

Fleißner | Werse | Klaus | Schäffer | Kuban | Stöver

Take-Home-Naloxon in Deutschland



Nomos

Drogenkonsum in Geschichte und Gesellschaft

Drug Use in History and Society

Herausgegeben von | Edited by
Prof. Dr. Heino Stöver
Dr. Ingo Ilja Michels

Band | Volume 11

Simon Fleißner | Bernd Werse | Luise Klaus
Dirk Schäffer | Maria Kuban | Heino Stöver

Take-Home-Naloxon in Deutschland



Nomos

Gefördert vom DAAD aus Mitteln des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ).

Funded by the DAAD with funds from the Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ).

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2025

© Die Autor:innen

Publiziert von
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden
www.nomos.de

Gesamtherstellung:
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print): 978-3-7560-1517-7

ISBN (ePDF): 978-3-7489-4323-5

DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748943235>



Onlineversion
Nomos eLibrary



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Geleitwort des Sucht- und Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Sehr geehrte Leser und Leserinnen,

Im Jahr 2023 sind 2.227 Menschen an ihrem Drogenkonsum gestorben, in dem meisten Fällen durch oder in Verbindung mit Opiaten. Seit etwa fünf Jahren steigen diese Zahlen stetig an, trotz aller Bemühungen, Heroin, Crack, Crystal Meth und Weiteres sicherzustellen. Auch deshalb haben wir in dieser Legislaturperiode eine Neuausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik angestoßen: Weg von einer pauschalen Verbotspolitik, hin zu mehr Schutz und Hilfe.



© Sucht- und Drogenbeauftragter/
Dominik Butzmann (Photothek)

Unter diesem Gesichtspunkt dürfen wir keine einzige Maßnahme außen vorlassen, die hilft, Überdosierungen, aber auch allgemein gesundheitliche Schäden durch Drogenkonsum zu verhindern. Neben Drogenkonsumräumen, Substitutionsbehandlung und dem seit 2023 ermöglichten Drug-Cheking ist das Notfallmedikament Naloxon ein zentrales Element in der Harm-Reduction. Bei ihnen allen gilt, sie in den kommenden Jahren fest zu etablieren und noch viel breiter als bisher verfügbar zu machen.

Naloxon als einfach zu verabreichendes Nasenspray hat den Vorteil, theoretisch überall verfügbar und anwendbar zu sein. Zudem sprechen die mittlerweile langjährigen Erfahrungen, die in den USA und Kanada mit dem dortigen „Narcan“ gemacht wurden, durchgehend für sich. Und die Notwendigkeit, bei Opiat-Überdosierungen ein Gegenmittel zur Hand zu haben, gilt umso mehr, als dass auch in Deutschland ein verstärktes Aufkommen synthetischer Opioide nicht ausgeschlossen ist.

Für einen Einsatz in Deutschland durch Streetworker, Mitarbeitende der Suchthilfe, medizinisches Personal, Opiatnutzende sind Schulungen im Umgang mit Naloxon ein entscheidender Erfolgsfaktor.

Wenn im Rahmen von Naloxon-Schulungen das Erkennen von Überdosierungen, die korrekte Anwendung des Sprays sowie die Erste Hilfe nach Abwendung der Überdosis geübt werden, steigert das nochmals die Überlebenschancen der Betroffenen. Es trägt aber auch dazu bei, eventuell vorhandene Berührungsängste und Vorbehalte abzubauen. Das Projekt NALtrain verdient deshalb für mich als Sucht- und Drogenbeauftragter der Bundesregierung größten Respekt für die Pionierarbeit, die es im Laufe seiner dreijährigen Projektlaufzeit geleistet hat. Mein besonderer Dank gilt auch allen Einrichtungen und Einzelpersonen, die Naloxon-Schulungen anbieten und sich für eine Umsetzung vor Ort einsetzen, genauso wie den Autor*innen dieses Buches, die auf den folgenden Seiten starke Argumente für eine Fortsetzung und eine stabile Finanzierung dieser lebensrettenden Schulungen liefern.

Ich möchte Sie als Leser*in, aber auch alle Einrichtungen im Bereich der Drogenhilfe auffordern: Machen Sie sich unbedingt die Ergebnisse in diesem Buch zunutze! Unser gemeinsames Ziel muss sein, mithilfe der Schulungen eine breite Abdeckung zu erreichen: Entzug- und Entwöhnungskliniken, niedrigschwellige Einrichtungen, betreutes Wohnen und Substitutionspraxen, aber auch Justizvollzugsanstalten sind hier alle gefragt.



Burkhard Blienert

Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen

Danksagung

Ein solches Projekt kann nicht von Einzelnen bewältigt werden. Wir möchten uns bedanken beim Bundesministerium für Gesundheit für die Finanzierung des Projektes NALtrain und für das rege Interesse am Projektverlauf. Ein Dank gilt auch den Mitgliedern des Fachbeirates für die vielen guten Ideen und die herzliche Unterstützung über die gesamten drei Jahre (Frank Woike, Claudia Schieren, Dr. Katrin Lohmann, Urs Köthner, Andreas von Blanc). Das Projekt wäre ohne unsere Trainer und Trainerinnen (Olaf Ostermann, Nils Unger, Eva Gesigora, Kristin Hagemann, Martina Maric, Alexander Vinokurov, Kerstin Dettmer, Ronald Schneider, Cornelia Schartner), die durch ganz Deutschland gereist sind und zahlreiche Mitarbeitende geschult haben nicht möglich gewesen. Ein besonderer Dank gilt allen Mitarbeitenden, die vor Ort Netzwerke geknüpft haben und mit viel Zeit und Energie die Naloxon-Schulung beworben und umgesetzt haben. Das Überwinden zahlreicher Hindernisse, wäre ohne Euch nicht möglich gewesen. Wir möchten uns außerdem bei allen Opioidkonsumierenden bedanken, die sich die Zeit genommen haben an einer Naloxon-Schulung teilzunehmen und die für Familie, Freunde und sogar Fremde Verantwortung übernommen haben.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	7
1. Vorwort	13
2. Hintergrund	15
2.1. Drogentodesfälle	15
2.2. Überdosierungen durch Opioide	16
2.3. Risikofaktoren für eine Überdosierung	16
2.3.1. Drug	16
2.3.2. Set	17
2.3.3. Setting	18
2.4. Was ist Take-Home-Naloxon?	18
2.4.1. Naloxon	19
2.4.2. Take-Home-Naloxon	19
2.4.3. Wirksamkeit	20
2.4.4. Geschichte	21
2.4.5. Internationale Erfahrungen	22
2.4.6. Deutschland	23
2.5. Bereiche, in denen Take-Home-Naloxon sinnvoll ist	24
2.5.1. Niedrigschwellige Angebote	25
2.5.2. Opioid-Agonisten-Therapie	26
2.5.3. Psychiatrische Einrichtungen	27
2.5.4. Justizvollzug	28
3. Die Ziele von NALtrain	31
4. Evaluation: Methoden	33
4.1. Kurzevaluation der Trainings	34
4.2. Dokumentation der Schulung für Klient:innen	34
4.3. Kurzevaluation der Schulung	35

4.4. Dokumentation der Naloxon-Anwendungen	35
4.5. Qualitative Erhebung mit Mitarbeiter:innen und Ärzt:innen	36
4.6. Qualitative Befragung von Menschen, die Drogen konsumieren	37
5. Ergebnisse der Evaluation	39
5.1. Kurzevaluation der Trainings	39
5.2. Dokumentation der Schulung für Klient:innen	43
5.3. Kurzevaluation der Schulung für Klient:innen	48
5.3.1. Stichprobe und Soziodemographie	48
5.3.2. Substanzkonsum und Erfahrungen mit Überdosierungen	50
5.3.3. Bewertung der Schulungen	52
5.3.4. Extra-Stichprobe in Haft	54
5.4. Naloxon-Anwendungen	55
5.5. Qualitative Interviews mit Mitarbeiter:innen und Ärzt:innen	59
5.5.1. Stichprobe	60
5.5.2. Vorgeschichte und Einstieg in das NALtrain-Projekt	60
5.5.3. Trainings für Mitarbeitende	61
5.5.4. Schulungen für Klienten und Klientinnen	63
5.5.5. Naloxoneinsätze	73
5.5.6. Rahmenbedingungen und praktische Umsetzung	75
5.5.7. Kritik und Verbesserungsvorschläge	78
5.5.8. Beispiele Guter Praxis	83
5.6. Qualitative Befragung mit drogengebrauchenden Menschen	85
5.6.1. Stichprobe	85
5.6.2. Biographische Angaben und aktuelle Konsumgewohnheiten	86
5.6.3. Schulungen: Ablauf und Bewertung	86
5.6.4. Überdosen: Erfahrungen und Motivation zu helfen	87
5.6.5. Anwendungserfahrung mit dem Naloxon-Nasenspray	89
5.6.6. Naloxon-Nasenspray: Einschätzung und Bewertungen	92

6. Diskussion	95
6.1. Trainings	95
6.2. Dokumentation der Naloxon-Schulungen	97
6.3. Geschulte Klient:innen	99
6.4. Naloxon-Anwendungen	100
7. Schlussfolgerungen	103
7.1. Für ein weiteres Projekt	103
7.2. Ärzte und Ärztinnen	104
7.2.1. Vorbehalte	104
7.2.2. Regress und Überlastung	106
7.2.3. Fazit zur ärztlichen Kooperation	107
7.3. Verschreibungspflicht	107
7.4. Finanzierung	108
7.5. Monitoring und Steuerung	110
8. Ausblick	115
9. Literatur	117
Anhang 1: Weiterführendes Material und Links	121
Anhang 2: Empfehlungen zu Take-Home-Naloxon	123

1. Vorwort

In diesem Buch wird das Bundesmodellprojekt NALtrain (Konzeption, Umsetzung und Evaluation eines wissenschaftlichen Modellprojekts zur Durchführung deutschlandweiter qualitätsgesicherter Take-Home-Naloxon Schulungen: Nationales Early Warning System) beschrieben. Es ist zum einen der Abschlussbericht eines Bundesmodellprojektes mit einem Fokus auf die erreichten Ergebnisse. Es ist zum anderen aber auch eine Darstellung von Take-Home-Naloxon in Deutschland und kann hoffentlich auch ein hilfreicher Leitfaden sein zur weiteren Umsetzung von Take-Home-Naloxon, sowohl für politische Entscheidungsträger als auch für Einrichtungen und Einzelpersonen, welche selbst Naloxon-Schulungen anbieten möchten. Es wird darüber hinaus hoffentlich deutlich an welchen Stellen NALtrain nicht ausreichend tätig werden konnte und wo auch in Zukunft noch Handlungsbedarf besteht. Außerdem hoffen wir mit der Darstellung der Ergebnisse für mögliche zukünftige Projekte Erfahrungen und Anregungen zur Verfügung zu stellen, auf welche sich aufbauen lässt oder wo andere Projekte es besser machen können. Die Autor:innen haben versucht einen Anstoß für langfristig implementierte Naloxon-Schulungen zu geben. Ein besonderer Dank gilt allen Einzelpersonen und Einrichtungen, die Ressourcen und persönliches Engagement in der Arbeit vor Ort investiert haben, damit Menschen, die Opiode konsumieren, geschult werden und das Naloxon-Nasenspray besitzen können. Ohne die zahlreichen Schulungen und wiederholten Ansprachen von Ärzten und Ärztinnen, sowie der Menschen, die selbst konsumieren, würde kaum jemand das lebensrettende Nasenspray zur Verfügung haben. Die berichteten Widerstände sind zahlreich. Einigen Beteiligten ist es in besonderer Weise gelungen, Mitstreitende zu finden und Naloxon-Schulungen anzubieten. Andere haben nicht weniger investiert, haben aber kaum Erfolge gehabt, da die strukturellen Bedingungen für Schulung, Verschreibung und Beschaffung nicht immer verändert werden konnten. Vielleicht finden sich in diesem Buch noch einige Anregungen und im besten Falle auch Motivation, weiter am Thema Take-Home-Naloxon dranzubleiben. Unser Dank gilt auch allen Menschen, die selbst konsumieren und deren Angehörigen und Freunden, welche sich haben schulen lassen und damit Verantwortung für sich und ihre Mitmenschen übernommen haben. Ohne diese Bereitschaft, sich mit dem Thema

Tod und Überdosierung bewusst auseinanderzusetzen, könnte Take-Home-Naloxon nicht erfolgreich sein und Leben retten. Dieses Projekt ist auch mit einem Blick auf alle entstanden, die an einer Überdosierung verstorben sind und welchen nicht geholfen werden konnte. Wir hoffen damit zur Verbreitung von Take-Home-Naloxon beigetragen zu haben.

Schauen Sie, was für sie von Interesse ist. Überspringen Sie Passagen, welche für Sie nicht relevant sind. Ein Projektbericht neigt dazu alle Details zu beschreiben. Falls Sie nur wissen möchten, welche Menschen wir mit Take-Home-Naloxon erreicht haben, dann können Sie die Ergebnisse zu den Trainings getrost überspringen. Sollten Sie sich genauer für die Erhebungsmethoden interessieren, sind Sie herzlich dazu eingeladen auch das Kapitel zu den Methoden zu studieren. Wir hoffen das Inhaltsverzeichnis gibt Ihnen ausreichend Auskunft über die einzelnen Kapitel und Sie können diesen Bericht gewinnbringend nutzen. Das Buch beginnt mit dem Hintergrund zum Projekt und beschreibt, aus welchem Grund NALtrain wichtig ist und was eigentlich Take-Home-Naloxon ist. Dazu gehen wir auf die derzeitige Entwicklung der Drogentodesfälle ein, beschreiben Naloxon und geben einen kurzen Überblick über die Entwicklung von Take-Home-Naloxon. Nach einer knappen Darstellung der Projektziele folgt eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse. Diese sind aufgeteilt in die quantitativen Befragungen zu den Trainings, den Naloxon-Schulungen und den Naloxoneinsätzen und den qualitativen Befragungen der ausgebildeten Mitarbeitenden, als auch geschulter Drogengebraucher:innen. Das Buch endet mit der Diskussion der Ergebnisse. Die Diskussion ist dabei das Herzstück des Berichtes. Dort haben wir die zentralen Erkenntnisse zusammengetragen und möglichst auf den Punkt gebracht beschrieben. Wir hoffen dieses Buch weckt Ihr Interesse am Thema Take-Home-Naloxon und trägt dazu bei, diese lebensrettende Maßnahme weiter in Deutschland zu verbreiten.

2. Hintergrund

Bevor das Projekt und die Ergebnisse der Evaluation beschrieben werden, wird die Situation rund um das Thema Take-Home-Naloxon in Deutschland im Folgenden dargestellt.

2.1. Drogentodesfälle

Im Jahr 2023 sind in Deutschland 2.227 Menschen im Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Drogen verstorben, sogenannte Drogentodesfälle (Neumeier et al., in prep.). Das ist ein Anstieg von 11,9% im Vergleich zum Vorjahr (Bundeskriminalamt, 2023). In den vergangenen zehn Jahren haben sich die zu verzeichnenden Drogentodesfälle sogar verdoppelt (Statista, 2024). Die Statistiken der Drogentodesfälle sind nur eingeschränkt belastbar - dennoch erscheint der kontinuierliche Anstieg bedenklich. 2023 standen 1249 Todesfällen, also 56% der registrierten Drogentodesfälle, im Zusammenhang mit Opioiden. Davon waren 240 monovalente Vergiftungen, was bedeutet es wurden nur Opioide (in den meisten Fällen Heroin) konsumiert. Bei der Mehrheit der Verstorbenen wurden nicht nur Opioide konsumiert, sondern zusätzlich weitere Substanzen. Bei 1.009 Verstorbenen wurde ein polyvalenter Konsum, mit Beteiligung von Opioiden festgestellt (Neumeier et al., in prep.). Im Vergleich zum europäischen Durchschnitt ist der Anteil der opioidbedingten Todesfälle geringer. Die European Union Drugs Agency (EUDA) berichtet, dass in Europa ca. 74% der drogenbedingten Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden stehen. Die EUDA weisen aber auch explizit darauf hin, dass die Zahl der verstorbenen Drogenkonsumierenden in Deutschland unzureichend genau ist und die nicht bekannten Todesfälle kaum abzuschätzen sind (EUDA, 2024). Es ist also davon auszugehen, dass die Zahl der Drogentodesfälle in Deutschland insgesamt höher ist. Ob auch der Anteil der opioidbedingten Todesfälle näher am europäischen Durchschnitt zu verorten ist, bleibt darüber hinaus aber unklar. Auch wenn in Europa und auch in Deutschland bisher keine Opioidepidemie angekommen ist, könnte es in Anbetracht des geringeren Anbaus von Mohn und der damit reduzierten Verfügbarkeit von Heroin aus Afghanistan zu einer Verknappung von Heroin auch in Deutschland

kommen (UNODC, 2024). Einfacher und billiger herzustellende synthetische Opioide könnten dann dem Heroin beigemengt werden oder dieses vollständig ersetzen. Da synthetische Opioide, wie beispielsweise Fentanyl, deutlich potenter sind als Heroin, könnte es dadurch zu einem Anstieg an (tödlichen) Überdosierungen kommen. Zwar ist nicht davon auszugehen, dass es zu einer „man-made crisis“ (McDonald et al., 2024) kommt, wie in Nordamerika durch die aggressive Vermarktung und Verschreibung von Opioiden als Schmerzmittel. Dennoch könnten synthetische Opioide die Zahl der Todesfälle nochmals deutlich erhöhen.

2.2. Überdosierungen durch Opioide

Der Konsum von Opioiden (z.B. Heroin, Morphin, Fentanyl) bewirkt nicht nur die erwünschte Rauschwirkung, sondern hat auch potenziell lebensbedrohliche Auswirkungen. Bei einer Überdosierung durch Opioide kommt es zu einer Atemdepression. Dabei wird das Atemzentrum gelähmt, sodass die betroffene Person weniger atmet oder es sogar zu einem Atemstillstand kommen kann. Die betroffene Person selbst bekommt von der Überdosierung nichts mit und kann sich somit auch nicht selbst helfen. Entsprechend dieser Wirkung ist die Beatmung bzw. die Gabe von Sauerstoff lebensrettend für die Person. Außerdem steht mit Naloxon ein Antidot zur Verfügung, welches die Wirkung von Opioiden, sowohl die atemlähmende als auch die erwünschte, in kürzester Zeit aufheben kann (siehe 3.1).

2.3. Risikofaktoren für eine Überdosierung

Die Forschung zeigt, dass es diverse Faktoren gibt, die die Wahrscheinlichkeit einer Überdosierung erhöhen. Schneider und Beisel (2020) stellen die Risikofaktoren anhand der bekannten Kategorien „Drug“, „Set“ und „Setting“ dar (Zinberg, 1959). Schneider und Beisel (2020) weisen aber auch ausdrücklich darauf hin, dass nicht klar ist, welche Risikofaktoren einen kausalen Zusammenhang und welche lediglich eine Korrelation abbilden.

2.3.1. Drug

Mit der Kategorie „Drug“ wird die Auswirkung der konsumierten Substanz an sich beschrieben. Zum einen ist hier die Dosis zu nennen. Da Heroin

eine illegale Substanz ist und diese auf dem Schwarzmarkt erworben werden muss, ist beim Konsum der Reinheitsgehalt und damit auch die Dosis nicht bekannt. Diese unbekannte Dosis kann zu einer (tödlichen) Überdosierung führen. Schneider und Beisel (2020) berichten darüber hinaus, dass bei Todesfällen im Zusammenhang mit Opioiden in den meisten Fällen intravenös konsumiert wurde. Andere Konsumformen bergen ein geringeres Risiko einer Überdosierung. Bekannt ist auch, dass der polyvalente Konsum ein weiterer Risikofaktor ist. Dabei können beispielsweise, auf Grund ihrer Wirkung, Benzodiazepine und Alkohol die Wirkung auf das zentrale Nervensystem von Heroin verstärken und das Risiko einer Atemdepression erhöhen. Die Autor:innen schreiben dazu, dass insbesondere der Konsum von Alkohol bei letalen Überdosierungen mit Heroin häufiger gefunden wurde als bei nicht letalen Überdosierungen mit Heroin. Für Benzodiazepine konnte dies nicht bestätigt werden. Interessant ist darüber hinaus, dass bei letalen Heroinüberdosierungen häufig Antidepressiva gefunden wurden (Schneider and Beisel, 2020). Auch in der Statistik der Drogentodesfälle in Deutschland für 2023 zeigt sich, dass mehr Personen im Zusammenhang eines polyvalenten Konsums verstorben sind (Neumeier et al., in prep.).

2.3.2. Set

Die Risikofaktoren, welche der Kategorie „Set“ zugeordnet werden, betreffen die Persönlichkeit und die Einstellungen der konsumierenden Person. Dabei zeigt sich entsprechend des narrativen Reviews von Schneider und Beisel (2020), dass von einer letalen Überdosierung selten Erstkonsumierende betroffen sind und tendenziell Konsumierende, welche eine tödliche Überdosierung erlitten haben, etwas älter sind, als bei einer nicht tödlich verlaufenen Überdosierung. Mehrheitlich waren die verstorbenen Konsumierenden Männer, wobei auch der Anteil an Männern unter den Opioidkonsumierenden ähnlich hoch ist (Kraus et al., 2019; Schneider and Beisel, 2020). In einer Proxy-Studie waren Überdosierungen weiblicher Konsumierender allerdings häufiger tödlich (Schneider et al., 2021). Insofern bleibt es fraglich, ob das Geschlecht tatsächlich ein Risikofaktor für eine letale Überdosierung darstellt. Schneider und Beisel (2020) berichten außerdem, dass bei ca. 10% der an einer Heroinüberdosierung Verstorbenen Suizidalität eine Rolle gespielt haben könnte. Die Autor:innen gehen aber davon aus, dass mindestens 90% der letalen Überdosierungen unbeabsichtigt waren. Darüber hinaus ist bekannt, dass viele Konsumierende zahlreiche Komor-

2. Hintergrund

biditäten aufweisen, wie beispielsweise kardiale und pulmonale Erkrankungen. Aber auch Infektionskrankheiten wie HCV oder HIV werden bei Drogengebraucher:innen häufiger diagnostiziert (Bremer et al., 2016). Gleiches gilt für psychische Erkrankungen, wie beispielsweise Depressionen. Zusätzlich zeigt sich, dass von einer Überdosierung Betroffene zum Zeitpunkt der Überdosierungen sich meistens in keiner medizinischen Behandlung, wie Opioidsubstitutionstherapie oder Entzugsbehandlung, befunden haben (Schneider and Beisel, 2020).

2.3.3. Setting

Als dritte Kategorie werden Risikofaktoren der Kategorie „Setting“ benannt. Es wird beschrieben, dass sich Überdosierungen häufig am Abend oder in der Nacht ereignen, wobei keine Unterschiede zwischen tödlichen und nicht-tödlich verlaufenden Überdosierungen gefunden wurden. Überdosierungen sind darüber hinaus mit Konsum im privaten Wohnraum assoziiert, sowohl im eigenen Wohnraum als auch in Wohnungen von Freunden und Bekannten. Die Chance eine Überdosierung zu überleben steigt, wenn nicht allein konsumiert wird und eine potenziell helfende Person anwesend ist. Bei tödlich verlaufenden Überdosierungen sind deutlich seltener andere Personen anwesend als bei nicht tödlich verlaufenden. Wenig überraschend steigt die Überlebenswahrscheinlichkeit ebenso, wenn die anwesenden Personen bei einer Überdosierung entsprechende Maßnahmen ergreifen (z.B. Beatmung, Notruf, etc.) (Schneider and Beisel, 2020). Auch in der bereits oben benannten Proxy-Studie haben nächtliche Überdosierungen, welche sich in der eigenen Wohnung ereignen, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit tödlich zu verlaufen (Schneider et al., 2021).

2.4. Was ist Take-Home-Naloxon?

Im Bundesmodellprojekt NALtrain ging es um die Etablierung von Take-Home-Naloxon in Deutschland als lebensrettender Maßnahme bei Opioidüberdosierungen. Nachdem dargestellt wurde, was eine Überdosierung ist und welche Risikofaktoren dafür bekannt sind, wird als nächstes das Konzept Take-Home-Naloxon beschrieben.

2.4.1. Naloxon

Naloxon wurde 1960 in New York das erste Mal synthetisiert und Dr. Jack Fishman und Dr. Mozes J. Lewenstein haben Naloxon daraufhin auch patentiert (*Essay Inf Sci.*, 1983; Strang et al., 2019). Die beiden haben festgestellt, dass Naloxon ein besonders wirksamer Opioidantagonist ist, und zwar deutlich potenter als andere bis dahin bekannte Antagonisten (Campbell, 2020). Naloxon hat als Opioidantagonist eine höhere Affinität zu den Rezeptoren und verdrängt dort die Opioide, bleibt selbst aber wirkungslos. Dadurch hebt Naloxon die Wirkung von Opioiden auf (Zimmermann et al., 2020). Im Jahr 1971 hat die US Food and Drug Administration (FDA) Naloxon als verschreibungspflichtiges Medikament für die intravenöse (i.v.), intramuskuläre (i.m.) und subkutane Darreichung zugelassen. Naloxon hat sich daraufhin Stück für Stück, auch international, in der klinischen Praxis etabliert und wird seit 1983 auch von der World Health Organization (WHO) als unverzichtbares Medikament aufgeführt. Viele Jahre war Naloxon damit nur im klinischen Setting verbreitet, also für die Anwendung durch Mediziner:innen (Strang et al., 2019). Auf Grund der Opioid-Krise in Nordamerika wurde Naloxon auch zur nasalen Gabe weiterentwickelt und zugelassen, sodass auch seit 2018 in Deutschland Naloxon als Nasenspray zur Verfügung steht (Zimmermann et al., 2020). Dieses in Deutschland zugelassene Nasenspray hat eine Dosierung von 1,8 mg. Durch die Applikationsform als Nasenspray ist die Dosierung höher als bei einer intramuskulären oder intravenösen Applikation. Im Gegensatz zu einer intravenösen Naloxon-Gabe führt das Naloxon-Nasenspray zu deutlich milderem Entzugssymptomen (McDonald et al., 2018; Wodarz Von Essen et al., 2022). International gibt es auch deutlich höher dosierte Naloxon-Nasensprays. In Deutschland ist bisher lediglich ein Präparat erhältlich (Stand 2024).

2.4.2. Take-Home-Naloxon

Das Konzept Take-Home-Naloxon sieht die Mitgabe von Naloxon an medizinische Laien vor, welche eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben bei einer Überdosierung anwesend zu sein, damit diese der betroffenen Person das Naloxon verabreichen können. Wie beschrieben, finden Überdosierungen häufig in Anwesenheit anderer statt, sodass potenzielle Ersthelfende anwesend sind (Schneider and Beisel, 2020; WHO, 2014). Diesen den Zugang

zu Naloxon zu ermöglichen bedeutet, dass diese Dritten eine unmittelbare Möglichkeit haben, der betroffenen Person zu helfen und einen tödlichen Ausgang der Überdosierung zu verhindern. Die WHO zählt insbesondere Drogengebrauchende selbst und deren Familie und Freunde zu Personen, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, bei einer Überdosierung anwesend zu sein (WHO, 2014). Diese Personengruppen mit Naloxon zu versorgen und in der Anwendung zu schulen, kann Todesfälle auf Grund von Opioidüberdosierungen verhindern.

2.4.3. Wirksamkeit

Die Wirksamkeit von Take-Home-Naloxon zu untersuchen, bringt einige Schwierigkeiten mit sich, welche hier kurz beschrieben werden sollen, damit dann der Stand der aktuellen Evidenz erörtert werden kann. Zentral ist die Frage, ob tatsächlich weniger Menschen durch die Vergabe von Naloxon versterben, also die Mortalität von Opioidkonsumierenden gesenkt wird. Es könnte schließlich sein, dass Erste-Hilfe-Maßnahmen und das Verstärken des Rettungsdienstes der entscheidende Faktor ist und Naloxon zusätzlich keinen oder nur einen geringen Effekt hat. Zum einen lässt sich die Grundgesamtheit der Opioidkonsumierenden lediglich schätzen und zum anderen ist es nicht möglich, eine Zufallsstichprobe zu ziehen. Dennoch wurde in England versucht, eine randomisierte und kontrollierte Studie zur Wirksamkeit im Setting der Haftentlassung durchzuführen (Parmar et al., 2017). Dafür wurden 1.685 Gefangene mit intravenösem Opioidkonsum aus 16 Gefängnissen zufällig in zwei Gruppen aufgeteilt. Beide haben vor Entlassung ein Drogennotfalltraining erhalten und bei Entlassung ein Erste-Hilfe-Kit. Aber nur die Interventionsgruppe hat auch Naloxon in ihrem Erste-Hilfe-Kit erhalten. Die Studie wurde allerdings vorzeitig abgebrochen, da sich bei Entlassung zwar zwei Gruppen trennen ließen, jedoch in Freiheit auch Personen aus der Kontrollgruppe von dem ausgegebenen Naloxon profitiert haben. Das bedeutet zum einen, dass es nicht möglich ist, die Einflussfaktoren für eine kontrollierte Studie ausreichend zu kontrollieren und zum anderen werden spätestens an dieser Stelle auch ethische Aspekte deutlich. Sobald von der Wirksamkeit von Take-Home-Naloxon auszugehen ist, verbietet es sich, Personen das Naloxon vorzuenthalten.

Da Todesfälle auf Grund von Überdosierungen ein seltenes Ereignis sind, hat diese Studie eine tatsächliche Reduktion der Todesfälle nicht nachweisen können. Dennoch gibt es mittlerweile zahlreiche andere, nicht

randomisierte Studien. Zwei Übersichtsarbeiten haben anhand der Bradford Hill Kriterien (Hill, 1965) die Wirksamkeit von Take-Home-Naloxon untersucht. Hill hat diese Kriterien entworfen, um Interventionen bewerten zu können, für welche keine randomisierten und kontrollierten Studien durchgeführt werden können. Die beiden Übersichtsarbeiten kommen beide zu dem Ergebnis, dass Take-Home-Naloxon die Mortalität von Opioid-konsumierenden senkt (McDonald and Strang, 2016; Olsen et al., 2018). Mittlerweile gibt es zahlreiche Publikationen zu den Auswirkungen von Take-Home-Naloxon und die European Drug Agency (EUDA), früher European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), stuft das Evidenzniveau von Take-Home-Naloxon als „hoch“ ein (EMCDDA, 2021). Neben der Wirksamkeit gibt es auch weitere interessante Erkenntnisse, welche durch die durchgeführten Studien gezeigt werden konnten. Geschulte Konsumierende tragen das Naloxon bei sich oder bewahren es zu Hause auf (Parmar et al., 2017). Gleichzeitig wird deutlich, dass das ausgegeben Naloxon auch tatsächlich eingesetzt wird (Barnsdale et al., 2017; Parmar et al., 2017; Wodarz Von Essen et al., 2022). Dabei führt Take-Home-Naloxon nicht zu mehr oder risikoreicherem Konsum, wie immer wieder unterstellt wird. Zu diesem Schluss kommt eine Übersichtsarbeit und auch die Ergebnisse aus dem bayerischen Modellprojekt (BayTHN) weisen in diese Richtung (Colledge-Frisby et al., 2023; Tse et al., 2022; Wodarz Von Essen et al., 2022). Eine Studie aus Schweden konnte zeigen, dass durch die Einführung von Take-Home-Naloxon die Mortalität gesunken ist (Håkansson et al., 2024). Zwei Modellrechnungen zur Kosteneffektivität von Take-Home-Naloxon beziehen sich zwar auf das Naloxon zur intramuskulären Applikation, die USA bzw. UK und kommen zu dem Schluss, dass Take-Home-Naloxon eine kosteneffektive Maßnahme ist (Coffin and Sullivan, 2013; Langham et al., 2018).

2.4.4. Geschichte

Campbell beschreibt in ihrem Buch *„OD: Naloxon and the politics of overdose“* wie bereits in den 1980er Jahren Drogengebraucher:innen sich Naloxon für ihre eigene Szene beschafft haben (Campbell, 2020). Naloxon zur Anwendung durch medizinische Laien, insbesondere durch Drogengebraucher:innen und deren Angehörige, wurde konzeptionell das erste Mal 1992 erwähnt und konkret 1996 in einem BMJ Editorial als Maßnahme zur Vermeidung von tödlich verlaufenden Überdosierungen mit Heroin vorge-

schlagen (Strang and Farrell, 1992; Strang et al., 1996, 2019). Die ersten Take-Home-Naloxon-Projekte wurden 1998 ins Leben gerufen. Eines in Jersey und eines in Berlin (Dettmer et al., 2001). Naloxon zur intravenösen Applikation war für medizinische Fachkräfte konzipiert und zugelassen. Auch wenn eine intravenöse Gabe die schnellste Wirkung erzielt, hat diese Applikationsform, insbesondere für Laien, einige entscheidende Nachteile, wie erschwerte Applikation, möglicher Kontakt mit Blut der betroffenen Person und häufig stark entzückte Personen (Schäffer, 2020). Da nicht nur die Zeit von Applikation bis zum Wirkungseintritt entscheidend ist, sondern der Zeitraum von Auffinden der Person bis zur Gabe des Naloxon, lohnt sich ein Vergleich der Applikationsformen. Hier sind die intramuskuläre Gabe und die nasale Gabe letztlich schneller und für die Anwendung durch Laien besser geeignet. Zunächst wurde zur einfacheren Handhabung mit Zerstäubern für Spritzen im off-label-use gearbeitet, sodass das Naloxon nicht mehr gespritzt werden musste (Strang, 2022). Problematisch dabei war jedoch, dass diese Anwendungsform nicht der eigentlichen Zulassung entsprochen hat. Derzeit gibt es verschiedene Naloxon-Nasenspray-Produkte, allerdings ist in Deutschland bisher nur eines erhältlich (Strang et al., 2019). Auch wenn das Naloxon-Nasenspray zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verschrieben werden kann, ist darüber hinaus zu beachten, dass das Naloxon-Nasenspray deutlich teurer ist als die Naloxon-Ampullen.

2.4.5. Internationale Erfahrungen

Von diesen beiden ersten Modellprojekten (Berlin und Jersey), welche im Übrigen unabhängig voneinander konzipiert und durchgeführt wurden, dauerte es dann dennoch viele Jahre bis zu den ersten größeren Take-Home-Naloxon-Programmen. Während durch die ersten beiden Modellprojekte insgesamt 235 Konsumierende erreicht wurden (Dettmer et al., 2001), wurden in Schottland zwischen 2011 und 2017 bereits 37.609 Naloxon-Kits ausgegeben (Barnsdale et al., 2017). Schottland war damit das erste Land, welches ein staatliches Take-Home-Naloxon-Programm ins Leben gerufen und finanziert hat. Insbesondere hat das schottische Programm aufschlussreiche Erfahrungen im Hinblick auf die Umsetzung von Take-Home-Naloxon in Gefängnissen ergeben (Horsburgh and McAuley, 2018). Als Reaktion auf die Opioid-Epidemie in Nordamerika, gibt es mittlerweile sowohl in den USA als auch Kanada große staatliche Take-Home-Naloxon-Programme. In Kanada ist Naloxon kostenfrei in Apotheken erhältlich und seit

2016 auch nicht mehr verschreibungspflichtig. Bis 2019 wurden mindestens 590.000 Naloxon-Kits in Kanada ausgegeben (Moustaqim-Barrette et al., 2019). Auch in den USA ist in allen 50 Bundesstaaten Naloxon als sogenanntes over-the-counter (OTC), also auch ohne ärztliche Verschreibung, frei verkäuflich (CDC, 2024). Die niedrigschwellige und damit möglichst kostenlose Vergabe von Take-Home-Naloxon wird als entscheidend für das Gelingen von Take-Home-Naloxon-Programmen angesehen. Dabei ist die Verfügbarkeit des Naloxon bei nicht geklärter Finanzierung keine ausreichende Maßnahme, insbesondere, da neue Naloxon-Produkte zwar technische Vorteile haben, aber deutlich teurer sind (Strang et al., 2019). In Italien ist Naloxon in Ampullen bereits seit den 1990er Jahren beispielsweise als OTC verfügbar (Federer, 2015). Neben Schottland gibt es darüber hinaus in Großbritannien größere Take-Home-Naloxon-Programme. So wurde dort auch die bisher einzige randomisierte und kontrollierte Studie zur Wirkung von Take-Home-Naloxon durchgeführt (Parmar et al., 2017). Harm Reduction International berichtet 2023, dass weltweit in 35 Ländern mindestens ein Take-Home-Naloxon-Programm existiert (Harm Reduction International, 2023). Die Abdeckung in diesen Ländern ist allerdings sehr unterschiedlich.

2.4.6. Deutschland

Mit Blick auf NALtrain ist insbesondere das Berliner Projekt von Interesse, das bereits 1998 gezeigt hat, dass Take-Home-Naloxon in Deutschland umsetzbar ist. Dort wurden kurze Einzelschulungen in einem Beratungsmobil an der Berliner Drogenszene durchgeführt und den geschulten Teilnehmenden wurde im Anschluss das Naloxon ausgehändigt. Von 124 geschulten Personen haben innerhalb der Projektlaufzeit mind. 20 das Naloxon eingesetzt (Dettmer, 2018; Dettmer et al., 2001). Auch wenn das Berliner Modellprojekt erfolgreich verlaufen ist und Fixpunkt e.V. Take-Home-Naloxon seitdem bis heute als eines ihrer Angebote weiterführt, hat sich Take-Home-Naloxon in Deutschland kaum verbreitet. Einige einzelne Einrichtungen haben erst viele Jahre später selbst Take-Home-Naloxon angeboten. Es gibt Projekte in Köln, München, Tübingen, Frankfurt oder Mannheim. Eine vollständige Übersicht gibt es hier nicht. Die Projekte in den einzelnen Städten wurden dabei auf Initiative der dortigen Einrichtungen durchgeführt und konnten nicht immer aufrechterhalten werden. Im Saarland wurde 2017 das erste durch ein Bundesland finanzierte Take-Ho-

me-Naloxon-Projekt in Deutschland ins Leben gerufen. Dabei wurde für dieses Projekt eine breite Unterstützung durch verschiedene Stakeholder zusammengeführt und es wurden Regelungen für die Durchführung von Take-Home-Naloxon-Schulungen festgelegt (Schmitt, 2018). Mit der Verfügbarkeit eines Naloxon-Nasensprays in Deutschland im Jahr 2018, wurde mit dem Modellprojekt in Bayern (BayTHN) begonnen. Durch das Projekt wurden Mitarbeitende aus Einrichtungen der Drogenhilfe aus Modellregionen/-städten zu Naloxontrainer:innen ausgebildet, damit diese dann selbstständig Drogennotfallschulungen für Opioidkonsumierende anbieten können. Gleichzeitig wurde die Verfügbarkeit von Naloxon für die geschulerten Personen sichergestellt (Wodarz Von Essen et al., 2022). BayTHN hat nochmals gezeigt, dass die Umsetzung von Take-Home-Naloxon auch im Justizvollzug möglich ist (Wodarz-von Essen et al., 2023). Seit BayTHN gibt es auch eine finanzielle Förderung von Take-Home-Naloxon-Programmen in Bayern.

2.5. Bereiche, in denen Take-Home-Naloxon sinnvoll ist

Die European Drug Agency (EUDA), vorher European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), unterteilt Maßnahmen zur Reduktion von drogenbedingten Todesfällen in „Reducing vulnerability“, „Reducing the risk of overdose occurring“ und „Reducing fatal outcomes if overdose occurs“ (EUDA, 2024). Die verschiedenen Maßnahmen ergänzen sich dabei und können sich nicht ersetzen. Take-Home-Naloxon ist neben den Drogenkonsumräumen eine der Maßnahmen, um den tödlichen Verlauf einer Überdosierung zu verhindern. Insbesondere im Vergleich von Drogenkonsumräumen und Take-Home-Naloxon wird deutlich, dass sich beides ergänzt und nicht ausschließt. Da Drogenkonsumräume nicht ganz-tägig geöffnet haben und unter anderem deshalb auch Konsum in beispielsweise privaten Wohnungen stattfindet, kann dort Take-Home-Naloxon den tödlichen Verlauf einer Überdosierung verhindern. Auch mit Blick auf die Risikofaktoren zeigt sich, dass Überdosierungen häufig in Wohnungen passieren (Schneider et al., 2021; Schneider and Beisel, 2020). Genau hier kann Take-Home-Naloxon eine Ergänzung im Hilfesystem darstellen. Dabei ist die Schulung und Versorgung von Fachkräften, wie beispielsweise Sozialarbeitenden, der Polizei oder Feuerwehr sicherlich ebenfalls hilfreich. Bei einem vermehrten Aufkommen von synthetischen Opioiden kann eine

Ausstattung der Fachkräfte mit dem Naloxon-Nasenspray ein wichtiger Baustein werden, welcher bereits jetzt vorbereitet werden sollte.

Nachdem deutlich wurde, was die Umstände und Risikofaktoren von opioidbedingten Todesfällen sind, dargestellt wurde was Take-Home-Naloxon ist und inwiefern diese Maßnahme wirksam Leben retten kann, stellt sich nun die Frage, wie Konsumierende mit Take-Home-Naloxon erreicht werden können.

Entsprechend eines Beitrages im Bundesgesundheitsblatt (Fleißner et al., 2023) bieten sich einige Arbeitsbereiche für die Umsetzung von Take-Home-Naloxon in besonderer Weise an, wobei sich grundsätzlich alle Arbeitsbereiche, in welchen mit Menschen, die Opiode konsumieren gearbeitet wird, für die Umsetzung von Take-Home-Naloxon eignen. In der folgenden Ausführung wird der Widerstand der Mitarbeitenden bzw. verantwortlichen Personen nicht diskutiert. Dieser scheint weniger abhängig von den Arbeitsbereichen zu sein. Gleichzeitig sind die Vorbehalte gegenüber Take-Home-Naloxon über die Arbeitsbereiche und Berufsgruppen vergleichbar, wenn auch vermutlich unterschiedlich deutlich ausgeprägt. Für einen Überblick siehe **Tabelle 1**.

2.5.1. Niedrigschwellige Angebote

Als niedrigschwellige Angebote werden hier Angebote, wie Kontaktläden, Drogenkonsumräume oder auch aufsuchende Angebote, wie beispielsweise Streetwork verstanden. Sicherlich ist die Ausgestaltung dieser bundesweit unterschiedlich. Dennoch werden damit Angebote bezeichnet, für welche keine oder möglichst wenige Voraussetzungen notwendig sind, damit diese wahrgenommen werden können. Über diese Angebote können auch Menschen erreicht werden, welche sich derzeit nicht in medizinischer Behandlung befinden und damit ein erhöhtes Risiko haben eine Überdosierung zu erleiden (Schneider and Beisel, 2020). Die Ansprache der Konsumierenden erfordert allerdings aus den Berichten der Einrichtungen einiges an Kreativität und Hartnäckigkeit und ist nur in wenigen Fällen ein Selbstläufer. Das Interesse der Konsumierenden kann sehr unterschiedlich sein. Einige berichten, dass Konsumierende die Möglichkeiten einer Naloxon-Schulung aktiv nachgefragt haben, andere erzählen, dass auch durch eine aktive und nachdrückliche Ansprache kein Interesse an einer Teilnahme bestand. Zusätzlich zeigt sich, dass vorher terminierte Schulungstermine nur bedingt

erfolgreich sind, da auch nach Anmeldung Termine nicht eingehalten werden.

Dennoch hat sich die Umsetzung von Naloxon-Schulungen in Einrichtungen der niedrigschwelligen Hilfen bewährt und auch Gruppenschulungen zu festen Terminen sind möglich. Die Ansprache scheint hier nicht die größte Herausforderung zu sein. Problematischer ist die fehlende ärztliche Anbindung für die Verschreibung des Naloxon-Nasensprays. Bei terminierten Gruppenschulungen ist es einfacher möglich die Kooperation mit einem Arzt zu vereinbaren, dagegen ist das für kurzfristige Schulungen kaum möglich. Einige Einrichtungen lösen dies durch Verschreibungen eines Arztes der eigenen Einrichtung. Allerdings ist dann nur die Verschreibung auf Privatrezept möglich und die Kosten für das Naloxon-Nasenspray müssten durch die Einrichtung übernommen werden. Ein ähnliches Problem ergibt sich gerade im Arbeitsbereich der niedrigschwelligen Einrichtungen durch den vergleichsweise hohen Anteil an nicht-versicherten Personen. Auch hier ist eine Finanzierung des Naloxon-Nasensprays über die Krankenversicherung nicht möglich.

Trotz der genannten Schwierigkeiten bieten Einrichtungen wie Kontaktläden und Drogenkonsumräume eine gute Möglichkeit Opioidkonsumierende mit Take-Home-Naloxon zu erreichen. Im besten Falle ließe sich dadurch die Gruppe der Konsumierenden ausreichend mit Take-Home-Naloxon versorgen, sodass die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer Überdosierung Naloxon angewendet werden kann, erheblich steigt.

2.5.2. Opioid-Agonisten-Therapie

Durch die Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) sinkt die Mortalität der Opioidkonsumierenden bereits deutlich. Dennoch ist insbesondere zu Beginn der Behandlung oder bei Beendigung das Risiko einer Überdosierung erhöht (Cornish et al., 2010). Auch während der Behandlung sind Überdosierungen unter Beteiligung von Opioiden keinesfalls ausgeschlossen (Cornish et al., 2010). Darüber hinaus haben auch Personen in OAT eine erhöhte Wahrscheinlichkeit bei einer Überdosierung einer anderen Person anwesend zu sein. Im Gegensatz zu niedrigschwelligen Einrichtungen sind Personen in OAT bereits ärztlich angebunden und die Schwierigkeit einer Verschreibung des Naloxon-Nasensprays ist dadurch bereits geregelt. Viele Patient:innen sind auch krankenversichert, sodass die Finanzierung des Naloxon-Nasensprays unproblematisch ist. Die Anbindung ist nicht nur

auf Grund der Verschreibung vorteilhaft, sondern durch den regelmäßigen Kontakt ist die Ansprache der Patient:innen zuverlässig möglich. Auch hier ist das Interesse an Take-Home-Naloxon nicht selbstverständlich. Gerade hier wird berichtet, dass Substituierte Take-Home-Naloxon als Widerspruch zur eigenen Behandlung einschätzen. Zusätzlich können Ängste vor Konsequenzen für die eigene Substitutionsbehandlung ein Grund sein das Angebot von Take-Home-Naloxon abzulehnen. Da sich mit über 80.000 Patient:innen schätzungsweise fast 50% der Opioidkonsumierenden in Deutschland in OAT befinden (Kraus et al., 2019) könnte damit ein bedeutender Anteil der Zielgruppe über die OAT erreicht werden. Take-Home-Naloxon als Standard in der OAT könnte auch zu einer Normalisierung der Maßnahme unter den Patient:innen beitragen. Derzeit ist die Umsetzung von Take-Home-Naloxon in Substitutionsambulanzen eher die Ausnahme als die Regel und scheint nur ausgewählten Patient:innen angeboten zu werden. Katzman et al. empfehlen die Einführung von Take-Home-Naloxon in allen professionellen Behandlungssettings, insbesondere auch der OAT (Katzman et al., 2022).

2.5.3. Psychiatrische Einrichtungen

Ärztlich angebunden ist die Zielgruppe auch in Entzugs- und Entwöhnungskliniken. Hier ist nicht nur die Schwierigkeit der Verschreibung gelöst, sondern durch den stationären Aufenthalt auch die Erreichbarkeit mit einer terminierten Schulung möglich. Die Naloxon-Schulungen können sowohl als Gruppen- als auch als Einzelschulung angeboten werden. Erfolgreich erprobt sind beispielsweise Drogennotfalltrainings für alle Patient:innen ohne speziellen Fokus auf Naloxon. Dadurch können alle Patient:innen teilnehmen und das Naloxon-Nasenspray kann den Opioidkonsumierenden verschrieben werden. Auch erfolgreich erprobt sind Einzelschulungen, welche während des Aufenthalts in der Klinik spezifisch an Opioidkonsumierende adressiert werden können. Der Vorteil liegt dabei darin, dass früher geschult werden kann und auch bei kurzfristigen Entlassungen oder Therapieabbrüchen die betroffenen Personen geschult worden sind und damit das Naloxon-Nasenspray haben. Dieser Arbeitsbereich erscheint insbesondere passend, da nach der Entlassung das Risiko einer Überdosierung besonders hoch ist (Merrall et al., 2013; White et al., 2015). Die Akzeptanz von Take-Home-Naloxon unter den Patient:innen ist ähnlich wie in der Substitutionsbehandlung durch den scheinbaren Wider-

spruch von Take-Home-Naloxon und Therapieziel nicht immer gegeben. Die Berichte aus der Praxis deuten aber auf eine hohe Akzeptanz der Patient:innen hin. Mit diesem Arbeitsbereich sind explizit auch Einrichtungen des Maßregelvollzuges gemeint.

2.5.4. Justizvollzug

Viele Menschen, die einen problematischen Opioidkonsum haben, waren bereits inhaftiert (Bremer et al., 2016). Ähnlich wie in stationären Einrichtungen sind diese im Justizvollzug ebenfalls gut erreichbar. Das erste staatliche Take-Home-Naloxon-Projekt wurde in Schottland ins Leben gerufen und wurde dort unter anderem in den Gefängnissen durchgeführt (Horsburgh and McAuley, 2018) und auch die einzige randomisierte Studie wurde im Haftsetting durchgeführt (Parmar et al., 2017). Da das Risiko einer Überdosierung auch nach einem Aufenthalt im Gefängnis besonders hoch ist (Merrall et al., 2010; Jamin et al., 2021), wäre der Justizvollzug ein Arbeitsbereich, durch welchen besonders gefährdete Konsumierende erreicht werden könnten. Zudem kann bei Haftentlassung das Naloxon-Nasenspray über die Habe direkt mit ausgegeben werden. Die Versorgung mit dem Naloxon-Nasenspray ist dadurch auch unkompliziert möglich. Die Naloxon-Schulung sollte ca. sechs Wochen vor Haftentlassung durchgeführt werden. Nur bei Ersatzfreiheitsstrafen sollte auf Grund der kurzfristigen Entlassungen eine sofortige Naloxon-Schulung angeboten werden. In Deutschland ist eine Umsetzung im Rahmen von BayTHN erfolgreich erprobt worden (Wodarz-von Essen et al., 2023). Entscheidend scheint hier zunächst die Bewilligung der Maßnahme durch das Justizministerium der Länder. Die Naloxon-Schulungen können dann sowohl von Personal der Gefängnisse selbst als auch durch externe Personen durchgeführt werden. Entscheidend ist eine Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst, insbesondere für die Bereitstellung des Naloxon-Nasensprays bei Haftentlassung.

Tabelle 1: Take-Home-Naloxon nach Arbeitsbereichen

Arbeitsbereich	Chancen	Schwierigkeiten
1. Niedrigschwellige Angebote (z.B. Kontaktläden, Drogenkonsumräume, Streetwork)	<ul style="list-style-type: none"> – Personen mit einem erhöhten Risiko von einer Überdosierung betroffen zu sein können erreicht werden – Durchdringung der lokalen Drogenszene mit Take-Home-Naloxon wäre möglich 	<ul style="list-style-type: none"> – Terminierte Naloxon-Schulungen können schwierig sein – Verschreibungspflicht erschwert die Versorgung der Geschulten mit Take-Home-Naloxon – Nicht alle Geschulten sind krankenversichert (Finanzierung) – Nicht alle Klient:innen sind interessiert
2. Opioid-Agonisten-Therapie	<ul style="list-style-type: none"> – Ärztliche Anbindung ist gegeben – Die meisten Patient:innen sind krankenversichert (Finanzierung) – Regelmäßiger Kontakt mit den Patient:innen für Schulung und Vergabe des Take-Home-Naloxon 	<ul style="list-style-type: none"> – Ablehnung der Patient:innen aus Angst vor Konsequenzen in der Substitutionstherapie – Scheinbar gegensätzliches Behandlungsziel
3. Psychiatrische Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> – Patient:innen sind besonders gut erreichbar – nach Beendigung / Abbruch der Therapie haben Patient:innen ein besonders hohes Risiko einer Überdosierung – Ärztliche Anbindung ist gegeben (Verschreibung) 	<ul style="list-style-type: none"> – Mögliche Ablehnung durch Patient:innen, da scheinbarer Gegensatz zu Therapieziel – Vorzeitige / Kurzfristige Entlassung von Patient:innen
4. Justizvollzug	<ul style="list-style-type: none"> – Sehr gute Erreichbarkeit der Zielgruppe – Risiko einer Überdosierung ist nach Haftentlassung besonders hoch – Mitgabe des Naloxon-Nasensprays in der „Habe“ bei Entlassung möglich 	<ul style="list-style-type: none"> – Zielgruppe ist an Angebot nicht immer interessiert – Einbindung in den Alltag der JVA kann organisatorisch schwierig sein

Eigene Darstellung nach Fleißner et al. (2023).

3. Die Ziele von NALtrain

Die Ausgangslage für das dreijährige Projekt war also die steigende Zahl opioidbedingter Todesfälle und eine nur geringe Umsetzung und Abdeckung von Take-Home-Naloxon und das obwohl seit 2018 mit dem Naloxon-Nasenspray eine noch deutlich einfachere Applikationsform des Antidots zur Verfügung steht. Zwar gibt es bereits einige Projekte und Umsetzungen, insbesondere in Bayern und Saarbrücken, allerdings gab es bisher noch kein bundesweites Programm.

Das übergeordnete Ziel des Projektes ist die Implementierung von Take-Home-Naloxon in das Drogen- und Aidshilfe System in Deutschland. Das bedeutet, dass in den Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfen Naloxon-Schulungen für Opioidkonsumierende regelhaft angeboten werden und Strukturen zur Verschreibung des Naloxon-Nasensprays bestehen. Die Projektziele gliedern sich entsprechend der drei Projektphasen in **A – Konzeption**, **B – Umsetzung** und **C – Evaluation**.

- **A – Konzeption:** Erarbeitung zentraler, evidenzbasierter, zielgruppenspezifischer Medien als Grundlage für deutschlandweite qualitätsgesicherte Take-Home-Naloxon-Schulungen (für Mitarbeitende von Drogen- und Aidshilfen) und Informationsveranstaltungen (für Ärzte und Ärztinnen)
- **B – Umsetzung:** Deutschlandweite Schulungen von Mitarbeitenden aus Drogen- und Aidshilfen, Durchführung von Informationsveranstaltungen für Ärzte und Ärztinnen, Durchführung von Kurzinterventionen für Opioidkonsumierende und Menschen in OAT, die Versorgung der Zielgruppen mit Take-Home-Naloxon, berichteter Einsatz von Naloxon im Drogennotfall **und** Schaffung von Netzwerkstrukturen von Mitarbeitenden aus Drogen- und Aidshilfen und Ärzten und Ärztinnen, die sich auch nach der Beendigung des Projekts als tragfähig und nachhaltig erweisen.
- **C – Evaluation:** Evaluation und Dokumentation des Modellprojekts und Generierung einer belastbaren Datengrundlage zu Take-Home-Naloxon-Versorgung in Deutschland.

Die zentralen Kennzahlen des Projektes sind zum einen die Anzahl der zu Naloxon-Trainierenden ausgebildeten Mitarbeitenden und die Anzahl

der verschiedenen teilnehmenden Einrichtungen, sowie die Anzahl der erreichten Opioidkonsumierenden und wie viele von diesen ein Naloxon-Nasenspray erhalten haben. Dabei sollten 800 Mitarbeitende aus 400 Einrichtungen trainiert werden, damit diese wiederum 10.000 Opioidkonsumierende mit einem Drogennotfalltraining erreichen und anschließend mit dem Naloxon-Nasenspray ausstatten.

4. Evaluation: Methoden

Die Evaluation des Projektes wurde durch das Centre for Drug Research an der Goethe Universität Frankfurt durchgeführt. Der Evaluationsbericht wurde für dieses Buch angepasst, aber inhaltlich nicht verbessert oder beschönigt, sondern als Teil dieses Projektberichtes aufgenommen. Es wurde beispielsweise die Einleitung des Projektberichts entfernt und Schreibweisen vereinheitlicht. Das folgende Kapitel beschreibt zunächst die Methode und anschließend die Ergebnisse der externen wissenschaftlichen Evaluation von NALtrain. Ziel war es, mittels eines multi-methodalen Designs auf verschiedenen Ebenen die grundsätzliche Annahme, Akzeptanz und Bewertung der NALtrain-Schulungen im Sinne von Verständnis und Umsetzbarkeit zu überprüfen.

Zunächst hat der Hauptverantwortliche für die Evaluation, nach ausführlichen Beratungen mit den Projektverantwortlichen, eine Reihe an quantitativen Fragebögen entwickelt, mit denen die Teilnehmer:innen an den Trainings sowie die Drogenkonsumierenden und Substituierten, die durch die im Projekt trainierten Trainer geschult wurden, um ihre Bewertung gebeten wurden. Zudem dokumentierte ein Bogen sämtliche durchgeführten Schulungen mit Anzahl der Teilnehmenden, ausgegebenen Rezepten etc.; mit einem weiteren wurden durchgeführte Naloxoneinsätze erfasst. Die Fragebögen konnten jeweils entweder online oder auf Papier ausgefüllt werden; die Papierfragebögen wurden dann in das jeweilige Online-Modul eingetragen, um sie gemeinsam mit den Online-Fragebögen auszuwerten.

Zusätzlich zu diesen ‚klassischen‘ quantitativen Mitteln der begleitenden Evaluation wurden exemplarisch qualitative Interviews mit Mitarbeiter:innen und Mediziner:innen durchgeführt, um weitere, in den Fragebögen nicht berücksichtigte, Hinweise auf mögliche Probleme, auf die Tragfähigkeit der zu etablierenden Kooperationen und auf andere Aspekte zu erhalten. Zudem sollten qualitative Interviews mit denjenigen geführt werden, welche die Hilfe leisteten, also selbst Naloxon angewendet haben. Dies gelang jedoch nur in insgesamt drei Fällen, weshalb bereits frühzeitig weitere Personen, die an einer Schulung teilgenommen hatten, qualitativ befragt wurden. Im Folgenden sind die einzelnen eingesetzten Methoden stichpunktartig beschrieben.

4. Evaluation: Methoden

4.1. Kurzevaluation der Trainings

Hier ging es um die Trainings, mit denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Drogenhilfe und Suchtmedizin befähigt wurden, Klient:innen im Umgang mit Take-Home-Naloxon zu schulen. Der Fragebogen war betont kurzgehalten; Design und Länge war ähnlich wie bei der Evaluation von Kongressen oder Seminaren.

Inhalte:

- Datum und Ort des Trainings
- Geschlecht und Alter
- Bewertung der Schulung nach Skalen (z.B. 1-5):
 - Organisation/ Ablauf
 - Verständlichkeit
 - Kompetenz Referent:in
 - Persönlicher Umgang Referent:in
 - Gesamteindruck: alle offenen Fragen geklärt?
- Verbesserungsvorschläge/ Anmerkungen (offenes Feld)

Zusätzlich gab es eine Liste der Teilnehmenden. Dort wurden der Name und die Einrichtung der Teilnehmenden abgefragt, um diesen im Anschluss Informationsmaterial zukommen zu lassen.

4.2. Dokumentation der Schulung für Klient:innen

In einem kurzen Dokumentationsbogen trugen Mitarbeiter:innen, die eine Einzel- oder Gruppenschulung durchgeführt hatten, wesentliche Daten der besagten Schulung ein. Dieser Bogen sollte unmittelbar nach der Schulung ausgefüllt werden und ist das zentrale Instrument, um die Anzahl der erreichten Klient:innen zu erfassen.

Inhalte:

- Datum und Ort der Schulung
- Dauer (min.)
- Anzahl geschulter Klient:innen: männlich/ weiblich
- Wie viele Rezepte wurden ausgestellt?

- Wie viele Teilnehmende haben am Ende ein Nasenspray?
- Anmerkungen/Besonderheiten/Verbesserungsvorschläge (offenes Feld)

4.3. Kurzevaluation der Schulung

Dies war der Evaluationsbogen, der den Teilnehmenden an den Schulungen (größtenteils Klient:innen der Drogenhilfe bzw. Patient:innen der Suchtmedizin) vorgelegt wurde. Das Design war ähnlich wie bei der Kurzevaluation der Trainings. Der Bogen war aber etwas länger, da u.a. der Substanzkonsum abgefragt wurde. Zusätzlich wurde nach einigen Monaten eine Version des Fragebogens für Klient:innen in JVA's erstellt, welcher keine Fragen zum Substanzkonsum beinhaltetete.

Inhalte:

- Datum und Ort der Schulung
- Geschlecht und Alter
- Wohnsituation
- Konsumstatus und -gewohnheiten
- Überdosiserfahrungen (eigene und fremde)
- Bewertung der Schulung nach Skalen (s.o.):
- Verbesserungsvorschläge/Anmerkungen (offenes Feld)

4.4. Dokumentation der Naloxon-Anwendungen

Hiermit sollte möglichst jede Gelegenheit, bei der ein Naloxon-Nasenspray im Fall einer Überdosis angewendet wurde, dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgte jeweils durch Mitarbeiter:innen der Drogenhilfe. Klient:innen wurden bei einer Schulung angehalten, Naloxon-Einsätze an die Einrichtungen zurückzumelden. Die Mitarbeiter:innen sollten Betroffene danach fragen, ob sie zu einem qualitativen Interview bereit wären – dies funktionierte leider nur in drei Fällen.

Inhalte:

- Ort, Datum, Uhrzeit
- Beziehung des/der Helfer:in zu Patient:in, Partner:in, Freund:in, (von der Szene) Bekannte:r, Fremde:r

4. Evaluation: Methoden

- Setting: Wohnung, Straße/Park, öffentliches Gebäude, Notunterkunft, etc.
- Welche Maßnahmen wurden neben der Naloxongabe durchgeführt?
- Ob und wie der bzw. die Naloxonempfänger:in nach der Naloxongabe betreut wurde.
- Notarzt/RTW gerufen? (j/n) Falls nein: warum nicht? (offenes Feld)
- Besonderheiten (offenes Feld)

4.5. Qualitative Erhebung mit Mitarbeiter:innen und Ärzt:innen

Hier wurden leitfadengestützte Interviews geführt, die möglichst über das Bundesgebiet verteilt sein sollten. Teilweise konnten sie face-to-face durchgeführt werden, ansonsten via Zoom oder Telefon. Diese Befragten wurden teilweise von den für die Evaluation Verantwortlichen selbst ausgewählt, auf Basis der bereits erhobenen quantitativen Daten, teilweise wurden sie nach Absprache mit den Projektverantwortlichen kontaktiert. Hauptkriterium für die Auswahl war, dass bereits mehrfach Klient:innen bzw. Patient:innen geschult worden waren. Zielgröße: insgesamt 15 Interviews mit Mitarbeiter:innen oder Ärzt:innen.

Diese Zielgröße wurde nicht ganz erfüllt, da angesichts der Interviewerfahrungen und Vorauswertungen mit 14 Interviews eindeutig bereits eine „theoretische Sättigung“ eingetreten war: Inhaltlich kamen keine neuen Aspekte mehr hinzu.

Inhalte:

- Wie wurden die Trainings erlebt? Mögliche Verbesserungsvorschläge?
- Wie wurden Klient:innen erreicht? Anreize?
- Schwierigkeiten, Hindernisse und Probleme bei Rekrutierung/Motivation von Klientel
- Erfahrungen mit Durchführung der Schulungen und Kurzinterventionen: Aufmerksamkeit, Motivation etc.
- Erfahrungen mit Verschreibungen/Vergabe
- Wie sehr unterstützt NALtrain bei der Umsetzung?
- Was verknüpfen sie nach einigen Monaten mit NALtrain;
 - wie wurden Trainings/Schulungen umgesetzt?
 - Bewusstsein bei Mitarbeitenden und Klientel
- (Good-Practice-Beispiele)

Die Interviews wurden entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz und Rädiker, 2022) mit der Software MAXQDA ausgewertet. Dafür wurden induktiv und deduktiv Kategorien gebildet. Entlang dieser Kategorien erfolgt auch die Darstellung der Ergebnisse.

4.6. Qualitative Befragung von Menschen, die Drogen konsumieren

Auch Menschen, die Drogen konsumieren, wurden mittels leitfadengestützter Interviews befragt. Diese sollten nach Möglichkeit face-to-face stattfinden, deshalb wurden sie jeweils bei Aufenthalten in anderen Städten durchgeführt, in Einzelfällen auch eigene Reisen dafür angetreten. Ein Befragter wurde über eine digitale Anwendung befragt (s.u.).

Die Interviewpartner:innen wurden allesamt von Drogenhilfemitarbeiter:innen angesprochen. Als Anreiz gab es eine Aufwandsentschädigung von jeweils 15 Euro. Ursprünglich war anvisiert, 10 Interviews mit Usern durchzuführen, die Naloxon eingesetzt hatten. Dies stellte sich aber als schwierig heraus, weil für die Mitarbeiter:innen die jeweiligen Personen nach einem entsprechenden Einsatz zumeist nicht für ein Interview erreichbar waren. Es gab aber drei Ausnahmen mit Erfahrungen in der eigenen Naloxon-Anwendung. Alle diese Personen wurden in München interviewt, eine davon über eine digitale Anwendung. Dafür wurden mit $n=13$ insgesamt mehr Interviews geführt als geplant.

Inhalte:

- Wie wurden die Schulungen erlebt? Mögliche Verbesserungsvorschläge?
- Was wurde in den Schulungen gelernt (ggf. auch über konkrete Anwendung hinaus)?
- Warum haben Sie mitgemacht?
- Wirkt die Schulung noch nach, wenn ja, wie?
- Wie wird insgesamt in der Szene/Peergroup das Thema wahrgenommen bzw. welches Bewusstsein gibt es?
- Schilderung der Situation, in der Naloxon angewendet wurde: Anlass, Anwendung, Reaktion des/der Patient:in
- Was wurde im Anschluss unternommen (z.B. Notarzt)
- Haben Sie aktuell Naloxon dabei bzw. wie oft?

Auch diese Interviews wurden entsprechend der Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz und Rädiker, 2022) mit der Software MAXQDA und dersel-

ben Art der Kategorienbildung wie bei den übrigen qualitativen Interviews (4.5.) ausgewertet.

5. Ergebnisse der Evaluation

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

5.1. Kurzevaluation der Trainings

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2. Dokumentation der Schulung für Klient:innen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

„Keine Konsumierenden geschult, sondern Sozialarbeiterinnen der Wohnungslosenhilfe, Suchtberatung und Mitarbeiterin des Ordnungsamtes“

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

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

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

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

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

5.3. Kurzevaluation der Schulung für Klient:innen

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

5.3.1. Stichprobe und Soziodemographie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.2. Substanzkonsum und Erfahrungen mit Überdosierungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.3. Bewertung der Schulungen

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

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

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

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

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

„Die Darsteller im Film musste dabei an meine Mutter denken!“ – „Die Dramatische Hintergrundmusik“

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

5.3.4. Extra-Stichprobe in Haft

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

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

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

5.4. Naloxon-Anwendungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5.1. Stichprobe

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

5.5.2. Vorgeschichte und Einstieg in das NALtrain-Projekt

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

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

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

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

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

5.5.3. Trainings für Mitarbeitende

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5.4. Schulungen für Klienten und Klientinnen

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

Ansprache und Rekrutierung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Form und Ablauf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Motivation der Klientel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bedenken und Hindernisse bei Teilnehmenden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Strukturelle Herausforderungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5.5. Naloxoneinsätze

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5.6. Rahmenbedingungen und praktische Umsetzung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5.7. Kritik und Verbesserungsvorschläge

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5.8. Beispiele Guter Praxis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.6. Qualitative Befragung mit drogengebrauchenden Menschen

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

5.6.1. Stichprobe

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

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

5.6.2. Biographische Angaben und aktuelle Konsumgewohnheiten

Die Mehrheit der Interviewten ist männlich (männlich: n=8, weiblich: n=5). Die Interviewpartner:innen waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 27 bis 59 Jahre alt, das Durchschnittsalter liegt bei 40 Jahren. Fünf Interviews wurden mit User:innen aus München, vier mit Personen aus Nürnberg geführt. Jeweils zwei der Interviewten kommen aus Mannheim und Hamburg. Die meisten Befragten werden substituiert. Vier der Interviewten konsumierten zum Zeitpunkt des Interviews aktuell (weitere) Opioide². Manche Befragte berichteten von Konsum anderer Substanzen, vorwiegend Cannabis oder Benzodiazepine. Personen mit aktuellem Opioidkonsum berichteten sowohl von nasalem und inhalativem als auch von intravenösem Konsum. Die Befragten mit aktuellem Konsum konsumieren, je nach Gelegenheit, sowohl gemeinsam als auch allein Opioide:

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

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

5.6.3. Schulungen: Ablauf und Bewertung

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

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

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

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

5.6.4. Überdosen: Erfahrungen und Motivation zu helfen

Ausnahmslos alle Interviewten haben Erfahrungen mit Überdosen, entweder, weil sie bereits selbst eine Überdosis erlebt haben oder weil sie anwesend waren, wenn andere sich überdosierten. In den meisten Fällen verliefen die miterlebten Überdosierungen nicht tödlich. Jedoch berichteten mehrere Befragte, dass Freund:innen oder Bekannte durch eine Überdosis verstorben seien. Teilweise wurden auch drastische Erlebnisse bzgl. tödlicher Überdosen beschrieben. So berichtete eine Interviewte aus München von folgenden Geschehnissen aus dem Jahr 2002³:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.6.5. Anwendungserfahrung mit dem Naloxon-Nasenspray

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.6.6. Naloxon-Nasenspray: Einschätzung und Bewertungen

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

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

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

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

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

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

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

6. Diskussion

Nach der Darstellung der Ergebnisse sollen diese im Folgenden diskutiert werden. Ein besonderer Fokus liegt dabei zum einen darauf, die Limitationen der jeweiligen Erhebungen aufzuzeigen, damit die Ergebnisse mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden können und zum anderen werden hier besonders wichtige Ergebnisse nochmals dargestellt und mit den Erfahrungen aus der Projektkorrespondenz und -koordination verknüpft. Damit sollen die Ergebnisse besser eingeordnet werden können.

6.1. Trainings

Grundsätzlich ist hier zu nennen, dass der Fokus des Projektes nicht auf der Erhebung der Daten gelegen hat, sondern auf der Befähigung der Teilnehmenden selbst, dauerhaft, also auch über die Projektlaufzeit hinaus, Naloxon-Schulungen anzubieten. Die Befragung der über die Trainings ausgebildeten Mitarbeitenden erscheint vollständig zu sein. Sowohl die Liste der Teilnehmenden als auch die anonym ausgefüllten Fragebögen. Ein Wissenszuwachs konnte durch lediglich einen Befragungszeitpunkt nicht gemessen werden. Auch lässt sich nicht verknüpfen, welche Personen im weiteren Verlauf des Projektes tatsächlich Naloxon-Schulungen angeboten haben. Durch die nicht einheitliche Benennung der eigenen Einrichtung, lassen sich die Dokumentationen der Naloxon-Schulungen für die Klient:innen weder eindeutig den ausgebildeten Mitarbeitenden, noch den Einrichtungen, welche an einem Training teilgenommen haben zuordnen. Durch diese nicht einheitliche Benennung lässt sich leider nicht erheben wie viele verschiedene Einrichtungen tatsächlich an einem Training teilgenommen haben. Noch dazu ist die Abgrenzung einer Einrichtung schwierig möglich. Während beispielsweise manchmal der Drogenkonsumraum und Kontaktladen als eine gemeinsame Einrichtung zählt, sind es in anderen Orten zwei Einrichtungen. Auch bleibt manchmal offen, ob der Arbeitsbereich des Streetworks wie eine eigene Einrichtung zu zählen ist. Darüber hinaus arbeiten manche Mitarbeitenden in verschiedenen Arbeitsbereichen oder eben verschiedenen Einrichtungen, was aus den Teilnehmerlisten nicht eindeutig hervorgeht bzw. zu unterscheiden ist. Deshalb wurde in

diesem Bericht auf eine Auswertung auf der Ebene der Einrichtungen verzichtet.

Insgesamt war die Zufriedenheit der teilnehmenden Personen mit den Trainings hoch. Schätzungsweise haben Mitarbeitende aus 350-400 Einrichtungen an einem Training teilgenommen. Zum einen wurde damit das Projektziel erreicht und zum anderen zeigt es ein hohes Interesse der überwiegend niedrigschwelligen Drogen- und Aidshilfeeinrichtungen in Deutschland am Thema Take-Home-Naloxon. Ob die Mitarbeitenden oder die Einrichtungen oder auch die Träger bereits vorher Take-Home-Naloxon angeboten haben oder es in der Vergangenheit bereits angestrebt hatten, wurde nicht erhoben. Aus der Korrespondenz mit den Teilnehmenden liegt es aber nahe, dass der überwiegende Anteil der teilnehmenden Einrichtungen (>80%) sich zum ersten Mal mit dem Thema Take-Home-Naloxon konkret befasst hat. Mit der Verteilung der Trainings über das gesamte Bundesgebiet wurde versucht möglichst vielen Einrichtungen eine Teilnahme zu ermöglichen. Dabei gab es, wie zu erwarten, in den ländlichen Regionen eine geringere Nachfrage und damit auch weniger Trainings. Es haben allerdings aus allen Bundesländern, außer dem Saarland, sich Einrichtungen an NALtrain beteiligt. Das Saarland hat seit 2017 ein eigenes Naloxon-Programm und hatte aus diesem Grund keinen besonderen Bedarf mehr an einer Weiterbildung (Schmitt, 2018).

Entscheidend für das Gelingen der Trainings wäre eine im Anschluss dauerhafte Implementierung von Naloxon-Schulungen in den Einrichtungen vor Ort. Durch die Erhebungsprobleme der Einrichtungszuordnung, lässt sich das leider nicht eindeutig nachvollziehen. Allein durch den Vergleich der 752 dokumentierten Naloxon-Schulungen im Vergleich zu 870 ausgebildeten Mitarbeitenden, wird deutlich, dass nicht einmal alle Mitarbeitenden eine Naloxon-Schulung angeboten haben. Zusätzlich ist zu bedenken, dass einige Mitarbeitende sehr viele Naloxon-Schulungen angeboten haben und sich auch Einrichtungen an der Dokumentation von NALtrain beteiligt haben, ohne selbst an einem Training teilgenommen zu haben. Gleichzeitig haben einige Trainings auch erst gegen Ende des Projektes stattgefunden, sodass diese Einrichtungen kaum Zeit hatten noch Naloxon-Schulungen zu etablieren. Darüber hinaus wurde im Austausch deutlich, dass es diverse Hinderungsgründe für eine Umsetzung vor Ort gibt. Zentrale Punkte sind zum einen die Kooperation zu einem Arzt oder einer Ärztin vor Ort für die Verschreibung des Naloxon-Nasensprays. Eine solche Kooperation ist Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung und war in manchen Städten grundsätzlich nicht möglich und in anderen

nur mit einem zu großen organisatorischen Aufwand oder für eine zu kleine Zielgruppe (z.B. nur für (bestimmte) Patient:innen der eigenen Praxis). Zum anderen hat sich auch der Mangel an personellen Ressourcen als ein besonderes Hemmnis dargestellt. Abgesehen von Einrichtungen in Bayern ist eine Finanzierung von Personal für Naloxon-Schulungen die große Ausnahme und damit ist Take-Home-Naloxon für alle Einrichtungen eine zusätzliche Arbeitsaufgabe. Während der Projektlaufzeit ist deutlich geworden, dass dieser zusätzliche Arbeitsaufwand nicht von allen Einrichtungen stemmbar war.

6.2. Dokumentation der Naloxon-Schulungen

Die Anzahl der dokumentierten Naloxon-Schulungen durch die teilnehmenden Einrichtungen stellt die minimale Anzahl an durchgeführten Naloxon-Schulungen dar. Zwar wurden im Rahmen der Trainings die Evaluationstools vorgestellt und erklärt und durch Erinnerungsmails auf diese hingewiesen, es lässt sich aber nicht mit Sicherheit sagen, dass alle Einrichtungen diese auch zuverlässig nach jeder Naloxon-Schulung genutzt haben. Die somit 2.208 geschulten Personen stellen das Minimum dar. Darüber hinaus wurde erhoben, wie viele dieser geschulten Personen im Anschluss an die Naloxon-Schulung ein Rezept (1.431) erhalten haben und wie viele ein Naloxon-Nasenspray (1.419). Hier wurde nur abgefragt, wer noch im Rahmen der Naloxon-Schulung Rezept bzw. Nasenspray erhalten hat. Es ist also die minimale Anzahl an ausgestellten Rezepten bzw. ausgegebenen Nasensprays. Es ist davon auszugehen, dass noch weitere Personen das Naloxon-Nasenspray zur Verfügung haben. Wie hoch dieser Anteil ist lässt sich allerdings kaum abschätzen und hängt auch von den Einrichtungen ab. Während nach Entlassung aus einer JVA oder einer Klinik die Wahrscheinlichkeit vermutlich sehr gering ist, könnte im Rahmen der Arbeit in einem Kontaktladen durch erneutes Nachfragen die Wahrscheinlichkeit höher sein. Insgesamt ist aber, wie im Endbericht des bayerischen Modellprojektes (BayTHN), der sogenannte „One-Stop-Ansatz“ entscheidend, damit alle geschulten Personen am Ende auch das Naloxon-Nasenspray zur Verfügung haben (Wodarz-von Essen et al., 2021).

Aufschlussreich ist außerdem, dass deutlich mehr Privatrezepte (n=737) ausgestellt wurden, als Personen ohne Krankenversicherung (n=125) geschult wurden. Auch wenn es in der Dokumentation, wie beschrieben, zu Unstimmigkeiten in der Angabe von ausgestellten Privatrezepten und

Rezepten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen gekommen ist, so wurde vielen versicherten Personen dennoch nur ein Privatrezept ausgestellt. Das deutet auf die Schwierigkeit der Kooperation zu Ärzten und Ärztinnen vor Ort hin, da auch Einrichtungen, welche mehrfach Naloxon-Schulungen anbieten häufig nur die Möglichkeit haben, den geschulten Personen Privatrezepte auszustellen. Wie aus der Dokumentation hervorgeht, müssen diese Rezepte durch die Einrichtungen getragen werden und können nur in manchen Fällen durch eine Finanzierung direkt oder indirekt gegenfinanziert werden.

Die meisten Naloxon-Schulungen wurden in Bayern (n=455) dokumentiert, gefolgt von Baden-Württemberg (n=155) und NRW (n=76). Dadurch, dass in Bayern viele Einrichtungen bereits an BayTHN teilgenommen haben, mussten diese zum einen nicht erst auf die Teilnahme an einem Training von NALtrain warten, um Naloxon-Schulungen anzubieten und zum anderen standen diesen Einrichtungen durch die Finanzierung für Take-Home-Naloxon in Bayern ausreichend Ressourcen für eine Umsetzung zur Verfügung. Nicht zu vernachlässigen ist darüber hinaus, dass es einige Zeit in Anspruch nimmt, Take-Home-Naloxon in einer Einrichtung umzusetzen. Insofern waren auch hier die Einrichtungen in Bayern durch BayTHN bereits vorbereitet. Es könnte also sein, dass erst nach der Laufzeit von NALtrain noch weitere Einrichtungen Naloxon-Schulungen anbieten werden, welche bisher nicht in der Dokumentation auftauchen. Außerdem interessant ist, dass der Anteil an durchgeführten Naloxon-Schulungen von den insgesamt dokumentierten Naloxon-Schulungen von 63% in Bayern größer ist, als der Anteil an erreichten Klient:innen mit 45%. Mit Blick auf die Rückmeldungen im Rahmen des Projektes erscheint das auch nachvollziehbar. Während zu Beginn der Umsetzung häufig auf Gruppenschulungen mit vielen Teilnehmenden gesetzt wird, werden diese mit der Zeit immer schwieriger durchzuführen, da vergleichsweise einfach zu erreichende Klient:innen bereits geschult wurden. Damit noch weitere Personen erreicht werden können, werden dann vermehrt kurzfristige und kürzere und damit niedrigschwelligere Naloxon-Schulungen angeboten (sogenannte Kurzinterventionen). Davon ausgehend, dass in Bayern bereits seit 2018 Naloxon-Schulungen angeboten wurden, haben die Einrichtungen dort bereits vermehrt Einzelschulungen angeboten.

6.3. Geschulte Klient:innen

Die Befragung der Klient:innen erfolgte freiwillig und anonym. Es ist nicht möglich, die ausgefüllten Fragebögen den dokumentierten Naloxon-Schulungen zuzuordnen. Von 2.208 geschulten Personen haben 1.517 (69%) an der Befragung nach einer Naloxon-Schulung teilgenommen. Die Befragung hat nur zu einem Zeitpunkt stattgefunden, wodurch ein Wissenszuwachs nicht gemessen werden konnte. Auf Grund beschränkter Projektmittel und der Ausrichtung als Praxis-Transfer-Projekt wurde auf eine Befragung zu einem weiteren Zeitpunkt verzichtet. Sowohl die Geschlechtsverteilung (69% männlich, 31% weiblich, 0,4% divers), als auch der Altersdurchschnitt von 40,5 Jahren ist vergleichbar mit den Ergebnissen von BayTHN (Wodarz-von Essen et al., 2021).

Die meisten Klient:innen (48%) haben angegeben, dass sie durch eine persönliche Ansprache auf die Naloxon-Schulung aufmerksam gemacht wurden. Vermutlich ist die direkte Ansprache die erfolgreichste Möglichkeit, Personen für eine Naloxon-Schulung zu gewinnen, was auch im Projektverlauf von den teilnehmenden Einrichtungen immer wieder so geäußert wurde. Von den Befragten gaben 11% an durch einen Arzt oder eine Ärztin angesprochen worden zu sein. Auch hier ist die persönliche Ansprache also erfolgreich. Da im Rahmen von NALtrain weniger Ärzte und Ärztinnen geschult wurden, ist dieser Anteil durchaus bemerkenswert, sollte aber für eine zukünftig breitere Verbreitung von Take-Home-Naloxon noch deutlich ausgeweitet werden. Interessanterweise haben aber auch 9% angegeben, durch einen Aushang auf die Schulung aufmerksam gemacht worden zu sein. Das ist insofern relevant, weil dies eine vergleichsweise einfache und ressourcensparende Möglichkeit der Ansprache darstellt, insbesondere da im Rahmen von NALtrain Plakate zur Ankündigung von Naloxon-Schulungen zur Verfügung gestellt wurden. Weitere 7% wurden durch andere Konsumierende aufmerksam gemacht. Dieser Weg könnte besonderes Potential haben. Der geringe Anteil zeigt aber zum einen, dass scheinbar kaum Peers für die Naloxon-Schulungen eingebunden wurden und zum anderen, dass Take-Home-Naloxon in den Szenen noch wenig diskutiert wird. Die Mehrheit der Befragten wohnt in einem stabilen Wohnumfeld. Das legt die Schlussfolgerung nahe, dass es einfacher, ist diese Personengruppen zu erreichen. Auch befindet sich ein großer Anteil der geschulten Personen in OAT.

Es haben allerdings nur 27% der Befragten angegeben, in den vergangenen sieben Tagen Heroin konsumiert zu haben. Es ist dennoch davon

auszugehen, dass die erreichte Personengruppe die passende Zielgruppe für Take-Home-Naloxon ist. Dennoch legt auch dieses Ergebnis nahe, dass die Gruppe der Konsumierenden mit einem besonders erhöhten Risiko eine Überdosierung zu erleiden noch nicht ausreichend erreicht wurde. Entscheidend für Take-Home-Naloxon ist darüber hinaus viel mehr, ob die geschulten Personen bereits selbst eine Überdosierung erlebt haben oder bei der Überdosierung einer anderen Person selbst anwesend waren. Mit 55% haben bereits viele Klient:innen selbst eine Überdosierung erlebt. Noch höher ist mit 75% der Anteil an Personen, die bereits eine Überdosierung einer anderen Person beobachtet haben. Damit wären bereits 75% der geschulten Personen potenziell in einer Situation gewesen, in welcher das Naloxon-Nasenspray gebraucht worden wäre. Es lässt sich also schlussfolgern, dass die Naloxon-Schulungen auch die Personen erreicht, welche mit dem Naloxon-Nasenspray Leben retten können.

In Anschluss an BayTHN zeigt auch NALtrain, dass die Umsetzung von Take-Home-Naloxon im Setting des Justizvollzuges möglich ist (Wodarz-von Essen et al., 2023). Durch die Extra-Stichprobe Haft sind allerdings nicht alle berücksichtigt, welche in einer JVA geschult wurden, da dieser verkürzte Fragebogen nicht von allen Personen nach einer Schulung in einer JVA eingesetzt wurde. Auch lässt sich durch die dokumentierten Schulungen nicht eindeutig ableiten, wie viele Schulungen in Haft stattgefunden haben, insbesondere da Schulungen durch externe Einrichtungen durchgeführt wurden. Hier zeigt sich aber auch wieder, dass eine Verschränkung der Hilfen mit dem Justizvollzug erfolgreich sein kann, um im Setting Haft Naloxon-Schulungen anzubieten. Im Rahmen des Projektes wurden Schulungen durch Externe an manchen Stellen in besonderer Weise als positiv beschrieben, da das Vertrauen der Inhaftierten hier ggf. höher ist. Organisatorische Aspekte sprechen aber durchaus auch für Naloxon-Schulungen durch Bedienstete der JVAs. Hier kann aus den Erfahrungen des Projektes keine klare Empfehlung ausgesprochen werden.

6.4. Naloxon-Anwendungen

Für die Dokumentation der Naloxon-Anwendungen wurden die geschulten Klient:innen gebeten, eine solche an die Einrichtungen zurückzumelden und dort die Anwendung standardisiert zu dokumentieren. Die teilnehmenden Einrichtungen wurden darüber hinaus angehalten, aktiv nach Naloxon-Anwendungen nachzufragen. Es hat allerdings keine proaktive

Nachbefragung aller geschulten Personen stattgefunden. Es ist außerdem davon auszugehen, dass die Einrichtungen die Dokumentation der Naloxon-Anwendungen, im Besonderen das Nachfragen bei den geschulten Klient:innen, mit sehr unterschiedlicher Priorität gehandhabt haben. Auch lassen sich die dokumentierten Naloxon-Anwendungen nicht mit einem Schulungszeitpunkt oder einem Fragebogen der Klient:innen verknüpfen. Außerdem ist zu beachten, dass hier nicht ausschließlich über NALtrain ausgegebene und später eingesetzte Naloxon-Nasensprays dokumentiert sind, sondern es sich möglicherweise auch um eingesetzte Nasensprays aus vorherigen Projekten oder Schulungen handeln kann. Das erscheint insbesondere naheliegend, da die meisten Naloxon-Anwendungen (84%) in Bayern stattgefunden haben und dort zum einen bereits viele Personen mit dem Naloxon-Nasenspray ausgestattet wurden und zum anderen die Einrichtungen durch BayTHN bereits geübt waren, eine solche Dokumentation auszufüllen und nach Naloxon-Einsätzen nachzufragen. Im Vergleich zu anderen Take-Home-Naloxon-Projekten sind damit die 110 dokumentierten Naloxon-Anwendungen als eine minimale Anzahl zu betrachten (Wodarz-von Essen et al., 2021). Auch wenn die Anzahl der Naloxon-Anwendungen damit schwierig an sich bewertet werden kann, so zeigt diese Dokumentation dennoch, dass Naloxon von den geschulten Klient:innen eingesetzt wird und damit Leben retten kann.

Außerdem zeigt sich, dass sowohl bekannten Personen als auch Fremden im Falle einer Überdosierung geholfen wird. Die Naloxon-Anwendungen wurden in der Öffentlichkeit und im privaten Umfeld dokumentiert. Das lässt darauf schließen, dass das Naloxon-Nasenspray durch die Personen auch mitgenommen und nicht nur zu Hause gelagert wird. Take-Home-Naloxon kann andere Maßnahmen, wie beispielsweise Drogenkonsumräume nicht ersetzen. Aber gerade bei Naloxon-Einsätzen außerhalb potenzieller Öffnungszeiten solcher Konsumräume oder bei Überdosierungen im privaten Setting kann Take-Home-Naloxon ein entscheidender Baustein sein, Todesfälle im Zusammenhang mit Opioidüberdosierungen zu verhindern.

7. Schlussfolgerungen

Nach drei Jahren Projektlaufzeit und dem Blick auf die Ergebnisse von NALtrain lassen sich einige zentrale Schlussfolgerungen festhalten. Diese Schlussfolgerungen sind vermutlich nicht abschließend, aber aus unserer Sicht besonders bedeutsam im Hinblick auf Take-Home-Naloxon-Programme in Deutschland.

7.1. Für ein weiteres Projekt

Nach Abschluss des Projektes NALtrain wurde einiges deutlich, das für eine noch bessere Umsetzung hilfreich gewesen wäre. Manches erscheint im Nachhinein vielleicht offensichtlich, war aber tatsächlich zum Zeitpunkt des Antragschreibens noch wenig ersichtlich. In der Hoffnung, dass es in Zukunft wieder ein Projekt zu Take-Home-Naloxon geben wird, möchten wir hier kurz einige Schlussfolgerungen aufführen, die für ein solches hoffentlich hilfreich sind.

Durch die große Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen ist es zwar gelungen, das Wissen um Take-Home-Naloxon und die Fähigkeiten Naloxon-Schulungen anzubieten breit zu streuen, die enge individuelle Begleitung aller Einrichtungen musste darunter allerdings zwangsläufig ein wenig zurücktreten. Diese Abwägung wurde bewusst gewählt. Eine engere Zusammenarbeit und die Möglichkeit, einzelne Einrichtungen vor Ort besser in der Implementierung zu unterstützen, hätte es mehr Einrichtungen ermöglichen können Take-Home-Naloxon anzubieten. Auch wenn durch schriftliche Einladungen und virtuelle Informationsveranstaltungen über die Rahmenbedingungen für Take-Home-Naloxon vor Ort informiert wurde, hätte womöglich eine individuellere Beratung und Vorbereitung der interessierten Einrichtungen bereits vor der Teilnahme an einem Training die Umsetzungsquote erhöht. Es hätte besprochen werden können, in welcher Form und an welchen Stellen die Naloxon-Schulungen angeboten werden können, welche Häufigkeit realistisch ist, um anhand dieser Entscheidungen auswählen zu können wer und wie viele Mitarbeitende an einem Training teilnehmen. Darüber hinaus hätte die Koordination von Einrichtungen in der gleichen Stadt oder Region besser unterstützt werden

können, insbesondere auch im Hinblick auf einen Arzt bzw. eine Ärztin für die Verschreibung des Naloxon-Nasensprays. Eine in dieser Form gezieltere Vorbereitung und dadurch möglicherweise bessere Ansprache und Einbindung von relevanten Kooperationspartnern hat dem Projekt an einigen Stellen gefehlt. Gleiches gilt auch für die Nachbereitung und die Begleitung der Einrichtungen nach der Teilnahme am Training. Zwar wurden diese auch durch NALtrain erneut angesprochen, die Verbindlichkeit tatsächlich Naloxon-Schulungen anzubieten, war aber sehr unterschiedlich. Dies wurde unter anderem erschwert, da die Ansprechpersonen der Einrichtungen häufig nicht die Personen waren, die auch am Training teilgenommen haben. Eine solche skizzierte Begleitung ist allerdings auch ein erhöhter Aufwand, welcher im Rahmen von NALtrain so nicht vorgesehen war. Darüber hinaus wurde die Herausforderung, Ärzte und Ärztinnen für die Verschreibung zu finden, unterschätzt und wurde bereits während der Projektlaufzeit als eine der zentralen Schwierigkeiten herausgearbeitet.

7.2. Ärzte und Ärztinnen

Wie bereits mehrfach beschrieben ist die Bereitschaft der Ärzteschaft, Naloxon zu verschreiben, in Deutschland überraschend gering. Das gilt nicht nur für Allgemeinmediziner:innen, sondern auch für Suchtmediziner:innen. Mit einzelnen Ausnahmen gibt es kaum Einrichtungen, die über eine unkomplizierte Zusammenarbeit mit den Mediziner:innen berichtet haben. In einigen Städten ist die Umsetzung von Take-Home-Naloxon gescheitert, weil sich niemand für die Verschreibung gefunden hat. Zu den Gründen liegt keine systematische Befragung vor, aber die Erfahrungen aus dem Projekt verdeutlichen einige zentrale Hinderungsgründe.

7.2.1. Vorbehalte

Sowohl im Austausch mit den Einrichtungen als auch im direkten Gespräch werden verschiedene Vorbehalte berichtet. Immer wieder wird angeführt, dass Take-Home-Naloxon zu mehr oder risikoreicherem Konsum führt. Auch wurde gesagt, dass nicht indirekt zu (mehr) Beikonsum angeregt werden möchte. Diese Vorbehalte haben in Einzelfällen zu einer Sanktionierung der Patient:innen, wie Streichung der Take-Home Regelung des Substituts geführt. Diese Vorbehalte scheinen nicht nur in Deutschland

angeführt zu werden, sodass Tse und Kolleg:innen in einem Review diese Fragestellung untersucht haben. Sie sind dabei zum Ergebnis gekommen, dass davon auszugehen ist, dass Take-Home-Naloxon den Konsum nicht verändert. Die Autor:innen schreiben: “[...] it appears unlikely that naloxone would be routinely and intentionally used as a ‘safety net’ [...]” (Tse et al., 2022). Auch im Abschlussbericht von BayTHN wird geschrieben, dass kein erhöhter Konsum durch Take-Home-Naloxon beobachtet werden konnte (Wodarz-von Essen et al., 2021). Ebenso kommen in einer aktuelleren Publikation Colledge-Frisby und Kolleg:innen zu diesem Ergebnis (Colledge-Frisby et al., 2023). Naloxon kann zu Entzugssymptomen führen und ist aus diesem Grund bei Opioidkonsumierenden teilweise sehr in Verruf geraten. Es ist wohl davon auszugehen, dass es vermieden wird, Naloxon verabreicht zu bekommen.

Darüber hinaus wird den Konsumierenden wenig zugetraut. Während der Projektlaufzeit sind uns Vorbehalte begegnet, dass Take-Home-Naloxon nicht eingesetzt wird, bzw. die geschulten Konsumierenden das Naloxon-Nasenspray nicht dabeihaben werden. Es wurden auch Überlegungen geäußert, dass das Naloxon aus böswilligen Beweggründen anderen Peers verabreicht werden könnte, um diesen eine Konsumeinheit zu verderben. Die Studie von Parmar und Kolleg:innen konnte zeigen, dass geschulte Personen das Naloxon-Kit nicht verlieren, sondern zu großen Teilen noch zu Hause besitzen oder bei sich tragen (Parmar et al., 2017). Beispielhaft sei hier das Projekt aus Norwegen angeführt, welches zeigt dass Konsumierende das Naloxon-Nasenspray nicht nur bei sich tragen, sondern auch einsetzen (Ericson et al., 2022). Gerade auch die Ergebnisse des bayerischen Modellprojektes verdeutlichen, dass die geschulten Personen das Naloxon-Nasenspray darüber hinaus korrekt einsetzen (Wodarz-von Essen et al., 2022). Gleiches verdeutlichen die im Rahmen von NALtrain dokumentierten Naloxon-Anwendungen. Wenn Take-Home-Naloxon also korrekt angewendet wird, es kein Missbrauchspotential (Wodarz et al., 2019) hat und darüber hinaus kosteneffektiv ist (Coffin und Sullivan, 2013; Langham et al., 2018), sollten möglichst viele Konsumierende das Naloxon-Nasenspray erhalten. Die Zurückhaltung bei der Verschreibung des Naloxon-Nasensprays erscheint fachlich nicht begründet zu sein.

7.2.2. Regress und Überlastung

Ein weiterer immer wieder genannter Punkt ist die Sorge vor Regressforderungen der Krankenkassen. Das bedeutet, dass Krankenkassen auch noch Jahre nach der erfolgten Verschreibung diese überprüfen können und als fachlich nicht korrekt oder unwirtschaftlich zurückfordern können. Regresse sind nicht spezifisch auf Take-Home-Naloxon bezogen. Hier scheint aber eine besondere Unsicherheit bei den Ärzten und Ärztinnen zu bestehen. Im Rahmen von NALtrain ist bisher kein Fall einer Regressforderung bekannt geworden. Nach Rücksprache mit einigen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen ist bei korrekter Verordnung kein Regress zu befürchten. Die Wirtschaftlichkeit scheint durch die beiden Modellrechnungen von Coffin und Sullivan und von Langham und Kolleginnen auch verdeutlicht worden zu sein (Coffin und Sullivan, 2013; Langham et al., 2018). Tatsächliche Regressforderungen oder auch bereits Androhungen von Regress können die Umsetzung von Take-Home-Naloxon in Deutschland stark beeinträchtigen, denn dann würde es noch schwieriger werden, Ärzte und Ärztinnen für eine Verschreibung zu finden. Das ist besonders relevant, da eine niedrigschwellige Verschreibung essenziell für eine weite Verbreitung von Take-Home-Naloxon ist. Es wäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen, Angst vor Regressen nicht weiter zu schüren, sondern für eine Verschreibung von Take-Home-Naloxon zu werben.

Ähnlich wie in den Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfen selbst, sind ärztliche Praxen an vielen Stellen bereits überlastet. Dies gilt vor allem auch für Substitutionsambulanzen. Es ist bekannt, dass die Anzahl der substituierenden Ärzte und Ärztinnen weiter abnimmt und vermutlich auch in Zukunft weiter zurückgehen wird, was die Versorgungslage insgesamt erschwert und damit auch die Möglichkeiten, Maßnahmen wie Take-Home-Naloxon umzusetzen (Rummel et al., 2024). Selbst Suchtmediziner:innen, welche NALtrain und die Verschreibung von Take-Home-Naloxon befürworten, beteiligen sich selbst häufig nicht in der Ansprache der Patient:innen. Die Erfahrung des Projektes zeigt, dass die bestehende Versorgung bereits schwierig ist und zusätzliche Angebote kaum gestemmt werden können. Es haben auch Einrichtungen berichtet, dass es herausfordernd, ist mit den (Sucht)Mediziner:innen vor Ort überhaupt über das Thema ins Gespräch zu kommen. Wenig überraschend hat die angespannte Versorgungslage direkten Einfluss auf die Umsetzung von Take-Home-Naloxon.

7.2.3. Fazit zur ärztlichen Kooperation

Ärzte und Ärztinnen, insbesondere Suchtmediziner:innen, haben derzeit eine Schlüsselrolle in der Umsetzung von Take-Home-Naloxon. Diese Rolle würde sich durch die Aufhebung der Verschreibungspflicht zwar abschwächen, aber nicht aufheben. Derzeit ist es ohne Verschreibung, also Kooperation mit Ärzt:innen, nicht möglich Take-Home-Naloxon anzubieten. Außerdem könnten gerade Suchtmediziner:innen eine deutlich aktivere Rolle in der Ansprache der Zielgruppe einnehmen. In Städten, in denen das bereits so gehandhabt wird, zeigt die Erfahrung aus NALtrain, dass Konsumierende sehr erfolgreich erreicht werden. Die Aufnahme der Verschreibung von Take-Home-Naloxon in Behandlungsleitlinien könnte hier zu einem Standard in der Behandlung führen. Allein über die OAT könnten in Deutschland damit ca. 80.000 Menschen erreicht werden (Rummel et al., 2024).

7.3. Verschreibungspflicht

Immer wieder erwähnt wird die Verschreibungspflicht als eines der Hindernisse für eine breitere Etablierung von Take-Home-Naloxon. Wie skizziert, erfordert es zum einen für die Umsetzung immer eine ärztliche Kooperation und zum anderen einen teils erheblichen organisatorischen Aufwand bei der Durchführung für die Beschaffung der Rezepte. Derzeit ist in Deutschland das Naloxon-Nasenspray nur eines Herstellers verfügbar. Dieses ist durch die European Medicines Agency (EMA) für ganz Europa zugelassen. Durch die EMA ist auch geregelt, dass dieses Nasenspray verschreibungspflichtig ist. Dieses Naloxon-Nasenspray als frei verkäuflich freizugeben, erscheint tatsächlich schwierig, sollte sich auf europäischer Ebene nichts verändern. Dennoch könnte es möglich sein, die Abgabemodalitäten anzupassen und beispielsweise bestimmten Einrichtungen die Abgabe auch ohne Verschreibung zu erlauben. Inwieweit das tatsächlich zulässig wäre, konnte im Rahmen von NALtrain nicht beantwortet werden. Gleichzeitig erscheint die Aufhebung der Verschreibungspflicht nur dann sinnvoll, wenn das Medikament weiterhin zusätzlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verschrieben werden kann. Durch die derzeitige Erstattungsfähigkeit besteht für viele Opioidkonsumierende bereits eine Finanzierung für das Naloxon-Nasenspray. Diese Finanzierung aufzuheben,

wird die Verbreitung von Take-Home-Naloxon behindern. Es bräuchte also das Naloxon-Nasenspray sowohl frei verkäuflich als auch erstattungsfähig.

Anstatt dass ein Produkt diesen Status erhält, könnte die Lösung auch in der Zulassung eines weiteren Naloxon-Nasensprays eines anderen Herstellers liegen. Dies könnte wieder zentral durch die EMA erfolgen. Ob es zurzeit Bestrebungen dazu gibt ist den Autor:innen aktuell nicht bekannt. Wahrscheinlicher und auch durch die nationale Politik besser zu beeinflussen wäre die dezentrale Zulassung eines Naloxon-Nasensprays in Deutschland. Das hätte den Vorteil, dass eine Veränderung der Verschreibungspflicht national geregelt werden kann. Somit könnte mit dem zweiten Produkt ein frei verkäufliches Naloxon-Nasenspray erhältlich sein, während die Erstattungsfähigkeit des bisher erhältlichen einfach belassen werden kann. Ob eine Zulassung in Deutschland für einen Hersteller interessant ist, bleibt abzuwarten. Vermutlich könnte eine breitere Finanzierung von Take-Home-Naloxon durch den Bund oder die Länder den deutschen Markt für einen Hersteller attraktiver machen.

Die Verschreibungspflicht war bei allen Gesprächen und Rückmeldungen zur Umsetzung, neben der Arztsuche, das zentrale Problem bei der Umsetzung von Take-Home-Naloxon. Ohne die Aufhebung der Verschreibungspflicht oder einer ähnlichen Maßnahme erscheint es schwierig Take-Home-Naloxon in Deutschland dauerhaft und flächendeckend zu etablieren. Die einfachere Verfügbarkeit würde einen niedrigschwelligen Zugang ermöglichen und viele Einrichtungen, die derzeit im Graubereich Naloxon-Schulungen und Naloxon-Vergabe möglichst niedrigschwellig umsetzen, wären rechtlich besser abgesichert. Darüber hinaus könnten auch Angehörige und Professionelle Naloxon mitführen. Entsprechend der aktuellen Regelungen ist das nicht oder kaum möglich. Außerdem könnten durch eine Finanzierung des Medikamentes auch Einrichtungen Take-Home-Naloxon umsetzen, welche bisher keine ärztliche Kooperation finden konnten.

7.4. Finanzierung

Wie beschrieben, gibt es derzeit nur in drei Bundesländern (Bayern, Saarland und Rheinland-Pfalz) und in einigen Städten (z.B. Mannheim) eine Finanzierung von Take-Home-Naloxon. Diese Förderungen können sehr unterschiedlich aussehen. Während in Bayern die Förderung sicherlich am umfangreichsten ist, wird in Rheinland-Pfalz die Unterstützung auf Sachkostenbeihilfe beschränkt. In Anbetracht des oben beschriebenen or-

organisatorischen Aufwands und den begrenzten Ressourcen der Drogen- und Aidshilfen, bleibt es für zahlreiche Einrichtungen schwierig Naloxon-Schulungen anzubieten. Im Rahmen von NALtrain haben sich einige Einrichtungen um Unterstützung bei ihren Kommunen oder bei Stiftungen gekümmert, meistens für die Übernahme der Kosten des Naloxon-Nasensprays, da dadurch keine Kooperation zu einem Arzt bzw. einer Ärztin mit Kassenzulassung notwendig ist.

Das Konzept in Bayern ist sicherlich das umfassendste, ermöglicht es den Einrichtungen auch langfristig Naloxon-Schulungen anzubieten und ihre Angebote damit zu erweitern und motiviert auch dauerhaft, das Angebot aufrecht zu erhalten. In den Ergebnissen von NALtrain wird deutlich, dass in Bayern die meisten Schulungen stattgefunden haben und auch die meisten Klient:innen erreicht worden sind. Das hat zum einen mit dem vorangehenden Projekt BayTHN zu tun, aber auch mit der darüberhinausgehenden finanziellen Förderung. Auch wenn die Kostenübernahme für das Naloxon-Nasenspray über Privatrezepte kein Teil der Förderung in Bayern ist, ermöglicht diese den Einrichtungen dennoch, die Kosten für die Nasensprays häufiger zu übernehmen. Der Anteil an Kassenrezepten ist in Bayern niedriger als in den anderen Bundesländern. Allerdings erscheint die Finanzierung hier kein falscher Anreiz zu sein. Viel mehr können dadurch niedrigschwellig und unmittelbar Klient:innen erreicht werden.

Wie könnte eine Finanzierung grundsätzlich aussehen? Diese Frage ist nicht einfach pauschal zu beantworten, da die Strukturen in den Bundesländern sehr unterschiedlich sind und auch in Bayern das Abrufen der Fördersummen ein bürokratischer Aufwand ist. Eine umfassende Finanzierung von Personal und anderweitigen Ausgaben, wie es in Bayern strukturiert ist, erscheint dabei sehr zielführend. Darüber hinaus wäre die Kostenübernahme des Naloxon-Nasensprays ein weiterer Baustein für die Verbreitung von Take-Home-Naloxon. Beispielsweise wird in Norwegen das Naloxon zentral finanziert und kann durch teilnehmende Einrichtungen abgerufen und sogar ausgegeben werden (Ericson et al., 2022). Eine solche zentrale Finanzierung durch den Bund könnte auch in Deutschland erfolgreich sein. Zugleich würde eine solche Finanzierung den Markt für Hersteller des Naloxon-Nasensprays attraktiver machen. Vorstellbar wäre auch, dass der Bund für eine Mindestabnahmemenge garantiert. Selbst bei 2000 Naloxon-Nasensprays im Jahr, was nach derzeitigem Stand mehr ist als bisher vermutlich jährlich abgegeben wird, würden bei Kosten von ca. 45€ je Packung Naloxon insgesamt 90.000€ bereits ausreichen. Dies könnte zusätzlich zu den zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgegebenen

Nasensprays hinzukommen und wäre ein ernsthafter Schritt in Richtung einer flächendeckenden Versorgung mit Take-Home-Naloxon. Auch wenn finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden, ist die Umsetzung in allen Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfen nicht garantiert. Es würde aber die Möglichkeit für eine Umsetzung schaffen und ein eindeutiges politisches Signal setzen.

7.5. Monitoring und Steuerung

Das dreijährige Bundesmodellprojekt NALtrain hatte das Ziel, Take-Home-Naloxon als flächendeckende Maßnahme in den Drogen- und Aidshilfen zu etablieren. Dabei wurden die durchgeführten Schulungen evaluiert und damit ein erster Versuch unternommen ein nationales Monitoring der Vergabe von Take-Home-Naloxon aufzubauen. Mit dem Ende dieser Evaluation endet damit auch ein bundesweites Monitoring von Take-Home-Naloxon, durch welches die Verbreitung von Naloxon in Deutschland erfasst wird. Damit der Wissensstand über die Verbreitung von Take-Home-Naloxon weitergeführt und die Umsetzung dieser mortalitätsprophylaktischen Maßnahme weiterhin erfasst werden kann, braucht es eine Weiterführung einer vergleichbaren Dokumentation, welche einen geringeren Aufwand für die Einrichtungen vor Ort bedeutet. Ein zentrales Monitoring besteht bei anderen Harm Reduction Maßnahmen bisher nicht. Gerade auch die Dokumentation der Drogenkonsumräume zeigt, wie schwierig es ist, im Nachhinein eine Dokumentation zusammenzuführen und dafür zu vereinheitlichen. Eine Weiterführung einer solchen Dokumentation erscheint darüber hinaus zu diesem Zeitpunkt besonders günstig, da die Ansprache der Einrichtungen zu einem späteren Zeitpunkt deutlich schwieriger sein wird als jetzt im direkten Anschluss an das Bundesmodellprojekt NALtrain. Zusätzlich ermöglicht ein solches Monitoring eine Steuerung der Vergabe von Take-Home-Naloxon. Das Ziel eines solchen Monitorings ist es die Versorgung von Opioidkonsumenten und -konsumentinnen mit Take-Home-Naloxon zur erfassen und gleichzeitig eine Steuerung der Vergabe von Take-Home-Naloxon zu ermöglichen.

Methodisch sollten alle Einrichtungen, die Naloxon-Schulungen anbieten, gebeten werden, nach einer erfolgten Naloxon-Schulung einen Fragebogen auszufüllen. Zum einen sollten die an NALtrain beteiligten Einrichtungen angesprochen werden, zum anderen sollten auch Einrichtungen angesprochen werden, die zwar Naloxon-Schulungen durchführen, sich

bisher aber nicht an NALtrain, bzw. der NALtrain-Evaluation beteiligt haben. Folgende Items könnte ein solcher Fragebogen enthalten:

- Name der Einrichtung
- Arbeitsbereich (z.B. JVA, Kontaktladen, etc.)
- Datum der Naloxon-Schulung
- Dauer der Naloxon-Schulung
- Anzahl der Teilnehmenden (m/w/d)
- Anzahl der Teilnehmenden in Substitutionsbehandlung
- Status der Krankenversicherung
- Anzahl der ausgestellten Rezepte (Privat und zu Lasten der Krankenkasse)
- Anzahl der ausgegebenen Naloxon-Nasensprays
- Ausstellung der Rezepte
- Finanzierung des Naloxon-Nasensprays

Der zentrale Erkenntnisgewinn eines solchen Monitorings ist die umfangreiche Erfassung der Versorgung von Opioidkonsumierenden mit Take-Home-Naloxon. Darüber hinaus würde das Monitoring einen spezifischeren Einblick in die Versorgungsstrukturen ermöglichen, sowohl wie sich die regionale Umsetzung gestaltet (Städte, Bundesländer), als auch in welchen Settings eine Umsetzung (nicht) gelingt. Diese Erkenntnisse könnten Aufschluss darüber geben, an welchen Stellen eine Nachsteuerung durch Ansprache, Ausbildung und Vernetzung notwendig ist. Auch hier ist dies wieder sowohl auf der regionalen Ebene relevant als auch im Hinblick auf die unterschiedlichen Arbeitsbereiche. Außerdem würde diese Erfassung auch ermöglichen, einen zeitlichen Verlauf der Verbreitung von Take-Home-Naloxon nachzuvollziehen. Mögliche Arbeitspakete für ein solches Monitoring könnten folgende fünf sein. Je nach Ausrichtung, Schwerpunktsetzung oder Finanzierung können die einzelnen Arbeitspakete weiter ausgebaut werden oder einzelne auch gestrichen werden.

(1) Erstellung der Dokumentation:

Der Online-Fragebogen könnte entsprechend nach den Erfahrungen aus dem Bundesmodellprojekt NALtrain übernommen und verbessert werden. Es sollte außerdem darauf geachtet werden, dass die Dokumentation auch anschlussfähig ist für Einrichtungen, die bisher außerhalb von NALtrain Naloxon-Schulungen durchführen. Dieses Arbeitspaket wäre insbesondere zu Beginn eines Monitorings relevant, würde

aber im Hinblick auf mögliche Nachbesserungen weiterhin aktuell bleiben.

(2) Ansprache der Einrichtungen:

Alle Einrichtungen, die an NALtrain teilgenommen haben, sollten angesprochen werden, die Dokumentation ihrer Naloxon-Schulungen über das neue Umfragetool auszufüllen. Darüber hinaus könnte die Teilnahme an der Befragung über Newsletter und Dach- und Fachverbände in Drogen- und Aidshilfen in Deutschland verbreitet werden. Zusätzlich sollten gezielt solche Einrichtungen angesprochen werden, welche Naloxon-Schulungen durchführen, sich aber bisher nicht an der NALtrain-Evaluation beteiligt haben. Diese Ansprache könnte während des Monitorings stetig fortgeführt werden, um ein möglichst vollständiges Bild von Take-Home-Naloxon in Deutschland dokumentieren zu können.

(3) Informationsveranstaltung:

Zunächst sollte zu Beginn des neuen Monitorings eine digitale Informationsveranstaltung angeboten werden, durch welche über das neue Monitoring informiert wird und die teilnehmenden Einrichtungen in der korrekten Anwendung geschult werden. Außerdem könnten die Ergebnisse im 6-monatigen Rhythmus im Rahmen einer solchen Veranstaltung vorgestellt und gleichzeitig notwendige Veränderungen des Monitorings kommuniziert werden. Diese Veranstaltungen könnten dazu dienen das Thema Take-Home-Naloxon weiterhin im System der Drogen- und Aidshilfen aktuell zu halten. Das Projekt könnte außerdem auch für kommunale Entscheidungsträger und auf Ebene der Bundesländer eine Beratung zur Förderung von Take-Home-Naloxon anbieten.

(4) (Zwischen)Auswertungen:

Es könnte jährlich eine Auswertung der Daten in Form eines Berichtes geben. Darüber hinaus könnte alle 6 Monate eine Zwischenauswertung in gekürzter Form erstellt werden. Dies ermöglicht einen regelmäßigen Ein- und Überblick über die Versorgung von Take-Home-Naloxon in Deutschland. Die (Zwischen)Auswertungen sollten mit den Informationsveranstaltungen verknüpft werden.

(5) Steuerungsarbeit:

Während des Monitorings sollte eine Person gleichzeitig als Ansprechperson für alle beteiligten und interessierten Einrichtungen verfügbar sein. Die zentrale Aufgabe ist die Einbindung von Einrichtungen in die Dokumentation. Gleichzeitig wird ein Fachbeirat einberufen, welchem

alle 6 Monate die (Zwischen)Ergebnisse präsentiert und mit welchem konkrete Empfehlungen diskutiert werden sollten. Dieses Arbeitspaket nutzt die Ergebnisse aus dem Monitoring und übersetzt diese in Empfehlungen. Diese Ergebnisse könnten insbesondere auch in suchtmmedizinische Verbände und Gremien getragen werden (z.B. Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, Bundesärztekammer, Gemeinsamer Bundesausschuss, etc.). Dieses fünfte Arbeitspaket würde das Monitoring, über eine reine Dokumentation von Take-Home-Naloxon hinaus, für eine breitere Etablierung von Take-Home-Naloxon wertvoll machen.

Bisher ist ein weiterführendes zentrales Monitoring nicht in Aussicht. Diese Skizze könnte die Grundlage für ein solches bieten. Ein solches Monitoring ist deutlich kostengünstiger als ein weiteres Modellprojekt wie NALtrain, würde aber die Nachhaltigkeit bestehender Naloxon-Programme unterstützen. Aufschluss über die Verbreitung von Take-Home-Naloxon könnten auch gezielte Fragen in den unterschiedlichen Szenebefragungen in Deutschland bieten. Bisher wird das Thema dort ausgelassen.

8. Ausblick

Mit NALtrain endete das bisher einzige deutschlandweite Take-Home-Naloxon-Projekt am 30. Juni 2024 mit einer kostenneutralen Projektverlängerung bis zum 31. Dezember 2024. Es hat gezeigt, dass das Interesse der Drogen- und Aidshilfen am Thema groß ist. Die beschriebenen Schwierigkeiten verhindern eine weitere Etablierung der lebensrettenden Maßnahme. Ein frei verfügbares Naloxon-Nasenspray und die aktive Mitwirkung von Ärzten und Ärztinnen sind zwei essenzielle Stellschrauben, welche bereits ohne größere finanzielle Aufwendungen eine deutliche Verbesserung der Versorgung mit Take-Home-Naloxon ermöglichen würden. Naloxon als sogenannte „over-the-counter-drug“ frei verkäuflich anzubieten, haben Strang und Kolleg:innen bereits 1996, noch vor dem ersten Take-Home-Naloxon-Projekt, vorgeschlagen (Strang et al., 1996). Für eine dauerhafte und wirklich ausreichende Verbreitung von Take-Home-Naloxon wird es darüber hinaus aber finanzielle Unterstützung für die umsetzenden Einrichtungen brauchen, sowohl für personelle Ressourcen als auch für das Naloxon-Nasenspray. Länder wie Norwegen und Kanada zeigen, wie ein erfolgreiches Take-Home-Naloxon-Programm durch staatliche Unterstützung gelingen kann (Ericson et al., 2022; Moustaqim-Barrette et al., 2019). Sollten in Deutschland in den nächsten Jahren tatsächlich synthetische Opioide vermehrt verfügbar sein oder als Beimengungen in anderen Substanzen auftreten, könnte Take-Home-Naloxon eine besonders wichtige Maßnahme sein, Todesfälle zu verhindern. Die niedrigschwellige und unmittelbare Verfügbarkeit von Naloxon würde auch dabei eine entscheidende Rolle spielen. Darüber hinaus wäre die Ausstattung und Schulung von Sozialarbeitenden, Polizei und Feuerwehr eine weitere sinnvolle Ergänzung, da vermehrt mit opioidbedingten Überdosierungen zu rechnen wäre.

Entsprechend der Empfehlungen der EUDA ist Take-Home-Naloxon ein wichtiger Baustein in der Drogenhilfe (EUDA, 2024). Take-Home-Naloxon kann weder Drogenkonsumräume noch eine bessere Versorgung mit OAT ersetzen oder ausgleichen, aber sinnvoll ergänzen. Darüber hinaus kann es nur die Wirkung von Opioiden aufheben und bleibt bei Überdosierungen mit anderen Substanzen wirkungslos. Die verschiedenen Maßnahmen ergänzen sich und schaffen sich nicht gegenseitig ab. Es ist auch nach dem Bundesmodellprojekt NALtrain nur schwer nachzuvollziehen, dass es

in Deutschland bisher keine flächendeckende Versorgung von Opioidkonsumierenden mit dem lebensrettenden Medikament gibt. Mit NALtrain wurde zwar ein weiterer Schritt für eine solche Versorgung unternommen, ohne die beschriebenen Veränderungen bleibt eine Umsetzung allerdings schwierig. In den USA und Kanada ist es unbestritten, dass Naloxon Leben rettet. In Deutschland verändert sich die Haltung gegenüber dieser schadenmindernden Maßnahme. Die Wirksamkeit von Take-Home-Naloxon ist aber noch kein breiter Konsens unter den Professionellen in Deutschland. Ob es in Zukunft normal sein wird, Take-Home-Naloxon bei Entlassung aus der Haft, bei Beendigung einer stationären Behandlung oder im Rahmen der OAT zu bekommen, bleibt abzuwarten. Ob es in den nächsten Jahren möglich sein wird in Kontaktläden, Beratungsstellen, Streetwork und in Drogenkonsumräumen Konsumierenden nach einer Naloxon-Schulung das Naloxon-Nasenspray direkt mitzugeben bleibt ebenfalls abzuwarten. Die notwendigen Rahmenbedingungen dafür sind eindeutig beschrieben und auch in diesem Buch wieder deutlich geworden. Take-Home-Naloxon lohnt sich, denn Naloxon rettet Leben!

9. Literatur

- Barnsdale L, Graham L und Gounari X (2017) *National Naloxone Programme Scotland. Monitoring Report 2016/17*.
- Bremer V, Cai W, Gassowski M, et al. (2016) *Robert Koch-Institut. Abschlussbericht der Studie 'Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland' (DRUCK-Studie)*. Berlin.
- Bundeskriminalamt (2023) *Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2022*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Campbell ND (2020) *OD: Naloxone and the Politics of Overdose*. Inside technology. Cambridge, MA: The MIT Press.
- CDC (2024) Lifesaving Naloxone. Available at: <https://www.cdc.gov/stop-overdose/caring/naloxone.html> (accessed 5 August 2024).
- Coffin PO und Sullivan SD (2013) Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. *Annals of Internal Medicine* 158(1). American College of Physicians: 1–9.
- Colledge-Frisby S, Rathnayake K, Nielsen S, et al. (2023) Injection drug use frequency before and after take-home naloxone training. *JAMA Network Open* 6(8): e2327319.
- Cornish R, Macleod J, Strang J, et al. (2010) Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *BMJ (Clinical research ed.)* 341. BMJ.
- Dettmer K (2018) Berlin - die Vorreiter_innen. Der Beginn der Naloxonverschreibung für Drogenkonsument_innen in Deutschland: ein Erfahrungsbericht. In: Dichtl A, Stöver H, und Dettmer K (eds) *Leben retten mit Naloxon: Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, pp. 46–61.
- Dettmer K, Saunders B und Strang J (2001) Take-home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *BMJ: British Medical Journal* 322(7291): 895–896.
- EMCDDA (2021) *Opioid-Related Deaths: Health and Social Responses*. Available at: https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/opioid-related-deaths-health-and-social-responses_en#section5.
- Ericson ØB, Eide D, Lobmaier P, et al. (2022) Risks and overdose responses: Participant characteristics from the first seven years of a national take-home naloxone program. *Drug and Alcohol Dependence* 240: 109645.
- Essay Inf Sci*. (1983) The Garfield E. John Scott Award goes to Jack Fishman and Harold Blumberg for synthesis and investigation of naloxone. (6): 121–130.
- EUDA (2024) *Drug-induced deaths – the current situation in Europe (European Drug Report 2024)*. Lisbon: European Union Drugs Agency. Available at: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/drug-induced-deaths_en (accessed 19 September 2024).

- Federer P (2015) Stand der Naloxonvergabe in Italien. In: Dichtl A und Stöver H (eds) *Naloxon - Überlebenshilfe im Drogennotfall*. Fachhochschulverlag Bd. 27. Frankfurt, M: Fachhochsch.-Verl, pp. 96–103.
- Fleißner S, Stöver H und Schäffer D (2023) Take-Home Naloxon: Ein Baustein der Drogennotfallprophylaxe auch in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. Epub ahead of print 26 May 2023. DOI: 10.1007/s00103-023-03705-4.
- Håkansson A, Blomé MA, Isendahl P, et al. (2024) Distribution of intranasal naloxone to potential opioid overdose bystanders in Sweden: effects on overdose mortality in a full region-wide study. *BMJ Open* 14(1). British Medical Journal Publishing Group: e074152.
- Harm Reduction International (2023) Global state of harm reduction: 2023 update to key data. Available at: <https://hri.global/publications/global-state-of-harm-reduction-2023-update-to-key-data/> (accessed 5 August 2024).
- Hill AB (1965) The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 58(5): 295–300.
- Horsburgh K und McAuley A (2018) Scotland's national naloxone program: The prison experience. *Drug and Alcohol Review* 37(4): 454–456.
- Jamin D, Vanderplasschen W, Sys O, et al. (2021) “My first 48 hours out”: drug users' perspectives on challenges and strategies upon release from prison. *Harm Reduction Journal* 18(1): 32.
- Katzman JG, Bhatt S und Commerci GD (2022) Take-home naloxone at opioid treatment programs: A lifesaver. *Journal of Addiction Medicine* 16(6): 619–621.
- Kraus L, Seitz N-N, Schulte B, et al. (2019) Estimation of the number of people with opioid addiction in Germany. *Deutsches Ärzteblatt international*. Epub ahead of print 1 March 2019. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0137.
- Kuckartz U und Rädiker S (2022) *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden*. 5. Auflage. Grundlagentexte Methoden. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Langham S, Wright A, Kenworthy J, et al. (2018) Cost-effectiveness of take-home naloxone for the prevention of overdose fatalities among heroin users in the United Kingdom. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 21(4): 407–415.
- McDonald R und Strang J (2016) Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. *Addiction* 111(7): 1177–1187.
- McDonald R, Lorch U, Woodward J, et al. (2018) Pharmacokinetics of concentrated naloxone nasal spray for opioid overdose reversal: Phase I healthy volunteer study. *Addiction (Abingdon, England)* 113(3): 484–493.
- McDonald R, Eide D, Skurtveit S, et al. (2024) Pills and the damage done: the opioid epidemic as man-made crisis. *Frontiers in Public Health* 11.
- Merrall ELC, Kariminia A, Binswanger IA, et al. (2010) Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction (Abingdon, England)* 105(9): 1545–1554.

- Merrall ELC, Bird SM und Hutchinson SJ (2013) A record-linkage study of drug-related death and suicide after hospital discharge among drug-treatment clients in Scotland, 1996-2006. *Addiction (Abingdon, England)* 108(2): 377–384.
- Moustaqim-Barrette A, Elton-Marshall T, Leece P, et al. (2019) *Environmental scan naloxone access and distribution in Canada*. Vancouver: Canadian Research Initiative in Substance Misuse (CRISM). Available at: <https://doi.library.ubc.ca/10.14288/1.0379400> (accessed 24 November 2021).
- Neumeier E, Bergmann H, Karachaliou K, et al. (in prep.) *Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2023/2024). Deutschland, Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Olsen A, McDonald D, Lenton S, et al. (2018) Assessing causality in drug policy analyses: How useful are the Bradford Hill criteria in analysing take-home naloxone programs? *Drug and Alcohol Review* 37(4): 499–501.
- Parmar MKB, Strang J, Choo L, et al. (2017) Randomized controlled pilot trial of naloxone-on-release to prevent post-prison opioid overdose deaths. *Addiction (Abingdon, England)* 112(3): 502–515.
- Rummel C, Lehner B und Kepp J (2024) Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (ed.) *DHS Jahrbuch Sucht 2024*. Lengerich: Pabst Science Publishers, pp. 9–38.
- Schäffer D (2020) Opioidbedingte Todesfälle in Deutschland - warum bleibt Naloxon weitgehend ungenutzt. In: 7. *Alternativer Drogen- Und Suchtbericht*. Groß-Umstadt: Pabst, pp. 85–89.
- Schmitt G (2018) Interview mit Gilbert Schmitt: Modellprojekt Take-Home-Naloxon im Saarland/in Saarbrücken. Genügt Saarland? In: Dichtl A, Stöver H, und Dettmer K (eds) *Leben retten mit Naloxon: Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, pp. 86–90.
- Schneider S und Beisel L (2020) Überdosierungen von Heroin. *Public Health Forum* 28(4): 288–291.
- Schneider S, Richter C, Niethammer R, et al. (2021) Fatal and Non-Fatal Heroin-Related Overdoses: Circumstances and Patterns. *Substance Use & Misuse* 56(13): 1997–2006.
- Statista (2024) Drogentote in Deutschland bis 2023. Available at: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/403/umfrage/todesfaelle-durch-den-konsum-illegaler-drogen/> (accessed 2 August 2024).
- Strang J (2022) Take-Home Naloxone and the Prevention of Deaths from Heroin Overdose: Pursuing Strong Science, Fuller Understanding, Greater Impact. *European Addiction Research* 28(3): 161–175.
- Strang J und Farrell M (1992) Harm minimisation for drug misusers. *BMJ: British Medical Journal* 304(6835): 1127–1128.
- Strang J, Darke S, Hall W, et al. (1996) Heroin overdose: the case for take-home naloxone. *BMJ* 312(7044): 1435–1436.

- Strang J, McDonald R, Campbell G, et al. (2019) Take-Home Naloxone for the Emergency Interim Management of Opioid Overdose: The Public Health Application of an Emergency Medicine. *Drugs* 79(13): 1395–1418.
- Tse WC, Djordjevic F, Borja V, et al. (2022) Does naloxone provision lead to increased substance use? A systematic review to assess if there is evidence of a 'moral hazard' associated with naloxone supply. *International Journal of Drug Policy* 100: 103513.
- UNODC (2024) *Opium Poppy Cultivation. Afghanistan Drug Insights Volume 1*. UNODC. Available at: https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan_n/Afghanistan_Drug_Insights_V1.pdf (accessed 27 November 2024).
- White SR, Bird SM, Merrall ELC, et al. (2015) Drugs-Related Death Soon after Hospital-Discharge among Drug Treatment Clients in Scotland: Record Linkage, Validation, and Investigation of Risk-Factors. *PLOS ONE* 10(11). Public Library of Science: e0141073.
- WHO (2014) *Community Management of Opioid Overdose*. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/200009> (accessed 16 January 2022).
- Wodarz N, Wolstein J, Wodarz-von Essen H, et al. (2019) Naloxon – Medizinische Grundlagen und internationale Erfahrungen. *SUCHT* 65(5). Hogrefe AG: 335–342.
- Wodarz-von Essen H, Wolstein J, Pogarell O, et al. (2022) Take-Home-Naloxon für geschulte Opioidabhängige - Erfahrungen zum Umgang mit Überdosierungsnotfällen. *NOTARZT* 38(03): 138–142.
- Wodarz-von Essen H, Pogarell O, Wolstein J, et al. (2021) *THN Bayern. Evaluation eines Schulungsprogramms für medizinische Laien zum Einsatz von nasalem Take-Home-Naloxon in Notfallsituationen bei Menschen mit Opioidabhängigkeit in Bayern (BayTHN)*. München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.
- Wodarz-von Essen H, Wolstein J, Pogarell O, et al. (2023) Drogennotfallschulung Opioidabhängiger in Haft und Versorgung mit Take-Home Naloxon bei Haftentlassung: Machbarkeitsstudie aus dem bayerischen Modellprojekt. *Das Gesundheitswesen* 85(06): a-1860-1048.
- Zimmermann M, Hilgarth H, Ittner KP, et al. (2020) Die notfallpharmakologische Bedeutung von nasal appliziertem Naloxon. *NOTARZT* 36(06). Georg Thieme Verlag KG: 317–319.
- Zinberg N (1959) *Drug, Set, And Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. 1st edition. London: Yale University Press.

Anhang 1: Weiterführendes Material und Links

Anmeldung zum Take-Home-Naloxon-Netzwerk

Wenn Sie auch über die Projektlaufzeit hinaus an aktuellen Informationen zu Take-Home-Naloxon interessiert sind und Interesse an einer Vernetzung in Deutschland haben, können Sie sich über den folgenden Link bzw. QR-Code für das Take-Home-Naloxon-Netzwerk anmelden. Alle weiteren Informationen finden Sie unter dem angegebenen Link.



<https://cloud.aidshilfe.de/apps/forms/s/g9qwHiAC95NwrgXPZfE2WBgW>

Website mit weiterführenden Informationen

Während des Bundesmodellprojektes NALtrain wurde eine Website mit Informationen zu Take-Home-Naloxon inklusive eines kurzen Online-Kurses erstellt. Auf dieser Website finden Sie weiterführende Informationen zum Thema Take-Home-Naloxon



<https://www.naloxontraining.de/drogennotfall-erkennen/>

NALtrain Trainer:innenmanual

Dieses Manual war die Grundlage für die Trainings. Außerdem bietet es Hintergrundinformationen zum Thema Take-Home-Naloxon und beinhaltet eine Schritt für Schritt Anleitung für die Durchführung von Naloxon-Schulungen. Es finden sich darüber hinaus organisatorische Hinweise für die Umsetzung von Naloxon-Schulungen vor Ort. Zugriff auf das Manual ist über den QR-Code oder den angegebenen Link möglich. Dort findet sich auch noch weiteres Material.



<https://www.naloxontraining.de/veranstaltungen/trainingsunterlagen/>

Anhang 2: Empfehlungen zu Take-Home-Naloxon

Naloxon rettet Leben

Empfehlungen zu Take-Home-Naloxon

Forderung nach flächendeckender Umsetzung von Take-Home-Naloxon in Deutschland zur Reduktion von opioidbedingten Drogentodesfällen

Hintergrund

Die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle in Deutschland ist in den letzten Jahren gestiegen. Im Jahr 2021 waren 1826⁴ und im Jahr 2022 waren 1990 Drogentodesfälle⁵ zu verzeichnen, 2012 waren es 944⁶. Die Steigerung der drogenbedingten Todesfälle um mehr als 100 Prozent in zehn Jahren führt allen die Dramatik der Lage vor Augen. Der Anteil der Todesfälle im Zusammenhang mit Opioiden ist stets die häufigste Todesursache. Die flächendeckende Umsetzung von Take-Home-Naloxon kann in Zukunft Todesfälle vermeiden. Take-Home-Naloxon bedeutet, dass Laien in der Anwendung von Naloxon geschult und anschließend mit Naloxon ausgestattet werden. Take-Home-Naloxon ist nachweislich eine wirkungsvolle Maßnahme zur Vermeidung von opioidbedingten Drogentodesfällen.⁷ Damit die Umsetzung auch in Deutschland flächendeckend gelingen kann, soll im folgenden Take-Home-Naloxon kurz vorgestellt werden, um anschließend die

-
- 4 **Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen**, „1.826 Männer und Frauen in Deutschland 2021 an illegalen Drogen verstorben – Zahl erneut gestiegen; Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen“, 2022, <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/1826-maenner-und-frauen-in-deutschland-2021-an-illegalen-drogen-verstorben-zahl-erneut-gestiegen/>.
 - 5 **Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen**, „2022 erneuter Anstieg bei Zahl der Drogentoten“, 11. Mai 2023, <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/2022-erneuter-anstieg-bei-zahl-der-drogentoten/>.
 - 6 **Anna Olsen u.a.**, „Assessing Causality in Drug Policy Analyses: How Useful Are the Bradford Hill Criteria in Analysing Take-Home-Naloxone Programs?“, *Drug and Alcohol Review* 37, Nr. 4 (Mai 2018): 499–501, <https://doi.org/10.1111/dar.12523>.
 - 7 **John Strang u.a.**, „Take-Home-Naloxone for the Emergency Interim Management of Opioid Overdose: The Public Health Application of an Emergency Medicine“, *Drugs* 79, Nr. 13 (September 2019): 1395–1418, <https://doi.org/10.1007/s40265-019-01154-5>.

zentralen Hemmnisse einer Umsetzung aufzuzeigen und herauszuarbeiten, wie diese abgebaut werden können.

Was ist Take-Home-Naloxon?

Bei einer Überdosierung mit Opioiden erleidet die betroffene Person eine Atemdepression. Naloxon kann in wenigen Minuten die potenziell tödliche Atemdepression aufheben und damit das Leben der betroffenen Person retten.⁸ Naloxon verdrängt die Opiode von den Rezeptoren, bleibt aber selbst ohne psychoaktive Wirkung. Die Anwendung von Naloxon, ohne dass Opiode an einer Überdosierung beteiligt sind, bleibt also folgenlos. Durch den Ruf eines Rettungswagens wird die betroffene Person so schnell wie möglich in die Hände von Ärzt:innen und Rettungsanitäter:innen übergeben.

In Deutschland ist Naloxon ein verschreibungs- und apothekenpflichtiges Medikament. Die Indikation für eine Verschreibung ist gegeben, wenn eine Opioidabhängigkeit vorliegt oder sich die Person in einer Substitutionsbehandlung befindet. Naloxon ist erstattungsfähig und kann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verschrieben werden. Seit 2018 ist Naloxon als Nasenspray auch in Deutschland verfügbar und die Anwendung durch Laien ist dadurch einfacher und sicherer geworden.⁹

Schwierigkeiten bei der Umsetzung und mögliche Verbesserungen

Obwohl der Wirkstoff Naloxon bereits in den 60er-Jahren patentiert wurde¹⁰ und erste Modellprojekte zu Take-Home-Naloxon Ende der 1990er-Jahre auch in Deutschland durchgeführt wurden¹¹, wird Take-Home-Naloxon seit Jahren nur durch einzelne Einrichtungen in Deutschland umgesetzt. 2018 wurden durch das Modellprojekt in Bayern zumindest dort

8 **Schäffer, Dirk:** Opioidbedingte Todesfälle in Deutschland – warum bleibt Naloxon weitgehend ungenutzt., in: o. Hg.: 7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, Groß-Umstadt 2020, S. 85–89.

9 **Hong K. Kim und Lewis S. Nelson,** „Reducing the Harm of Opioid Overdose with the Safe Use of Naloxone: A Pharmacologic Review“, Expert Opinion on Drug Safety 14, Nr. 7 (Juli 2015): 1137–46, <https://doi.org/10.1517/14740338.2015.1037274>.

10 **Kerstin Dettmer, Bill Saunders und John Strang,** „Take-home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes“, BMJ : British Medical Journal 322, Nr. 7291 (14. April 2001): 895–96.

11 **Heike Wodarz-von Essen u.a.,** „Take-Home-Naloxon für geschulte Opioidabhängige - Erfahrungen zum Umgang mit Überdosierungsnotfällen“, NOTARZT 38, Nr. 03 (Juni 2022): 138–42, <https://doi.org/10.1055/a-1785-3481>.

Grundlagen für eine flächendeckende Versorgung geschaffen¹². Mit dem dreijährigen, durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Bundesmodellprojekt NALtrain wird seit Juli 2021 versucht, Take-Home-Naloxon bundesweit als Standard in der Drogen- und Suchthilfe zu implementieren. Nach der Hälfte der Projektlaufzeit stellen sich einige strukturelle Hindernisse und Schwierigkeiten heraus. Die folgenden Empfehlungen können zentral dazu beitragen, Take-Home-Naloxon als lebensrettende Maßnahme umzusetzen.

Empfehlungen

Folgende vier Empfehlungen sind entscheidend:

- I. Verschreibungspflicht: Die größte Barriere kann durch die Aufhebung der Verschreibungspflicht reduziert werden. Dadurch wird der Zugang zu Naloxon deutlich vereinfacht, der Aufwand für die Suchthilfeeinrichtungen wird geringer und potenzielle Finanzierungen durch die Länder oder Kommunen werden effektiver. Im Endbericht des bayerischen Modellprojektes wird empfohlen, die Verschreibungspflicht aufzuheben, aber das Medikament weiterhin erstattungsfähig zu belassen.¹³ Verschreibungen wären dann weiterhin möglich (wie z. B. bei Notfallsets gegen Allergien und Anaphylaxie), aber nicht erforderlich.
Die Verschreibungspflicht sollte einer flächendeckenden Implementierung nicht im Wege stehen und die Versorgung der Zielgruppe mit dem lebensrettenden Medikament nicht behindern.
- II. Finanzierung: Die Durchführung von Take-Home-Naloxon bedeutet sowohl Sach- als auch Personalkosten für die Einrichtungen. Damit ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, braucht es eine finanzielle Förderung von Take-Home-Naloxon durch die Bundesländer. Die Zahlen der geschulten Konsument:innen im Rahmen von NALtrain in Bayern legen nahe, dass eine solche Förderung deutlich zu einer dauerhaften Implementierung von Take-Home-Naloxon bei-

12 **Heike Wodarz-von Essen u.a.**, Evaluation eines Schulungsprogramms für medizinische Laien zum Einsatz von nasalem Take-Home-Naloxon in Notfallsituationen bei Menschen mit Opioidabhängigkeit in Bayern (BayTHN) (München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2021).

13 **Simon Fleißner, Heino Stöver und Dirk Schäffer**, „Take-Home-Naloxon: Ein Baustein der Drogennotfallprophylaxe auch in Deutschland“, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 26. Mai 2023, <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03705-4>.

trägt.

Die Finanzierung von Take-Home-Naloxon kann in allen Bundesländern zu einer flächendeckenden Versorgung beitragen und ist entscheidend für die Verstetigung von Take-Home-Naloxon.

- III. Ärzt:innen: Unabhängig davon, ob eine Verschreibungspflicht für Naloxon besteht, ist die Bereitschaft von Ärzt:innen, an Take-Home-Naloxon mitzuwirken, zentral für eine deutschlandweite Umsetzung. Zwar bedeutet Take-Home-Naloxon medizinische Überlebenshilfe durch Laien, dennoch können Mediziner:innen durch Ansprache und Verschreibung entscheidend dazu beitragen, die Zielgruppe zu erreichen. Mit der Substitutionsbehandlung, dem stationären Kontext und auch dem Justizvollzug sind Ärzt:innen derzeit häufig in Schlüsselpositionen für die Umsetzung von Take-Home-Naloxon. Zudem kann die Unterstützung durch Landesärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen einen wichtigen Beitrag leisten. Es bestehen nach wie vor viele Vorbehalte in der Ärzteschaft gegenüber der Vergabe von Naloxon. Dabei führt Take-Home-Naloxon nicht zu mehr bzw. risikoreicherem (Bei-)Konsum und widerspricht auch weder dem Ziel der Substitutionsbehandlung noch dem einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung.

Suchtmediziner:innen für die Vergabe von Take-Home-Naloxon zu gewinnen, ist zentral für das Gelingen. Take-Home-Naloxon als Regelangebot bei der Behandlung von Opioidkonsument:innen sollte das Ziel sein.

- IV. Das gesamte Drogen- und Suchthilfesystem: Damit Take-Home-Naloxon flächendeckend eingeführt werden kann, braucht es alle Einrichtungen und Institutionen, welche mit Personen arbeiten, die Opioide konsumieren. Im ganzen System der Drogen- und Suchthilfe sollten Mitarbeitende ausgebildet werden, um Naloxonschulungen anzubieten, und Strukturen geschaffen werden, um die Zielgruppe mit Naloxon zu versorgen.

Take-Home-Naloxon sollte zum Regelangebot in allen Bereichen der Drogen- und Suchthilfe und im Justizvollzug werden.

Fazit

Take-Home-Naloxon ist eine wirksame Maßnahme zur Reduktion von Drogentodesfällen und bleibt in Deutschland noch weit hinter ihrem Potenzial zurück. Wir plädieren für eine umfassende Einführung von Take-Home-Naloxon in Deutschland. Die aufgeführten Empfehlungen ver-

deutlichen, wie dies gelingen kann. In Anbetracht der steigenden Drogentodeszahlen kann Take-Home-Naloxon Leben retten und vermeidbare Todesfälle durch Opioidüberdosierungen verhindern. Take-Home-Naloxon ist dabei nur eine von verschiedenen Harm-Reduction-Maßnahmen, welche sich gegenseitig ergänzen. Naloxon rettet Leben!

