nicht wollte und auch wegen der Pension*", 6_MUC). Andere Interviewte vermuteten, dass das medizinische Personal diskriminierend reagieren könne und entschieden sich deswegen dagegen, einen Krankenwagen zu rufen. Das eigenmächtige Spritzen widerspricht ebenfalls dem Protokoll der Schulung. User 6 schildert indes, wie er die nächsten Stunden bei der überdosierten Person blieb und diese überwachte. Auch User 5 berichtet das Nasenspray schon „*bei ein paar*" (5_MUC) Personen angewendet zu haben. In der Regel reiche laut seiner Erfahrung ein Stoß nicht aus:

„Ja, meistens muss ich sagen, beim ersten wachen sie nicht auf. Aber das ist vielleicht auch, weil ich da so gestresst bin in dem Moment und nicht die paar Minuten abwarten kann. Und dann drück ich ihm schon gleich das zweite rein, aber dann wachen sie immer alle auf." (5_MUC)

Auch er rufe in der Regel keinen Krankenwagen, weil dies zumeist nicht im Sinne der betroffenen Personen sei:

„Erstens will er das auch nicht und zweitens, wenn alles wieder in Ordnung ist, was soll ich den Krankenwagen rufen?" (5_MUC)

Unklar bleibt, inwiefern die Zurückhaltung gegenüber der Notfallmedizin bei den ausschließlich in München ansässigen Naloxonanwender:innen möglicherweise damit zu tun hat, dass in solchen Notfällen dort nicht selten die Polizei dabei ist, die in der bayerischen Landeshauptstadt häufig als repressiv gegenüber Drogenkonsumierenden wahrgenommen wird. Hinsichtlich der Reaktionen der ‚Geretteten' liegen wenig Aussagen vor. Mitunter wurde berichtet, dass die Person, bei der das Spray angewendet wurde, es „*irgendwie gar nicht zu würdigen gewusst*" habe. User 5, der das Spray schon mehrmals bei anderen angewendet hat, berichtet:

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

„Einer hat mal gesagt, er wär' danach stockaffig gewesen, aber dem hab ich nur ein Spray gegeben und ich kann mir das nicht vorstellen. Ich glaub, der hat sich das eingebildet." (5_MUC)

Userin 13 berichtet im obigen Zitat ebenfalls, dass ihr Bekannter ‚sauer' gewesen sei und sich über Nebenwirkungen in Form von Entzugserscheinungen beklagt hätte. Solche Reaktionen stellen aber den Erfolg der Anwendung aus Sicht der Interviewten nicht in Frage. Eine weitere Befragte bringt es wie folgt auf den Punkt:

„Also das habe ich noch nie gehört, dass das irgendeiner mal gesagt hat, ‚hättest du es doch gelassen'. Also auch der [Name] (…), der hängt an seinem Leben. Also wenn dann meint er, es war so harmlos, es war nicht nötig, so ungefähr. Also er hätte halt seinen Turn verloren." (4_MUC)

Die nasale Anwendung des Sprays wurde zudem milder eingeschätzt als eine (ärztlich verabreichte) intravenöse Gabe von Naloxon, bei der „*man stockaffig aufwacht*" (5_MUC). Auch wurde vermutet, dass medizinisches Personal tendenziell höhere Dosen Naloxon verabreiche. Ein Befragter, der durch andere User:innen mittels Naloxon gerettet wurde, beschrieb die Wirkung ähnlich:

„Also nach den zwei Naloxon war ich zwar entzügig, aber es ging einigermaßen." (9_NÜ)

5.6.6. Naloxon-Nasenspray: Einschätzung und Bewertungen

Die Einschätzungen zur Verbreitung des Naloxon-Nasensprays innerhalb der ‚Drogenszenen' in den jeweiligen Städten gingen recht weit auseinander. Während in den bayerischen Städten eher vermutet wurde, dass es weite Verbreitung fände und „*vielen Naloxon ein Begriff ist*" (13_MUC), gaben insbesondere die zwei Interviewten aus Hamburg an, dass es kaum Verbreitung auf der Szene fände. Aufgrund der kleinen Stichprobe lassen sich mit derartigen Aussagen allerdings keine regionalen Unterschiede in der Verbreitung des Wissens über Naloxon postulieren. Im Verbund mit den Ergebnissen der quantitativen Evaluation zu regionalen Unterschieden sowie dem Umstand, dass es lediglich in Bayern bereits vor NALtrain ein nennenswertes Programm für Take-Home-Naloxon gab, erscheinen die Aussagen zur Bekanntheit in unterschiedlichen urbanen Szenen aber durchaus plausibel.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Mitunter wurde berichtet, dass es Vorbehalte innerhalb der Gruppen von Konsumierenden gäbe, insbesondere bezüglich etwaiger Entzugssymptome durch die Vergabe von Naloxon. Auch hier deutet eine der befragten Personen einen langsamen Sinneswandel in entsprechenden Szenen an:

> *„Mittlerweile hat es sich ja doch rumgesprochen. Mittlerweile gibt es natürlich auch die ersten Fälle, wo das wirklich funktioniert hat. Also mittlerweile sind die Leute dem schon, also viele Leute, dem doch sehr offen. Aber ich höre es halt auch immer noch oft, dass es dann so in die Richtung geht, ‚mein Gott, würde ich meinem Freund nicht antun, der ist ja dann total affig'". (4_MUC)*

Auf Nachfrage wurde angegeben, dass das Wissen um das Spray und dessen Verfügbarkeit nicht zu einem riskanteren Konsumverhalten führe, *„weil es (…) ja auch nichts Hundertprozentiges*" (6_MUC) sei, also auch eine Naloxongabe bei einer Überdosierung nicht absolut sicher das Leben rette (und zudem jemand mit einem Naloxonspray in der Nähe sein muss).

Nicht alle haben Naloxon immer dabei; einige lagern es auch zuhause, u.a., weil sie nur dort konsumieren. Vorbehalte, Naloxon im Alltag bei sich zu tragen, ergeben sich zudem durch das befürchtete Risiko der Strafverfolgung:

> *„Das Problem ist, dass sobald du das Naloxon-Kit einstecken hast in Bayern, geht man davon aus, dass du auch andere Sachen einstecken hast. Und bei uns gibt es ja dauernd Personenkontrollen und in dem Moment, wo du das Kit einstecken hast, wird weitergesucht. Also du handelst dir nur Stress damit ein." (10_NÜ)*

Insofern bestätigte auch dieser Befragte die o.g. Einschätzung, dass Konsumierende in Bayern zwar häufiger Naloxon verfügbar haben als in anderen Bundesländern, aber aufgrund der wahrgenommenen höheren Repression auch mehr Vorbehalte vorhanden sind. Andere Interviewte, die das Spray im Alltag nicht bei sich tragen, sahen deshalb keine Notwendigkeit dafür, weil sie nicht aktuell Opioide konsumierten und sich auch nicht ‚auf der Szene' aufhielten. Abschließend sei an dieser Stelle angemerkt, dass diejenigen Interviewten, die bereits mindestens einmal Naloxon angewendet haben, es als problemlos beschrieben, ein neues Spray zu erhalten.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

https://doi.org/10.5771/9783748943235-39 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY