

Meine ersten 48 Stunden in Freiheit

**Umfassende Ansätze zu Interventionen mit
Take-Home-Naloxon vor und nach der Entlassung
von Drogenkonsument*innen aus dem
Strafvollzugssystem**



aidshilfe.de

 Deutsche
Aidshilfe

Impressum

Herausgeberin:

Deutsche Aidshilfe e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 030 / 69 00 87-0
E-Mail: dah@aidshilfe.de
www.aidshilfe.de

2021

Das englischsprachige Original des Readers wurde von Kirsten Horsburgh vom Scottish Drugs Forum verfasst und erschien 2018 unter dem Titel „My first 48 hours out. Naloxone-on-Release: Guidelines for naloxone provision upon release from prison and other custodial settings“. 2019/2020 wurde der Reader übersetzt und an die Verhältnisse in Deutschland angepasst.

Redaktion: Prof. Dr. Heino Stöver, Holger Sweers

Gestaltung: Carmen Janiesch

Spenden:

IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20, **BIC:** BELADEBEXX

online: www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden (Antragsformular unter www.aidshilfe.de/foerdermitgliedschaft).

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

Inhalt

Vorwort	5
Über diesen Reader.....	6
An wen richten sich die Empfehlungen?	7
Opioid-Überdosierungen.....	8
Wodurch sind Menschen dem Risiko einer Überdosierung ausgesetzt?	8
Wie können Überdosierungen verhindert werden?.....	9
Bei wem ist die Wahrscheinlichkeit, eine Überdosierung (mit-) zu erleben, besonders hoch?	9
Wie sehen die Anzeichen und Symptome einer Überdosierung aus?	9
Was ist Naloxon?.....	11
Wie wirkt Naloxon?.....	11
Wann sollte Naloxon verabreicht werden?	12
In welcher Form wird Naloxon verabreicht?	12
Rechtliche Aspekte	12
Forschungsübersicht.....	13
Naloxon-Vergabeprojekte und Naloxon in Haft in der EU (Beispiele).....	14
Norwegen	14
Estland	14
Irland	14
Dänemark	15
Deutschland	15
Italien	16
Spanien	17
Großbritannien	17
<i>England</i>	17
<i>Wales</i>	18
<i>Schottland</i>	18

Das schottische Modell	19
Kontext: Drogenbedingte Todesfälle in Schottland	19
Das Naloxon-Programm in den schottischen Gefängnissen	20
<i>Praktische Schritte</i>	21
Peer-Education	24
Wirksamkeit	25
Empfehlungen rund um die Einführung von Naloxon-Programmen für Entscheidungsträger*innen	27
Empfehlungen rund um die Einführung von Naloxon-Programmen für Praktiker*innen	29
Schulungen für Bedienstete	30
Naloxon-Schulungen für Trainer*innen (Durchführung durch „Master-Trainer*innen“)	30
Aufklärungs-/Informationsveranstaltungen	31
Peer-Edukator*innen-Modell	32
Naloxon-Peer-to-Peer-Schulungsmodell	32
Schlüsselinformationen für Kurzinterventionen	34
Zehn Tipps für Naloxon-Schulungen	35
Checkliste für die Umsetzung	37
Entscheidungsträger*innen	37
Praktiker*innen	37
Anhänge	38
Anhang 1: Checkliste für Naloxon-Einzelschulungen	38
Anhang 2: Fragebogen vor der Schulung	40
Anhang 3: Test zu Überdosisprävention, Erste-Hilfe-Maßnahmen und Naloxon	41
Anhang 4: Auswertung nach der Schulung	42
Anhang 5: Bewertungsbogen Naloxon-Training für Trainer*innen (TfT)	43
Anhang 6: Naloxon-Training für Trainer*innen – Teilnahmebescheinigung	44
Anhang 7: Teilnehmer*innen-Bewertungsbogen für Informationsveranstaltungen	45
Anhang 8: Leben retten im Drogennotfall: Infos von aidshilfe.de	46
Anhang 9: Naloxon-Nasenspray: Infos und Trainingskarte	47
Anhang 10: Fragebogen/Bericht nach Naloxonanwendung	51
Anhang 11: Naloxontraining.de	54
Literatur	55

Vorwort

Dieser Reader ist ein Ergebnis des Projekts „My first 48 hours out – comprehensive approaches to pre and post prison release interventions for drug users in the criminal justice system“ (auf Deutsch etwa „Meine ersten 48 Stunden in Freiheit – umfassende Ansätze für Interventionen für Drogenkonsument*innen im Justizvollzug vor und nach ihrer Entlassung“).

Das von der Frankfurt University of Applied Sciences durchgeführte Projekt (Leitung: Prof. Dr. Heino Stöver) erhielt für den Zeitraum 2017–2018 eine Finanzierung der Europäischen Union. Ziel war und ist, Lücken in der Kontinuität der medizinischen Versorgung von Langzeitdrogenkonsument*innen im Gefängnis und nach der Entlassung zu schließen – durch Unterstützung für lebensrettende Maßnahmen zur Verhinderung von Überdosierungen und zur Reduktion anderer mit dem Drogenkonsum verbundener Risiken sowie für die Etablierung eines Behandlungspfads, der nach der Haftentlassung nicht unterbrochen wird.

Bei Strafgefangenen mit Drogenkonsumerfahrung (insbesondere von Opioiden) sind die mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken, vor allem Überdosierungen und Todesfälle, unmittelbar nach der Haftentlassung aufgrund der hohen Rückfallquoten und der geringeren Opioidtoleranz extrem hoch. Es muss noch viel getan werden, um zu gewährleisten, dass Menschen

mit Drogenkonsumerfahrung nach ihrer Entlassung aus dem Gefängnis ausreichend betreut werden. Damit Haftentlassene in Freiheit zurechtkommen können, ohne erneut in problematische Konsummuster zu geraten und sich dem extremen Risiko einer tödlichen Überdosierung auszusetzen, sind Maßnahmen zur Schadensminderung erforderlich.

Die Zeit unmittelbar nach der Entlassung aus dem Gefängnis („Meine ersten 48 Stunden in Freiheit“) ist dabei extrem wichtig. Hier kommt es auf die Zusammenarbeit zwischen Gefängnissen, Gesundheitsdiensten und Nichtregierungsorganisationen an, um die Kontinuität der medizinischen Versorgung und der Beratung zu gewährleisten, durch gezielte Interventionen Überdosierungen zu verhindern und Leben zu retten und um den Weg zur weiteren Behandlung und Rehabilitation für Drogenkonsument*innen zu ebnen.

Das Projekt will deshalb unter anderem die Umsetzung lebensrettender Interventionen im Gefängnis und nach der Entlassung unter besonderer Berücksichtigung der Schadensminderung, der Prävention von Überdosierungen und des Einsatzes von Naloxon-Programmen fördern.

Dieses Ziel muss sowohl bei Entscheidungsträger*innen als auch bei Praktiker*innen in den europäischen Ländern höchste Priorität haben. Der vorliegen-

de Reader will Entscheidungsträger*innen und Praktiker*innen aus dem Justizvollzug praktische Leitlinien an die Hand geben, wie sie Interventionen zur Prävention von Überdosierungen durch Naloxon-Programme und entsprechende Schulungen und Kompetenztrainings fördern, initiieren und steuern können.

Über diesen Reader

Der Reader ist im Jahr 2018 unter dem Titel „My first 48 hours out. Naloxone-on-Release: Guidelines for naloxone provision upon release from prison and other custodial settings“ erschienen. 2019/2020 wurde er an die Verhältnisse in Deutschland angepasst.

Die Verfasserin des englischen Readers „My first 48 hours out“ ist Kirsten Horsburgh vom Scottish Drugs Forum.

Danksagung der Autorin der englischen Ausgabe:

Die Autorin möchte allen danken, die diese Arbeit unterstützt und dazu beigetragen haben, insbesondere: Heino Stöver, Professor an der Frankfurt University of Applied Sciences, Laurent Michel vom Centre Pierre Michel des Französischen Roten Kreuzes, den Kolleg*innen vom Scottish Drugs Forum, John-Peter Kools und dem Correlation Network, Cinzia Brentari für die Koordinierung der Arbeit und Milena Naomi Kornek (Frankfurt University of Applied Sciences) für technische Unterstützung.

Kontakt

Prof. Dr. Heino Stöver
Frankfurt University of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main
hstoever@fb4.fra-uas.de

Kirsten Horsburgh
Scottish Drugs Forum
91 Mitchell Street, G1 3LN Glasgow, UK
kirsten@sdf.org.uk

- ▶ www.harmreduction.eu
- ▶ www.harmreduction.eu/projects/my1st48h

An wen richten sich die Empfehlungen?

Diese Empfehlungen richten sich an Entscheidungsträger*innen, Anstaltsleitungen und Praktiker*innen, die mit der Versorgung von Drogengebraucher*innen und mit Menschen zu tun haben, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit Überdosierungen (mit)erleben.

Ziel dieser Empfehlungen ist ein Beitrag zur Reduktion opioidbedingter Todesfälle in den ersten Wochen nach der Entlassung aus dem Gefängnis. Konkret sollen sie

- die Verfügbarkeit von Naloxon für Personen erhöhen, die nach ihrer Entlassung aus dem Gefängnis mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Überdosierung (mit)erleben, und
- das Bewusstsein für die Anzeichen und Symptome einer Überdosierung schärfen sowie dazu befähigen, darauf wirksam zu reagieren.

Um das zu erreichen, werden diese Empfehlungen

- Entscheidungsträger*innen des Gesundheitswesens im Strafvollzug die Vorteile der Naloxonvergabe bei der Haftentlassung nahebringen,
- über die nötigen praktischen Schritte zur Einführung der Naloxonvergabe bei der Haftentlassung informieren sowie
- Programmverantwortliche über die Vorteile der Naloxonvergabe bei der Haftentlassung informieren und Tipps zur Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen zur Verfügung stellen.

Diese Empfehlungen sollen einfach und benutzer*innenfreundlich sein und Organisationen einen gebrauchsfertigen Projektplan liefern, der an die lokalen Erfordernisse angepasst werden kann.

Opioid-Überdosierungen

Weltweit sind Überdosierungen eine Hauptursache vorzeitiger Todesfälle unter Menschen, die Drogen intravenös konsumieren, und an der überwältigenden Mehrheit der Todesfälle nach Überdosierungen sind Opiode beteiligt.* 2017 starben schätzungsweise 500.000 Menschen infolge des Konsums von Drogen, mehr als 70 Prozent davon infolge des Konsums von Opioiden und mehr als 30 Prozent davon an einer Überdosierung mit Opioiden (WHO 2020) – das wären mehr als 100.000 Menschen.

In Europa (damals 28 Mitgliedsländer plus Norwegen und Türkei) wurden – bei allen Unterschieden in Datenerhebung, Monitoring und Pathologie – 2016 mehr als 9.000 drogeninduzierte Todesfälle gemeldet (EMCDDA 2018). Die tatsächliche Zahl liegt wahrscheinlich weit höher.

Forschungen zufolge sind die meisten dieser Todesfälle unbeabsichtigt eingetreten und wären demnach vermeidbar gewesen, zumal in einem großen Teil dieser Fälle andere Personen anwesend waren.

Opiode setzen die Aktivität des zentralen Nervensystems (ZNS) herab und können zu einer lebensbedrohlichen

Atemdepression führen, besonders dann, wenn sie zusammen mit anderen ZNS-dämpfenden Substanzen wie beispielsweise Benzodiazepinen und Alkohol eingenommen werden.

Opiode beeinflussen den Teil des Gehirns, der für die Steuerung der Atmung zuständig ist. Bei einer Überdosis wird die Atmung reduziert, bis sie schließlich ganz stoppt.

Auch nicht tödlich verlaufende Überdosierungen sind ein Anlass zur Besorgnis, da sie zu verheerenden und zuweilen lebensverändernden Folgen aufgrund von Verletzungen bzw. Beeinträchtigungen führen und gleichzeitig das Risiko einer künftigen tödlichen Überdosierung erhöhen können. In Europa kommen auf jede tödliche Überdosis schätzungsweise 20 bis 25 nicht tödliche Überdosierungen (EMCDDA 2010). Bei 9.000 gemeldeten Todesfällen infolge von Überdosierungen wären das 2016 mehr als 180.000 Überdosierungen gewesen.

Wodurch sind Menschen dem Risiko einer Überdosierung ausgesetzt?

Die Hauptrisikofaktoren für Überdosierungen sind

- Reduzierte Toleranz – die Toleranz gegenüber einer Droge kann schnell sinken (häufig innerhalb weniger

* Die Begriffe „Opiode“ und „Opiate“ werden in diesem Dokument synonym verwendet.

Tage), nachdem man den Drogenkonsum eingestellt oder wesentlich reduziert hat. Mit einem hohen Risiko verbunden sind daher unter anderem die Zeiträume nach der Entlassung aus dem Gefängnis/der Untersuchungshaft, nach Entlassung aus dem Krankenhaus, nach stationärer Rehabilitation oder nach Beendigung einer Substitutionstherapie.

- Mischkonsum von Drogen – der Konsum einer Kombination verschiedener Drogen (nicht unbedingt zur selben Zeit) und insbesondere mehrerer ZNS-dämpfender Substanzen. Aufgrund der Wirkungsweise lang und kurz wirkender Drogen ist Mischkonsum in einigen Fällen selbst dann möglich, wenn die Drogen nicht am selben Tag eingenommen werden: Lang wirkende Drogen können mehrere Tage lang im Körper verbleiben.
- Andere Faktoren wie beispielsweise eine schlechte körperliche oder geistige Gesundheit und soziale Faktoren können das Risiko einer Überdosierung ebenfalls erhöhen.

Wie können Überdosierungen verhindert werden?

Während diese Empfehlungen darauf fokussieren, *tödliche Verläufe* von Überdosierungen zu verhindern, gilt es generell zu überlegen, wie sich Überdosierungen überhaupt vermeiden lassen.

Sehr gut recherchiert und belegt ist, dass die Opioid-Substitutionstherapie (OST) einen Schutzfaktor darstellt (Pont et al. 2018). Um drogenbedingte Todesfälle zu reduzieren, müssen Sub-

stitutionstherapien mit den optimalen Dosierungen und der optimalen Behandlungsdauer durchgeführt werden (EMCDDA 2016b).

Informationsmaterialien und Gespräche über die Risiken einer Überdosierung sind von entscheidender Bedeutung. Man sollte nicht annehmen, dass alle Menschen, die schon lange Drogen konsumieren, ausreichend über die Risiken von und den Umgang mit Überdosierungen informiert sind – diese Annahme kann dazu führen, dass solche Gespräche nicht stattfinden.

Bei wem ist die Wahrscheinlichkeit, eine Überdosierung (mit-) zu erleben, besonders hoch?

Am größten ist die Wahrscheinlichkeit, eine Überdosierung (mit-) zu erleben, bei Drogenkonsument*innen. Weitere Personen sind Familienmitglieder, Freund*innen, Drogenberater*innen, Beschäftigte im Bereich der Obdachlosen- und Wohnhilfe, Streetworker*innen, Mitarbeiter*innen von Strafverfolgungsbehörden ... praktisch alle, die mit Drogenkonsument*innen Kontakt haben – die Liste ist endlos.

Wie sehen die Anzeichen und Symptome einer Überdosierung aus?

Viele Menschen sterben, weil nicht erkannt wird, dass eine Überdosierung vorliegt. Notfallmaßnahmen gegen Überdosierungen aber sind zwecklos, wenn die Überdosierung nicht erkannt wird. Häufig nehmen Menschen zum Beispiel an, dass eine Person schläft,

weil sie „schnarcht“, während in Wahrheit eine Überdosierung vorliegt. Es ist daher sehr wichtig, dass die Anzeichen einer Überdosierung breit bekannt sind:

- Die Person ist **nicht ansprechbar**.
- Die Person hat eine **langsame/flache/rasselnde Atmung** (wird häufig mit Schnarchen verwechselt).
- Die Person hat **blasse Haut** und **möglicherweise blaue Lippen** (Zyanose).
- Die Person hat **verengte Pupillen** (deutet auf den Konsum von Opiaten hin); auch bei nicht verengten Pupillen sollte eine Opioid-Überdosierung nicht ausgeschlossen werden.

In den meisten Fällen tritt der Tod nicht sofort ein. Viele Todesfälle treten zwei oder drei Stunden nach dem Drogenkonsum ein, nur ein Viertel der Todesfälle unmittelbar nach dem Konsum. Dieses Zeitfenster bietet die Gelegenheit zur Intervention.

Die meisten Zeug*innen von Überdosierungen greifen ein, um die Notsituation zu bewältigen, doch viele der ergriffenen Maßnahmen (zum Beispiel, kollabierten Konsument*innen leicht ins Gesicht zu schlagen oder mit ihnen umherzugehen) sind falsch und unwirksam. In Studien mit Personen, die selbst eine Überdosierung erlebt oder miterlebt haben, stellte sich heraus, dass nur die Hälfte einen Krankenwagen gerufen hatten – hauptsächlich, weil sie Angst vor der Polizei hatten und glaubten, die Situation selbst bewältigen zu können (Wakeman et al. 2009).

Was ist Naloxon?

Naloxon ist ein Medikament, das die Wirkung von Opioiden aufhebt. Bei einer Überdosierung kann es Leben retten.

Das Medikament gibt es seit mehr als 50 Jahren; es steht auf der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und wird in WHO-Leitlinien für den Umgang mit Opioid-Überdosierungen im Community-Setting empfohlen. Seit den 1990er-Jahren wird Naloxon an Personen abgegeben, bei denen die Wahrscheinlichkeit hoch ist, eine Überdosierung (mit-) zu erleben. In Deutschland ist seit Ende 2018 ein verschreibungspflichtiges und erstattungsfähiges Naloxon-Nasenspray auf dem Markt (DAH 2018).

Wie wirkt Naloxon?

Naloxon wirkt, indem es vorübergehend Opiode von den Rezeptoren im Gehirn verdrängt und so die Atemschwierigkeiten bei der Person, die eine Überdosierung erlitten hat, rückgängig macht (EMCDDA 2016a). Bei der nasal-oralen Verabreichung von Naloxon tritt die erwünschte Wirkung (Person atmet wieder) nach wenigen Sekunden ein; evtl. muss eine zweite Dosis verabreicht werden (siehe S. 12).

Naloxon ist ein „kompetitiver Antagonist“, das heißt, es „konkurriert“ mit den Opioiden um die Rezeptoren und blockiert diese dann vorübergehend.

Es verursacht selbst keinen „Rauschzustand“ und keine Vergiftung, sondern hat einzig und allein die Aufgabe, die Folgen der durch die Opiode verursachten Atemdepression aufzuheben.

Zu den Opioiden gehören neben Heroin unter anderem Methadon (verursacht keinen „Kick“), Kodein, Tramadol, Fentanyl und Morphin. Naloxon ist also nicht nur zur Verwendung bei vermuteten Heroin-Überdosierungen gedacht.

Wenn die Person mit der Überdosierung körperlich von Opioiden abhängig ist, können nach der Naloxongabe akute Entzugserscheinungen auftreten – das Risiko steigt mit der Naloxondosis. Eine vorsichtige Dosierung kann die Wahrscheinlichkeit von Entzugserscheinungen reduzieren.

Naloxon wirkt nur sehr kurz; die Wirkung beginnt nach 20 bis 30 Minuten nachzulassen, sodass dann die Opiode wieder an die Rezeptoren binden. Es ist daher sehr wichtig, dass die betroffenen Personen zwischenzeitlich (während das Naloxon wirkt) keine weiteren Drogen oder Medikamente einnehmen, da sie sonst bei Nachlassen der Naloxonwirkung wahrscheinlich erneut eine Überdosierung erleiden. Da die vor dem Notfall eingenommene Dosis ausreichen kann, um nach 20 bis 30 Minuten erneut zu einer Atemlähmung zu führen, muss unbedingt ein Rettungswagen gerufen werden und die Person unter Beobachtung bleiben.

Naloxon ist ein extrem sicheres Medikament.

Wann sollte Naloxon verabreicht werden?

Naloxon ist für vermutete Opiat-Überdosierungen gedacht. Bei Anzeichen einer Überdosierung ist die Verabreichung von Naloxon vollkommen sicher, selbst wenn sich herausstellt, dass keine Opiate konsumiert worden sind. Die Wirkung anderer Drogen wie Alkohol, Benzodiazepine oder Kokain, die zu einer Überdosierung beitragen können, kann Naloxon nicht aufheben – Naloxon hebt nur die Wirkung von Opioiden auf.

In welcher Form wird Naloxon verabreicht?

In Europa war Naloxon bis 2018 nur zur intramuskulären, intravenösen oder subkutanen Anwendung zugelassen. Mittlerweile ist in der EU eine nasale Applikation zugelassen worden. Es handelt sich um ein Nasenspray (Nyxoid®), das in Einzeldosisbehältnissen erhältlich ist (pro Packung 2 Sprays à 1,8 mg). Die empfohlene Dosis ist ein Sprühstoß in ein Nasenloch. Falls es der Person innerhalb von 2–3 Minuten nicht besser geht oder die Symptome der Überdosierung erneut auftreten, verwendet man ein neues Spray im anderen Nasenloch.

Neben dem Nasenspray gibt es auch Ampullen oder Fläschchen und Fertigspritzen mit Naloxonhydrochlorid in unterschiedlichen Konzentrationen: 0,02 mg, 0,4 mg und 1 mg pro 1 ml-Fläschchen, 2 mg/1 ml-, 2 mg/2 ml-, 2 mg/5 ml-Fertigspritzen und 4 mg/10 ml-Multidosisampullen.

Die Dosierung hängt von der Wahl des Produkts ab, aber in den meisten Fällen sind 0,4–0,8 mg eine wirksame Dosis. Es ist wichtig, ausreichend Naloxon bereitzustellen, um ggf. die anfängliche Dosis zu ergänzen (WHO, 2014).

Rechtliche Aspekte

Die rechtliche Situation stellt sich in den europäischen Ländern unterschiedlich dar und ergibt ein unklares Bild. Eine Übersicht aus dem Jahr 2020 findet sich bei der EMCDDA unter <https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone> (Stand: 31.8.2020; abgerufen am 8.4.2021).

In Deutschland gelten für die Verschreibung von Naloxon (das nicht dem Betäubungsmittelrecht unterliegt) „die Vorschriften der Arzneimittelverschreibungsverordnung sowie die allgemeinen ärztlichen Sorgfaltspflichten bei der Arzneimitteltherapie im Sinne einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung für die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten“ – so lautet die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion „Die Linke“, die wissen wollte, unter welchen Voraussetzungen es Ärztinnen und Ärzten nach Ansicht der Bundesregierung erlaubt sei, Menschen mit einer Heroin- oder sonstigen Opioidabhängigkeit Naloxon zur Anwendung im Notfall zu verschreiben.¹

Ein strafrechtliches Gutachten zur Frage der einschlägigen Risiken bei der Verschreibung von Naloxon an opiatkon-

¹ BT-Drucksache 18/10958, S. 5f.

sumierende Personen² kommt zu dem Schluss: „Einen strafrechtlichen Grund, in medizinisch geeigneten Fällen von der Rezeptierung von Naloxon abzu- sehen, gibt es nicht. Wann eine solche Rezeptierung angezeigt ist, ist eine me- dizinische und keine (straf-)rechtliche Frage“ (S. 9).

Eine Strafbarkeit nach dem Arzneimit- telgesetz ist für den verschreibenden Arzt*die verschreibende Ärztin – bei Beachtung der arzneimittelrechtlichen Grundsätze sowie spezifischer Beson- derheiten – ausgeschlossen, da es sich bei Naloxon um ein verschreibungsfä- higes Medikament handelt. In diesem Zusammenhang ist es unerheblich, dass die opioidkonsumierende Person das Naloxon im Ernstfall nicht mehr selbst anwenden kann. Diese Tatsache ergibt sich aus § 2 Abs. 1 Nr. 3 der Arzneimit- telverschreibungsverordnung (AMVV), denn nach dieser Vorschrift muss das Rezept Angaben enthalten, für welche

Person das Medikament bestimmt ist. Dazu, wer die Substanz im Ergebnis verabreicht, enthält das Rezept hin- gegen keine Angaben – wie sollte dies auch zum Zeitpunkt des Rezeptierens bestimmt werden können (vgl. Teuter 2017, S. 4)?

Forschungsübersicht

Ein Mapping-Review (Horton et al. 2017) ergab, dass die meisten Studien und Berichte über Naloxon nach der Haftentlassung aus den USA oder dem Vereinigten Königreich stammen; aus anderen europäischen Ländern gibt es nur wenige veröffentlichte Arbeiten.

Die nachstehenden Informationen stammen hauptsächlich aus diesen we- nigen veröffentlichten Arbeiten sowie aus dem EMCDDA-Bericht (EMCDDA 2016a; vgl. auch: Jamin/Stöver 2020).

2 Teuter, L. (2017): Strafrechtliches Gutach- ten zur Frage der einschlägigen Risiken bei der Verschreibung von Naloxon an opiat- konsumierende Personen. Gutachten im Auftrag von akzept e.V., online verfügbar unter [https://www.akzept.org/uploads0517/ GutachtenNaloxonTeuter2017.pdf](https://www.akzept.org/uploads0517/GutachtenNaloxonTeuter2017.pdf) (Zugriff: 8.6.2020).

Naloxon-Vergabeprojekte und Naloxon in Haft in der EU (Beispiele)

Norwegen

Das Programm für intranasales Naloxon in Oslo und Bergen startete 2014. Es sieht eine Naloxon-Fertigspritze (2 mg/2 ml) mit einem Nasalzerstäuber anstelle von Injektionsnadeln vor.

In Haftanstalten konnte es nur bedingt umgesetzt werden, ein Ausbau wird angestrebt.

Unter Gefangenen in Oslo wurden Kurzschulungen zur Naloxon-Anwendung durchgeführt. Eine Evaluation zeigte, dass die Teilnehmer*innen schon vor der Schulung gute Grundkenntnisse über Risikofaktoren, Symptome und Umgang mit Opioid-Überdosierungen hatten und die Kurzschulungen dieses Wissen erheblich erweitern konnten, insbesondere in Bezug auf den Einsatz von Naloxon (Pettersen und Madah-Amiri, 2017).

Daraus wurde gefolgert, dass Programme zur Prävention von Überdosierungen von entscheidender Bedeutung sind und dass die in Haftanstalten durchgeführten Naloxon-Schulungen den Inhaftierten bei der Erkennung und Bewältigung von Opioid-Überdosierungen nach ihrer Entlassung helfen können.

Estland

In Estland wurde 2013 ein community-basiertes Naloxon-Programm eingeführt. Ab 2015 wurde Naloxon durch die medizinischen Abteilungen der Haftanstalten ausgegeben. Die Justizvollzugsanstalten organisieren Schulungen für Inhaftierte mit einer Vorgeschichte von intravenösem Opioid-Konsum, bevor diese aus dem Gefängnis entlassen werden. Bei ihrer Haftentlassung bekommen sie ein Naloxon-Fertigspritzen-Kit, das sie mit nach Hause nehmen können.

Von Juni 2015 bis Ende 2016 wurden insgesamt 107 Insassen der Gefängnisse Viru, Harku und Murru sowie Tartu geschult; 85 Naloxon-Fertigspritzen wurden ausgehändigt.

Irland

2015 wurden in Irland 31 Personen zu Schulungsleiter*innen ausgebildet, an übergreifenden Schulungseinheiten für das Naloxon-Demonstrationsprojekt nahmen dann fast 600 Personen teil (Health Service Executive 2016).

Im Laufe des Projekts wurden 95 Take-Home-Naloxon-Rezepte (THN) von sechs Allgemeinmediziner*innen in Dublin und Limerick ausgestellt.

Fünf potenziell tödliche Überdosierungen wurden mit THN verhindert, wobei das Naloxon in vier Fällen von Mitarbeiter*innen und in einem Fall von einem Peer verabreicht wurde.

Die irische Strafvollzugsbehörde nahm an der Einführung der Schulungen teil. Hier gab es Verzögerungen bei der Verschreibung, die jedoch gegen Ende des Projekts beseitigt wurden.

Dänemark

Die Vergabe von intranasalem Naloxon begann 2013 in Kopenhagen, Aarhus, Odense und Glostrup. 2014 hatten 121 Drogenkonsument*innen an Schulungen zur Verhinderung von Überdosierungen teilgenommen und THN-Kits erhalten (EMCDDA 2016a).

THN wird Drogenkonsument*innen, Familienmitgliedern, Freund*innen und Mitarbeiter*innen in Gesundheitsdiensten zur Verfügung gestellt. Bevor die THN-Kits ausgegeben werden, wird eine Schulung zur Prävention von Überdosierungen und zum Umgang damit durchgeführt.

Das Kit enthält eine 2 mg/2 ml-Fertigspritze mit einem separaten Nasensprühstüber. Die Spritze ermöglicht fünf Dosen à 0,4 mg mit Anleitung zur nasalen Verabreichung der ersten drei Dosen und zur intramuskulären Injektion der restlichen beiden Dosen.

Deutschland

„Fixpunkt“ Berlin begann 1999 mit der Abgabe von THN, doch erhielt das Projekt nach Ende der Pilotphase im Jahr 2002 keine weitere Finanzierung. Trotzdem stellte Fixpunkt auch nach der Pilotphase weiterhin THN in geringen Mengen zur Verfügung und führte Schulungen durch (Dichtl et al. 2018; Dichtl und Stöver 2015).

2014 veranstaltete die Deutsche Aidshilfe ein Konzeptseminar zur Drogennotfallschulung und Naloxonvergabe vor der Haftentlassung, an dem Mitarbeiter*innen verschiedener Justizvollzugsanstalten teilnahmen. 2015 erstellte die Deutsche Aidshilfe ein Konzept zur Drogennotfallschulung und Naloxonvergabe vor der Haftentlassung. Modellhafte Interventionen sollten sich anschließen, die Umsetzung scheiterte allerdings an der Rechtsunsicherheit bezüglich der Vergabe und der damaligen Auffassung, es handle sich ggf. um eine Arzneimittelstudie.

Anfang 2021 stellten 19 Träger in 18 Städten THN zur Verfügung (Ostermann 2020), wobei es auch Programme mit Schwerpunkt auf dem Zeitraum nach der Haftentlassung gab (Condrobs in München und MUDRA in Nürnberg; siehe Ostermann 2019).

Laut Rückmeldung von 15 Standorten wurden 2019 insgesamt 190 Naloxonschulungen mit rund 800 Teilnehmer*innen durchgeführt. 646 Mal wurde Naloxon ausgegeben und es gab 48 Naloxoneinsätze, 47 davon erfolgreich.

THN wird in Deutschland breit diskutiert. Dabei geht es auch um die Ausarbeitung eines Netzwerks zur Verbesserung des THN-Angebots (koordiniert von akzept e.V.; siehe www.naloxoninfo.de).

Insgesamt bleibt Naloxon in Deutschland aber weitgehend ungenutzt (vgl. Schäffer 2020).

Italien

In Italien ist THN seit den späten 80er-Jahren in Apotheken frei verkäuflich und wurde bereits 1991 an Drogenkonsument*innen, ihre Familien und Freund*innen abgegeben. Seit 1996 wird Naloxon formell als apothekenpflichtig eingestuft und darf in Apotheken ohne Rezept abgegeben werden.

THN ist ein Bestandteil der Strategie zur Prävention von Überdosierungen und wurde 2015 durch 57 niedrigschwellige Harm-Reduction-Einrichtungen verteilt (Ronconi et al. 2017). Die Verfügbarkeit ist allerdings regional unterschiedlich; besonders im Süden und auf den Inseln ist das Angebot lückenhaft. Die Versorgung mit THN wird größtenteils von den Drogenberatungsstellen und mobilen Sprizentausch-Stellen übernommen. Die entsprechenden Informationen werden von den Mitarbeiter*innen dieser Stellen vermittelt; es gibt jedoch auch eine gute Peer-to-Peer-Aufklärung und ein Versorgungsnetz, das Professionelle und Drogengebraucher*innen umfasst. In 70 Prozent der Überdosis-Fälle leisten Drogengebraucher*innen Erste Hilfe mit Naloxon (Ronconi 2018).

Trotz der Tatsache, dass THN in Apotheken erhältlich ist, spielen die Apotheker*innen selbst keine aktive Rolle beim Verkauf an Drogenkonsument*innen, was als Mangel des Programms gesehen wird.

Von den 57 niedrigschwelligen Einrichtungen stellten 55 für das Jahr 2015 ihre Daten zur Abgabe von THN an ihre Kund*innen zur Verfügung. Insgesamt wurden 14.999 Ampullen abgegeben, das entspricht einem Durchschnitt von 272 Ampullen pro Jahr und Einrichtung.

In italienischen Gefängnissen werden wenige oder gar keine Schadensminderungs-Programme für Inhaftierte angeboten, obwohl eine Abgabe von THN für diese Zielgruppe bedeutsam wäre.

Aus der Forschungsarbeit in Italien wurden die folgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen abgeleitet:

Praxis

- Der aktuelle rechtliche Rahmen ist klar und ausreichend.
- Jedes Drogenhilfeangebot kann und sollte Naloxon ausgeben.
- Es sollte Anreize für den Peer-Support-Ansatz, d.h. die Zusammenarbeit mit Peers und die Unterstützung von Vereinigungen von Drogenkonsument*innen geben.
- Einführung von Programmen für Familien
- Einführung von THN in Gefängnissen und nach der Haftentlassung

Politik

- Die Drogenpolitik und die dazugehörigen Aktionspläne sollten auf einem aktuellen Stand sein.
- Es müssen Richtlinien zur Schadensminimierung herausgegeben werden.
- THN ist in die *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) aufzunehmen, also die für alle Bürger*innen garantierte Mindestbetreuung, zu der u.a. Präventionsmaßnahmen und die medizinische Grundversorgung gehören.

Forschung

- Aufnahme von THN in das institutionelle Monitoringsystem
- Entwicklung qualitativer Forschung, Änderung der Haltung gegenüber Drogenkonsument*innen
- Entwicklung von Evaluationsstudien für die Prozesse und Ergebnisse von THN
- Höhere Synergie zwischen Informationssystemen und Registern für Sterbefälle, um die Zahl von Überdosierungen besser überwachen zu können.

Spanien

In Barcelona begann die THN-Vergabe offiziell im Jahr 2008, obwohl sie Berichten zufolge bereits seit 2001 inoffiziell praktiziert wurde. THN wird mittlerweile von einem breiten Spektrum von Dienstleister*innen an Drogenkonsument*innen ausgegeben, darunter Drogentherapie-Einrichtungen, Drogenkonsumräume und Entgiftungszentren.

Anfangs gab es für Drogenkonsument*innen einen finanziellen Anreiz zur Teilnahme an Schulungen. Bis Dezember 2013 wurden 5.830 THN-Kits ausgegeben, 40 % der Teilnehmer*innen gaben an, ein Kit bei Überdosierungen eingesetzt zu haben.

Die Koordinator*innen des Programms beschrieben folgende Herausforderungen und Probleme: Einstellungsbezogene Hindernisse bei abstinenzorientierten Einrichtungen, eingeschränkte Abgabe von Naloxon-Kits und mangelnde Bereitstellung über den Gefängnisdienst (EMCDDA 2016a).

Großbritannien

England

2008 gewährte der UK Medical Research Council die Finanzierung für die Pilotstudie „N-ALIVE“. Die Teilnahmevoraussetzungen erfüllten alle Inhaftierten im Alter von mindestens 18 Jahren mit einer Freiheitsstrafe von mindestens sieben Tagen und einer Vorgeschichte mit intravenösem Heroinkonsum. Die Studie startete im Mai 2012, es nahmen Inhaftierte aus 16 Haftanstalten teil.

Die für den Studienarm mit Take-Home-Naloxon randomisierten Teilnehmer*innen erhielten nach ihrer Haftentlassung ein N-ALIVE-Kit mit einer Naloxon-Fertigspritze und einem Beipackzettel sowie einer DVD mit Video-Anleitung zum Umgang mit Überdosierungen und zur Verabreichung von Naloxon.

Die Studienteilnehmer*innen in der Kontrollgruppe erfuhren zum Zeitpunkt ihrer Haftentlassung, dass ihr N-ALIVE-Kit kein Naloxon enthält.

Die Randomisierung für die N-ALIVE-Studie endete am 8. Dezember 2014 (d.h., die Studie wurde geöffnet, alle Teilnehmer*innen bekamen Naloxon), teilweise aufgrund der positiven Ergebnisse aus dem schottischen nationalen Naloxon-Programm (EMCDDA 2016a).

Gezeigt werden konnte, dass die Naloxon-Vergabe vor Haftentlassung eine lebensrettende Maßnahme für Opioid-abhängige sein kann (Parmar et al. 2017).

Die Verfügbarkeit von Naloxon in England verbessert sich und war 2017 in 138 von den damals 152 lokalen/regionalen Verwaltungseinheiten des Nationalen Gesundheitsdienstes NHS gewährleistet. Laut einem Bericht aus dem Jahr 2017 (Release 2017) fiel die Verfügbarkeit von THN je nach Ort allerdings unterschiedlich aus.

Von 152 Lokalbehörden machten 117 Angaben zur Anzahl von Take-Home-Naloxon-Kits, die im Wirtschaftsjahr 2016/17 ausgegeben wurden. In diesen Gebieten

- wurden landesweit durchschnittlich 12 Take-Home-Naloxon-Kits auf 100 Opioidkonsument*innen ausgegeben (entspricht 12 % Abdeckung)
- lag die Abdeckung in 18 Gebieten bei 0 % (darunter die 13 Gebiete, die kein Take-Home-Naloxon zur Verfügung stellten),
- lag die Abdeckung in 72 Gebieten zwischen 1 % und 20 %,
- lag die Abdeckung in 26 Gebieten zwischen 20 % und 49 %.

Wales

Wales hat ein eigenes nationales Programm, das im Jahr 2009 (als Pilotprogramm) startete. Bis einschließlich März 2017 wurden 15.037 Kits an 6.302 Einzelpersonen verteilt. Naloxon wurde nach Angaben der Teilnehmer*innen 1.654 Mal bei einer Überdosierung eingesetzt (Morgan und Smith 2017).

Es gibt sechs Männergefängnisse in Wales, von denen drei THN an Personen ausgeben, die bei ihrer Entlassung als gefährdet eingestuft werden. Von 2016 bis 2017 wurde die THN-Vergabe erfolgreich im Gefängnis Eastwood Park in Gloucestershire (das Wales am nächsten gelegene Frauengefängnis) und in Arrestzellen in Wales eingeführt.

Schottland

Das schottische Modell wird auf den folgenden Seiten ausführlich beschrieben.

Das schottische Modell

Kontext: Drogenbedingte Todesfälle in Schottland

Die Zahlen drogenbedingter Todesfälle in Schottland gehören zu den höchsten Europas. 2018 starben 1.187 Personen einen vermeidbaren Tod, von denen die meisten versehentlich eintraten. Damit hat sich die Zahl der drogenbedingten Todesfälle von 1996 bis 2018 etwa verfünffacht (National Records of Scotland, 2019). 2019 lag die Zahl der drogenbedingten Todesfälle in Schottland bei 1.264 (National Records of Scotland, 2020).

Als Reaktion auf die steigende Anzahl opioidbedingter Todesfälle stellte die schottische Regierung 2010 ein Nationales Naloxon-Programm vor, das ab 2011 umgesetzt wurde.

Im Juli 2019 richtete die schottische Regierung angesichts der kontinuierlich steigenden Todesfallzahlen eine „Drug Deaths Taskforce“ ein, die bewährte Gegenmaßnahmen zusammentragen und Barrieren für eine Senkung der Zahlen identifizieren sowie aus Public-Health-Perspektive Vorschläge für einen anderen Umgang mit Drogen(gebraucher*innen) im Gesundheits-, Sozial- und Justizwesen vorlegen soll (siehe <https://drugdeathstaskforce.scot/>). Ihren Plan für die Jahre 2021 bis 2022 legte die Taskforce im Dezember 2020 vor (<https://drugdeathstaskforce.scot/about-the-taskforce/forward-plan/>).

Schottland hatte 2019 laut Eurostat etwa 5,45 Millionen Einwohner*innen, 14 Health Boards (regionale Gesundheitsbehörden), 15 Gefängnisse und 30 Alkohol- und Drogenberatungsstellen. Alle 14 Health Boards nehmen am Take-Home-Naloxon-Programm teil und alle 15 Gefängnisse stellen Inhaftierten bei ihrer Entlassung Naloxon zur Verfügung.

Eine Schätzung aus dem Jahr 2019 ging davon aus, dass es 2015/2016 in Schottland rund 57.000 Menschen mit problematischem Drogenkonsum gab. 2017/2018 erhielten mindestens 25.906 Personen in Schottland Methadon (Scottish Public Health Observatory 2018).

2017/2018 wurden in Schottland 8.397 Take-Home-Naloxon-Kits ausgegeben, 664 davon bei Haftentlassung. Etwas mehr als die Hälfte der Kits gingen an Personen, die bereits zuvor Naloxon bekommen hatten, und wiederum die Hälfte davon an Personen, die Naloxon zur Verhinderung einer Überdosis eingesetzt hatten. Zwischen 2011/12 und 2017/18 wurden in Schottland insgesamt 46.037 Take-Home-Naloxon-Kits ausgegeben (Information Services Division Scotland 2018b). Jedes Jahr im August wird der National-Records-of-Scotland-Bericht veröffentlicht. Er enthält Angaben zur Zahl der drogenbedingten Todesfälle im Vorjahr sowie zum Alter der Verstorbenen, demografische Daten sowie Angaben zu den Drogen, die bei den Todesfällen eine Rolle gespielt haben.

Die wichtigsten Drogen bei diesen Todesfällen sind durchgehend Heroin, Methadon, Benzodiazepine und Alkohol. 2018 waren Opiate bei 86 Prozent der drogenbedingten Todesfälle beteiligt oder haben potenziell dazu beigetragen (National Records of Scotland 2019).

2017 betrafen 4,4 Prozent (31) der opioidbedingten Todesfälle Personen, die in den vier Wochen zuvor aus der Haft entlassen worden waren – signifikant weniger als die 9,8 Prozent in den fünf Jahren (2006–2010) vor Einführung des schottischen Naloxon-Programms (Information Services Division Scotland 2018b).

Die Information Services Division (ISD) Scotland veröffentlicht den Drug-Deaths-Database-Bericht, der weitere Einzelheiten zu den Umständen der einzelnen Todesfälle enthält (siehe z. B. Information Services Division 2018 für die drogenbezogenen Todesfälle der Jahre 2015 und 2016 sowie Information Services Division 2016a für die drogenbezogenen Todesfälle des Jahres 2014).

Hierbei lassen sich viele Gemeinsamkeiten erkennen:

- Häufig vergehen mehrere Stunden zwischen der Überdosierung und dem Eintritt des Todes.
- Viele Betroffene hatten bereits einmal eine nicht tödlich verlaufene Überdosierung erlebt.
- Mehrere Drogen wurden zusammen konsumiert (Mischkonsum).
- Zeug*innen waren anwesend.
- Die betroffene Person war ein*e ältere*r Drogenkonsument*in (35 bis 44 Jahre) mit einer langen Geschichte problematischen Drogenkonsums.

- Die Person war aktuell nicht in Behandlung, hatte sich jedoch in einer großen Anzahl von Fällen in den sechs Monaten vor ihrem Tod einer Behandlung unterzogen.

Angesichts der Tatsache, dass es sich bei zwei der hauptsächlich involvierten Drogen um Opioide handelt und dass in den meisten Fällen Zeug*innen anwesend sind, ist es sinnvoll, jenen Personen Naloxon zur Verfügung zu stellen, die am ehesten eine Überdosierung (mit)erleben werden.

Das Naloxon-Programm in den schottischen Gefängnissen

Ein Hauptschwerpunkt des landesweiten Programms war die Sicherstellung der Naloxonvergabe bei der Haftentlassung, weil Gefangene in den ersten Wochen in Freiheit ein erhöhtes Risiko einer Überdosierung und eines drogenbedingten Todesfalls haben (Bird und Hutchison 2003).

Die Gefängnispopulation in Schottland betrug 2015 durchschnittlich etwa 7.800 Personen (Scottish Government 2015), ein Drittel dieser Personen wurden bei ihrer Aufnahme positiv auf Opiate getestet (Scottish Prison Service 2014).

Personen mit Opiatkonsumgeschichte erhalten während ihres Gefängnis-aufenthalts ein Schulungsangebot durch NHS-Mitarbeiter*innen, oft in den letzten sechs Wochen vor ihrer Entlassung. Nach der Schulung wird ihren persönlichen Gegenständen ein Naloxon-Kit hinzugefügt, das ihnen bei der Entlassung aus dem Gefängnis ausgehändigt wird (Horsburgh und McAuley 2017).

Darüber hinaus hat das Scottish Drugs Forum zahlreiche Gruppen von Gefangenen in ganz Schottland in einer Peer-Education-Schulung ausgebildet, damit diese anschließend andere Gefangene schulen können. Diese Methode hat Berichten zufolge die Akzeptanz von Naloxon in schottischen Gefängnissen erhöht und dazu beigetragen, dass die Mitarbeiter*innen mehr Kits ausgegeben haben.

Laut dem landesweiten Naloxon-Bericht 2016 wurden in Schottland zwischen 2011/12 und 2015/16 insgesamt 4.343 THN-Kits in Gefängnissen ausgegeben (Information Services Division 2016b).

Außerdem wurden fast 300 im Nachtdienst eingesetzte Vollzugsbedienstete darin geschult, Überdosierungen zu erkennen und Naloxon dagegen zu verabreichen, weil in schottischen Gefängnissen nachts keine medizinischen Fachkräfte verfügbar sind. Die Verabreichung von Naloxon durch Bedienstete spart daher wertvolle Zeit, während der Krankenwagen unterwegs ist.

Praktische Schritte

Das Naloxon-Programm für Gefängnisse soll die Inhaftierten über die Prävention von/Maßnahmen gegen Überdosierungen sowie über Naloxon aufklären und ihnen bei ihrer Entlassung Naloxon zur Verfügung stellen. Es wird durch NHS-Mitarbeiter*innen umgesetzt und durch den Scottish Prison Service ermöglicht.

Gefangene haben während ihrer Haftzeit an vielen Punkten Gelegenheiten zur Teilnahme an Schulungen. Die folgenden Schritte beschreiben einige potenzielle Hindernisse in den einzelnen Phasen und mögliche Lösungen.

Aufnahme („Zugang“)

Bei der Aufnahme werden die Gefangenen dem medizinischen Personal vorgestellt, das auch Drogentests durchführt. Bei einem positiven Test auf Opiate sollen die Gefangenen über das Naloxon-Programm informiert werden; falls sie Interesse äußern, wird das in den Akten notiert. Falls sie die Teilnahme an dem Programm ablehnen, wird zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal nachgefragt.

Hindernisse:

Die Aufnahme ist nicht unbedingt der beste Zeitpunkt für das Ansprechen einer Maßnahme, die erst bei der Haftentlassung verfügbar sein wird. Neuzugänge müssen sich zu Haftbeginn zweifellos mit anderen Dingen beschäftigen.

Möglich ist, dass nicht alle Gefangenen über das Programm informiert werden, dass das Gespräch nicht dokumentiert wird oder dass die Gefangenen nicht erneut auf die Angebote angesprochen werden.

Lösung:

Während ihrer Haftzeit müssen Gefangene mehrere Gelegenheiten zur Teilnahme an der Schulung bekommen.

Einführungsveranstaltung

Allen Inhaftierten wird in den ersten Hafttagen ein Einführungsprogramm angeboten. In einigen Einrichtungen übernehmen Mitgefangene die Einführung, in der häufig auch das Naloxon-Programm vorgestellt wird. Auch bei dieser Gelegenheit dokumentieren Mitarbeiter*innen oder Mitgefangene wieder, welche Gefangenen Interesse haben.

Hindernisse:

Die Einführung ist nicht verpflichtend, daher nehmen viele Gefangene möglicherweise nicht teil und können ihr Interesse an der Schulung nicht bekunden.

Lösung:

Während ihrer Haftzeit müssen Gefangene mehrere Gelegenheiten zur Teilnahme an der Schulung bekommen.

Naloxon-Schulung

Die Naloxon-Schulung findet häufig – zusammen mit anderen Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung – sechs Wochen vor der Haftentlassung statt.

Hindernisse:

Diese Programme sind nicht verpflichtend, daher kann es passieren, dass viele Inhaftierte nicht teilnehmen. Gefangene könnten außerdem vorzeitig entlassen werden und diese Gelegenheit verpassen.

Lösung:

Es muss dafür gesorgt werden, dass es während der Haft mehrere Gelegenheiten für die Schulung gibt (die Länge der Zeit vor der Entlassung ist nicht der wichtigste Faktor).

Anmeldung zur Teilnahme auf eigene Initiative

Inhaftierte können sich während ihrer Haft auch jederzeit selbst zu einer Schulung anmelden – vielleicht, nachdem sie ein Poster oder einen Aushang gesehen, eine Broschüre gelesen haben oder von Mitgefangenen, Familienmitgliedern oder Freund*innen bei einem Besuch darüber informiert wurden.

Durchführung der Schulung

Ursprünglich war vorgesehen, dass die Schulung von zwei Mitarbeiter*innen in einem Gruppensetting durchgeführt wird.

Hindernisse:

- Es war schwierig, Schulungsleiter*innen und Teilnehmer*innen zur selben Zeit an denselben Ort zu bringen.
- Die Gefangenen hatten oft andere Prioritäten wie Arbeit, Fitness, Besuche usw.
- Die Bediensteten mussten die Teilnehmer*innen zur Schulung begleiten, doch manche Gefangene verweigerten am Schulungstag die Teilnahme.

- Personalengpässe oder mangelnde Verfügbarkeit stellten ebenfalls ein Problem dar.

Gruppen sind in einer Gefängnisumgebung nicht immer angemessen, insbesondere bei einem potenziell emotionalen Thema wie Überdosierung, und die Umgebung kann einschüchternd wirken.

Lösung:

Die Schulung wird mittlerweile meistens als Kurzintervention von 10 bis 15 Minuten Dauer von einem*r Schulungsleiter*in oder Mitgefangenen durchgeführt.

Dies kann auf der Krankenstation, als Bestandteil anderer Termine oder auch in den Gängen stattfinden.

Anschließend bringt das Pflegepersonal das Naloxon-Kit in den Empfangsbereich, wo es den Wertgegenständen der Häftlinge (Mobiltelefon usw.) hinzugefügt wird („Kammer“).

Hindernisse:

Der Zeitpunkt für diese Schulung kann problematisch sein – wenn eine Person ein Jahr vor der Haftentlassung geschult wird, muss das Kit etwa zu diesem Zeitpunkt ihren Wertgegenständen hinzugefügt werden. Gefangene werden nämlich häufig durch eine gerichtliche Verfügung vorzeitig entlassen, bevor das Kit ihren Wertgegenständen hinzugefügt werden konnte.

Die Mitarbeiter*innen im Empfangsbereich wissen allerdings nicht immer, was Naloxon ist, und können daher möglicherweise nicht einschätzen, wie wichtig es ist, das Kit den Wertgegenständen hinzuzufügen.

Lösung:

Bedienstete müssen zu Naloxon geschult werden, damit sie selbst darüber Bescheid wissen, Fragen von Inhaftierten beantworten und sie dazu ermutigen können, das Kit bei ihrer Entlassung mitzunehmen.

Außerdem ist zu gewährleisten, dass das Kit rechtzeitig vor Gerichtsterminen oder vorzeitiger Entlassung usw. zu den Wertgegenständen hinzugefügt wird.

Tag der Entlassung

Die gefangene Person holt ihre Wertgegenstände ab, bevor sie das Gefängnis verlässt.

Hindernisse:

Das Kit ist nicht zu den Wertgegenständen hinzugefügt worden und es ist unwahrscheinlich, dass die Person bis zu einer Aushändigung wartet.

Die Mitarbeiter*innen lenken unnötig viel Aufmerksamkeit auf das Kit und die Gefangenen weigern sich, es mitzunehmen – zum Beispiel, weil sie angekündigt haben, keine Drogen mehr zu nehmen und die Mitnahme von Naloxon als Widerspruch dazu gesehen werden könnte, oder weil sie sich vor den

anderen Anwesenden nicht als Drogenkonsument*innen outen wollen.

Lösung:

Es muss sichergestellt werden, dass sich die Kits bereits vor der Entlassung unter den Wertgegenständen der Personen befinden.

An diesem Punkt können Mitgefangene beteiligt werden – ein gutes Beispiel dafür lieferte ein schottisches Gefängnis, in dem Naloxon-Peers bei Entlassungen dafür sorgten, dass den Leuten ihre Kits mitgegeben wurden.

Die überwältigende Mehrheit der Hindernisse lag auf der operativen Ebene. Daher sollte man Systeme und Standardverfahren einführen, um diese Arten von Hindernissen zu minimieren.

Peer-Education

Das Scottish Drugs Forum (SDF) hat 2012 ein innovatives „Naloxone Peer Education Programme“ eingeführt (Scottish Drugs Forum 2012), das bis heute in ganz Schottland umgesetzt wird.

Im Rahmen dieses Programms werden Peer-Edukatoren*innen aus einer Vielzahl von Community-Angeboten rekrutiert. Die meisten haben eine Drogenkonsumgeschichte, aber es machen auch Familienmitglieder mit, die ein Kind aufgrund einer Überdosis verloren haben.

Peer-Edukatoren*innen werden vier Tage lang durch das SDF geschult. Der Schwerpunkt liegt auf Fähigkeiten und

Kenntnissen, die für Kurzinterventionen in der Community erforderlich sind; Unterstützung bekommen die Peers durch monatliche persönliche Treffen.

Lokale Unterstützung bietet eine Gebietsleitung; sie organisiert regelmäßige Treffen mit Peers, bei denen Fragen rund um die Schulungen oder auch persönliche Angelegenheiten besprochen werden. Je nach Anliegen wird dann Gruppen- oder Einzelunterstützung angeboten. Naloxon-Peer-Edukatoren*innen haben bisher tausende von Stunden investiert, um das Wissen über und den Zugang zu Naloxon in Schottland zu verbessern, und haben mehrere tausend Personen geschult.

Seit 2015 gelten neue Vorschriften zur Vergabe von Naloxon: Seither können alle Mitarbeiter*innen von Drogenbehandlungsdiensten Naloxon ohne ärztliche Verschreibung an alle Personen abgeben, die eine Überdosis (mit)erleben könnten. Diese wichtige Änderung bedeutet, dass neben Krankenpflegekräften und Apotheker*innen auch andere Personen mit Aufgaben in Drogenbehandlungsdiensten wie z. B. Freiwillige Naloxon ausgeben können.

Im August 2017 wurde das erste „Naloxone Peer Supply Model“ des Vereinigten Königreichs in Glasgow eingeführt (Scottish Drugs Forum, 2017).

Es besteht die Hoffnung, dass die Freiwilligen zu besserer Verfügbarkeit von Naloxon in der Community beitragen und so die Wahrscheinlichkeit steigt, dass es im Fall einer Überdosierung zur Hand ist. Das Projekt soll auch den Freiwilligen selbst zusätzliche Fertigkeiten vermitteln und Möglichkeiten bieten.

Das erste Ziel der neu gegründeten Gruppe waren Therapeutische Wohngemeinschaften und Selbsthilfevereinigungen (Recovery Communities) in Glasgow. Anschließend waren betreute Unterkünfte, Wohn- und Communityprogramme an der Reihe, und man versuchte ebenso, gefährdete Personen auf den Straßen von Glasgow zu erreichen, die möglicherweise obdachlos oder wohnungslos waren und keinen Kontakt zu Diensten hatten. Da das aktuelle Peer-Naloxon-Training auch die Vergabe von Naloxon umfasst, wird das Modell diese Risikopopulationen hoffentlich besser erreichen können.

In den ersten drei Monaten nach Einführung des Modells haben Peers über 300 Take-Home-Naloxon-Kits an Personen ausgehändigt, bei denen das (Mit-)Erleben einer Überdosierung wahrscheinlich ist.

Wirksamkeit

Primärer Endpunkt für die Wirksamkeit des schottischen Naloxon-Programms war zu zeigen, dass die Zahl opioidbedingter Todesfälle in den ersten vier Wochen nach der Haftentlassung sinkt.

In der Tat verringerten sich diese Todesfälle im Evaluationszeitraum um 36 % – von 9,8 % auf 6,3 %. Man schätzt, dass Schottlands landesweites Naloxon-Programm von 2011 bis 2013 durch die Ausgabe von fast 12.000 Naloxon-Kits 42 opioidbedingte Todesfälle nach der Haftentlassung verhindert hat.

Sekundärer Endpunkt war zu zeigen, dass die Zahl opioidbedingter Todesfälle nach der Entlassung aus dem Kran-

kenhaus sinkt, doch in diesem Bereich zeigte das landesweite Naloxonprogramm nur eine geringe erkennbare Wirkung (Bird et al. 2016).

Zu beachten ist dabei, dass Krankenhäuser nicht auf dieselbe Weise wie Gefängnisse als wesentlicher Naloxon-Versorgungsweg anvisiert worden waren. Nur wenige Krankenhäuser in Schottland bieten derzeit Take-Home-Naloxon im Krankenhaus-Setting an. Leider haben sich im Laufe des Programms die drogenbedingten Todesfälle insgesamt weiter erhöht.

Naloxon ist tausende Male gegen potenziell tödliche opiatbedingte Überdosierungen eingesetzt worden. Man kann daher mit Fug und Recht annehmen, dass die Zahl der Todesfälle ohne die Verfügbarkeit von Naloxon wahrscheinlich viel höher gewesen wäre.

Je nach Verständnis von Wirksamkeit kann man das schottische Programm aber auch noch anders sehen, zum Beispiel mit Blick auf die behandelnden Ärzt*innen: Die Einführung des landesweiten Programms hat die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Ärzt*innen mit ihren Patient*innen über die Risiken einer Überdosierung und die richtige Reaktion darauf sprechen. Angesichts einer Kultur, in der drogenbezogene Angebote oft eher als „Dienste mit Strafcharakter“ verstanden werden, kann das Programm die Mauern zwischen Ärzt*innen und Patient*innen abbauen und die Beziehungen zu dieser Patient*innengruppe verbessern helfen.

Die Naloxon-Vergabe ist ein starkes Signal, dass Ärzt*innen Leben oder Tod ihres Gegenübers nicht gleichgültig sind.

Das Programm hat die Vergabe von Naloxon an Drogenkonsument*innen, ihre Familienmitglieder und an alle, die eine Überdosierung (mit)erleben könnten, erfolgreich normalisiert und auch die Stigmatisierung bekämpft.

Dennoch ist Naloxon längst nicht bei jeder Überdosierung zur Hand, und wir müssen dafür sorgen, dass es weitaus besser zugänglich wird.

Empfehlungen rund um die Einführung von Naloxon-Programmen für Entscheidungsträger*innen

Die folgenden Empfehlungen basieren auf Erfahrungen und Erkenntnissen aus dem schottischen nationalen Naloxon-Programm.

Prüfen Sie die Rechtslage für die Abgabe von Naloxon an Drogenkonsument*innen und andere Personen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Überdosis (mit)erleben werden.

Bestimmen Sie eine Projektleitung – diese Person ist für das Management und die Koordinierung der Implementierung des THN-Programms zuständig.

Identifizieren Sie Schlüssel-Partner*innen: relevante Dienststellen/Ministerien, Gefängnisleitungen und andere Verantwortliche, Medizinischer Dienst, ggf. Gefängnisapotheke, Abteilung für Datenerfassung, Drogenkonsument*innen, Gefangenenvertretung, Unterstützungsgruppen.

Richten Sie eine Arbeitsgruppe ein – diese Gruppe ist für die übergreifende strategische Koordinierung des Programms zuständig.

Sichern Sie die Finanzierung – die größten Kosten entfallen auf das Naloxon selbst; bedacht werden sollte, ob

zusätzliche Mitarbeiter*innen für die Einführungsphase erforderlich sind (Projektleitung und Schulungsleitung).

Entwickeln Sie ein Datenerhebungsmodell – am besten so, dass es für die Praktiker*innen mit dem geringstmöglichen Zeitaufwand verbunden ist (Beispiel des schottischen Systems im Anhang). Erhoben werden sollten Daten zur Zahl der ausgegebenen Kits, ob es sich um ein erstmals ausgegebenes oder um ein Folge-Kit handelt (falls es sich um ein Folge-Kit handelt: Was ist der Grund dafür? – erstes Kit wurde bei einer anderen Person benutzt, wurde von anderen bei der Person selbst benutzt, verloren, konfisziert, Sonstiges), demografische Angaben. Sie könnten (z. B. per Postleitzahl) auch das Gebiet erfassen, in dem sich die THN erhaltende Person nach der Entlassung aufhalten wird (soweit bekannt).

In Schottland werden diese Daten den Projektleitungen vierteljährlich mitgeteilt. Dadurch werden gezielte Interventionen ermöglicht, wenn die Zahl der ausgegebenen Kits niedrig ist.

Etablieren Sie Versorgungspfade – am besten einfache Methoden für ungeplante Vergaben je nach Gelegenheit.

Ideal ist ein Rahmen mit so geringen Auflagen wie möglich.

Bestimmen Sie eine*n oder mehrere „Master-Trainer*innen“ – diese*r/diese ist oder sind für die Ausbildung von Bediensteten zu Trainer*innen zuständig. Master-Trainer*innen sollten sich gut mit der Prävention von und Maßnahmen bei Überdosierungen sowie mit Naloxon auskennen, sich hochwertige, geprüfte Informationen aneignen und auch selbst Schulungen bekommen, damit sie für ihre Aufgabe optimal vorbereitet sind.

Erarbeiten Sie einen Schulungsplan und definieren Sie die Personen, die geschult werden sollen. „Master-Trainer*innen“ schulen Bedienstete zu Trainer*innen. Diese schulen ihrerseits Personen, die wahrscheinlich Überdosierungen (mit)erleben werden. Jede*r kann zum*zur Trainer*in ausgebildet werden und anschließend auch selbst Informationsveranstaltungen leiten. Das „Training für Trainer*innen“ sollte in der Verantwortung der „Master-Trainer*innen“ bleiben, um Kontinuität und Qualität der Schulungen zu gewährleisten.

Entwickeln Sie ein „Peer-Education-Modell“ – sinnvoll ist ein erprobtes Modell, das ggf. an lokale Erfordernisse angepasst werden kann.

Erstellen Sie Werbematerialien – Broschüren und Poster zur Bekanntmachung des Programms sind wichtig.

Kommunikation: Stellen Sie sicher, dass alle Partner*innen, insbesondere diejenigen, die in der Umsetzung eine Rolle spielen, von Anfang an über das Programm informiert sind, damit sie sich vorbereiten und als Teil des Programms fühlen können.

Beginnen Sie mit den Schulungen, wenn alle Prozesse etabliert sind, sodass die neu geschulten Bediensteten direkt nach ihrer Schulung damit anfangen können, ihrerseits Personen zu schulen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Überdosierung (mit)erleben werden.

Monitoring: Die Arbeitsgruppe sollte sich weiterhin treffen, wenn das Programm läuft, um auftretende Probleme zu besprechen und den Fortschritt zu überwachen.

Empfehlungen rund um die Einführung von Naloxon-Programmen für Praktiker*innen

Legen Sie eine Gesamtleitung fest – diese Person ist Teil des Mitarbeitenteams und für die Koordinierung des Programms innerhalb des Gefängnisses zuständig; sie stellt sicher, dass Hindernisse angegangen und Daten erhoben werden und das Programm wie vorgesehen umgesetzt wird.

Legen Sie eine*n Verantwortliche*n für das Peer-Involvement fest (eine andere Person als die Gesamtleitung). Diese Person sollte bereits an der Umsetzung von Programmen für Gefangene beteiligt sein, einen guten Ruf bei ihnen genießen und ein gutes Verhältnis zu ihnen haben. In Schottland wurde diese Aufgabe stets von Bediensteten des Scottish Prison Service und nicht des Health Service übernommen.

Legen Sie standardisierte Abläufe/Verfahren für sämtliche operativen Aspekte des Programms fest, z. B. wer Schulungen durchführt, wie diese dokumentiert werden, wo das Naloxon gelagert oder wie gewährleistet wird, dass es bei der Entlassung mitgegeben wird.

Stellen Sie Formulare für die Dokumentation von Schulungen und die Datenerhebung zur Verfügung.

Verteilen Sie Broschüren, Flyer und Poster im Gefängnis und händigen Sie sie

den Teilnehmer*innen der Schulungen aus. Sie sollten auch erwägen, Teilnahmebescheinigungen auszustellen.

Arbeiten Sie einen Schulungsplan für die Bediensteten aus – bestimmen Sie Schlüsselpersonen, die zu Trainer*innen geschult werden sollen, und koordinieren Sie die Teilnahme an den Schulungen.

Alle als Trainer*innen vorgesehenen Mitarbeiter*innen müssen zunächst am „Training für Trainer*innen“ der Master-Trainer*innen teilnehmen. Anschließend sollten die Geschulten möglichst bald selbst Schulungen durchführen, solange ihr neu erworbenes Wissen noch frisch im Gedächtnis ist.

Identifizieren Sie Häftlinge, die sich als Peer-Edukatoren*innen eignen – Tipps und Hinweise sind ab Seite 32 zu finden.

Schulen Sie Peer-Edukatoren*innen – der*die Verantwortliche für das Peer-Involvement sollte auf der Grundlage des zuvor erarbeiteten Programms Schulungen für Peers organisieren.

Führen Sie kurze Schulungen durch, wenn immer sich die Gelegenheit bietet und es die Umstände erlauben – Schulungen sollten ein selbstverständlicher Teil des Alltags sein. Es kann auch sinnvoll sein, einige Sitzungen in kleinen Gruppen durchzuführen.

Schulungen für Bedienstete

Naloxon-Schulungen für Trainer*innen (Durchführung durch „Master-Trainer*innen“)

Diese Schulung soll einen Überblick über drogenbedingte Todesfälle auf nationaler und regionaler Ebene verschaffen. Der Schwerpunkt liegt auf der Prävention von Überdosierungen, Maßnahmen bei Überdosierungen sowie dem Mittel Naloxon.

Themen sollten die Ursachen drogenbedingter Todesfälle, Risikofaktoren, Zeiten mit erhöhtem Risiko, Mythen rund um das Thema Überdosis sowie das Erkennen von Anzeichen und Symptomen einer Überdosis sein.

Beim Schwerpunkt Naloxon geht es um die Wirkungsweise, den Aufbau des Naloxon-Kits und dessen Verabreichung sowie die Einbeziehung von Naloxon in die Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen (Erste Hilfe im Drogennotfall).

Das Training sollte sich zudem mit Lehr- und Lernmethoden der Erwachsenenbildung befassen und die Teilnehmenden zur Durchführung von Gruppenschulungen und Kurzinterventionen befähigen.

Nach der Schulung, die auch die Vermittlung praktischer Fähigkeiten umfasst, sollen die Teilnehmenden in der Lage sein, eine Überdosis sicher zu erkennen und Naloxon zu verabreichen.

Die Teilnehmenden sollen auch in der Lage sein, Drittpersonen, die möglicherweise eine Überdosis miterleben, das notwendige Wissen über Überdosierungen und Naloxon zu vermitteln, um den Einsatz von Take-Home-Naloxon (THN) bei Haftentlassenen zu fördern.

Lernziele

Nach Schulungsabschluss sollen die Teilnehmer*innen

- die evidenzbasierten Botschaften zur Vorbeugung von Überdosierungen sowie zu Naloxon kennen und verstehen
- die äußerlich sichtbaren Anzeichen/Symptome einer Überdosis klar identifizieren und benennen sowie sachgerecht darauf reagieren können
- über das Wissen und die Fähigkeiten verfügen, um einen Überdosierungsnotfall zu bewältigen und Fragen von Inhaftierten zu Naloxon zu beantworten
- umfassend über das THN-Programm und seine Bedeutung für die Senkung drogenbedingter Todesfälle informiert sein
- in der Lage sein, THN-Schulungen für Personen durchzuführen, die möglicherweise Zeug*innen einer Überdosis werden.

Zielgruppe

Bedienstete in Haftanstalten.

Kursdauer

1–2 Tage

Beispiel Schottland: Die Trainings für Trainer*innen (TfT) waren ursprünglich auf zwei Tage ausgelegt, wurden jedoch häufig aufgrund von Auflagen für die Teilnahme von Bediensteten auf einen Tag gekürzt. Mittlerweile werden die Trainings generell an einem Tag durchgeführt, weil das Scottish Drugs Forum (SDF) weitere Schulungen zum Thema drogenbedingte Todesfälle anbietet, die sich inhaltlich zum Teil mit den TfT-Kursen überschneiden.

Aufklärungs-/Informationsveranstaltungen

Diese Kurse dauern in der Regel 1,5 bis 3 Stunden und richten sich an Personen, die möglicherweise bei einem Überdosis-Notfall reagieren müssen, selbst aber keine anderen Personen in der Verwendung von Naloxon schulen werden.

Diese Veranstaltungen stellen eine Kurzversion der TfT-Schulungen dar und enthalten kein Modul zu Lehr- und Lernmethoden der Erwachsenenbildung.

Peer-Edukator*innen-Modell

Naloxon-Peer-to-Peer-Schulungsmodell

(Ausbildung von Inhaftierten zu Trainer*innen, die ihrerseits Schulungen in der Haftanstalt durchführen)

In Schottland handelt es sich um einen communitybasierten Kurs mit vier Schulungstagen, die sich in der Regel über drei Wochen verteilen. Im Anschluss folgen sechs Sitzungen (alle vier bis sechs Wochen) zur Vertiefung der Lerninhalte.

Schulungsablauf in der Community:

Tag 1: Sensibilisierung für das Thema Drogen mit Schwerpunkt auf Haltungen, Werten und Stigmatisierung

Tag 2 und 3: Naloxon-Schulung für Trainer*innen (analog der Schulung für Mitarbeitende)

Tag 4: Theorie und Praxis: Vorteile und Herausforderungen von Peer-Schulungen sowie praktische Strategien zur Schulungsdurchführung

Die Schulung befähigt die Teilnehmer*innen nicht nur dazu, Naloxon-Schulungen durchzuführen, sondern vermittelt ihnen auch wertvolle Kompetenzen, die ihre persönliche Entwicklung fördern.

Für das Umfeld des Strafvollzugs wurde der Ablauf den Anforderungen des Gefängnisalltags angepasst. Inhaftierte absolvieren zunächst die beiden TfT-Schulungstage zum Thema Naloxon; anschließend folgen sechs Meetings, in denen die Inhalte der Tage 1 und 4 der Community-Schulungen vermittelt werden.

Lernziele Tag 1 und 4

Themen der beiden Schulungstage

- Drogenbedingte Schäden
- Drogenarten, Wirkungen und rechtliche Situation
- Kurzer geschichtlicher Überblick über Drogen
- Haltungen und Werte
- Behandlungsmöglichkeiten
- Was sind Peer-to-Peer-Schulungen?
- Vor- und Nachteile von Peer-to-Peer-Schulungen
- Peer-basierte Ansätze
- Information und Schulung von Peers
- Anzeichen von Aggressivität und Deeskalation
- Kurzschulungen
- Vermittlungskompetenzen
- Umgang mit Nervosität
- Schwierige Situationen

Nach Abschluss der sechs Folge-Sitzungen können die Teilnehmenden

- Werte und Einstellungen rund um bestimmte Drogen erkennen und hinterfragen
- verschiedene Drogen, ihre Wirkungsweisen und die rechtliche Situation benennen
- darlegen, wie Werte unsere Urteile beeinflussen
- die vielfältigen Gründe für Drogenkonsum benennen
- das Prinzip von Peer-to-Peer-Schulungen und seine Vor- und Nachteile erläutern
- unterschiedliche Peer-basierte Ansätze erklären
- mit unangenehmen oder schwierigen Situationen und Verhaltensweisen bei Schulungen umgehen
- die wichtigsten Elemente der Moderation und Ko-Moderation von Gruppenschulungen benennen
- eine Naloxon-Informationsveranstaltung planen.

Die Peer-to-Peer-Trainer*innen werden bei der Durchführung ihrer Schulungen von Bediensteten und vom Medizinischen Dienst unterstützt. Die Bediensteten stellen sicher, dass den Inhaftierten bei ihrer Entlassung ein persönlicher Naloxon-Vorrat ausgehändigt wird.

Tipps für Peer-to-Peer-Naloxon-Schulungen in Haft

- Das Training für Trainer*innen frühzeitig ankündigen
- Ein Mitglied des Vollzugspersonals als feste*n Ansprechpartner*in für alle Peers benennen

- Regelmäßige Sitzungen zur Unterstützung der Peers und zur Verlaufsbesprechung anbieten
- Sämtliches Personal (Vollzugs-, Gesundheitspersonal usw.) schon im Vorbereitungsstadium des Programms einbeziehen
- Die Inhaftierten zur Teilnahme am Training motivieren
- Allen Inhaftierten die Bewerbung für die Teilnahme am Programm ermöglichen
- Für Kurzinterventionen zur Durchführung der Schulungen werben (10–15 Minuten)
- Interne Kommunikation nutzen (z. B. Gefangenenzeitung, -radio, -fernsehen)
- Anwerben von Langzeithaftierten, die über einen längeren Zeitraum mitwirken können
- Inhaftierte gewinnen, die im Gefängnisalltag über einen gewissen Bekanntheitsgrad oder Einfluss verfügen (sie können andere zur Teilnahme motivieren und so zum Erfolg des Programms beitragen)
- Personen, die Schulungen durchführen, würdigen, ihnen danken und sie bestärken
- „Stellen“ für Naloxon-Peers als Gefängnisjobs schaffen
- Klare Strukturen schaffen, in denen die Peers Informationen über die von ihnen geschulten Inhaftierten an diejenigen Bediensteten weiterleiten, die das Naloxon zur Haftentlassung ausgeben.

Schlüsselinformationen für Kurzinterventionen

Eine Schulung für Personen, die möglicherweise Zeuge einer Überdosierung werden, sollte folgende Punkte abdecken:

<p>Die wichtigsten Substanzen bei drogenbedingten Todesfällen (Heroin, Methadon, Benzodiazepine und Alkohol sowie sämtliche zentral dämpfenden Substanzen) und deren körperliche Auswirkungen (langsame, flache und unregelmäßige Atmung, verlangsamter Herzschlag, herabgesetzte Aufmerksamkeit, Bewusstlosigkeit, Gedächtnisstörungen, Schmerzunempfindlichkeit, abgesenkte Körpertemperatur)</p>
<p>Die wichtigsten Ursachen für eine Überdosis (niedrige Toleranzschwelle, Mischkonsum, übermäßiger Konsum, Konsum, wenn man alleine ist, intravenöser Konsum, Reinheitsgrad)</p>
<p>Phasen mit erhöhtem Risiko (Haftentlassung, Entlassung aus Entzug oder Krankenhaus, nicht lange zurückliegender Entzug oder Rückfall, schlechte körperliche oder psychische Verfassung, vor Kurzem eingetretene Schicksalsschläge, unerwartete Geldeinnahme, Langzeitkonsum, Feiertage/Wochenenden)</p>
<p>Anzeichen und Symptome einer Opiatüberdosis (verengte Pupillen, Atemprobleme, blasse Haut/möglicherweise blaue Lippen, keine Reaktion auf Geräusche oder Berührung, Bewusstlosigkeit)</p>
<p>Verbreitete Mythen/Fehler vermeiden (keine Schmerzen verursachen, keine anderen Substanzen wie z. B. Aufputzmittel verabreichen, nicht in die Badewanne/unter die Dusche bringen, die Person nicht zum Umhergehen veranlassen, keine Kochsalzlösung injizieren, Person nicht zum Erbrechen bringen, die Person nicht alleine lassen)</p>
<p>Wissen, wann man den*die Notärzt*in rufen muss (wenn die Person nicht auf Rufen/Rütteln reagiert; Zustand der Person und Ort angeben!)</p>
<p>Kenntnis der richtigen Lagerung (stabile Seitenlage, Freihalten der Atemwege)</p>
<p>Wissen, wann und wie Naloxon zu verabreichen ist: bei Anzeichen einer Opiatüberdosis Person auf den Rücken legen, Kopf leicht nach hinten beugen (überstrecken), Naloxon in ein Nasenloch sprühen. Person in die stabile Seitenlage bringen, bei ihr bleiben und sie beobachten, ob die Atmung sich bessert und die Person wieder reagiert. Besteht weiterhin Atemstillstand, mit Herzdruckmassage beginnen. Geht es der Person innerhalb von 2-3 Minuten nicht besser oder setzt die Atmung wieder aus, ein neues Naloxonspray in das andere Nasenloch sprühen (das ist auch in der stabilen Seitenlage möglich). Erste-Hilfe-Maßnahmen fortsetzen, bis Atmung wieder einsetzt.</p>
<p>Kenntnis von Beatmungs- und Wiederbelebungsmaßnahmen Wenn die Person nicht normal atmet: Oberkörper freimachen, Hände übereinander legen/Finger ineinander verschränken, unteren Handballen auf die untere Brustbeinhälfte setzen, Arme durchdrücken und den Brustkorb kontinuierlich mit einer Geschwindigkeit von etwa zwei Druckmassagen pro Sekunde ca. 5 cm tief eindrücken, nach jedem Eindrücken Hände heben, dann wieder drücken. Bis zum Wiedereinsetzen der Atmung oder zum Eintreffen von medizinischer Hilfe weitermachen. Wer es gelernt hat und darin geübt ist, kann nach je 30 Herzdruckmassagen 2 Atemspenden geben.</p>
<p>Wissen, dass Naloxon nur kurz wirkt (da die Wirkung von Naloxon nach 20-30 Minuten nachlässt, können die Auswirkungen der Überdosis wie Atemlähmung und Herzstillstand erneut einsetzen)</p>
<p>Wissen, dass man auf jeden Fall bei der Person bleiben muss (die Person beobachten und Hilfestellungen geben, bei Wiedererlangen des Bewusstseins und etwaigem Entzug aufgrund des Naloxon-Einsatzes an weiterem Drogenkonsum hindern, erklären, was passiert ist). Beachte: Manche Menschen können aggressiv reagieren, wenn sie aufwachen.</p>

Die Intervention sollte eher als Gespräch und weniger wie eine Schulung durchgeführt werden. Der*die Trainer*in sollte möglichst nicht die Liste vorlesen, sondern das Wissen der Teilnehmer*innen über und ihre Erfahrungen mit Überdosierungen erfragen und auf dieser Grundlage die wichtigsten Punkte vermitteln

Zehn Tipps für Naloxon-Schulungen

1. Machen Sie's kurz

Schon ein zehnminütiges Gespräch reicht aus, um Grundwissen zur Lebensrettung zu vermitteln. Unterschätzen Sie niemals die Wirkung einer Kurzintervention!

2. Gleich erledigen statt auf später verschieben

Nutzen Sie jede Gelegenheit zu einem Gespräch, es kann Leben retten. Wer weiß, ob Sie Ihr Gegenüber noch einmal wiedersehen – sorgen Sie lieber sofort dafür, dass es vorbereitet ist.

3. Schulung und Vergabe möglichst jetzt und hier

Ihr Schulungsprogramm ist erfolgreicher, wenn Sie das Naloxon direkt im Anschluss aushändigen können. Zwischenschritte können dazu führen, dass viele Personen letztendlich doch kein Naloxon bekommen.

4. Peers einbeziehen!

Peers tragen dank ihrer Glaubwürdigkeit bei der Zielgruppe maßgeblich zur Erhöhung der Abgaberate bei, insbesondere dann, wenn sie selbst zur Abgabe berechtigt sind.

5. Wenn jemand Ihr Naloxon-Angebot ausschlägt, haben Sie etwas falsch gemacht. Ändern Sie Ihre Botschaft!

Dreh- und Angelpunkt jeder Schulung ist die Beziehung. Wenn Sie einer Person überzeugend klarmachen können, dass Ihnen wirklich an ihrem Leben (oder dem ihrer Freund*innen) gelegen ist, wird niemand Ihr Naloxon-Angebot ausschlagen.

6. Seien Sie kreativ und erwarten Sie nicht, dass die Menschen auf Sie zukommen.

Gehen Sie dorthin, wo die Leute sind oder hingehen (Dienste), und verlassen Sie sich nicht darauf, dass sie sich selbst anmelden.

7. Machen Sie die Naloxonvergabe an Drogenkonsument*innen zu Ihrer Priorität!

Bei Drogenkonsument*innen ist die Wahrscheinlichkeit, eine Überdosis (mit-) zu erleben, am größten, sie sollten daher vorrangig berücksichtigt werden.

8. Stellen Sie die Naloxonvergabe an alle Substituierten sicher.

Auch alle Substituierten, mit denen Sie zu tun haben, sollten Sie automatisch mit Naloxon versorgen. Substituierte bekommen starke Opiate und sollten daher auch mit einem Gegenmittel ausgestattet werden.

9. Priorisieren, normalisieren und standardisieren Sie die Naloxonvergabe bei allen Drogenhilfeangeboten.

Versehentliche und vermeidbare Überdosierungen stellen für Ihre Zielgruppe die größte Todesgefahr dar.

10. Motivieren Sie dazu und unterstützen Sie dabei, über Erfahrungen mit der Naloxon-Nutzung zu berichten.

Wenn jemand durch Naloxoneinsatz Leben gerettet hat, gratulieren Sie ihm*ihr! Dies kann eine gute Gelegenheit sein, das Training aufzufrischen und erneut Naloxon auszugeben.

Das Erleben einer Notfallsituation kann aber auch eine traumatische Erfahrung darstellen, die eine unterstützende Begleitung erforderlich macht.

Checkliste für die Umsetzung

Entscheidungsträger*innen

- Rechtslage ist abgeklärt
- Vorgehen entspricht Rechtsvorschriften
- Projektleitung ist bestimmt
- Schlüssel-Partner*innen sind identifiziert
- Schlüssel-Partner*innen wurden kontaktiert
- Arbeitsgruppe wurde eingerichtet
- Finanzierung ist gesichert
- Datenerhebungsmodell ist entwickelt
- Versorgungspfade (Gelegenheiten zu Gesprächen/ zur Vergabe) sind etabliert
- Ausbildungsleitung/en („Master-Trainer*in/nen“) ist/sind bestimmt
- Schulungsplan ist erarbeitet
- Peer-Education-Modell ist entwickelt
- Infomaterialien wurden produziert
- Kommunikationsstrategie ist einsatzbereit
- TfT-Schulungen wurden durchgeführt
- Monitoring-Plan ist einsatzbereit

Praktiker*innen

- Naloxon-Verantwortliche*r (Gesamtleitung) ist bestimmt
- Peer-Involvement-Verantwortliche*r ist bestimmt
- Standardverfahren/-abläufe sind definiert
- Formulare für das Monitoring liegen vor
- Infomaterialien stehen zur Verfügung
- Schulungsplan für Bedienstete liegt vor
- Ausbildung von Bediensteten zu Trainer*innen ist erfolgt
- Potenzielle Teilnehmer*innen für die Peer-Schulung sind identifiziert
- Ausbildung der Peer-Trainer*innen ist erfolgt
- Schulungen werden allen angeboten, die wahrscheinlich eine Überdosis (mit)erleben werden

Anhänge

Anhang 1: Checkliste für Naloxon-Einzelschulungen

Daten des*der Teilnehmers*in

Name	Geburtsdatum	Adresse (und PLZ)	Ärzt*in (Name und Adresse)

Der*die Teilnehmer*in hat folgende Punkte verstanden:

	Initialen (Trainer*in)
Die wichtigsten Substanzen bei drogenbedingten Todesfällen (Heroin, Methadon, Benzodiazepine und Alkohol – sowie sämtliche zentral dämpfenden Substanzen) und deren körperliche Auswirkungen (langsame, flache und unregelmäßige Atmung, verlangsamter Herzschlag, herabgesetzte Aufmerksamkeit, Bewusstlosigkeit, Gedächtnisstörungen, Schmerzunempfindlichkeit, abgesenkte Körpertemperatur)	
Die wichtigsten Ursachen für eine Überdosis (niedrige Toleranzschwelle, Mischkonsum, übermäßiger Konsum, Konsumieren, wenn man alleine ist, intravenöser Konsum, Reinheitsgrad)	
Phasen mit erhöhtem Risiko (Haftentlassung, Entlassung aus Entzug oder Krankenhaus, nicht lange zurückliegender Entzug oder Rückfall, schlechte körperliche oder psychische Verfassung, vor Kurzem eingetretene Schicksalsschläge, unerwartete Geldeinnahme, Langzeitkonsum, Feiertage/Wochenenden)	
Anzeichen und Symptome einer Opiatüberdosis (verengte Pupillen, Atemprobleme, Haut-/Lippenfarbe, keine Reaktion auf Geräusche oder Berührung, Bewusstlosigkeit)	
Verbreitete Mythen/Fehler vermeiden (keine Schmerzen verursachen, keine anderen Substanzen wie z. B. Aufputzmittel verabreichen, nicht in die Badewanne/unter die Dusche bringen, die Person nicht zum Umhergehen veranlassen, keine Kochsalzlösung injizieren, Person nicht zum Erbrechen bringen, die Person nicht alleine lassen)	
Wissen, wann der Notruf 112 abzusetzen ist (wenn die Person nicht auf Rufen/Rütteln reagiert; Zustand der Person und Ort angeben!)	
Kenntnis der richtigen Lagerung (stabile Seitenlage, Freihalten der Atemwege)	
Wissen, wann und wie Naloxon zu verabreichen ist: bei Anzeichen einer Opiatüberdosis Person auf den Rücken legen, Kopf leicht nach hinten beugen (überstrecken), Naloxon in ein Nasenloch sprühen. Person in die stabile Seitenlage bringen, bei ihr bleiben und sie beobachten, ob die Atmung sich bessert und die Person wieder reagiert. Besteht weiterhin Atemstillstand, mit Herzdruckmassage beginnen. Geht es der Person innerhalb von 2–3 Minuten nicht besser oder setzt die Atmung wieder aus, ein neues Naloxonspray in das andere Nasenloch sprühen (das ist auch in der stabilen Seitenlage möglich). Gegebenenfalls Erste-Hilfe-Maßnahmen fortsetzen.	
Kenntnis von Beatmungs- und Wiederbelebensmaßnahmen Wenn die Person nicht normal atmet: Oberkörper freimachen, Hände übereinander legen/Finger ineinander verschränken, unteren Handballen auf die untere Brustbeinhälfte setzen, Arme durchdrücken und den Brustkorb kontinuierlich mit einer Geschwindigkeit von etwa zwei Druckmassagen pro Sekunde ca. 5 cm tief eindrücken, nach jedem Eindrücken Hände heben, dann wieder drücken. Bis zum Wiedereinsetzen der Atmung oder zum Eintreffen von medizinischer Hilfe weitermachen. Wer es gelernt hat und darin geübt ist, kann nach je 30 Herzdruckmassagen 2 Atemspenden geben.	
Wissen, dass Naloxon nur kurz wirkt (da die Wirkung von Naloxon nach 20–30 Min. nachlässt, können die Auswirkungen der Überdosis wie Atemlähmung und Herzstillstand erneut einsetzen)	
Wissen, dass man auf jeden Fall bei der Person bleiben muss (die Person beobachten und Hilfestellungen geben, bei Wiedererlangen des Bewusstseins und etwaigem Entzug aufgrund des Naloxon-Einsatzes an weiterem Drogenkonsum hindern, erklären, was passiert ist). Beachte: Manche Menschen können aggressiv reagieren, wenn sie aufwachen.	

Der*die oben genannte Teilnehmer*in hat den Nachweis erbracht, dass er*sie diese Inhalte (Opiat-Überdosierungen, Anwendung von Naloxon, Absetzen des Notrufs 112, stabile Seitenlage und Wiederbelebung) verstanden hat und berechtigt ist, mit Take-Home-Naloxon versorgt zu werden.

Name des Ausbilders*der Ausbilderin: _____

Abteilung (Name und Adresse): _____

Unterschrift des Ausbilders*der Ausbilderin: _____

Datum: _____

Anhang 2: Fragebogen vor der Schulung

Bitte Initialen und Geburtsmonat (Jan-Dez) hier eintragen (z. B. SM/Jun) ___ / ___

<p>Haben Sie schon einmal an einer Schulung zu Überdosierungen oder zu Erste-Hilfe-Maßnahmen im Drogennotfall teilgenommen? Bitte die entsprechende Antwort einkreisen.</p>	<p>Ja oder Nein</p>
<p>Wenn ja, Glückwunsch! Wo/wann war das?</p>	
<p>Wie sicher fühlen Sie sich, im Falle einer Überdosis mit der Situation umgehen zu können, d.h. genau zu wissen, welche Maßnahme wann zu ergreifen ist? Bitte die entsprechende Antwort einkreisen.</p>	<p>Nicht sicher</p>
	<p>Eher unsicher</p>
	<p>Sicher</p>
	<p>Sehr Sicher</p>
<p>Fühlen Sie sich kompetent genug, um im Falle einer Überdosis einzugreifen (d.h. sind Sie in der Lage, die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen)? Bitte die entsprechende Antwort einkreisen.</p>	<p>Nicht kompetent</p>
	<p>Unsicher</p>
	<p>Kompetent</p>
	<p>Sehr kompetent</p>
<p>Welches könnten Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Maßnahmen sein, die Sie im Falle einer Überdosis ergreifen können?</p>	
<p>Waren Sie schon einmal Zeug*in einer Überdosis? Bitte wählen Sie eine der Antworten aus.</p>	<p>Ja</p>
	<p>Nicht sicher</p>
	<p>Nein</p>
<p>Welche Drogen sind Ihrer Meinung nach vorrangig für Überdosierungen und drogenbedingte Todesfälle verantwortlich?</p>	<p>(A)</p>
	<p>(B)</p>
	<p>(C)</p>
	<p>(D)</p>
	<p>(E)</p>
<p>Welche Verhaltensweisen beim Drogengebrauch sind Ihrer Meinung nach mit dem höchsten Risiko einer Überdosis verbunden?</p>	
<p>Wann ist Ihrer Meinung nach das Risiko einer Überdosis am höchsten?</p>	
<p>Bitte geben Sie auf einer Skala von 1 bis 10 an, wie schwerwiegend Ihrer Meinung nach das Überdosisproblem in Ihrem Land ist. 1 = nicht schwerwiegend / 10 sehr schwerwiegend</p>	

Anhang 3: Test zu Überdosisprävention, Erste-Hilfe-Maßnahmen und Naloxon

Welche lebenswichtige Körperfunktion kommt als Erste zum Erliegen, wenn eine Opiatüberdosis zum Tod führt?	
Nennen Sie 3 Anzeichen einer möglichen lebensbedrohlichen Opiatüberdosis.	(1)
	(2)
	(3)
Nennen Sie drei Faktoren, die das Risiko einer tödlichen Opiatüberdosis erhöhen.	(1)
	(2)
	(3)
Welcher wesentliche Unterschied besteht zwischen der Wirkung von Heroin und Methadon?	
Wird das Risiko einer Heroinüberdosis durch Kokainkonsum erhöht oder gesenkt?	
Warum ist es unerlässlich, den Rettungsdienst zu verständigen, selbst wenn bei einer Opiatüberdosis schon Naloxon verabreicht wurde?	
Nennen Sie drei Tipps zur Schadensbegrenzung, um das Risiko einer Opiatüberdosis zu senken:	(1)
	(2)
	(3)
Fragen zur Ersten Hilfe	
In welchen vier Schritten wird eine Person in die stabile Seitenlage gebracht?	(1)
	(2)
	(3)
	(4)
Falls die helfende Person im Atemspenden geschult ist: In welchem Verhältnis werden Brustkorbkompressionen und Atemspende durchgeführt? <i>Bitte die entsprechende Antwort einkreisen.</i>	10 : 1
	15 : 5
	30 : 2

Anhang 4: Auswertung nach der Schulung

<p>Wie sicher fühlen Sie sich, im Falle einer Überdosis mit der Situation umgehen zu können, d.h. genau zu wissen, welche Maßnahme wann zu ergreifen ist? <i>Bitte die entsprechende Antwort einkreisen.</i></p>	Nicht sicher
	Eher unsicher
	Sicher
	Sehr sicher
<p>Fühlen Sie sich kompetent genug, um im Falle einer Überdosis einzugreifen (d.h. sind Sie in der Lage, die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen)? <i>Bitte die entsprechende Antwort einkreisen.</i></p>	Nicht kompetent
	Unsicher
	Kompetent
<p>Welches könnten Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Maßnahmen sein, die Sie im Falle einer Überdosis ergreifen können?</p>	
<p>Waren Sie schon einmal Zeug*in einer Überdosis? <i>Bitte wählen Sie eine der Antworten aus.</i></p>	Ja
	Nicht sicher
	Nein
<p>Welche Drogen sind Ihrer Meinung nach vorrangig für Überdosierungen und drogenbedingte Todesfälle verantwortlich?</p>	(A)
	(B)
	(C)
	(D)
	(E)
<p>Welche Verhaltensweisen beim Drogenkonsum sind Ihrer Meinung nach mit dem höchsten Risiko einer Überdosis verbunden?</p>	
<p>Wann ist Ihrer Meinung nach das Risiko einer Überdosis am höchsten?</p>	

Anhang 5: Bewertungsbogen Naloxon-Training für Trainer*innen (TfT)

In welchem Maße wurde die Schulung Ihren Bedürfnissen gerecht? <i>Bitte eine Antwort einkreisen.</i>	Vollständig
	Teilweise
	Gar nicht

Trainer*in/Moderation/Ort

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 5 (1 = mangelhaft, 5 = hervorragend)

Schulungsstil des Trainers*der Trainerin:	
Fachwissen des Trainers*der Trainerin:	
Schulungsgestaltung/Moderation:	
Räumlichkeiten	
Schulungsdauer	

Wie bewerten Sie den Nutzen für Ihre Rolle/Ihre Stelle - können Sie durch die Schulung mehr bewirken? Wenn ja, inwiefern?

Wie zweckdienlich waren die einzelnen Schulungskomponenten?

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 5 (1 = mangelhaft, 5 = hervorragend)

Präsentation von Hintergrundwissen	
Demonstration einer Informationsveranstaltung	
Basiskompetenzen in Moderation/Präsentation/Gruppenarbeit	
Naloxon-Schulung	
Erste-Hilfe-Maßnahmen im Notfall	

Zusätzliche Kommentare oder Anregungen zur Schulung:

Wenn Sie uns bei einer nachträglichen Online-Bewertung behilflich sein möchten, geben Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben) sowie Ihre Telefonnummer an.

E-Mail:		Tel.:	
---------	--	-------	--

Anhang 6: Naloxon-Training für Trainer*innen – Teilnahmebescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass

Name: _____

die nachstehend genannte Schulung erfolgreich absolviert hat:

Überdosisprävention, -intervention und Naloxon

Training für Trainer*innen

Inhalte des Trainings:

- Evidenzbasierte Botschaften zur Vorbeugung von Überdosierungen sowie zu Naloxon
- Äußerlich sichtbare Anzeichen/Symptome einer Überdosis, sachgerechte Reaktion auf eine Überdosis
- Wissen und Fähigkeiten, um einen Überdosierungsnotfall zu bewältigen und Fragen von Inhaftierten zu Naloxon zu beantworten
- Informationen über das THN-Programm und seine Bedeutung für die Senkung drogenbedingter Todesfälle
- Wissen und Fähigkeiten, um THN-Schulungen für Personen durchzuführen, die möglicherweise Zeug*innen einer Überdosis werden

Ausgegeben am Datum des Schulungsabschlusses: _____

Trainer*in (Name in Druckbuchstaben und Unterschrift): _____

Anhang 7: Teilnehmer*innen-Bewertungsbogen für Informationsveranstaltungen

Schulungstitel: Überdosisprävention, Erste-Hilfe-Maßnahmen, Naloxon

Kursleiter*in: _____ Datum: _____ Ort: _____

In welchem Maße wurde die Schulung Ihren Bedürfnissen gerecht? Bitte eine Antwort einkreisen.	Vollständig
	Teilweise
	Gar nicht

Trainer*in/Moderation/Ort

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 5 (1 = hervorragend, 5 = mangelhaft)

Schulungsstil des Trainers*der Trainerin:	
Fachwissen des Trainers*der Trainerin:	
Schulungsgestaltung/Moderation:	
Räumlichkeiten	
Schulungsdauer	

Wie bewerten Sie den Nutzen für Ihre Rolle/Ihre Stelle – können Sie durch die Schulung mehr bewirken? Wenn ja, inwiefern?

Wie zweckdienlich waren die einzelnen Schulungskomponenten?

	Gar nicht	Wenig	Ziemlich	Sehr
Präsentation von Hintergrundwissen				
Überdosisprävention				
Informationen zu Naloxon				
Erste-Hilfe-Maßnahmen im Notfall				

Zusätzliche Kommentare oder Anregungen zur Schulung:

Anhang 8: Leben retten im Drogennotfall: Infos von aidshilfe.de

Link: www.aidshilfe.de/drogen-notfall

Das Wichtigste zum Drogennotfall in Kürze

Anmerkung:

Die folgenden Informationen beziehen sich auf die Situation in Freiheit, können aber auch auf die Situation in Haft übertragen werden. **Bei einem Notfall müssen hier Bedienstete gerufen werden, die unterstützen und den Medizinischen Dienst verständigen.**

Generell gilt:

Beherrtes Eingreifen kann Leben retten. Jede Hilfe ist besser, als wegzuschauen – keine Angst vor Fehlern! Infos zu Drogennotfall- und Erste-Hilfe-Kursen für Drogengebraucher*innen geben Selbsthilfe- oder Drogenberatungsstellen und Aidshilfen.

Bei **Krampfanfällen, Atemnot oder Atemstillstand sofort unter 112 den Rettungsdienst anrufen** und den Sachverhalt schildern (z. B. „hilflose Person mit Atemstillstand/Person im Schockzustand“; das Stichwort „Drogen“ sollte man vermeiden).

Bei nur **vereinzelt Atemzügen oder Atemstillstand mit Wiederbelebensmaßnahmen (Herzdruckmassage)** beginnen.

Hilflose Personen niemals allein lassen, sondern beruhigend auf sie einwirken. Unbedingt warten, bis der Rettungsdienst eingetroffen ist.

Naloxon ist ein Opioid-Gegenspieler und **kann z. B. bei Heroin-Überdosierung Leben retten**. Naloxon kann auch bei Mischkonsum angewandt werden. Es hebt dann zumindest die Wirkung der Opiode auf.

Wichtig: **Kochsalzlösung hilft NICHT bei Überdosierung**, sondern kann sogar gefährlich sein (Ersticken an Erbrochenem).

Anhang 9: Naloxon-Nasenspray: Infos und Trainingskarte

Kurzlink: <https://t1p.de/dy9d>



Diese Trainingskarte ist verpflichtender Teil der Zulassung von Naloxon und wurde als zusätzliche risikominimierende Maßnahme beauftragt, um das Risiko bei der Anwendung zu reduzieren und das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Naloxon zu erhöhen. Mit diesem Leitfaden soll daher sichergestellt werden, dass Angehörige der Heilberufe, die Naloxon verschreiben und zur Anwendung bringen, und Patienten die besonderen Sicherheitsanforderungen kennen und berücksichtigen.

Trainingskarte für Patienten und Betreuende – Nyxoid® (Naloxon)

Was befindet sich in einer Packung Nyxoid®?

Auf der Faltschachtel ist ebenfalls das Verfalldatum gedruckt.

Packungsbeilage mit Informationen über Nyxoid® und wie es angewendet wird.

NYXOID 1,8 mg
Nasenspray, Lösung im Einzeldosisbehältnis

Naloxon

2 Einzeldosisbehältnisse



Zwei Nasensprays, die jeweils einzeln in einer Blisterpackung versiegelt sind.

Auf der Rückseite der Blisterpackung befindet sich eine Kurzanleitung mit Bildern, wie Nyxoid® angewendet wird.



Trainingskarte für Patienten und Betreuende – Nyxoid® (Naloxon)

Was ist Nyxoid®?

Nyxoid® ist ein einzeldosiertes Nasenspray zur Notfallbehandlung nach einer Opioid-Überdosierung (wie z. B. Heroin, Methadon, Fentanyl, Oxycodon, Buprenorphin oder Morphin). Jede Packung enthält **2 Nasensprays (mit je einer Einzeldosis)**.

Nyxoid® ist kein Ersatz für die medizinische Notfallbehandlung.

Nyxoid® sollte von jeder Person bei sich getragen werden, wenn bei ihr das Risiko einer Opioid-Überdosierung besteht. Betreuende, wie Familienangehörige oder Freunde, sollten stets wissen, wo Nyxoid® im Notfall zu finden ist.

Wann wenden Sie Nyxoid® an?

Wenn Sie wissen oder vermuten, dass jemand eine Opioid-Überdosierung hat, wenden Sie Nyxoid® so an, wie es in dieser Broschüre beschrieben ist.

! Rufen Sie IMMER sofort den Rettungsdienst, auch wenn die Person aufwacht – sie kann erneut bewusstlos werden und aufhören zu atmen.

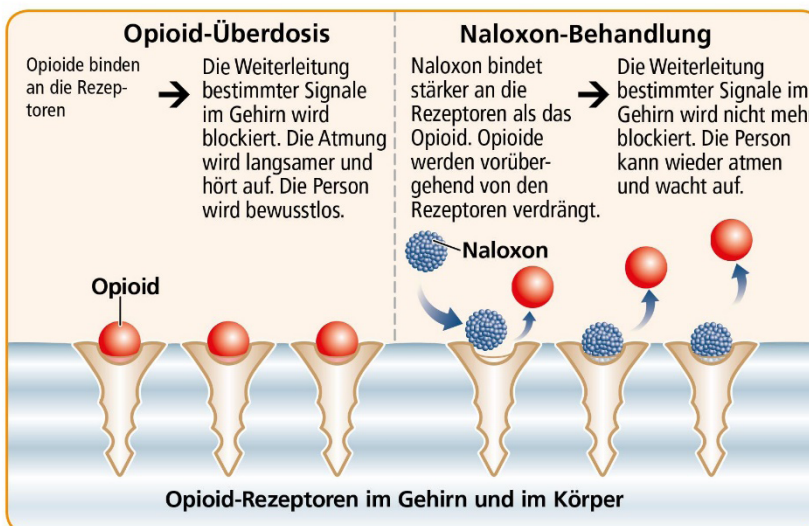
! Achtung: Eine Person, die Nyxoid® bekommen hat, kann akute Entzugssymptome zeigen. Achten Sie auf Ihre eigene Sicherheit.

Wenn Sie Nyxoid® bei sich tragen, ...

setzen Sie sich 1 Monat vor Ablauf des Verfalldatums eine Erinnerung in Ihren Kalender, damit Sie sich rechtzeitig um eine Ersatzpackung kümmern können.

Wie wirkt Nyxoid®?

Nyxoid® enthält Naloxon, das vorübergehend die Wirkungen von Opioiden aufhebt. Naloxon verdrängt Opioiden von den entsprechenden Bindungsstellen (Rezeptoren) im Körper und dem Gehirn.



1 Prüfen Sie auf Anzeichen einer Überdosierung.

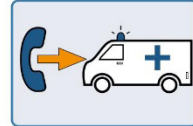
- **Nähern Sie sich vorsichtig.** Achten Sie auf Gefahren, wie z. B. Injektionsmaterial, das herumliegen könnte.
- **Prüfen Sie, ob die Person reagiert,** um herauszufinden, ob sie bei Bewusstsein ist.

Dazu können Sie:

- den Namen der Person rufen
- vorsichtig an den Schultern rütteln
- laut in das Ohr sprechen
- das Brustbein (Sternum) reiben
- in das Ohr oder das Nagelbett kneifen.
- **Überprüfen Sie Atemwege und Atmung.**
 - **Entfernen Sie alles, was Mund und Nase blockiert.**
 - **Prüfen Sie 10 Sekunden lang die Atmung** – Bewegt sich der Brustkorb? Können Sie Atemgeräusche hören? Können Sie den Atem auf Ihrer Wange spüren?
- **Prüfen Sie auf Anzeichen einer Überdosierung,** wie z. B.:
 - keine Reaktion auf Berührung oder Geräusche
 - langsame, ungleichmäßige Atmung oder keine Atmung
 - Schnarchen, Japsen oder Würgen
 - blaue oder lila Fingernägel oder Lippen

2 Rufen Sie den Rettungsdienst.

Rufen Sie **immer** den Rettungsdienst, auch wenn die Person wieder aufwacht.



Nyxoid® ersetzt nicht die Behandlung durch den Rettungsdienst oder lebensrettende Maßnahmen (wie z. B. Herz-Lungen-Massage)

- Schalten Sie, wenn möglich, den Lautsprecher Ihres Telefons an, damit Sie die Hände frei haben.
- **Geben Sie dem Rettungsdienst so viele Informationen wie möglich,** einschließlich:
 - Ihre exakte Position und die Postleitzahl (wenn bekannt),
 - welche Substanzen die Person Ihrer Meinung nach eingenommen hat,
 - ob die Person bei Bewusstsein ist und atmet,
 - dass Sie beabsichtigen, der Person das Nyxoid® Spray zu geben.

3 Geben Sie 1 Nyxoid® Spray.

Jedes Nasenspray enthält **nur eine Dosis.**



Ziehen Sie die Rückseite der Nyxoid® Packung ab. Nehmen Sie das Nasenspray heraus und legen es griffbereit hin.

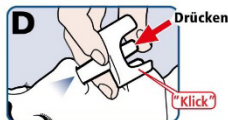


Legen Sie die Person auf den Rücken. Stützen Sie den Nacken ab und beugen Sie den Kopf leicht nach hinten. Entfernen Sie alles, was die Nase der Person blockiert.



Halten Sie das Spray wie abgebildet – die Düse zwischen Mittel- und Zeigefinger, den Daumen auf dem Kolben.

Drücken Sie **nicht** vor der Anwendung, um einen Probestoß durchzuführen.



Führen Sie die Sprühdüse vorsichtig in ein Nasenloch ein. Drücken Sie kräftig auf den Kolben, bis es klickt und die Dosis freigegeben wird. Anschließend entfernen Sie die Düse aus dem Nasenloch. Notieren Sie sich, falls möglich, in welches Nasenloch Sie gesprüht haben.

4 In die stabile Seitenlage bringen.

A Nehmen Sie den nächstgelegenen Arm der Person und legen Sie ihn im rechten Winkel angewinkelt mit der Handinnenfläche nach oben.



B Legen Sie den anderen Arm über die Brust und den Handrücken an die Wange. Lassen Sie die Hand nicht los.



C Greifen Sie das von Ihnen weiter weg liegende Bein direkt über dem Knie. Heben Sie das Knie an. Rollen Sie die Person zu sich auf die Seite. Den Kopf (sanft) nach hinten überstrecken. Stützen Sie den Kopf ab, indem Sie die Hand der Person an der Wange lassen.



D Endposition: Die Hand stützt den Kopf.



Das obenliegende Bein ist an Hüfte und Knie gebeugt.

Trainingskarte für Patienten und Betreuende – Nyxoid® (Naloxon)

5 Die Person überwachen, bis Hilfe eintrifft.

- **Bleiben Sie bei der Person.** Achten Sie darauf, ob sich Atmung und Ansprechen auf Geräusche und Berührung bessern.
- Wenn die Person bewusstlos ist und nicht normal atmet, beginnen Sie, falls Sie darin geschult sind, mit Wiederbelebungsmaßnahmen (wie z. B. Herz-Lungen-Massage).
- Für mehr Informationen zu Wiederbelebungsmaßnahmen können Sie sich im Vorfeld zum Beispiel an das Deutsche Rote Kreuz wenden.

! Achtung! – Auch wenn die Person aufwacht, kann es passieren, dass sie erneut bewusstlos wird und aufhört zu atmen.

6 Keine Besserung? Geben Sie ein 2. Spray.

Falls es der Person **innerhalb von 2 - 3 Minuten** nicht besser geht oder die Symptome der Überdosierung erneut auftreten: **Verwenden Sie ein neues Nyxoid® Spray im anderen Nasenloch.** Sie können dies tun, während die Person sich in der stabilen Seitenlage befindet.

7 Achten Sie auf Ihre eigene Sicherheit.

Nyxoid® kann bei opioidabhängigen Personen **akute Entzugssymptome** hervorrufen. Symptome können sein:

- Schmerzen im ganzen Körper und Krämpfe
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- Fieber, laufende Nase oder Niesen
- Schweißausbruch, Frieren oder Zittern
- Nervosität oder Reizbarkeit

Manche Menschen können aggressiv reagieren, wenn sie aufwachen.

! Achten Sie auf Ihre eigene Sicherheit.

8 Wenn der Rettungsdienst eintrifft.

Sagen Sie dem Rettungsdienst sofort, was passiert ist und dass Sie Nyxoid® gegeben haben.

Geben Sie ihm das/die gebrauchte(n) Nyxoid® Spray(s).

Entsorgung der gebrauchten Nasensprays

Falls Sie vergessen haben, die gebrauchten Sprays dem Rettungsdienst zu geben, bringen Sie diese zu einem Arzt oder Apotheker und sorgen Sie für Ersatz. Werfen Sie die Sprays **niemals** ins Abwasser oder den Hausmüll.

Trainingsvideo

Alle Anwendungsschritte von Nyxoid® zur Aufhebung einer Opioid-Überdosis werden auch in einem Video demonstriert, das Sie über diesen Link ansehen können:
<https://www.mundipharma.de/therapiegebiete/suchtmedizin/schulungsmaterial-notfalltherapie-bei-einer-opioid-ueberdosis.html>



Meldung von Nebenwirkungen

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Abt. Pharmakovigilanz, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, D-53175 Bonn, <http://www.bfarm.de/>, anzuzeigen.

Weitere Informationen finden Sie in der Fachinformation/Gebrauchsinformation von Nyxoid® und auf den Webseiten des Zulassungsinhabers: www.mundipharma.de
Mundipharma GmbH, De-Saint-Exupéry-Straße 10, 60549 Frankfurt am Main
Internet: <http://www.mundipharma.de>
Dieses Schulungsmaterial finden Sie auch unter <http://www.bfarm.de/schulungsmaterial> und

unter www.mundipharma.de/schulungsmaterial/
Informationen zu medizinischen Anfragen erhalten Sie unter unserer gebührenfreien Info-Linie: (0800) 8 55 11 11
E-Mail: medinfo@mundipharma.de
Nyxoid® ist eine eingetragene Marke von Mundipharma Corporation Ltd.
Stand der Information: 10/2018 Version 3.0



21415_10/2018

Anhang 10: Fragebogen/Bericht nach Naloxonanwendung

Das nachstehende Formular sollte als kurzer Leitfaden dienen

Vor Beginn bitte ermitteln: War die Überdosis TÖDLICH ODER NICHT TÖDLICH?

(Unzutreffendes bitte streichen)

Angaben zur befragten Person	
Name	
Geburtsdatum	
Wohnort	
Datum und Ort (einschl. Region) der Überdosis	

Angaben zur Person, die sich überdosiert hat					
Männlich/weiblich/divers				Alter	
In Opioid-Substitutions-therapie?	Ja	Nein	Weiß nicht	Beziehung zur befragten Person	Bekannte*r
					Verwandte*r
					Sonstiges (bitte angeben)
Beteiligte Substanzen (wenn bekannt)					
Hat die Person intravenös konsumiert?	Ja	Nein	Weiß nicht		

Waren Sie dabei, als die Person die Überdosis erlitt?	Ja	Nein
Wenn ja: Wie lange dauerte es (vom Moment des Konsums an), bis die Überdosis eintrat?		
Welche Anzeichen/Symptome einer Überdosis sind eingetreten?		
Wie viele weitere Personen waren anwesend (außer Ihnen und der überdosierten Person)?		

Ablauf der Ereignisse		
Wurde Naloxon verabreicht?	Ja	Nein
	Wie viele Dosen?	
	<i>Wenn Nein: Bitte Grund angeben</i>	
Wurde ein Krankenwagen gerufen?	Ja	Nein
	<i>Wenn Nein: Bitte Grund angeben</i>	
Welche Informationen haben Sie der Notrufzentrale übermittelt?		
Hat der*die Notrufmitarbeiter*in den Naloxon-Prozess mit Ihnen durchgesprochen?	Ja	Nein
	<i>Weitere Kommentare?</i>	
Stabile Seitenlage?	Ja	Nein
	<i>Wenn Nein: Bitte Grund angeben</i>	
Wiederbelebung durchgeführt?	Ja	Nein
	<i>Wenn Nein: Bitte Grund angeben</i>	
Sind Sie bis zum Eintreffen des Rettungswagens bei der Person geblieben?	Ja	Nein
	<i>Wenn Nein: Bitte Grund angeben</i>	
Wie lange hat es gedauert, bis der Rettungswagen eintraf?		

Wurde die Person ins Krankenhaus eingeliefert?	Ja	Nein	Weiß nicht
	<i>Wenn Nein: Bitte Grund angeben</i>		
Wie lange sind Sie ggf. nach Abfahrt der Sanitäter*innen bei der überdosierten Person geblieben?			
Ist die Polizei erschienen?	Ja	Nein	
	<i>Detaillierte Beschreibung des Geschehens</i>		

Weitere Informationen (z. B. zum Befinden/der psychischen Verfassung der Person nach der Überdosierung)

Wurde eine Auffrischungs-Schulung durchgeführt?	Ja	Nein
---	-----------	-------------


Unterschrift (Mitarbeiter*in): _____

Datum: _____

Anhang 11: Naloxontraining.de

Infos zu Naloxon, zum Verhalten bei Drogen-Notfällen und zu Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Atemstillstand bietet die Seite www.naloxontraining.de.

Hier kann man auch ein Online-Training absolvieren und findet Adressen und Literatur rund um das Thema.



The screenshot shows the website's header with the logo for 'Deutsche Aidshilfe' and 'Naloxon-Training'. The tagline reads 'Dein Einsatz im Drogennotfall kann Leben retten'. A navigation menu includes 'Drogennotfall', 'Online Training', 'Downloads', and 'Fragen & Antworten'. A search bar and a 'Zum Homescreen hinzufügen' button are also present. A prominent orange button says 'Erste Hilfe bei Atemstillstand'. The main content area features a photograph of a woman in a patterned shirt leaning over a man lying on a couch. A blue overlay on the left contains the text 'Naloxon – der Lebensretter im Rucksack' and 'Dein Einsatz im Drogennotfall kann Leben retten.' Below this are two buttons: 'Weiter informieren →' and 'Erste Hilfe bei Atemstillstand →'.

Literatur

Bird, S.M.; McAuley, A.; Perry, S.; Hunter, C. (2016): Effectiveness of Scotland's National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006–10) versus after (2011–13) comparison. In: *Addiction* 2016 (111):883–91

Bird, S.M.; Hutchinson, S.J. (2003): Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison. Scotland, 1996–1999. In: *Addiction* 2003 (98):185–90

Deutsche Aidshilfe (DAH; 2018): Erstes verschreibungsfähiges Naloxon-Nasenspray ist auf dem Markt (Meldung vom 13.9.2018 auf aidshilfe.de; Zugriff: 8.4.2021)

Dichtl, A.; Stöver, H.; Dettmer, K. (Hg.; 2018): Leben retten mit Naloxon. Fachhochschulverlag, Bd. 24: Frankfurt am Main

Dichtl, A.; Stöver, H. (Hg.; 2015): Naloxon – Überlebenshilfe im Drogennotfall. Fachhochschulverlag, Bd. 27: Frankfurt am Main

EMCDDA (2018): Preventing overdose deaths in Europe. Online: <https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-overdose-deaths>; Stand: 3.10.2018 (Zugriff: 8.4.2021)

EMCDDA (2016a): Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone. New EMCDDA insights into naloxone, the overdose antidote that can help save lives. Online: https://www.emcdda.europa.eu/news/2016/1/preventing-opioid-overdose-naloxone_en (Zugriff: 8.4.2021)

EMCDDA (2016b): Preventing overdose deaths in Europe. Perspectives on drugs.

EMCDDA (2012): Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. Online: https://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison_en (Zugriff: 8.4.2021)

EMCDDA (2010): Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Online: https://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010_en (Zugriff: 8.4.2021)

Morgan, G.; Smith J. (2017): Harm Reduction Database Wales: Take home naloxone 2016–17. Online: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/888/FINAL%20Naloxone%20HRD%20report%202016-17.pdf> (Zugriff: 8.4.2021)

Health Service Executive (2016): Evaluation of the HSE Naloxone Demonstration Project. Online: <https://www.drugsandalcohol.ie/26037/1/Naloxonedemoproject.pdf> (Zugriff: 8.4.2021)

Horsburgh, K.; McAuley, A. (2017): Scotland's national naloxone program: The prison experience. In: *Drug Alcohol Rev* 2017

Horton, Meredith et al. (2017): A mapping review of take-home naloxone for people released from custodial settings. In: *International Journal of Drug Policy* 46 (2017), 7–16. Online: https://www.researchgate.net/publication/317274587_A_mapping_review_of_take-home_naloxone_for_people_released_from_correctional_settings (Zugriff: 8.4.2021)

Information Services Division Scotland (2018a): The National Drug-Related Deaths Database (Scotland) Report: Analysis of Deaths occurring in 2015 and 2016. Online: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Drugs-and-Alcohol-Misuse/Publications/2018-06-12/2018-06-12-NDRDD-Report.pdf> (Zugriff: 11.4.2021)

Information Services Division Scotland (2018b): National Naloxone Programme Scotland Monitoring Report 2017/18. Online: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Drugs-and-Alcohol-Misuse/Publications/2018-11-27/2018-11-27-Naloxone-Report.pdf> (Zugriff: 11.4.2021)

Information Services Division Scotland (2016a): The National Drug-Related Deaths Database (Scotland) Report: Analysis of Deaths occurring in 2014. Online: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Drugs-and-Alcohol-Misuse/Publications/2016-03-22/2016-03-22-NDRDD-Report.pdf> (Zugriff: 8.4.2021)

Information Services Division Scotland (2016b): National Naloxone Programme Scotland Monitoring Report 2015/16. Online: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Drugs-and-Alcohol-Misuse/Publications/2016-10-25/2016-10-25-Naloxone-Report.Pdf>

Jamin, D.; Stöver, H. (2020): Schnittstelle Haft und Freiheit – Zur Entlassungssituation von Drogengebrauchenden. Das Risiko „Haftentlassung“ für Drogengebrauchende. In: Forum Strafvollzug (3/2020), S. 209 ff.

National Records of Scotland (2020): Drug-Related Deaths in Scotland in 2019. Online: <https://www.nrscotland.gov.uk/files//statistics/drug-related-deaths/2019/drug-related-deaths-19-pub.pdf> (Zugriff: 8.4.2021)

National Records of Scotland (2019): Drug-Related Deaths in Scotland in 2018. Online: <https://www.nrscotland.gov.uk/files//statistics/drug-related-deaths/2018/drug-related-deaths-18-pub.pdf> (Zugriff: 8.6.2020)

National Records of Scotland (2017): Drug-Related Deaths in Scotland in 2016. <https://www.nrscotland.gov.uk/statistics-and-data/statistics/statistics-by-theme/vital-events/deaths/drug-related-deaths-in-scotland/2016> (Zugriff: 8.4.2021)

Ostermann, O. (2019): Naloxon als Drogennotfallprophylaxe bei Haftentlassung. Vortrag auf den 4. Gefängnismedizintagen in Frankfurt am Main

Ostermann, O. (2020): Präsentation zum Workshop Naloxon und Substitution auf der 6. Nationalen Substitutionskonferenz am 16.12.2020. Online: <https://naloxoninfo.de/wp-content/uploads/2021/02/OstermannNaloxon-und-Substitution.pdf> und <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2021/03/DokuNaSuKoFin.pdf> (Zugriff: 8.4.2021)

Parmar, M.K.B.; Strang, J.; Choo, L.; Meade, A.M. und Bird S.M. (2017): Randomized controlled pilot trial of naloxone-on-release to prevent post-prison opioid overdose deaths. In: *Addiction*. 2017 Mar; 112(3): 502–515. Published online 2016 Dec 13. doi: 10.1111/add.13668; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27776382/> (Zugriff: 17.12.2020)

Petterson, A.G.; Madah-Amiri, D. (2017): Overdose prevention training with naloxone distribution in a prison in Oslo, Norway: a preliminary study. In: *Harm Reduct J* 2017 (Nov. 21), 14(1):74. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5696738/> (Zugriff: 8.4.2021)

Pflanz-Sinclair, Chr. et al. (2013): General Practitioner Engagement with the Scottish National Naloxone Programme: A needs assessment project. Online: <https://www.drug-sandalcohol.ie/19298/> (Zugriff: 8.4.2021)

Pont, J.; Kastelic, A.; Stöver, H.; Ritter, C.; Knorr, B. (2018): Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfaden. Berlin: Deutsche Aidshilfe. 3. Aufl. <https://www.aids-hilfe.de/shop/pdf/9443> (Zugriff: 17.12.2020)

Release (2017): Take-home naloxone in England. Online: <https://www.release.org.uk/blog/take-home-naloxone-england> (Zugriff: 8.4.2021)

Ronconi, S. et al. (2017): Preventing opioid overdose deaths: A Research on the Italian naloxone distribution model – 2016, Forum Droghe

Ronconi, S. (2018): The Italian naloxone distribution model – Lessons learned about an effective, sustainable and cheap harm reduction intervention. In: Dichtl, A.; Stöver, H.; Dettmer, K. (Hg.; 2018): Leben retten mit Naloxon. Fachhochschulverlag, Bd. 24: Frankfurt am Main, S. 123 ff.

Schäffer, D.: Naloxon bleibt in Deutschland weitgehend ungenutzt (Juli 2020). Online: https://www.researchgate.net/publication/342777925_Naloxon_bleibt_in_Deutschland_weitgehend_ungenutzt (Zugriff: 8.4.2021)

Scottish Drugs Forum (2012): Naloxone Peer Educator Initiative. Scottish Drugs Forum, Glasgow: 2012

Scottish Drugs Forum (2017): UK's first ever Naloxone Peer Training and Supply group celebrates launch. Online: http://www.sdf.org.uk/news_peer_naloxone_training_supply/ (Zugriff: 8.4.2021)

Scottish Government (2015): Prison statistics and population projections Scotland: 2013–14. Scottish Government. Edinburgh. Online: <https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/3000/https://www.gov.scot/Resource/0049/00491398.pdf> (Zugriff: 8.4.2021)

Scottish Prison Service (2014): Addiction Prevalence Testing for Performance Measurement Purposes 2014–15. Scottish Prison Service. Online: <https://www.scotpho.org.uk/media/1083/sps-addiction-prevalence-testing-stats-final-2014-15.pdf> (Zugriff: 8.4.2021)

Scottish Public Health Observatory (2018): Quarterly Update, September 2018. Online: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Public-Health/Publications/2018-09-18/2018-09-18-ScotPHOUpdate-Summary.pdf> (Zugriff: 9.4.2021)

Wakeman, S.E. et al. (2009): Preventing Death Among the Recently Incarcerated: An Argument for Naloxone Prescription Before Release. Journal of addictive diseases 28(2): 124–129. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851239/> (Zugriff: 8.4.2021)

WHO (2020): Opioid overdose (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>; Stand: 20. August 2020 (Zugriff: 8.4.2021)

Meine ersten 48 Stunden in Freiheit

**Umfassende Ansätze zu Interventionen
mit Take-Home-Naloxon vor und nach der
Entlassung von Drogenkonsument*innen
aus dem Strafvollzugssystem**

Projektleiter: Prof. Dr. Heino Stöver

Projektmanagerin: Arailym Erkebaeva

- ▶ <https://harmreduction.eu/projects/my-first-48-hours-out>
- ▶ www.frankfurt-university.de
- ▶ <https://www.frankfurt-university.de/de/hochschule/fachbereich-4-soziale-arbeit-gesundheit/forschung-am-fb-4/forschungsinstitute/institut-fuer-suchtforschung-isff/>

