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

https://doi.org/10.5771/9783748943235-95 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - CC BY

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

https://doi.org/10.5771/9783748943235-95 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

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

https://doi.org/10.5771/9783748943235-95 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

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.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-95 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

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

https://doi.org/10.5771/9783748943235-95 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

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

https://doi.org/10.5771/9783748943235-95 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

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.

https://doi.org/10.5771/9783748943235-95 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

https://doi.org/10.5771/9783748943235-95 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY