

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). Beispielfhaft 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 umfängliche 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 suchtmedizinische 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.

