

THN Bayern

Evaluation eines Schulungsprogramms für
medizinische Laien zum Einsatz von nasalem
Take-Home-Naloxon in Notfallsituationen
bei Menschen mit Opioidabhängigkeit in Bayern
(BayTHN)

Heike Wodarz-von Essen¹, Oliver Pogarell², Jörg Wolstein³, Norbert Wodarz¹

Unter engagierter Mitwirkung der MitarbeiterInnen der Kooperationszentren
Drogenhilfe Schwaben GmbH, Augsburg;
Condrops e.V., Ingolstadt, München;
mudra e.V., Nürnberg;
DrugStop e.V., Regensburg

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum, Regensburg

² Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU Klinikum, München

³ Fakultät Humanwissenschaften, Universität Bamberg

DANKSAGUNG

Unser Dank gilt allen, ohne die dieses Modellprojekt nicht möglich gewesen wäre:

- Den Abgeordneten des Bayerischen Landtages, auf deren Beschluss die Durchführung des Modellprojektes zurückgeht
- Den MitarbeiterInnen des Referates Referat 56 – Sucht, Drogen und AIDS am Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, insbesondere zu Beginn Herrn Dr. Walzel und nachfolgend Herrn Prof. Dr. Fromme mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die jederzeit konstruktive Zusammenarbeit
- Den Vertretern des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz, den Leitungen, beteiligten MitarbeiterInnen und Anstaltsärzten, durch deren Unterstützung Notfallschulungen, inkl. THN für inhaftierte Opioidabhängige in bayerischen Justizvollzugsanstalten ermöglicht wurden.
- Den MitarbeiterInnen in den Kooperationszentren der Drogenhilfeeinrichtungen bei condrobs München, condrobs Ingolstadt, Drogenhilfe Schwaben Augsburg, mudra Nürnberg und Drug-Stop Regensburg! Ohne Ihr Engagement und Bereitschaft, den Studienbedingten Mehraufwand zu schultern, wäre es nicht möglich gewesen, so viele Opioidabhängige für die Teilnahme zu gewinnen, zu schulen, und für den studienbedingten Mehraufwand zu motivieren!
- Den ÄrztInnen und ApothekerInnen, ohne deren Unterstützung die Drogenhilfeeinrichtungen die Notfallschulungen, inkl. THN-Kit nicht in dem Umfang hätten umsetzen können.
- Den beratenden und dem Projekt meist sehr wohlwollend gegenüberstehenden KollegInnen, wie u.v.a. Prof. Dr. KP Ittner, PD Dr. M Zimmermann
- Allen Personen (die hier namentlich leider nicht alle genannt werden können) die im Zusammenhang mit dem Projekt „schnell mal eben“ die eine oder andere Aufgabe übernommen, eine Frage beantwortet, einen Gang erledigt haben. Gerade diese Tätigkeiten und die dahinterstehende Zugewandtheit war ungemün hilfreich.

In den Zentren waren beteiligt:

Condrobs Ingolstadt

| | |
|-------------------------------------|--|
| Leitung | Karin Wiggerhauser Birgit Popp |
| TrainerInnen | Sebastian Buchbach Franziska Regensburger Josipa Kovco Helga Bachmeir-Bauer Jürgen Pschierer |
| Praktikant / student. Hilfskraft | Jonas Kreile Maximilian Popp |
| Rettungsassistentin | Annalena D'Amuri |

Condrobs München

| | |
|--|---|
| Leitung | Klaus Fuhrmann Olaf Ostermann |
| TrainerInnen | Lisa Lettmaier Kim Hasselbach Benno Umstätter Eva Löffler Lisa Bertl |
| Rettungsassistenten | Tony Harmatha Harald Gigga |
| ÄrztIn | Irmgard Kazsa Richard Kamm Rainer Musselmann Stephan Walcher Thomas Müller |
| Koordination JVA sowie Außenstellen (Wohnheim, andere Kontaktläden) | Birgitta Kraatz-Macek Rea Senger Wilhelm Kraut Anna Dilthey Moustapha Dieng Uwe Lang Martin Jautz |
| Sonstige HelferInnen | Bastian Prasser Anke Block Sergej Stefanko Rebecca Butz Simone von Heimburg |

Drogenhilfe Schwaben Augsburg

| | |
|-------------------|---|
| Leitung | Uwe Schmidt Gerlinde Mair |
| TrainerInnen | Julian Meyer Beatrix Gebauer Andreas Köjer |
| Rettungsassistent | Joachim Keil |
| JVA | Michael Abold Renato Calmanti |
| Ärzte | Dr. Barbara von Kessel Dr. Dagobert Ross Josef Haberl |
| Verwaltung | Jessica Wucherer Julia Karasz Ines Teut |

mudra Drogenhilfe Nürnberg

| | |
|-------------------------------|---|
| Leitung | Bertram Wehner Norbert Wittmann |
| TrainerInnen | Rossano della Ripa Martin Kießling Wolfgang Malter Carina Lindemann Florian Postler |
| Unterstützende Tätigkeiten | Simon Gabriel Karin Borowski Vera Balko Matze Wendel Ilse Duman Kristin Etzel Ulf Siefker |

DrugStop Regensburg

| | |
|-------------------------------|--|
| Leitung | Dr. Willli Unglaub Maria Heilmeier |
| TrainerInnen | Hanna Schifferl Holger Amschler Franziska Lechner Jonas Pöschl Michael Riebl |
| Rettungsassistenten | Georg Liedl |
| Unterstützende Tätigkeiten | Julia Wasmeier Sabrina Lauer Agnes Vögele Barbara Hellerbrand |

INHALT

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Projekttitle | 8 |
| 2. | Verantwortlichkeiten | 8 |
| 3. | Wissenschaftlicher Hintergrund (Theorie) | 8 |
| 3.1 | Wirkungsweise Naloxon | 9 |
| 3.2 | Opioidbedingte Atemdepression als Todesursache einer Opioidüberdosierung | 10 |
| 3.3 | Take-Home-Naloxon | 11 |
| 3.4 | Take-Home-Naloxon-Modellprojekt Bayern | 12 |
| 4. | Projektziele | 13 |
| 5. | Hypothesen | 14 |
| 6. | Studiendesign und Studienpopulation | 14 |
| 6.1 | Untersuchungsdesign | 14 |
| 6.2 | Kooperationspartner | 15 |
| 6.3 | Stichprobe/SchulungsteilnehmerInnen: | 15 |
| 6.3.1 | Zielgruppen | 15 |
| 6.3.2 | Einschlusskriterien | 16 |
| 6.3.3 | Ausschlussgründe | 16 |
| 6.3.4 | Stichprobengröße | 16 |
| 7. | Ethische Belange | 17 |
| 7.1 | Freiwilligkeit | 17 |
| 7.2 | Probandenaufklärung und Einholen des Probandeneinverständnisses | 17 |
| 7.3 | Pseudonymisierung | 17 |
| 7.4 | Aufbewahrung der Unterlagen | 18 |
| 7.5 | Finanzierung | 18 |
| 7.6 | Aufwandsentschädigungen | 18 |
| 7.6.1 | Kooperationspartner | 18 |
| 7.6.2 | ÄrztInnen | 18 |
| 7.6.3 | TeilnehmerInnen | 18 |
| 7.7 | Gesetzliche Bestimmungen | 18 |
| 8. | Methodik und Vorgehen | 19 |
| 8.1 | Literaturrecherche | 19 |
| 8.2 | Festlegung der obligaten und fakultativen Schulungsinhalte | 19 |
| 8.3 | Datenerhebung | 20 |
| 8.4 | Datenauswertung | 22 |
| 8.5 | Erstellung von Schulungsmaterialien | 22 |
| 8.6 | Öffentlichkeitsarbeit der Kooperationspartner | 22 |
| 8.7 | Vorgehen | 23 |
| 8.8 | Zusammenfassung Vorgehen | 24 |
| 8.9 | Zeitlicher Ablauf und Studienphasen | 24 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 9. | Ergebnisse | 24 |
| 9.1 | Stichprobenbeschreibung | 25 |
| 9.1.1 | Gesamtstichprobe | 25 |
| 9.1.2 | TeilnehmerInnen aus Justizvollzugsanstalten | 26 |
| 9.2 | Notfall-Schulungen und -Trainer | 26 |
| 9.3 | Ergebnisse zu den Projektzielen | 26 |
| 9.3.1 | Soziale Erwünschtheit | 26 |
| 9.3.2 | Ziel 1: Vermitteln von Wissen und Skills zum Erkennen von und dem Umgang mit Opioidüberdosierungen bei Menschen mit Opioidabhängigkeit | 27 |
| 9.3.2.1 | Wissen und Fertigkeiten | 27 |
| 9.3.2.2 | Selbsteinschätzung des vorhandenen Wissens zum Umgang mit einem Notfall | 28 |
| 9.3.2.3 | Selbsteinschätzung des Schulungseffektes | 28 |
| 9.3.2.4 | Umsetzung des Manuals / Monitoring | 29 |
| 9.3.2.5 | Bedeutung der TrainerInnen für den Wissenszuwachs | 29 |
| 9.3.2.6 | Einschätzungen der TeilnehmerInnen durch TrainerInnen | 30 |
| 9.3.3 | Ziel 2: Verbessern der Selbstwirksamkeit bei den TeilnehmerInnen | 31 |
| 9.3.3.1 | Fiktiver Drogennotfall | 31 |
| 9.3.3.2 | Potentielle Hinderungsgründe, Naloxon anzuwenden | 32 |
| 9.3.3.3 | Gefühlter Schutz durch Naloxon Kit | 32 |
| 9.3.3.4 | Veränderung des Konsums durch Verfügbarkeit von Take-Home-Naloxon und/oder Erleben eines Drogennotfalls | 33 |
| 9.3.4 | Ziel 4: Dokumentation der Einsatzbedingungen und -ergebnisse des Take-Home-Naloxon | 34 |
| 9.3.5 | Ziel 3: Bei notwendigem Einsatz wird das Medikament sachgemäß verwendet | 35 |
| 9.3.5.1 | Erkennen einer Opioidüberdosierung | 35 |
| 9.3.5.2 | Ergriffene Maßnahmen | 35 |
| 9.3.5.3 | Mythen | 36 |
| 9.3.5.4 | Sicherheit im Umgang mit den erlernten Notfallmaßnahmen | 37 |
| 9.3.5.5 | Umgang mit Schwierigkeiten in der Notfallsituation | 38 |
| 9.3.6 | Ziel 5: Evaluation, wie THN medizinisch sicher, effektiv und rechtssicher als fester Bestandteil der Drogenhilfe weiterentwickelt werden kann | 39 |
| 9.3.6.1 | Motivation und Umsetzung in den Kooperationszentren | 39 |
| 9.3.6.2 | Umsetzung in den Justizvollzugsanstalten | 41 |
| 9.3.6.3 | Erreichbarkeit der Opioidabhängigen | 42 |
| 9.3.6.4 | Nasales Naloxon | 43 |
| 9.3.6.5 | Medizin. Einrichtungen | 45 |
| 9.3.6.6 | ÄrztInnen, ApothekerInnen | 46 |
| 9.3.6.7 | Rettungsdienste | 49 |
| 9.3.6.8 | Polizei | 50 |

| | |
|---|-----------|
| 10. Diskutierende Zusammenfassung der Ergebnisse | 50 |
| 10.1 Diskussion zur Stichprobe | 50 |
| 10.2 Wirksamkeit der Schulungen | 52 |
| 10.2.1 Zuwachs an Wissen und Selbstwirksamkeit | 52 |
| 10.2.2 Auswirkung auf den Konsum | 53 |
| 10.2.3 Verbreitung in der Szene | 53 |
| 10.2.4 Zusammenfassung | 54 |
| 10.3 Verhalten in und nach Drogennotfallsituationen | 54 |
| 10.3.1 Korrekte Erste-Hilfe-Maßnahmen | 55 |
| 10.3.2 Auswirkungen des Einsatzes auf den Helfer und sein Konsumverhalten | 56 |
| 10.3.3 Zusammenfassung | 56 |
| 10.4 Voraussetzungen zur Wirksamkeit der Schulungen | 56 |
| 10.4.1 Zusammenfassung | 58 |
| 10.5 Spezielle Situation in JVAen | 58 |
| 10.6 Förderliche und hinderliche Faktoren THN als ständiges Angebot zu etablieren | 59 |
| 10.6.1 Förderliche und hinderliche Faktoren für die TeilnehmerInnen | 59 |
| 10.6.2 Förderliche und hinderliche Faktoren in den Zentren | 60 |
| 10.6.3 Naloxon-Nasenspray | 62 |
| 10.6.4 Förderliche und hinderliche Faktoren in der Arbeit mit ÄrztInnen und Apotheken | 64 |
| 10.6.5 Förderliche und hinderliche Faktoren im Zusammenspiel mit Rettung und Polizei | 66 |
| 10.7 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen | 67 |
| 10.7.1 Best-Practice-Modell | 67 |
| 10.7.2 Drogennotfallkit (THN-Kit) | 70 |
| 10.7.3 Beantwortung Ausgangshypothesen | 70 |
| 10.7.4 Sinnhaftigkeit einer Take-Home-Naloxon-Vergabe | 71 |
| 10.7.5 Empfehlungen | 72 |
| 11. Zusammenfassung | 75 |

| | |
|--|-----------|
| Literaturverzeichnis | 78 |
| Anhang | 81 |
| Liste öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen | 81 |
| Tabellenverzeichnis | |
| Tabelle 1: Kooperationspartner im THN-Modellprojekt Bayern | 15 |
| Tabelle 2: Mittelwerte Wissensscore TrainerInnen > 10 TNInnen | 30 |
| Tabelle 3: Einschätzung der TeilnehmerInnen durch TrainerInnen in Bezug auf Aufmerksamkeit, Mitarbeit und Erfolg der Schulung | 31 |
| Tabelle 4: Potentielle Hinderungsgründe Naloxon anzuwenden, Angaben nach Schulung | 32 |
| Tabelle 5: Informationen aktuelle Situation über die überdosierte Person | 34 |
| Tabelle 6: Von geschulten TeilnehmerInnen ergriffene Maßnahmen bei Opioidüberdosierung | 36 |
| Tabelle 7: Sicherheitsgefühl bei durchgeführter Erste-Hilfe-Maßnahme | 37 |
| Tabelle 8: Erlebter Nutzen der Drogennotfall-Schulung | 38 |
| Abbildungsverzeichnis | |
| Abbildung 1: Phasen in Drogenberatungsstellen bei THN-Schulungsimplementation | 41 |
| Abbildung 2: Beispiel Drogennotfallkit; stabile, leichte, wasserfeste Aufbewahrung | 70 |
| Abbildung 3: Beispielhafter Inhalt Drogennotfallkit | 70 |

1. Projekttitle

Evaluation eines Schulungsprogramms für medizinische Laien zum Einsatz von nasalem Take-Home-Naloxon in Notfallsituationen bei Menschen mit Opioidabhängigkeit in Bayern (Bay THN)

2. Verantwortlichkeiten

| NAME | INSTITUT | TELEFON, FAX, E-MAIL | VERANTWORTLICHKEIT/ ROLLE |
|------------------------------|--|---|---|
| | Universität Regensburg Universitätsstraße 31 93053 Regensburg | | Projekträger |
| Prof. Dr. Norbert Wodarz | Klinik und Poliklinik der Universität am Bezirksklinikum Regensburg | Tel: 0941 941 2026 Fax: 0941 941 2081 norbert.wodarz@medbo.de | Projektleiter |
| Prof. Dr. Oliver Pogarell | Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU Klinikum, München | Tel: 089 4400 55540 Fax: 089 4400 55542 oliver.pogarell@med.uni- muenchen.de | Stellv. Projektleiter, Schwerpunkt ärztlich- medizinische Inhalte |
| Prof. Dr. Jörg Wolstein | Institut für Psychologie, Universität Bamberg | Tel: 0951-863-2045 joerg.wolstein@uni- bamberg.de | Stellv. Projektleiter, Schwerpunkt psycholo- gische / sozialpädago- gische Inhalte |
| Heike Wodarz-von Essen | Universitätsklinikum Regensburg | | Projektmanagement |

3. Wissenschaftlicher Hintergrund (Theorie)

Abhängigkeitserkrankungen zeigen ohne suffiziente Behandlung häufig einen chronisch progredienten Verlauf mit erheblicher substanzbedingter Morbidität und Mortalität (Wodarz, 2007). Dies betrifft insbesondere Opioidabhängige. Jeder dritte Opioidabhängige stirbt an einer Überdosierung. Insgesamt ist die Mortalität Opioidabhängiger im Vergleich zu alters-/geschlechtsgleichen Nicht-Opioidabhängigen um das 10fache erhöht. In den letzten Jahren konnte erneut ein kontinuierlicher Anstieg der Drogentoten beobachtet werden (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA 2015), insbesondere auch in Bayern (Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS); LKA Bayern). Bei knapp 2/3 der Drogentoten konnten Opioide als todesursächlich identifiziert werden. Zusätzlich zu jedem Todesfall kommen geschätzt 10–20 nicht-tödlich verlaufende Überdosierungen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2015).

In Bayern wurden fast 3/4 der Drogentoten im privaten Umfeld (z.B. eigene, fremde Wohnung) aufgefunden. Studien belegen, dass in der Mehrzahl der Fälle zwar nicht mehr bei Auffinden, aber im Zeitraum zuvor Dritte anwesend bzw. in der Nähe waren (https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS_Pr%c3%a4vention_von_Drogentodesfaellen_2017_final.pdf). Ähnlich wie bei einem allergischen Schock könnte es also Leben retten, wenn der Abhängige ein Medikament bei sich hätte, das – durch einen in der Nähe Befindlichen verabreicht – die Wirkung des überdosierten Opioids aufhebt.

Für die Behandlung einer Opioidüberdosierung steht Fachpersonal (Ärzten, Rettungskräften) seit langem in Deutschland als rezeptpflichtiges, spezifisches Antidot Naloxon zur parenteralen Anwendung zur Verfügung. Voraussetzung für die Wirkung ist eine Herztätigkeit mit Aufrechterhaltung eines Restkreislaufs, notfalls mittels Herz-Druck-Massage. Eine ausreichende Wirkung im Körper kann dann durch intravenöse (bei i.v. Drogenabhängigen wegen des Venenstatus im Notfall oft nur schwer umsetzbar) oder intramuskuläre Applikation erreicht werden. Die parenterale Verabreichung stellt jedoch für nicht-medizinische Ersthelfer eine nicht, oder nur schwer anwendbare Möglichkeit dar.

2018 erfolgte die Europa-Zulassung für ein nasales Naloxon-Präparat, was die Verabreichung, auch durch medizinische Laien deutlich erleichtert.

3.1 Wirkungsweise Naloxon

Zunächst sollen einige medizinische Grundlagen zu den Begriffen und zur Wirkung der Opiode kurz geklärt werden.

Unter Opiaten werden klassischerweise die natürlichen, von Pflanzen abstammenden Alkaloide, wie beispielsweise Morphin und Codein verstanden. Unter Opioiden versteht man (halb-)synthetisch hergestellte, ähnlich wie die klassischen Opiate wirkende Substanzen, die chemisch keine größere Ähnlichkeit zu den Opiumalkaloiden mehr haben müssen. Häufig werden unter dem Begriff zusätzlich auch die natürlichen Opiumalkaloide subsumiert, also alle Substanzen zusammengefasst, die mit den spezifischen Opioid-Rezeptoren interagieren. Für viele der Opiodeffekte im Körper sind die Gruppe der μ -Opioid-Rezeptoren verantwortlich. Diese stoßen auf zellulärer Ebene, je nach Lokalisation, zwei wichtige nachgeschaltete Signalweiterleitungsprozesse an (Übersicht bei Wodarz et al. 2019) Der präsynaptische μ_1 -Opioid-Rezeptor vermittelt z.B. Schmerzreduktion (spinal und supraspinal), Hypothermie (Abnahme der Körpertemperatur), gehobene Stimmung und Miosis („Stecknadelkopfgroße“, enge Pupillen). Die Aktivierung des postsynaptischen μ_2 -Opioid-Rezeptors vermindert z.B. die Propulsiv-Motorik (verdauungsfördernde Motorik) des Magen-Darm-Trakts und führt zu der typischerweise unerwünschten Nebenwirkung Obstipation (Verstopfung). Die Aktivierung des μ_2 -Opioid-Rezeptors ist auch verantwortlich für die Abnahme der Reaktion auf einen steigenden CO_2 -Gehalt im Blut, was normalerweise zu einer verstärkten Atemtätigkeit führen würde (s.u.). So entsteht mit steigender Opioid-Dosis eine sogenannte Atemdepression (Mechanismus s.u.). Am μ_2 -Opioid-Rezeptor wirken die gleichen Opiode wie am μ_1 -Rezeptor.

Die μ -Opioid-Rezeptoren finden sich in unterschiedlichen Regionen des zentralen Nervensystems (ZNS) und des Körpers. Je nachdem, welche Form der o.a. Signalübertragung in der jeweiligen Körper- oder ZNS-region angestoßen wird, kommt es zu den unterschiedlichen Opiodeffekten.

Opioid-Agonisten sind Substanzen, die einen Wirkeffekt auslösen, z.B. körpereigene Opiode wie Endorphin, Enkephalin. Opiate, wie Morphin. Opiode, z.B. 4-Anilinopideridin-Derivate wie das Fentanyl.

Partialagonisten sind Substanzen, die in einem bestimmten Dosisbereich wie Agonisten wirken (s.o.), in anderen aber keinen zusätzlichen Wirkeffekt hervorrufen (sogenannter Deckeneffekt) bzw. den agonistischen Wirkeffekt anderer Substanzen vermindern können. Ein Beispiel hierfür ist Buprenorphin, einem in der Substitution eingesetzten Wirkstoff.

Antagonisten wiederum sind Substanzen, die keinen eigenen Wirkeffekt auslösen, aber den Rezeptor für agonistisch wirksame Substanzen blockieren und somit die Wirkung eines Agonisten verhindern bzw. aufheben, wie z.B. Naloxon.

3.2 Opioidbedingte Atemdepression als Todesursache einer Opioidüberdosierung

In der Lunge erfolgt in Abhängigkeit von der Atemfrequenz ein konzentrationsabhängiger Austausch von Sauerstoff (O_2) und Kohlendioxid (CO_2) zwischen Blut und Umgebungsluft. Die normale Atmung wird reguliert über die Atemzentren im Hirnstamm des ZNS (Medulla oblongata, Pons). Dabei werden die Konzentrationen von O_2 und CO_2 durch spezifische Rezeptoren laufend überwacht und an das Atemzentrum rückgemeldet. Opioide setzen die Empfindlichkeit des medullären Atemzentrums gegenüber dem CO_2 -Partialdruck im Blut herab. Außerdem werden durch Opioide auch medulläre Zentren gehemmt, die an der Regulation des Atemrhythmus beteiligt sind. Dies führt, abhängig von der Opioiddosis und der individuellen Opioidtoleranz, zu einem mehr oder weniger schnellen Anstieg des CO_2 (Hyperkapnie) und einer Abnahme des Blut-pH (Acidose). Durch die Opioidwirkung bleibt die kompensatorische Zunahme des Atemantriebs aus („Atemdepression“) und es kommt zu einem zunehmenden Abfall der Sauerstoffsättigung (Hypoxie), die ohne Behandlung zu Organversagen, irreversiblen Schäden bis hin zum Tod führt. Dieser Mechanismus ist die häufigste Todesursache bei einer Opioidintoxikation.

Eine Opioidüberdosierung/-intoxikation kann auch bei bestehender Opioidtoleranz auftreten und bedeutet letztlich nur, dass relativ zur bestehenden individuellen Opioidempfindlichkeit eine zu hohe Opioiddosis zugeführt wurde. Es handelt sich dabei um eine hochakute, lebensbedrohliche Komplikation.

Etwa jeder 10. Notarzteinsatz erfolgt aufgrund einer Intoxikation. Meist ist die Ursache Alkohol. Aber mindestens jeder 50. Notarzteinsatz geschieht wegen einer Intoxikation mit Drogen, inkl. Opioiden.

Häufig entscheiden die ersten Maßnahmen durch in der Nähe befindliche Laienhelfer. Ein unmittelbar lebensrettender Baustein der Ersten Hilfe bzw. Behandlung bei einer lebensbedrohlichen Opioidüberdosierung kann die Verabreichung eines Gegengiftes (Antidot) sein, das in der Lage ist, die atemdepressive Wirkung des Opioids zu lindern bzw. aufzuheben. Dies ist allerdings nur dann erfolgreich, wenn noch eine Kreislaufaktivität besteht bzw. durch Herz-Druck-Massage aufrechterhalten wird.

Naloxon ist ein reiner Antagonist an μ -Opioidrezeptoren. Das heißt, die Substanz verdrängt dosisabhängig im Körper befindliche Opioide von den zugehörigen Rezeptoren, wirkt daher als Antidot.

Bei oraler Einnahme wird Naloxon fast vollständig in der Leber abgebaut (First-Pass-Effekt), sodass es auf diesem Weg keine Wirkung hat, so lange kein schwerwiegender Leberschaden vorliegt. Bei Umgehung des first-pass-Metabolismus der Leber, z.B. durch jede Form parenteraler Anwendung (intravenös, intramuskulär, subkutan, nasal) besetzt Naloxon sehr schnell (je nach Verabreichungsweg und Kreislaufaktivität innerhalb von wenigen Minuten) die μ -Opioidrezeptoren. Damit kommt es, abhängig von Wirkpotenz und Dosis des überdosierten Opioids zur teilweisen oder vollständigen Aufhebung gerade auch der atemdämpfenden Wirkung (Atemdepression) und anderer zentralnervöser (vom Gehirn gesteuerter) Dämpfungszu-

stände, die durch natürliche und synthetische Opioide verursacht werden. Naloxon kann daher gezielt zur Aufhebung von Koma und Atemdepression bei vermuteter oder bekannter Opioidüberdosierung oder -intoxikation eingesetzt werden.

Naloxon hat bei nicht opioidabhängigen Menschen eine sehr große therapeutische Breite, ruft also nur extrem selten Nebenwirkungen hervor, noch am ehesten bei vorbestehenden Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems bzw. bei Menschen nach Aufnahme von herzscheidenden Substanzen. Somit ist das Risiko von Nebenwirkungen begrenzt, selbst wenn sich herausstellen sollte, dass die Ursache für die Ateminsuffizienz nicht durch eine Opioidüberdosierung hervorgerufen war, Naloxon also letztlich ohne Wirkung bleibt. Gerade auch diese ausbleibende Wirkung kann das weitere Vorgehen und die Suche nach den zugrundeliegenden Ursachen erheblich beschleunigen.

Da es sich bei einer Opioid-Überdosis um einen lebensbedrohlichen Notfall handelt, erscheinen die seltenen Risiken und Nebenwirkungen durch Naloxon tolerierbar. Bei adäquater Dosierung lässt sich innerhalb von Minuten eine Beendigung der lebensbedrohlichen Ateminsuffizienz erreichen. Als Hauptrisiken nach Verabreichung sind einerseits die Auslösung eines zwar nicht lebensbedrohlichen, aber subjektiv sehr unangenehmen Entzugssyndroms beim Opioidabhängigen zu beachten. Im weiteren Verlauf ist die kurze Wirkdauer des Naloxon von ca. 60 Minuten relevant, da bei nachlassender Blockade das Risiko einer erneut lebensbedrohlichen Ateminsuffizienz besteht. Die meisten Opioide verbleiben längere Zeit im Körper und können dann die freiwerdenden Bindungsstellen nach und nach wieder besetzen und ihre Wirkung entfalten (Übersicht bei Wodarz et al., 2019).

Nachdem ein Drogennotfall oftmals in der Anwesenheit Dritter eintritt, könnten diese Menschenleben retten, wenn sie in die Lage versetzt würden, Drogennotfälle zu erkennen, zu melden und bis zum Eintreffen der Rettungsdienste geeignete Hilfsmaßnahmen selbst vorzunehmen. Tatsächlich werden klassische Erste-Hilfe-Maßnahmen im Notfall durch Laien wenn überhaupt nur insuffizient ausgeübt (Groß et al. 2019).

3.3 Take-Home-Naloxon

Seit den 1990er-Jahren wurde versucht, Naloxon-Vergabeprogramme (Take-Home-Naloxon – THN) als einen Baustein zur Schadensminderung („harm reduction“) einzuführen, u.a. in Großbritannien, Australien, Dänemark, Estland; Norwegen und in den letzten Jahren in großem Umfang in den USA im Rahmen der dortigen Opioidkrise (Strang et al. 2016). Dabei werden „Naloxon-Take-Home-Kits“ an Opioidabhängige und an Personen aus deren Freundeskreis und Familie ausgegeben, da diese am ehesten Zeuge von Opioidüberdosierungen werden können (McDonald und Strang 2016).

Aus Beobachtungsstudien und insbesondere einer „phased-roll-out“-Untersuchung (zeitverzögertes Angebot von Take-Home-Naloxon in verschiedenen Regionen) ergeben sich deutliche Hinweise auf eine Reduktion von Drogentoten in Abhängigkeit von der Intensität der Implementierung von „Take-Home-Naloxon“ (Walley et al. 2013; McDonald und Strang 2016) (Neale et al. 2018; Jones et al. 2017b). Jones et al. (2017) fanden keinen Hinweis auf eine kompensatorische und die positiven Effekte konterkarierende Zunahme riskanter Konsummuster unter den THN-Adressaten.

Im vorwiegend angloamerikanischen und britischen Raum konnte eine große Bereitschaft beobachtet werden, professionelle Kenntnisse im Umgang mit Überdosierungen zu erwerben

und erweiterte Hilfsmaßnahmen – sofern diese bereitstünden – zu ergreifen (Best et al. 2000). Bei diesem Kenntniserwerb sollten individuelle Faktoren (Alter, Geschlecht, Ort der Überdosierung) berücksichtigt werden (Ambrose et al. 2016). Die Implementierung von Naloxon-Programmen sollte gut auf lokaler bzw. regionaler Ebene (z.B. im Hinblick auf Kooperationsvereinbarungen, Schulungsmaterial, Erwartungen der Beteiligten und Betroffenen, Zusammenarbeit mit Notfalldiensten) vorbereitet werden. Auch sollten die eingesetzten Schulungsmaßnahmen nicht nur gut angenommen werden, sondern nachhaltig sein (Akers et al. 2017; Deonarine et al. 2016; Chronister et al. 2018; Strang et al. 2008; Rowe et al. 2015). Auch „Peer-TrainerInnen“, also geschulte ehemalige Drogenabhängige, können womöglich hilfreich eingebunden werden (Marshall et al. 2017). Die Akzeptanzrate von THN-Programmen lag in einer Untersuchung von (Kestler et al. 2017) bei 68 %, insbesondere bei Personen mit Überdosis-Erfahrung und Hochrisiko-Konsum. Angesichts der hohen Akzeptanz schlagen die Autoren vor, THN möglichst breit anzubieten, wobei bei begrenzten Ressourcen der Fokus auf die besonders gefährdeten Gruppen von Opioidabhängigen gelegt werden sollte (Kestler et al., 2017). Als relevante Gruppe konnten von Parmar et al. (2017) auch straffällige drogenabhängige Personen nach Entlassung aus der Haft identifiziert werden (Parmar et al. 2017). Einstellungen der Öffentlichkeit wurden von Rudski (2016) untersucht und sollten bei der Implementierung von THN-Programmen ebenfalls berücksichtigt werden.

Für die erfolgreiche Implementierung erscheint auch wichtig, zu berücksichtigen, dass es für die Zielgruppe der Opioidabhängigen häufig sehr schwierig ist, zu festgelegten Terminen an einen bestimmten Ort zu kommen, z.B. zu einem Arzt, oder mit einem Rezept in eine Apotheke. Die Wahrscheinlichkeit, das Präparat tatsächlich zu erhalten, sinkt weiter, wenn das Präparat in der Apotheke nicht auf Lager und zu einem späteren Zeitpunkt abzuholen ist. So zeigen Studien, dass nach einer Schulung auf dem o.a. „klassischen“ Weg über Selbstabholung / Rezeptabgabe bei Schulung vielleicht noch 10–20% der Opioidabhängigen tatsächlich das Medikament erhalten.

Bis 2018 war die Umsetzung von Take-Home-Naloxon-Programmen in Deutschland erschwert, da nur ein parenteral anwendbares Injektionspräparat zur subkutanen, intramuskulären oder intravenösen Verabreichung zur Verfügung stand. Dies war für Laien kaum umsetzbar, sodass auf eine Verabreichung per Zerstäuber ausgewichen werden musste. Dieses Vorgehen war einerseits rechtlich umstritten, da die verfügbaren parenteralen Naloxonzubereitungen dafür nicht zugelassen waren. Andererseits bestanden auch physiologisch begründete Zweifel: die Nasenschleimhaut kann nur sehr kleine Flüssigkeitsmengen (ca. 0,1 mL) sicher und gut resorbieren. Daher ist unklar, ob die in den üblichen 2 mL-Ampullen enthaltene Naloxondosierung bei einer nasalen Applikation zur Resorption einer ausreichenden Wirkstoffmenge führt. Es entwickelten sich daher zwar sehr engagierte, aber auf einzelne Regionen beschränkte THN-Vergabeprojekte.

2018 erhielt eine speziell an die Resorptionseigenschaften der Nase angepasste Zubereitung von Naloxon als Nasenspray eine EU-weite Zulassung. Dies erleichtert die Anwendung in Notfallsituationen und insbesondere durch Laien enorm.

3.4 Take-Home-Naloxon-Modellprojekt Bayern

Es kann also festgehalten werden, dass Leben bei den meist ungewollten Opioidüberdosierungssituationen gerettet werden könnten, wenn anwesende Ersthelfer in die Lage versetzt würden, effizient zu helfen. Um diese Effizienz zu gewährleisten, bedarf es jedoch unbedingt ausreichendem Wissen und Fertigkeiten, z.B. im Umgang mit Erste-Hilfe-Maßnahmen und dem Medikament.

Ausgehend von den o.a. Vorbefunden sollte in diesem Projekt erarbeitet und evaluiert werden, unter welchen Schulungs-Bedingungen es gelingt, Opioidabhängigen genügend Wissen und Fertigkeiten in Bezug auf Opioidüberdosierungen zu vermitteln, sodass sie in einem Drogennotfall lebensrettend handeln und ggf. auch nasales Naloxon sachgemäß anwenden. Dabei soll berücksichtigt werden, dass Intensität und Umfang von Take-Home-Naloxon-Schulungen auf die Umgebung, die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe und die verfügbaren Mittel abgestimmt werden müssen. Daher sollen die Inhalte des Manuals an unterschiedliche Settings und Bedürfnisse angepasst werden können (z.B. Gruppen- vs. Einzelschulung, Therapieeinrichtung vs. Niedrigschwellige Hilfe vs. street-work).

Durch die Evaluierung der Wirksamkeit der an die jeweilige Zielgruppe und das jeweilige Setting angepassten Schulungsmaßnahme könnte ein grundlegender „Standard“ zur erfolgversprechenden und praktikablen Umsetzung eines Schulungsbasierten Take-Home-Naloxon-Programmes etabliert werden. Perspektivisch könnte dies ein essentieller Baustein bei der Reduktion von Drogentodesfällen werden. Durch das Modellprojekt soll ein wichtiger Impuls zur flächendeckenden Verbreitung einer verbesserten Erkennung und notfalls Behandlung von Opioidüberdosierungen erfolgen, was mittel- bis langfristig auch zu einer Abnahme der Zahl der opioidbedingten Todesfälle beitragen kann. Daneben soll erfasst werden, unter welchen Bedingungen Take-Home-Naloxon medizinisch sicher, effektiv und rechtssicher als fester Bestandteil der Drogenhilfe weiterentwickelt werden kann. Auch können Probleme, die eine bessere Umsetzung bzw. eine höhere Durchdringung behindern könnten, erkannt werden.

4. Projektziele

Vor dem Hintergrund der anhaltend hohen Zahl Drogentoter und unter Berücksichtigung des hohen Sterblichkeitsrisikos Opioidabhängiger aufgrund einer Überdosierung und des wissenschaftlichen Kenntnisstandes hat der Bayerische Landtag im Mai 2017 nach einem Dringlichkeitsantrag mehrerer Abgeordneter (Drs. 17/16794) beschlossen, die Staatsregierung aufzufordern ein wissenschaftlich begleitetes Modellprojekt zur Abgabe von Naloxon an und die Anwendung durch geschulte opioidabhängige Laien (Take-Home-Naloxon/THN) zu implementieren. Dabei soll geprüft werden, unter welchen Voraussetzungen ein THN-Programm in Bayern medizinisch sicher, effektiv und rechtssicher als fester Bestandteil der Drogenhilfe und als Möglichkeit zur Verhinderung von akuten Drogentodesfällen implementiert werden kann (Drs. 17/16870).

Daraus abgeleitet ergeben sich folgende Ziele:

- Ziel 1:** Vermitteln von Wissen und Skills zum Erkennen von und dem Umgang mit Opioidüberdosierungen bei Menschen mit Opioidabhängigkeit
- Ziel 2:** Verbessern der Selbstwirksamkeit bei den opioidabhängigen TeilnehmerInnen
- Ziel 3:** Bei notwendigem Einsatz wird das Medikament sachgemäß verwendet
- Ziel 4:** Dokumentation der Einsatzbedingungen und -ergebnisse des Take-Home-Naloxon
- Ziel 5:** Evaluation, wie THN medizinisch sicher, effektiv und rechtssicher als fester Bestandteil der Drogenhilfe weiterentwickelt werden kann

Aufgrund der bislang vorliegenden Daten ist zwar auch eine Abnahme der Zahl der Todesfälle durch Opioidüberdosierung mit zunehmender Verbreitung des Take-Home-Naloxon zu erhoffen, allerdings ist aus methodisch-statistischen Gründen (regionale und zeitliche Variabilität der Zahl der Drogentoten, begrenzte Fallzahl, im Vorfeld schwer abschätzbare Zahl der tatsächlich im Beobachtungszeitraum eingesetzten Drogennotfall-Kits mit THN (s. 10.7.2), verbunden mit

der begrenzten Laufzeit des Projektes nicht damit zu rechnen, dass ein Rückgang der Zahl der Drogentoten während des Beobachtungszeitraums dieser Studie statistisch valide belegt werden kann.

5. Hypothesen

Aus den oben dargestellten Zielen ergeben sich folgende Hypothesen

HYPOTHESEN UND HAUPTZIELGRÖSSEN

Die Ausgangshypothesen sind:

- I. Eine manualisierte, strukturierte Drogennotfall-Schulung ist
 - a. an die jeweilige Zielgruppe adaptierbar
 - b. an das jeweilige Setting anpassbar und durchführbar
 - c. für den Geschulten mit Wissenszuwachs und Erhöhung der Selbstwirksamkeit verbunden
- II. Die Dokumentation der im Beobachtungszeitraum von SchulungsteilnehmerInnen miterlebten Opioidüberdosierungen liefert ergänzende Informationen zu den o.a. Hypothesen:
 - a. die in der Schulung vermittelten Inhalte sind im Ernstfall hilfreich und tragen zu einem erfolgreichen Umgang mit der Überdosierung bei z.B. das Erkennen des Drogennotfalls, das Absetzen eines Notrufs, Einsatz sinnvoller Erste-Hilfe-Basismaßnahmen und ggf. Einsatz des Take-Home-Naloxon
 - b. aufgrund der Schulungsinhalte verbleiben die Ersthelfer bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes beim Überdosis-Opfer und können dadurch bei einem eventuellen Auftreten eines Opioid-Entzugssyndroms einen Nachkonsum verhindern.

6. Studiendesign und Studienpopulation

Im Folgenden wird neben dem Studiendesign die geplante Stichprobe (inkl. Stichprobengröße) mit ihren Zielgruppen dargestellt. Ebenso werden die Kooperationspartner genannt in deren Zentren die Schulungen stattfinden. Auch werden Einschluss- sowie Ausschlusskriterien beschrieben.

6.1 Untersuchungsdesign

Die Studie ist konzipiert als multizentrisches, zentral koordiniertes Projekt und wird als Interventionsstudie in fünf Modellregionen in Bayern durchgeführt. Es werden Daten mittels standardisierter Fragebögen vor und nach einer manualisierten, psychoedukativen Einzel-/Gruppenintervention von den (opioidabhängigen) TeilnehmerInnen erhoben. Ergänzende Informationen zur tatsächlichen Umsetzung der Schulungsinhalte werden durch Leitfaden-gestützte Interviews nach einem Drogennotfall erhoben, die sich im Beisein geschulter TeilnehmerInnen ereigneten. Die Rekrutierung der opioidabhängigen TeilnehmerInnen obliegt den Kooperationspartnern aus großen Suchthilfeeinrichtungen in den Modellregionen. Die Intervention besteht aus einer manualisierten psychoedukativen Schulung (s. 8.).

6.2 Kooperationspartner

Es wurden 5 Modellregionen ausgewählt, die die größten bayerischen Städte umfassten. In diesen Ballungsregionen fand sich in den letzten Jahren auch meist die höchste Zahl an Drogentoten in Bayern.

Das Modellprojekt wurde daher in Kooperation mit den relevantesten Suchthilfeeinrichtungen aus den fünf Modellregionen in Bayern durchgeführt. Eine vollständige Auflistung der Kooperationspartner findet sich in Tabelle 1.

| STADT | INSTITUTION |
|------------|--|
| Augsburg | Drogenhilfe Schwaben – gemeinnützige GmbH |
| Ingolstadt | Condrobs e.V. |
| München | Condrobs e.V. |
| Nürnberg | mudra; Alternative Jugend- und Drogenhilfe Nürnberg e.V. |
| Regensburg | DrugStop e.V. |

Tabelle 1: Kooperationspartner im THN-Modellprojekt Bayern

6.3 Stichprobe/SchulungsteilnehmerInnen:

Folgend wird die geplante Stichprobe dargestellt. Begonnen wird dabei mit den geplanten Zielgruppen um anschließend die Ein- und Ausschlussgründe in die Studie aufzuzeigen. Abgeschlossen wird das Kapitel mit der Darstellung der geplanten Stichprobengröße.

6.3.1 Zielgruppen

Primäre Zielgruppen des Projektes sind Opioidabhängige, die nach der verfügbaren Datenlage eine deutlich erhöhte Sterblichkeit durch eine lebensbedrohliche Opioidüberdosierung haben:

- Alter: 18–70 Jahre (keine Geschlechtsselektion)
- Opioidkonsumenten aus der Szene,
- substituierte opioidabhängige Personen, insbesondere zu Beginn einer Substitution, bei Beikonsum und bei Beendigung einer Substitution
- Opioidabhängige nach (passagerer) Abstinenz, z.B. in Haft

Zusätzlich geeignete Zielgruppen könnten auch selbst nicht opioidabhängige Personen aus dem persönlichen sowie sozialen Umfeld Opioidabhängiger sein. Ebenso werden MitarbeiterInnen der kooperierenden Drogenhilfeeinrichtungen geschult. Diese Zielgruppen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, Zeuge einer Opioidüberdosis zu werden. Die ärztliche Verordnung des Naloxon-Nasensprays ist derzeit jedoch begrenzt auf die zugelassene Indikation: Opioidabhängigkeit (ICD-Diagnose F11.2) bzw. polyvalenter Drogenkonsum (F19.2) mit Leitsubstanz Opioide (s. 9.3.6.4). Deshalb können diese Zielgruppen zwar geschult werden, erhalten jedoch kein Drogennotfallkit.

REKRUTIERUNG UND KRITERIEN FÜR DIE AUSWAHL

Die Akquise der TeilnehmerInnen oblag den Kooperationspartnern. Diese wurden vor allem durch die MitarbeiterInnen direkt und persönlich angesprochen. Zudem wurde in einzelnen Zentren zusätzlich Werbung mittels Flyer sowie Plakaten vorgenommen. Die Entscheidung, wem die Schulung angeboten wird, oblag dem lokalen Kooperationspartner. Vor Ort sind die KlientInnen i. d. R. bekannt und können entsprechend den Vorgaben und Einschlusskriterien rekrutiert werden. Die Verordnung eines Take-Home-Naloxon unterliegt den Beschränkungen der Zulassung (s.9.3.6.3).

6.3.2 Einschlusskriterien

Primäre Zielgruppe für die Notfallschulungen sind also Personen, die eine überproportional hohe Wahrscheinlichkeit haben, bei einer Opioidüberdosis in der Nähe zu sein. Wie oben dargestellt, umfasst dies

- manifest Opioidabhängige,
- enge, nicht selbst opioidabhängige Angehörige,
- nicht-opioidabhängige Freunde
- MitarbeiterInnen, vor allem niedrigschwellig arbeitender Suchthilfeeinrichtungen
- Alter: 18–70 Jahre

6.3.3 Ausschlussgründe

- akute psychiatrische oder somatische behandlungsbedürftige Begleiterkrankung
- fehlendes Einverständnis zur Teilnahme an der Begleiterhebung, keine freiwillige Teilnahme
- Personen z.B. Angehörige, MitarbeiterInnen etc. die weder eine Opioidabhängigkeit (ICD-Diagnose F11.2) bzw. polyvalenter Drogenkonsum (F19.2) mit Leitsubstanz Opioiden haben, können von den Kooperationspartnern geschult werden, jedoch ist dieser Personenkreis bislang von der Verordnung eines Take-Home Naloxon-Kits ausgeschlossen.

6.3.4 Stichprobengröße

Die Gesamt-Stichprobengröße war mit $N = 450$ Schulungsteilnehmern vorgesehen. So ergibt sich eine ungefähre Stichprobengröße von $N = 110$ pro Modellregion. Die Zahl pro Zentrum ist jedoch flexibel.

Die Anzahl der tatsächlich dokumentierten Überdosierungsnotfälle, bei denen geschulte TeilnehmerInnen anwesend sind, lässt sich im Vorfeld kaum realistisch abschätzen. Geht man davon aus, dass 5–10% der geschulten TeilnehmerInnen im Laufe des auf 2 Jahre begrenzten Beobachtungszeitraums einem Überdosisopfer helfen, ergibt sich eine geschätzte Fallzahl von ca. 50 durch ein Leitfaden-gestütztes Interview dokumentierten THN-Einsätzen.

7. Ethische Belange

In diesem Kapitel wird die Probandenaufklärung und die Pseudonymisierung sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme vorgestellt.

7.1 Freiwilligkeit

An diesem Forschungsprojekt nehmen die Probanden freiwillig teil. Ihr Einverständnis können sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Weder die Teilnahme noch deren Widerruf hat Auswirkungen auf die Betreuung der Opioidabhängigen bei den kooperierenden Suchthilfeeinrichtungen.

7.2 Probandenaufklärung und Einholen des Probandeneinverständnisses

Alle TeilnehmerInnen wurden im Vorfeld über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme aufgeklärt. Auch wurde den TeilnehmerInnen dargelegt, dass sie nicht nur jederzeit die Teilnahme an der Studie beenden können, sondern auch der Weiterverarbeitung der im Rahmen der Studie erhobenen Daten widersprechen und deren Löschung bzw. Vernichtung verlangen können.

Ebenso wurden den TeilnehmerInnen das Ziel und der Inhalt des Projektes dargestellt. Daneben werden sie dahingehend unterrichtet, dass die Teilnahme an der Studie und die Rückgabe der Evaluierungsbögen Voraussetzung für die Teilnahme an der Schulung und die Kostenübernahme des Naloxon-Kit ist.

Die Aufklärung erfolgt mündlich und schriftlich. Alle TeilnehmerInnen erhalten einen Aufklärungsbogen (inkl. Datenschutzerklärung) und unterzeichnen eine Einwilligungserklärung.

7.3 Pseudonymisierung

Bei den TeilnehmerInnen erfolgen fragebogengestützte Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten vor und nach den Notfallschulungen. Die Fragebögen/Interviews werden durch die BetreuerInnen vor Ort pseudonymisiert, d.h., mit einer Code-Nummer beschriftet. In jedem Kooperationszentrum wird eine fortlaufende Zuordnungsliste geführt, die Namen, Geburtsdatum und zugeordnete Code-Nummer enthält. Auf diese Zuordnungsliste haben nur die Autorisierten in dem jeweiligen Kooperationszentrum Zugriff. Die Zuordnungsliste verbleibt bis zum Ende der Studie im jeweiligen Zentrum. An die Projektleitung gehen zur wissenschaftlichen Auswertung ausschließlich Fragebögen mit den Code-Nummer. Es werden also keine personenbezogenen Daten weitergegeben, die eine Identifikation ohne Einsicht in die Zuordnungsliste zulassen würde. Bei Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie in der medizinischen Fachliteratur bleiben die TeilnehmerInnen also vollständig anonym.

Die strukturierten Interviews nach einem erlebten Überdosierungsnotfall und/oder erfolgtem Einsatz des THN erfolgen durch die Betreuer vor Ort und werden standardisiert dokumentiert. Die Interviewbögen werden analog des oben beschriebenen Vorgehens pseudonymisiert.

Alle Daten werden pseudonymisiert computergestützt zu Auswertezwecken weiterverarbeitet.

7.4 Aufbewahrung der Unterlagen

Die Daten verbleiben am Erhebungsort, bis sie pseudonymisiert an die Studienleitung bzw. beauftragte MitarbeiterInnen weitergegeben werden. Die Originale der Einwilligungserklärungen sowie die Original-Fragebögen werden auch über das Ende des Projektes hinaus 10 Jahre lang aufbewahrt. Die zur Analyse vorhandenen pseudonymisierten Daten werden für max. zehn Jahre gespeichert und danach vernichtet. Die Zuordnungsliste des einzelnen Teilnehmers zu seiner Code-Nummer wird nach Beendigung des Modellprojektes vernichtet.

7.5 Finanzierung

Die Finanzierung des Modellprojektes erfolgt durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Ein Eigenanteil von 15 % wurde durch die Universitätsklinik Regensburg geleistet. Zu diesem Betrag kommt noch der geleistete Mehraufwand der Projektverantwortlichen.

7.6 Aufwandsentschädigungen

Folgend werden die Aufwandsentschädigungen für die Kooperationspartner, die ÄrztInnen sowie die TeilnehmerInnen dargestellt.

7.6.1 Kooperationspartner

Die Praxis-Kooperationseinrichtungen erhalten eine pauschalisierte Vergütung des studienbedingten Mehraufwandes. Andere mögliche Interessenskonflikte bestehen nicht.

Die in den Praxis-Kooperationszentren anfallenden Kosten für den studienbedingten Mehraufwand (z.B. für die Dokumentationen, die Erhebungen bei den TeilnehmerInnen der Schulungen, beim Leitfaden-gestützten Interview zu Überdosierungen etc.) werden über Pauschalen vergütet. Um eine hohe Datenqualität und ausreichende Rekrutierungszahlen zu erreichen, erfolgte ein zusätzliches Incentive für vollständig übermittelte Studienunterlagen.

7.6.2 ÄrztInnen

Da es sich um reguläre Arzt-Patienten-Kontakte handelte, waren im Rahmen des Modellprojektes keine spezifischen Aufwandsentschädigungen vorgesehen.

7.6.3 TeilnehmerInnen

Die TeilnehmerInnen erhalten keine finanzielle Aufwandsentschädigung. Die TeilnehmerInnen haben jedoch geldwerte Vorteile (s. 8.), wie z.B. kostenfreie Notfallschulung, dabei meist kostenlos Getränke und Imbiss, sowie nach absolvierter Schulung die Verordnung eines neuen Take-Home-Naloxon-Kits. Erfolgt ein Einsatzinterview, besteht die Möglichkeit, erneut ein kostenfreies Naloxon-Kit ohne erneute Teilnahme an der Schulung zu erhalten.

7.7 Gesetzliche Bestimmungen

Die Studie entspricht den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen und wird in Anlehnung an die Prinzipien der Guten Klinischen Praxis (GCP) durchgeführt.

Gemäß der Einschätzung der zuständigen Landesbehörde (Regierung von Oberfranken, Sachgebiet 53.2) wurde der Anzeigepflicht für nicht-interventionelle Prüfungen gemäß § 67 Abs. 6 AMG entsprochen.

Das Votum der zuständigen Ethikkommission am Universitätsklinikum Regensburg wurde eingeholt.

Die Studie wurde beim Deutschen Register Klinischer Studien registriert: DRKS-ID: DRKS00023600

8. Methodik und Vorgehen

Aufbauend auf einer systematischen Literaturrecherche, sowie Orientierung an angloamerikanischen Vorerfahrungen und einschlägigen Leitlinien, erfolgte die Festlegung der obligaten und fakultativen Schulungsinhalte. Anschließend wird auf die Erstellung der Materialien zur Datenerhebung eingegangen.

8.1 Literaturrecherche

Zunächst erfolgte wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese erfolgte im Zeitraum Ende 2018 bis Anfang 2019 in den fachspezifischen Datenbanken PubMed, Cochrane Library und im International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN) Register. Suchbegriffe waren „adults with opoid overdose“; „drug overdose“, „overdos“, „intoxicat“, „opiate“, „opioid“, „heroin“, „narcot“, „Opioid-Related Disorders“, „naloxon“, „narcac“. Titel und Abstracts wurden auf Eignung für die vorliegenden Arbeit geprüft. Veröffentlichungen, die den Suchkriterien entsprachen, wurden auf den Bezug mit der thematischen Schwerpunktsetzung hin begutachtet. Aufnahmekriterien waren: randomisiert kontrollierte Studien, Kohorten und Fall-Kontroll-Studien, falls nicht verfügbar auch unkontrollierte Beobachtungsstudien.

Es fanden sich 1948 Treffer, davon behandelten 120 Hintergrundthemen und 14 Studien erfüllten am Ende die Einschlusskriterien.

Zudem wurden bereits durchgeführte Studien zum Thema Take-Home-Naloxon und/oder Naloxon sowie bestehende, einschlägige Leitlinien und Empfehlungen zum Thema Drogennotfall sowie Erste Hilfe bei Opioidüberdosierung eingeschlossen.

8.2 Festlegung der obligaten und fakultativen Schulungsinhalte

Die Ergebnisse der Literaturrecherche und der einschlägigen Leitlinien wurden an die vorgesehenen Ziele und Zielgruppen adaptiert in ein Praxismanual überführt und abschließend mit Notfallmedizinern diskutiert und, wo nötig, modifiziert. Berücksichtigt wurde dabei auch das auf Grund der Zulassungserteilung von Nyxoid® erstellte Schulungsmaterial, welches allerdings keine zusätzlichen Aspekte enthielt und didaktisch nur wenig hilfreich erschien.

Ziel war, sowohl die obligaten und fakultativen Schulungsinhalte, als auch die Art und Form der Inhaltsvermittlung an die Möglichkeiten und Grenzen der Laienhilfe durch Opioidabhängige zu adaptieren. Zusätzlich wurde bei den Inhalten und zu lehrenden Techniken darauf geachtet, dass diese medizinisch sicher ausgeführt werden können. Notfallsituationen lösen bei jedem Menschen eine Stressreaktion aus, die die kognitiven Fähigkeiten (v.a. Zugang zu erlerntem Wissen) beeinträchtigt. Auch unter dieser Voraussetzung sollten die zu lehrenden Inhalte und Abläufe korrekt auszuführen sein und keinesfalls durch fehlerhafte Anwendung zu einem größeren Schaden bei der überdosierten Person führen.

So kursieren in der Szene eine Vielzahl von Gerüchten, „Erfahrungsberichten“ und Mythen, wie am sinnvollsten mit einer überdosierten Person umzugehen sein könnte (s. 9.3.5.3). Daneben kursieren auch zu Naloxon einige Fehlinformationen, die letztlich dazu führen, dass Naloxon bei Drogenabhängigen ein sehr schlechtes Image hat (Neale und Strang, 2015).

Beide Punkte begründen bereits, warum eine einfache Abgabe von Take-Home-Naloxon an Drogenabhängige wenig sinnvoll ist, sondern dies an eine Schulung gebunden werden muss, um die Einsatz- und Erfolgswahrscheinlichkeit im Falle einer Opioidüberdosierung deutlich zu erhöhen.

Daneben kann Naloxon nur bei bestehendem Restkreislauf seine Wirkung entfalten, sodass die entsprechende Prüfung und im Zweifel das Anwenden geeigneter Erste-Hilfe-Maßnahmen geschult werden muss.

Wenn das Medikament im optimalen Fall die Überdosierung aufhebt, dann können weitere Risiken auftreten, die denjenigen, die das Take-Home-Naloxon vermittelt werden müssen, damit nicht weitere Risiken durch den Einsatz heraufbeschworen werden, wie z.B. Nachkonsum durch ausgelöste Entzugerscheinungen mit erhöhtem erneuten Überdosierungsrisiko bei nachlassender Naloxon-Wirkung.

Als weiterer essentieller Schulungsinhalt wurde identifiziert, dass eine scheinbare Opioidüberdosierung nicht, oder zumindest nicht alleine durch Opiode verursacht sein kann, die eingesetzten Maßnahmen, inkl. Naloxon am Ende nicht ausreichen könnten. Daher werden die Schulungsteilnehmer wiederholt darauf hingewiesen, wie wichtig das Absetzen eines korrekten Notrufs ist.

Die o.a. Punkte sind daher obligate Schulungsinhalte, um mit höherer Wahrscheinlichkeit einen medizinisch sicheren und erfolgreichen Umgang mit einer Opioidüberdosierung zu erreichen.

Entsprechend dieses Vorgehens wurden als relevante Inhalte festgelegt:

- a) Erkennen eines Drogennotfalles,
- b) konkretes Verhalten in einem Drogennotfall,
- c) richtiger Notruf,
- d) Erkennen und richtiges Einsetzen notwendiger Erste-Hilfe-Maßnahmen,
- e) Anwendung von nasalem Take-Home-Naloxon,
- f) Verhaltensregeln nach einem Naloxon-Einsatz;
- g) fakultative Schulungsinhalte: Rechtlicher Hintergrund, Richtigstellung von Mythen etc.

8.3 Datenerhebung

Um die unter Kap. 5 dargestellten Projektzielen evaluieren zu können, wurden Erhebungsinstrumente erstellt und an einer Vorstichprobe evaluiert. Bei der Erstellung der Erhebungsinstrumente wurden Fragebögen (Item) aus anderen Projekten und Studien berücksichtigt, um eine Vergleichbarkeit so weit möglich zu herzustellen.

Die jeweiligen Erhebungsinstrumente werden nachfolgend kurz im Hinblick auf die erfassten Zielgrößen und Phänomene/Dimensionen dargestellt.

Bestehende Kenntnisse zum Umgang mit Überdosierungsnotfällen wurden vor (Prä) und nach der Notfall-Schulung (Post) erhoben. Zur Erhebung des tatsächlichen Umgangs mit einem nach der Schulung erlebten Überdosierungsnotfall wurde ein teilstrukturiertes Interview entwickelt.

Zudem wurde ein Katamnesefragebogen erstellt, um bei einer Zufallsstichprobe zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf der Untersuchung die noch verfügbaren Kenntnisse aus der Notfallschulung, sowie weitere Informationen zum Umgang mit und dem Verbleib des Naloxon-Kits erheben zu können.

Auch die TrainerInnen der Notfallschulungen wurden vor und nach der Schulung befragt. Begleitend erfolgte eine strukturierte Prozessevaluation anhand eines teilstrukturierten Interviews zum Ablauf verschiedener Maßnahmen (z.B. bezgl. zeitlichem und inhaltlichem Ablauf der Schulung, Abgabe des Drogennotfall-Kits inkl. THN etc.) mit den TrainerInnen der Kooperationszentren.

Prä-Post-Fragebogen TeilnehmerInnen:

- soziodemografische Daten, z. B. zum aktuellen Konsumverhalten
- Wissenstransfer
- Skills (wie gehe ich mit bestimmten Situationen um)
- Selbstwirksamkeit
- Akzeptanz der Inhalte

Teilstrukturiertes Interview (Einsatzbogen):

- Situation des Drogennotfalles
- Situation der überdosierten Person
- Angewandte Hilfsmaßnahmen (Notruf, Erste Hilfe, nasales Naloxon)
- Effekte der Maßnahmen
- Persönliches Erleben bei den Maßnahmen

Katamnesefragebogen

- Item zum Wissenstransfer in veränderter Reihenfolge
- Empowerment
- Selbstwirksamkeit
- Akzeptanz der Inhalte

Prä-Post-Fragebogen für TrainerInnen:

- vermittelte Inhalte
- praktische Nutzbarkeit
- Umsetzbarkeit des Manuals
- Anpassbarkeit an das jeweilige Setting und die Zielgruppe/-person
- Empowerment
- geschätzter Wissenszuwachs der
- Akzeptanz der Inhalte und der vorgegebenen Vermittlung

Monitoring:

Eine Überprüfung der Manualtreue erfolgte mehrmals unangekündigt im Rahmen von Notfallschulungen in den Kooperationszentren durch geschulte MitarbeiterInnen.

8.4 Datenauswertung

Für die Auswertung wurden einerseits deskriptive Verfahren (Häufigkeitsverteilungen) eingesetzt. Andererseits wurden z.B. für die Prä-Post-Analysen, sowie die Untersuchung von Einflussfaktoren v.a. folgende Verfahren eingesetzt:

- Einfaktorielle Varianzanalyse (mit Messwiederholung)
- Mehrfaktorielle Varianzanalyse (mit Messwiederholung)
- Korrelation nach Bravais-Pearson

In der Ergebnisdarstellung werden die jeweils eingesetzten Erhebungs- und statistischen Auswertungsverfahren angegeben.

Fehlende Angaben, z.B. durch TeilnehmerInnen wurden als „missing data“ gewertet und dieser Teil des Fragebogens (das entsprechende Item) dieses/dieser TeilnehmerIn wurde aus der Analyse ausgeschlossen.

Für die statistische Auswertung wurde SPSS statistics 25 (IBM) verwendet.

8.5 Erstellung von Schulungsmaterialien

Um den TrainerInnen einheitliche Schulungsmaterialien an die Hand zu geben, wurden unterstützende, visualisierende Unterlagen bereitgestellt.

Ob und welche dieser Materialien das jeweilige Kooperationszentrum anwendet, oblag der Entscheidung des Zentrums und richtete sich u.a. nach den räumlichen und technischen Möglichkeiten. Lediglich das Verwenden einer Ablaufgrafik als Gedächtnisstütze war obligatorisch.

8.6 Öffentlichkeitsarbeit der Kooperationspartner

In Übereinstimmung mit der vorliegenden Literatur (Rudski, 2016) kann die Information und ggf. Einbezug direkt und indirekt beteiligter Institutionen hilfreich für die Akzeptanz eines THN-Programmes sein. Daher war vorgesehen, dass die Praxis-Kooperationspartner regionale Einrichtungen und Behörden, die mit dem Projekt in Kontakt kommen könnten, informieren. Als womöglich relevant wurden benannt: (Bundes-)Polizei, Ordnungsamt, Kreisverwaltung, Staatsanwaltschaft, Rettungsleitstellen, Notärzte, Notaufnahmen.

Welche Behörden/Institutionen in welcher Reihenfolge und über welche Kanäle unterrichtet wurden, verblieb in der Entscheidung der regionalen Kooperationspartner. Um die Kooperationspartner dabei zu unterstützen wurden Informationsschreiben erstellt.

Überregionale Ansprechpartner wurden durch die Projektleitung informiert, z.B. leitende Notärzte, Bayerisches Staatsministerium der Justiz (Bay. StMJ).

Zusätzlich wurde das Projekt auf Fachkongressen und -tagungen vorgestellt. Eine Liste der Vorträge findet sich im Anhang (s. Anhang A)

8.7 Vorgehen

Nach Literaturrecherche (s. Kap. 9.1) und Festlegung der obligaten und fakultativen Schulungsinhalte (s. Kap. 9.2) wurde ein Manual verfasst.

Dabei wurde berücksichtigt, dass Intensität und Umfang von Take-Home-Naloxon-Schulungen variieren können und daher die Möglichkeit besteht, auf die Umgebung, die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe und die verfügbaren Mittel abgestimmt zu werden. Daher wurden die Inhalte des Manuals an unterschiedliche Settings und Bedürfnisse angepasst (z.B. Gruppen- vs. Einzelschulung, Therapieeinrichtung vs. Niedrigschwellige Hilfe vs. Street-work). Alle Varianten des Schulungsmaterials enthalten ein Kernmodul zu den essentiell notwendigen Inhalten. Darüber hinaus enthält das Manual weitere Inhalte die ja nach Situation und TeilnehmerIn zusätzlich angeboten werden können.

Ebenso wurden Schulungsunterlagen und -materialien erstellt und die TrainerInnen damit vertraut gemacht. Die TrainerIn (Schulenden) werden in der bedarfsangepassten Umsetzung des Manuales geschult und supervidiert. Dazu erfolgte ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den Schulungsanbietern sowie ein regelmäßiges Monitoring der Schulungen.

Die Kooperationszentren waren verantwortlich für die Rekrutierung der TeilnehmerInnen und Durchführung der Drogennotfallschulung. Es oblag auch der Entscheidung der Kooperationszentren, den/die jeweiligen TeilnehmerIn in eine Gruppen- oder Einzelschulung aufzunehmen.

Anhand einer prä-post-Befragung (unmittelbar vor und nach der Schulung) wurde Wissenstransfer, Skills und Selbstwirksamkeit bei den Geschulten erhoben (s. Kap. 9.3). Opioidabhängige erhalten nach einer Schulungsteilnahme und mit einem ärztlichen Rezept ein kostenfreies Take-Home-Naloxon-Kit (inkl. nasalem Naloxon). Die TeilnehmerInnen werden während der Schulung und im Verlauf immer wieder aufgefordert, sich im Kooperationszentrum zu melden, wenn sie einer Opioidüberdosierungssituation anwesend waren, Erste-Hilfe Maßnahmen und/oder das TH-Naloxon eingesetzt haben.

Jedes „Dabeisein“ bei einer Opioidüberdosis soll mittels eines standardisierten „Einsatzbogens“ (teilstrukturiertes Interview) evaluiert werden (s. Kap. 9.3). Eine Neuabgabe von Naloxon ist ohne erneute Schulung möglich nach Abgabe eines vollständigen Einsatzbogens. Zusätzlich wurde frühestens zwei Monate nach der Schulung ein Katamnesefragebogen an TeilnehmerInnen ausgegeben.

Zur Umsetzbarkeit in die Praxis wurde evaluiert, ob sich die vorgesehenen psychoedukativen Schulungselemente in die bestehenden Hilfenkonzepte, je nach intendierter Zielgruppe, integrieren lassen, und wie diese von den AnwenderInnen akzeptiert werden. Die AnwenderInnen des Manuals wurden einerseits in die Entwicklung einbezogen (standardisiertes Feedback), andererseits zu mehreren Zeitpunkten nach den Erfahrungen nach den Schulungen befragt.

Über den Projektzeitraum erfolgten in regelmäßigen Abständen Kooperationspartnertreffen, in denen der aktuelle Stand des Projektes berichtet, Probleme und Lösungsmöglichkeiten diskutiert, und eventuelle Verbesserungspotentiale reflektiert wurden. Darüber hinaus erfolgte bei Bedarf jederzeit eine inhaltliche, logistische oder supervisorische Unterstützung der Kooperationszentren durch die Projektleitung („Hotline“)

8.8 ZUSAMMENFASSUNG VORGEHEN

1. Festlegung der obligaten und fakultativen Schulungsinhalte auf Basis eingehender Literaturrecherche und Beratungen mit Notfallmediziner*innen
2. Orientierung an angloamerikanischen Vorerfahrungen und einschlägigen Leitlinien
3. Adaption an Möglichkeiten und Grenzen der Laienhilfe durch Opioidabhängige
4. Erstellung eines an unterschiedliche Zielgruppen anpassbaren Schulungsmaterials sowie weitere Schulungsmaterialien (Power Point, Memo-Kärtchen etc.)
5. Erstellung der Materialien zur Datenerhebung (Fragebögen, Interviewleitfaden)
6. Ausbildung von Trainer*innen in den Kooperationszentren
7. Schulung von Opioidabhängigen in den Praxis-Kooperationszentren
8. Evaluation der Schulungsteilnehmer*innen sowie -leiter zu mehreren Zeitpunkten
9. Monitoring der Kooperationspartner (z.B. in Bezug auf Manualtreue)
10. Katamnesefragebogen zur Überprüfung noch verfügbarer Kenntnisse aus der Notfallschulung

8.9 Zeitlicher Ablauf und Studienphasen

| | ERLÄUTERUNG | START | ENDE |
|--------------------------------------|--|-------------|------------|
| PROJEKTPHASE 1 (4 MONATE) | Literaturrecherche; Erarbeitung Schulungsmaterial; Erhebungsmaterialien | 01. 10.2018 | 31.01.2019 |
| PROJEKTPHASE 2 (5 MONATE) | Schulung der Praxiseinrichtungen; Beginn der Rekrutierung der Teilnehmer | 01.02.2019 | 30.06.2019 |
| PROJEKTPHASE 3 (7 MONATE) | Intensivierung der Rekrutierung | 01.07.2019 | 31.01.2020 |
| PROJEKTPHASE 4 (5 MONATE) | Intensive und abschließende Rekrutierung; Datengewinnung und -abgleich | 01.02.2020 | 30.06.2020 |
| PROJEKTPHASE 5 (3 MONATE) | Auswertung; Erstellung Abschlussbericht | 01.07.2020 | 30.09.2020 |

9. Ergebnisse

Stichtag für die hier vorliegende Auswertung waren die bis 30.06.2020 erhobenen Daten. Nach der Darstellung der Stichprobe werden die Ergebnisse gemäß der im Projektantrag vorgesehenen Projektziele angeordnet. Aus inhaltlichen Gründen wird dabei jedoch Ziel 3 und 4 in vertauschter Reihenfolge dargestellt.

Grundsätzlich wurden alle Teilnehmer*innen vor (soziodemografischer Fragebogen sowie Prä-Fragebogen) und nach der Schulung (Post-Fragebogen) befragt (s. 8.3).

Der Katamnesefragebogen (s. 8.3) wurde einer Zufallsstichprobe einige Zeit nach der Schulung vorgelegt. Der Katamnesezeitpunkt fand im Schnitt 29,3 Wochen nach der Schulung statt (min = 9, max = 50 Wochen, SD = 11.9). Hier zeigte sich, dass die geschulten Opioidabhängigen

mit ihrem Notfall-Kit sehr sorgsam umgingen. Zu diesem Zeitpunkt besaßen 91 % der Befragten ihr Drogennotfallkit noch, oder nach einem Einsatz wieder. Lediglich 9 % gaben an, ihr Kit nicht mehr verfügbar zu haben. Davon hatte jedoch nur 1 Person das Kit verloren. Als weitere Gründe wurde u.a. das Weitergeben an Bezugspersonen aufgezählt.

Diejenigen der opioidabhängigen TeilnehmerInnen, die nach der Schulung einen Drogennotfall, inkl. Einsatz des Take-Home-Naloxon erlebten, wurden mit Hilfe eines teilstrukturierten Interviews (s. 8.3) befragt. Unterschiedliche N ergeben sich aus in einzelnen Punkten fehlenden Angaben durch die Opioidabhängigen. In jedem Kapitel wird zunächst beschrieben wie die Ergebnisse erhoben wurden. Anschließend werden die statistischen Berechnungen inkl. der dazugehörigen Kennzahlen ausgeführt. Am Ende jedes Kapitels findet sich eine Kurzzusammenfassung des Ergebnisses. Zunächst sollen jedoch die häufig verwendeten Abkürzungen eingeführt werden.

Die typischen, häufig verwendeten Abkürzungen sind:

| | |
|--------------|-------------------------|
| w = weiblich | N = Anzahl |
| m = männlich | M = Mittelwert |
| d = divers | SD = Standardabweichung |
| | min = Minimum |
| | max = Maximum |

9.1 Stichprobenbeschreibung

Zunächst wird die Gesamtstichprobe beschrieben, anschließend folgt eine Darstellung der Subgruppe der Personen aus Justizvollzugsanstalten.

9.1.1 Gesamtstichprobe

Im Beobachtungszeitraum bis 30.06.2020:

- 479 TeilnehmerInnen
- Alter: 39,9 Jahre (18–70 Jahre, SD = 9,6)
- Geschlechterverhältnis: 33 % Frauen, 66 % Männer, <1 % divers (N = 464; w = 157; m = 306; d = 1)
- In Substitutionsbehandlung: 69 %
- In Haft: 10,9 %
- Szene: 20,1 %

Alter bei Opioid-Erstkonsum: 19,5 Jahre (10 – 45 Jahre, SD = 5,9, N = 464)

69 % der TeilnehmerInnen gaben an, selbst bereits von einem Drogennotfall betroffen gewesen zu sein (N = 468).

91 % der TeilnehmerInnen erlebten bereits einen Drogennotfall bei einer anderen Person. Davon 44 % bei einem, 46 % sogar bei mehreren Drogennotfällen einer anderen Person. Nur 9 % der TeilnehmerInnen waren nach Selbstauskunft noch bei keinem Drogennotfall einer anderen Person dabei miterlebt (N = 469).

Lediglich 6 % gaben an, weder selbst einen Drogennotfall erlitten zu haben, noch einen bei einer anderen Person erlebt zu haben.

9.1.2 TeilnehmerInnen aus Justizvollzugsanstalten

Die Teilgruppe „Opioidabhängige in Justizvollzugsanstalten“ bis 30.6.20:

- 52 TeilnehmerInnen
- Alter: 36 Jahre (22–53 Jahre; SD = 6,1)
- Geschlechterverhältnis: ausgeglichen jeweils 50 %
- Alter bei Opioid-Erstkonsum: 19,2 Jahre (10–31 Jahre; SD = 5,2, N = 51)

Auch hier berichteten 69 % der TeilnehmerInnen, selbst von einem Drogennotfall betroffen gewesen zu sein.

87 % der Inhaftierten erlebten bereits mindestens einen Drogennotfall bei einer anderen Person. 58 % der Inhaftierten waren bei einem, 29 % sogar bei mehreren Drogennotfällen einer anderen Person in der Nähe. Nur 14 % der Inhaftierten hatten nach Selbstauskunft noch keinen Drogennotfall miterlebt (N = 52).

9.2 Notfall-Schulungen und -Trainer

Insgesamt wurden 141 Notfallschulungen, inkl. Vergabe von Take-Home-Naloxon durchgeführt. Davon erfolgten 38 als Einzelschulungen. Im Mittel nahmen 4 (3,95) Personen pro Schulung teil (min = 1, max = 15, SD = 3,1). Als ideale Gruppengröße im Hinblick auf die aktive Beteiligung der TeilnehmerInnen wurde von den TrainerInnen im Verlauf der Studie im halbstrukturierten Interview 4–8 Personen angegeben.

Es führten 24 TrainerInnen Schulungen durch, davon erreichten 11 TrainerInnen eine Gesamtzahl von mehr als 10 geschulten Opioidabhängigen. 8 TrainerInnen hielten nur 1 oder 2 Schulungen.

9.3 Ergebnisse zu den Projektzielen

Die Projektziele wurden anhand verschiedener Fragestellungen erhoben. Diese werden unten dargestellt. Zunächst soll jedoch in einem ersten Kapitel auf die soziale Erwünschtheit, also die Tendenz der TeilnehmerInnen, sozial erwünscht Antworten zu geben, eingegangen werden.

9.3.1 Soziale Erwünschtheit

Grundsätzlich attestierten die TrainerInnen den Opioidabhängigen TeilnehmerInnen eine hohe Motivation und Mitarbeit (s. 9.3.2.6). Ebenso erlebten die TrainerInnen eine sehr hohe Akzeptanz der Schulungsinhalte durch die Opioidabhängigen.

Auffallend war, und zur o.a. Einschätzung der TrainerInnen passend, wie akribisch die Fragebögen von den Opioidabhängigen ausgefüllt und Angaben sehr korrekt dargestellt wurden. Z.B. wurden die Wohnverhältnisse erweitert um eigene Angaben hinter den vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten. Auch imponierten sehr ehrliche und ausführliche Angaben zum Substanzkonsum (z.B. Beikonsum). Das Bestreben nach ehrlichen Angaben unterstrich auch die Häufigkeit von Rückfragen, wie denn diese oder jene Frage beantwortet werden kann, wenn z.B. die persönlich korrekte Angabe fehlte und der/die TeilnehmerIn keine „Ungefährangaben“ machen wollte.

Zusammenfassend gab es keine Hinweise auf eine Einschränkung der Verwertbarkeit der Daten durch Antwortmuster, die ausgeprägter sozialer Erwünschtheit unterliegen.

9.3.2 Ziel 1: Vermitteln von Wissen und Skills zum Erkennen von und dem Umgang mit Opioidüberdosierungen bei Menschen mit Opioidabhängigkeit

Anhand der eingesetzten Erhebungsinstrumente wurde überprüft, ob und wenn ja in welchem Umfang die Vermittlung von Wissen zum Erkennen von Opioidüberdosierungen, sowie Skills für den Umgang damit, bei den Schulungs-TeilnehmerInnen erfolgreich war. Dazu wurde der Ausgangszustand vor der Schulung erhoben und die Veränderungen nach der Notfallschulung sowie zum Katamnesezeitpunkt berechnet.

Zur praktischen Umsetzung wurde bei TeilnehmerInnen, die bei einem Drogennotfall zugegen waren, erhoben, inwieweit die Schulung in der erlebten Notfallsituation hilfreich war und ob und mit welchem Effekt das Naloxon-Nasenspray eingesetzt wurde.

9.3.2.1 Wissen und Fertigkeiten

Um das bestehende Wissen und Fertigkeiten über wichtige Inhalte der Notfallschulung darstellen zu können, wurden den TeilnehmerInnen vor und nach der Schulung Wissensfragen zu essentiellen Inhalten gestellt (z.B. Erkennen eines Drogennotfalles, wann und wie soll eine Herz-Druck-Massage erfolgen, wann und wie soll Naloxon verabreicht werden, worauf ist zu achten nach dem Einsatz von Naloxon). Eine Zufallsstichprobe der Teilnehmer wurde im Rahmen einer Katamneseuntersuchung zu einem späteren Zeitpunkt erneut befragt, um zu überprüfen, ob und welche Inhalte der Notfallschulung noch erinnert werden.

Die Berechnungen erfolgten anhand eines Punkte-Scores. Unterschiede zwischen verschiedenen Messzeitpunkten (Prä-Post, Prä-Katamnesezeitpunkt, Post-Katamnesezeitpunkt) wurden statistisch mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung auf Signifikanz getestet.

Es zeigte sich, dass eine Zunahme der korrekten Antworten mit der Vermittlung von Wissen mittels durchgeführter Schulung zusammenhängt.

Das (korrekte) Wissen über die Inhalte der Drogennotfallschulung ist nach der Schulung signifikant höher als vor der Schulung.

Das (korrekte) Wissen über die Inhalte der Drogennotfallschulung bleibt auch zum Katamnesezeitpunkt signifikant höher als vor der Schulung.

Auch zwischen den Messzeitpunkten nach der Schulung sowie zum Katamnesezeitpunkt zeigt sich, dass eine Veränderung der korrekten Antworten im Zusammenhang mit der Vermittlung von Wissen mittels durchgeführter Schulung steht.

Das (korrekte) Wissen über die Inhalte der Drogennotfallschulung ist unmittelbar nach der Schulung signifikant höher als zum Katamnesezeitpunkt.

Die Länge der Schulung hatte einen signifikanten Einfluss auf den Wissenszuwachs der TeilnehmerInnen. Zudem zeigte sich eine Interaktion zwischen Wissenszuwachs und Schulungslänge. Ein post-hoc-Test zeigt, dass zu lange Schulungen (> 90 min) – genauso wie extrem kurze (< 40 min) – eher mit niedrigerem Wissenszuwachs bei den Opioidabhängigen einhergehen. Der im Schnitt höchste Wissenszuwachs konnte nach den vorläufigen Berechnungen bei Schulungen zwischen 40 und 90 min erzielt werden.

Es wurden Interaktionseffekte zwischen Wissensveränderung und Geschlecht, Einzel-/Gruppenschulung sowie Subgruppe der Opioidabhängigen (substituiert, nicht substituiert, JVA-In-

sassIn) berechnet. Es zeigten sich keine signifikanten Effekte. Dies lässt darauf schließen, dass Frauen wie Männer gleich gut von den Schulungen profitiert haben. Ebenso haben substituierte wie nicht substituierte TeilnehmerInnen sowie TeilnehmerInnen aus JVAen ähnlich gut von den Notfallschulungen profitiert. Auch war es für die Veränderung (Zuwachs) des Wissens unerheblich ob der/die TeilnehmerIn in einer Einzel- oder Gruppenschulung trainiert wurde. Ebenso scheint das Alter des/der TeilnehmerIn und die Konsumdauer keinen Einfluss auf die Effizienz des Trainings zu haben. Dies spricht dafür, dass sich das Schulungs-Manual durch geschulte TrainerInnen gut an die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmergruppen anpassen lässt.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die TeilnehmerInnen nach der Schulung signifikant mehr Wissen über Drogennotfälle, Naloxon, sowie Erste-Hilfe-Maßnahmen in Opioidüberdosierungssituationen hatten als vor der Schulung. Die TeilnehmerInnen vergaßen zwar bis zum Katamnesezeitpunkt wieder Inhalte, dennoch verblieb auch nach einem durchschnittlichen Zeitintervall von 29,3 Wochen noch ein signifikanter Wissenszuwachs im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Schulung.

Keinen relevanten Effekt auf den Wissenszuwachs hatten Geschlecht, Schulungsmodus (Einzel- vs. Gruppenschulung) und, ob ein Teilnehmer substituiert oder in Haft war. Das spricht dafür, dass sich das Schulungs-Manual durch geschulte TrainerInnen gut an die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmergruppen anpassen lässt. Bedeutsam war jedoch die Dauer der Notfallschulung.

9.3.2.2 Selbsteinschätzung des vorhandenen Wissens zum Umgang mit einem Drogennotfall

Die TeilnehmerInnen schätzten selbst ein „Wie viel weißt Du darüber, wie Du in einem Drogennotfall Leben retten kannst“, jeweils vor und nach der Teilnahme an der Notfall-Schulung. Die Selbsteinschätzung erfolgte auf einer Skala von 0 (= ich weiß nichts darüber) bis 10 (= ich weiß alles darüber). Mittels einfaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung wurde auf einen möglichen signifikanten Unterschied vor und nach der Schulung getestet.

Die statistische Analyse zeigt, dass die Wissenszunahme mit der Teilnahme an der Schulung zusammenhängt

Das selbsteingeschätzte Wissen wie man bei einem Drogennotfall Leben retten kann ist nach der Schulung signifikant höher als vor der Schulung.

TeilnehmerInnen schätzen also nach der Schulung ihr Wissen über einen Drogennotfall signifikant höher ein als vor der Schulung.

9.3.2.3 Selbsteinschätzung des Schulungseffektes

Diese Selbsteinschätzung erfolgte auf einer Skala von 0 (= nichts) bis 10 (= sehr viel). Die Ergebnisdarstellung erfolgt deskriptiv.

Die Selbsteinschätzung des Schulungseffektes betrug im Schnitt 9.0 (min = 1, max = 10, SD = 1.3, N = 459), was viel bis sehr viel subjektivem Lerneffekt entspricht.

TeilnehmerInnen haben also die Einschätzung, durch die Schulung in Bezug auf Drogennotfälle und den zielgerichteten Umgang viel bis sehr viel gelernt zu haben.

9.3.2.4 Umsetzung des Manuals/Monitoring

Während des gesamten Projektzeitraumes fand ein Monitoring der Gruppenschulungen statt. Gruppenschulungen in den Kooperationszentren wurden unangekündigt und in unregelmäßigen Abständen besucht und protokolliert. Die Ergebnisdarstellung erfolgt narrativ da keine quantitative Auswertung vorgenommen wurde.

Mittels standardisiertem Protokoll wurde überprüft, ob und wie die Inhalte des Manuals umgesetzt und ob alle obligatorischen Inhalte vermittelt wurden. Im Verlauf des Projektes nahm die Manualtreue eher zu und war insgesamt sehr hoch. Die Kooperationszentren haben sich an dem Manual orientiert, die obligaten Inhalte umgesetzt sowie fakultative Inhalte – je nach Konzentrationsvermögen der aktuellen Gruppe – transportiert.

Aufgefallen ist, dass, insbesondere in der Anfangszeit des Projekts, wiederholte Monitorings notwendig waren, um einzelne Zentren (insbesondere solche mit Erfahrung in Drogennotfalltrainings) von der Validität der Inhalte und der Didaktik (inkl. Reihenfolge der Inhalte) zu gewinnen. So lasen einige TrainerInnen das Manual nicht oder nur teilweise. In anschließenden Gesprächen zeigte sich, dass diese Personen die Annahme hatten, ohnehin zu wissen, was in einer Schulung unterrichtet werden sollte ohne dieses Wissen zu hinterfragen. Dies betraf nicht selten bereits subjektiv „erfahrene“ AusbilderInnen, z.B. in klassischer Erster Hilfe. Zum Teil mussten mehrmals die Hintergründe vermittelt werden, gerade auch die zielgruppenspezifischen Besonderheiten. Durch das fortlaufende Monitoring konnte am Ende jedoch eine hohe Adhärenz an die manualisierten Inhalte festgestellt werden.

Zusätzlich zu den dargebotenen Inhalten wurde bei den Monitoringbesuchen auf die Didaktik der einzelnen TrainerInnen geachtet. In Ermangelung dafür validierter Checklisten wurde dies beobachtend dokumentiert. Beachtet wurden vor allem drei Dimensionen: 1) Nähe zum/zur TeilnehmerIn 2) Motivationsvermögen 3) bildliche/einfache, klare Darstellung der Inhalte. Grundsätzlich war zu beobachten, dass jede/r TrainerIn – entsprechend ihrer/seiner Persönlichkeit – eine eigene didaktische Vorgehensweise zeigte, sich aber im Verlauf gut am Manual orientierte.

Aus den TrainerInnenerhebungen ließ sich entnehmen, dass das zur Verfügung gestellte Schulungsmaterial angenommen und nach den Möglichkeiten des Schulungsraumes und -kontextes eingesetzt wurde. Grafiken und bildhafte Darstellungen wurden dabei bevorzugt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die manualisierten Inhalte in den Schulungen weitgehend umgesetzt wurden und das zur Verfügung gestellte Schulungsmaterial, adaptiert an die Situation verwendet wurde. Es zeigte sich aber auch, dass es zusätzlich zum schriftlichen Manual fortlaufender inhaltlicher und motivationaler Unterstützung bedarf, um Relevanz und Validität der Inhalte und der didaktischen Empfehlungen so zu vermitteln, dass die Schulungen erfolgreich manualgetreu umgesetzt werden.

9.3.2.5 Bedeutung der TrainerInnen für den Wissenszuwachs

Zusätzlich zur allgemeinen Veränderung des Wissensscores wurde analysiert, ob der/die TrainerIn einen Einfluss auf die Veränderung des Wissens hat (Trainereffekt).

Zunächst wurden alle TrainerInnen mit einem Code versehen und die Anzahl der vom jeweiligen TrainerIn geschulten TeilnehmerInnen (bzw. der geschulten TeilnehmerInnen von denen Prä/Post-Daten vorlagen) ermittelt. Eingeschlossen wurden 11 Trainierende, die insgesamt mehr als 10 TeilnehmerInnen geschult hatten (15 Trainierende hatten zwischen 1 und 8 Teilneh-

merInnen geschult). Da zu viele Gruppen mit zu kleiner Stichprobengrößen keine Aussage zulassen, wurden lediglich diese 11 TrainerInnen in einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung (Prä-Post) auf einen Interaktionseffekt getestet.

Die statistische Berechnung weist darauf hin, dass eine Veränderung (Zunahme) des Wissens bei den TeilnehmerInnen deutlich von den TrainerInnen abhängt.

| TRAINERIN (CODE) | MITTELWERT PRÄ | SD PRÄ | MITTELWERT POST | SD POST | N |
|---------------------|-------------------|------------|--------------------|------------|------------|
| 1 | 8,7 | 3,5 | 12,1 | 7,9 | 18 |
| 3 | 8,1 | 4,1 | 12,2 | 4,2 | 30 |
| 21 | 8,2 | 3,8 | 14,9 | 4,4 | 26 |
| 26 | 9,7 | 3,1 | 17,1 | 2,9 | 15 |
| GESAMT | 9,4 | 3,6 | 14,4 | 4,4 | 278 |

Tabelle 2: Mittelwerte Wissensscore TrainerInnen; Unterschied niedrigster Transfer vs. höchsten

Der „Erfahrungs-Effekt der Trainer“ auf den Wissenszuwachs der Opioidabhängigen wurde indirekt über den Zeitverlauf erfasst. Dazu wurde die Zeitdauer zwischen Projektstart und Schulung berechnet. In den meisten Zentren gab es „HaupttrainerInnen“ die mehrere/ fast alle Schulungen in diesem Zentrum absolvierten.

Eine mehrfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte eine Interaktion von Veränderung im Wissen (Zuwachs) der Opioidabhängigen und Erfahrung (der TrainerInnen) über die Zeit. Dies weist darauf hin, dass sich die Erfahrung der TrainerInnen zusätzlich auf die Veränderung des Wissens auswirkt.

Die durch den Zeitverlauf dargestellte Erfahrung der Trainierenden hat also einen Einfluss auf den Wissenszuwachs der Opioidabhängigen. Je mehr Erfahrung der/die TrainerIn/das Zentrum in der didaktisch klugen Umsetzung der Schulungsinhalte besitzt, umso mehr Wissen können die TeilnehmerInnen in einer Schulung erwerben.

Berücksichtigt man die Berufszugehörigkeit der TrainerInnen fanden sich überraschend RettungssanitäterInnen in der unteren Hälfte beim Wissenszuwachs der Opioidabhängigen. Im Schnitt führten Notfallschulungen durch SozialpädagogInnen und PsychologInnen zu einem höheren Wissenszuwachs bei den TeilnehmerInnen.

Zusammenfassend hing das Ausmaß des Wissenszuwachses bei den opioidabhängigen TeilnehmerInnen signifikant von dem / der TrainerIn ab (Trainereffekt). Dazu trug auch die Berufsgruppe und Erfahrung der Trainierenden bei.

9.3.2.6 Einschätzungen der TeilnehmerInnen durch TrainerInnen

Trainierende wurden vor jedem Training befragt, wie hoch sie z.B. Aufmerksamkeit oder Mitarbeit der TeilnehmerInnen im Vorfeld auf einer Skala von 0 (= keine) bis 10 (= sehr hoch) einschätzen. Dieselben Einschätzungen erfolgten erneut für die nun abgelaufene Schulung.

So waren nach der Schulung die Mittelwerte aller dazu erhobenen Items höher als vor der Schulung. Eine Zusammenfassung der Mittelwerte findet sich in Tabelle 3.

| Likertskala; min = 1, max = 10 N = 133 | MITTELWERT VOR DER SCHULUNG | MITTELWERT NACH DER SCHULUNG |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| Aufmerksamkeit der Teilnehmer bei dieser Schulung? | 7,8 | 8,4 |
| Mitarbeit der Teilnehmer bei dieser Schulung? | 8,0 | 8,7 |
| Wissenszuwachs der Teilnehmer durch die Schulung? | 7,7 | 8,3 |
| Akzeptanz der Schulungsinhalte durch die Teilnehmer? | | 9,7 |
| Erfolg der Schulung im Allgemeinen? | | 8,9 |

Tabelle 3: Einschätzung der TeilnehmerInnen durch TrainerInnen in Bezug auf Aufmerksamkeit, Mitarbeit und Erfolg der Schulung

Zusammenfassend zeigte sich, dass die TrainerInnen im Mittel vor den Schulungen zwar bereits eine recht hohe Erwartung an ihre opioidabhängigen TeilnehmerInnen im Hinblick auf z.B. Aufmerksamkeit und Mitarbeit bei der anstehenden Schulung hatten, diese dann aber in der Schulung noch einmal übertroffen wurde. Auch die Akzeptanz der Schulungsinhalte, wie der Schulungserfolg wurden unter dem Eindruck der abgelaufenen Schulung von den TrainerInnen bei den opioidabhängigen TeilnehmerInnen als sehr hoch bewertet.

9.3.3 Ziel 2: Verbessern der Selbstwirksamkeit bei den opioidabhängigen TeilnehmerInnen

Ob und wenn ja in welchem Umfang die Vermittlung von Wissen zum Erkennen von Opioid-überdosierungen, sowie Skills für den Umgang damit, bei den TeilnehmerInnen eine Steigerung der Selbstwirksamkeit erzielen und/oder die Lebensqualität der TeilnehmerInnen verändern konnte, wurden verschiedene Items sowohl vor wie nach der Schulung erhoben. Die Ergebnisse werden im Detail nachfolgend dargestellt.

9.3.3.1 Fiktiver Drogennotfall

Die Selbstwirksamkeit, und damit die Sicherheit, die gelernten Inhalte auch anzuwenden, sowie das Vertrauen in das Gelernte, wurden über einen fiktiven Drogennotfall erhoben. Die TeilnehmerInnen wurden gebeten, sich vorzustellen, dass sie anwesend sind, wenn ein Bekannter eine Überdosis erleidet. Aus dieser Vorstellung heraus sollten die TeilnehmerInnen dann konkrete Fragen dazu beantworten, die stark von der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung abhängen. Das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten/Fertigkeiten konnte auf einer Skala von 0 (= sehr unsicher/trau mich gar nicht) bis 10 (= sehr sicher/trau mich sehr sicher) bewertet werden.

Mittels einfaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung wurde der Unterschied zwischen vor und nach der Schulung auf Signifikanz getestet.

- a) Wie sehr traust Du Dir zu, Naloxon anzuwenden?
- b) Das selbsteingeschätzte Zutrauen, Naloxon anzuwenden, ist nach der Schulung signifikant höher als vorher. Wie sicher würdest Du tatsächlich Naloxon anwenden?

Die selbsteingeschätzte Sicherheit, und damit die Wahrscheinlichkeit, Naloxon anzuwenden, ist nach der Schulung signifikant höher als vorher.

c) Wie sehr traust Du Dir zu, eine Herz-Druck-Massage anzuwenden?

Das selbsteingeschätzte Wissen, wie man bei einem Drogennotfall eine Herz-Druck-Massage durchführt, ist nach der Schulung signifikant höher als vorher. .

d) Wie sicher würdest Du tatsächlich den Notruf (112) wählen?

Die selbsteingeschätzte Sicherheit, und damit die Wahrscheinlichkeit, dass der Notruf im Drogennotfall gewählt wird, ist nach der Schulung signifikant höher als vorher..

Zusammenfassend war die Selbstwirksamkeitserwartung bei den opioidabhängigen TeilnehmerInnen, im Drogennotfall tatsächlich zielgerichtet einzugreifen, nach der Schulung signifikant höher als vorher. So stieg das eigene Zutrauen der opioidabhängigen TeilnehmerInnen, Naloxon einzusetzen, sowie eine Herzdruck-Massage anzuwenden nach der Schulung hochsignifikant an. Im Vergleich dazu stieg die selbsteingeschätzte Wahrscheinlichkeit, einen Notruf abzusetzen nur noch knapp signifikant an.

9.3.3.2 Potentielle Hinderungsgründe, Naloxon anzuwenden

Neben der Selbstwirksamkeit wurden auch mögliche Hinderungsgründe, Naloxon anzuwenden, erfasst (N = 473).

Die angegebenen Hinderungsgründe lassen sich Tabelle 4 entnehmen.

| ANTWORTMÖGLICHKEITEN | AUSGEWÄHLT IN PROZENT |
|--|-----------------------|
| Nichts | 52,6 |
| Angst, dass der Betroffene wütend auf mich ist | 15,9 |
| Angst vor Polizei | 8,5 |
| Angst etwas falsch zu machen | 8,0 |
| Angst vor rechtlichen Folgen | 6,3 |
| Angst Naloxon nicht richtig anzuwenden | 5,1 |
| Angst kein neues Naloxon zu bekommen | 1,9 |

N = 473, Mehrfachantworten möglich

Tabelle 4: Potentielle Hinderungsgründe Naloxon anzuwenden, Angaben nach Schulung

Zusammenfassend hatten nach der Schulung weniger als 10% der Opioidabhängigen noch Angst davor, einen Fehler bei der Naloxon-Anwendung zu machen. Allerdings hatte noch fast jeder 6. Teilnehmer Angst, dass der Betroffene den Naloxon-Einsatz dann „nicht gut finden“ könnte. Ca. 10% hatten Angst vor möglichen rechtlichen Problemen/Problemen mit der Polizei.

Die Mehrheit der opioidabhängigen TeilnehmerInnen sieht jedoch nach der Schulung keine Hinderungsgründe mehr, im Notfall das Take-Home-Naloxon einzusetzen.

9.3.3.3 Gefühlter Schutz durch Naloxon-Kit

Selbstwirksamkeit kann sich auch in dem Gefühl der Sicherheit ausdrücken, z.B. die Sicherheit für einen Drogennotfall gewappnet zu sein (weil man selbstwirksam handeln kann), beim nächsten Drogennotfall helfen zu können oder auch die Sicherheit eine mögliche, ungewollte Überdosierung überleben zu können. Die TeilnehmerInnen wurden direkt nach der Schulung nach ihrer Selbsteinschätzung gefragt um wie viel Prozent sie sich durch den Besitz eines Drogennotfallkits

sicherer fühlen als ohne Kit. Im Mittel fühlten sich die TeilnehmerInnen nach der Notfallschulung um 74,7 Prozent sicherer (SD = 29.1, N = 452)

Die TeilnehmerInnen fühlten sich also nach der Schulung und in der Vorstellung, ein Drogennotfall-Kit zu besitzen, deutlich sicherer als vor der Schulung.

9.3.3.4 Veränderung des Konsums durch Verfügbarkeit von Take-Home-Naloxon und/oder Erleben eines Drogennotfalls

Ob, und wenn ja, wie sich das eigene Konsummuster durch die Verfügbarkeit eines Take-Home-Naloxons verändern könnte, konnte nur im Rahmen einer Selbsteinschätzung erhoben werden. Für alle opioidabhängigen TeilnehmerInnen erfolgte dies unmittelbar nach der Notfallschulung. Zusätzlich erfolgte dies im Rahmen der katamnestischen Untersuchung einer Zufallsstichprobe retrospektiv für den Zeitverlauf nach der Notfallschulung. Auch bei den opioidabhängigen TeilnehmerInnen, die nach dem Erleben eines Drogennotfalls nachuntersucht wurden, erfolgte zusätzlich eine Erhebung einer eventuellen Veränderung des eigenen Konsums seit der Schulung.

Nach der Schulung:

- 80 % der TeilnehmerInnen gingen davon aus, dass Ihr Konsum gleichbleiben wird
- 18 % erwarteten unter dem Eindruck der Notfallschulung eher eine Konsumreduktion
- 2 % gaben eine mögliche Zunahme des Konsums an

Zur Begründung wurde u.a. angegeben (Mehrfachnennungen möglich):

- 77 %: mein Konsum hat nichts mit Naloxon zu tun
- 10 %: Konsumveränderung zu riskant
- 7 %: Konsumveränderung zu teuer
- 30 %: Sonstige eigene Gründe

Bei der katamnestischen Nachuntersuchung wurde das Konsumverhalten im Zeitraum nach der Notfallschulung erhoben:

- 59 %: unabhängig vom Naloxon
- 14 %: weniger
- 43 %: gleichbleibend

In der Katamnese gab keiner der Teilnehmer eine Zunahme des Konsums an.

Zudem wurde in den teilstrukturierten Interviews nach einem Drogennotfall erhoben, ob sich durch den Besitz des Naloxon-Kits etwas im Drogenkonsum des Besitzers seit der Schulung verändert hat. Auch hier zeigte sich keine Zunahme des Konsums.

Ebenso wurde in dem teilstrukturierten Interview nach dem Erleben eines Drogennotfalls erhoben, ob das Erlebte (inkl. eigenem „Helfen-Können“) einen Einfluss auf das eigene Konsumverhalten hat. Es zeigte sich, dass dieses Erleben mit 5 Nennungen zu einer Abnahme des Opioidkonsumes führte, 17 Personen gaben sogar an, nach dem Erleben und Eingreifen in einer Drogennotfallsituation eine neue Behandlung begonnen zu haben. 45 Personen meinten, das Erlebte habe keinen Einfluss auf ihren Konsum gehabt.

Zusammenfassend kann also formuliert werden, dass (nach Aussage der Betroffenen) weder der Besitz eines Drogennotfall-Kits noch das Erleben des erfolgreichen Einsatzes des Take-Home-Naloxon eine Zunahme des Drogenkonsums auslöst.

Die überwiegende Mehrheit gab an, dass sie keine Veränderung ihres Konsums erwarten, da dieser nichts mit der Verfügbarkeit von THN zu tun habe. So erwarteten nur 2% der opioidabhängigen Teilnehmer nach der Schulung bei sich selbst eine Zunahme des Konsums. 18% erwarteten unter dem Eindruck der Schulung eine Reduktion des eigenen Konsums. In der katamnestic Nachuntersuchung zeigte sich tatsächlich bei keinem Probanden eine Zunahme des Konsums, aber bei 14% eine Konsumreduktion. Auch bei der Untergruppe der opioidabhängigen SchulungsteilnehmerInnen, die in der Folge bei einem Drogennotfall dabei waren, zeigte sich in der Zeit nach der Schulung bei keinem eine Zunahme des Konsums. Nach dem Erleben und Eingreifen in der Drogennotfallsituation begannen sogar 25% eine neue Behandlung

9.3.4 Ziel 4: Dokumentation der Einsatzbedingungen und -ergebnisse es Take-Home Naloxon

Ziel der Schulung ist es, Personen, die eine hohe Wahrscheinlichkeit haben, bei Drogennotfällen (Opioidüberdosierungen) anwesend zu sein, zu befähigen, effizient und lebensrettend zu handeln. Um zu klären, ob TeilnehmerInnen der Schulung die erworbenen Kenntnisse anwenden, und das ausgehändigte Medikament sicher einsetzen, wurden alle TeilnehmerInnen während der Schulung aufgefordert, miterlebte Drogennotfälle, im Kooperationszentrum zu melden. Mit diesen TeilnehmerInnen wurde ein halbstrukturiertes Interview geführt. Erhoben wurde dabei vor allem die Situation des Drogennotfalles, die Situation der überdosierten Person, die tatsächlich umgesetzten Hilfemaßnahmen (z.B. Notruf, Erste Hilfe, nasales Naloxon), die Effekte der Maßnahmen sowie das persönliche Erleben vor und nach den Maßnahmen. Insgesamt konnten 70 Drogennotfälle, inkl. Einsatz des Take-Home-Naloxon ausführlich dokumentiert und protokolliert werden. Dies entspricht 15 Prozent der ausgegebenen Take-Home Naloxon Kits. Davon erfolgten 4 Einsätze in Anwesenheit von MitarbeiterInnen von Drogenhilfeeinrichtungen (Kooperationspartnern), 1 Einsatz fand in einer medizinischen Einrichtung statt.

Die Einsätze fanden im Schnitt 3,9 Monate nach Schulung statt (Streuung: 1 Tag bis 1 Jahr).

Auffallend ist, dass die Kooperationspartner nur von wenigen TeilnehmerInnen berichteten, die nach einem erlebten Drogennotfall proaktiv auf die MitarbeiterInnen der Drogenhilfeeinrichtungen zukamen. Meist wurde dies, inkl. eines Einsatzes des Take-Home-Naloxon erst bei einem direkten Kontakt/Katamnese berichtet („Ach ja, genau, das hab ich eingesetzt“).

52 der 70 Drogennotfälle fanden im privaten Umfeld/Privatwohnung statt, 16 im öffentlichen Raum und jeweils 1 in einem Kooperationszentrum und einer medizinischen Einrichtung.

Den befragten Ersthelfern war zu den Überdosierten bekannt: (s.Tabelle 5).

| WAS WAR DEN ERSTHELFERN ÜBER DAS NOTFALLOPFER SICHER BEKANNT | N = 70 (MEHRFACHANTWORTEN MÖGLICH) |
|---|---------------------------------------|
| Zuvor Abstinenz (Entzug, Haft etc.) | 20 |
| Beikonsum während Substitution | 17 |
| älterer User (> 50 Jahre) | 10 |
| Substitution (< 4 Wochen Dauer) | 6 |
| Nichts bekannt | 6 |
| Kurz nach Beendigung einer Substitution | 4 |

Table 5: Informationen aktuelle Situation über die überdosierte Person

Zusammenfassend konnten überraschend viele Drogennotfälle, inkl. Einsatz des Take-Home Naloxon innerhalb der Projektlaufzeit dokumentiert werden (15% der ausgegebenen Drogennotfall-Kits inkl. THN). Die Einsätze erfolgten im Schnitt 3,9 Monate nach der Schulung, was dafür spricht, dass sowohl das Wissen, als auch das Drogennotfall-Kits inkl. THN längere Zeit nach der Schulung verfügbar sind.

Auffallend, aber erwartbar war, dass zumindest bei 20 Überdosierungen (29 Prozent der Einsätze) bekannt war, dass die Überdosierung nach einer (kurzen) Abstinenz stattfand. Bei 17 Einsätzen (24%) war Beikonsum während der Substitution bekannt. Von 6 Personen (9%) wusste die jeweils helfende Person von einer vor kurzem begonnenen Substitution, und 4 Personen (6%) hatten nach Wissen der helfenden Person die Substitution vor Kurzem beendet.

Auch ist bemerkenswert, dass die Mehrheit der Protokolle erst nach proaktivem Ansprechen und Nachbeobachten der Schulungsteilnehmer erfolgen konnten.

9.3.5 Ziel 3: Bei notwendigem Einsatz wird das Medikament sachgemäß verwendet

Um zu erheben, ob und wenn ja, in welchem Umfang die in dieser Studie untersuchte Drogennotfallschulung dazu beiträgt, das Take-Home-Naloxon sachgemäß zu verwenden, wurden die TeilnehmerInnen ermuntert, alle erlebten Drogennotfälle, inkl. THN-Einsatz, im Kooperationszentrum zu melden.

Die Angaben zum tatsächlichen Umgang mit dem Drogennotfall wurden abgeglichen mit den Angaben, die vor der Notfallschulung zum bisherigen Umgang mit Drogennotfällen gemacht wurden.

9.3.5.1 Erkennen einer Opioidüberdosierung

Ein inhaltlicher Teil der Drogennotfallschulung war es, einen Drogennotfall zu erkennen. Mittels Erhebungsbogen nach einem Einsatz wurde dokumentiert, welche der in der Schulung vorgestellten Erkennungszeichen einer Opioidüberdosierung bei der überdosierten Person bemerkt wurden.

Die TeilnehmerInnen gaben in 70 % der Fälle an, dass die überdosierte Person nicht mehr auf Ansprache/Schütteln an der Schulter reagierte. 46 (66 %) überdosierte Personen hatten eine blasse Gesichtsfarbe und bei 10 (14 %) konnte eine Pupillenverengung beobachtet werden. Die helfende Person berichtete in 34 (49 %) Fällen von kaum/nicht erkennbaren Atembewegungen. Zudem waren 34 helfende Personen beim Konsum dabei und kannten daher die konsumierte Droge. 32 (46 %) überdosierte Personen waren der jeweils helfenden Person als DrogenkonsumentIn persönlich bekannt.

In der Gesamtübersicht der 70 Drogennotfall-Einsätze kann berichtet werden, dass die TeilnehmerInnen die Zeichen einer Überdosierung korrekt gedeutet haben und anschließend auch die richtigen Schlüsse (= Verhaltensmaßnahmen) zogen.

9.3.5.2 Ergriffene Maßnahmen

Die im Drogennotfall von den geschulten Opioidabhängigen ergriffenen Maßnahmen wurden unterteilt in „was wurde von allen Anwesenden unternommen“ sowie „was hast Du selber unternommen“. Die ergriffenen Maßnahmen wurden abgeglichen mit den zur Verfügung stehenden Informationen (z.B. Symptome) in der Überdosierungssituation und dahingehend über-

prüft, ob die Maßnahmen angemessen erschienen und/oder essenzielle Maßnahmen unterblieben. In der untenstehenden Tabelle (s. Tabelle 6) finden sich die von allen Beteiligten unternommenen Maßnahmen. In 69 von 70 dokumentierten Drogenotfällen wurde das Take-Home-Naloxon eingesetzt.

| ANTWORTMÖGLICHKEITEN / MEHRFACHANTWORTEN MÖGLICH | N = 70 | JA-ANGABEN | PROZENT |
|---|--------|------------|---------|
| Naloxon gegeben | | 69 | 99% |
| bei der Person geblieben, bis der Rettungswagen eingetroffen ist | | 33 | 47% |
| Notruf (112) gewählt | | 32 | 46% |
| Herzdruckmassage | | 27 | 39% |
| Person ins Bett gelegt damit sie schlafen kann/Anderes (in kaltes Wasserbad/Dusche gelegt, etwas eingeflößt etc.) | | 8 | 11% |
| Opfer in Ruhe gelassen | | 7 | 10% |

Tabelle 6: Von geschulten TeilnehmerInnen ergriffene Maßnahmen (Auswahl) bei Opioidüberdosierung

Bei 70 Drogenotfällen wurde in 32 Fällen ein Notruf (112) abgesetzt. Da der richtige Zeitpunkt und das richtige Absetzen eines Notrufs einen wichtigen Baustein der Drogenotfallschulung darstellt wurde dieser Wert konkreter differenziert. Es zeigte sich hier ein deutlicher Zentrums-effekt. In einem Zentrum wurde in 84 % aller Fälle der Notarzt gerufen. In zwei Zentren waren es 57 bzw. 50 Prozent. In zwei Zentren betrug die Rate der Notrufe lediglich 23 bzw. 31 Prozent.

Eine einfaktorielle Varianzanalyse zeigt, dass das Zentrum, in dem die Schulung stattfand, einen signifikanten Einfluss darauf hatte, ob ein Notarzt in einer Drogenotfallsituation hinzugerufen wird oder nicht.

Zudem korreliert die Bereitschaft, den Notruf zu wählen signifikant negativ sowohl mit der Angst vor der Polizei, sowie mit der Angst vor negativen rechtlichen Folgen, s. dazu auch 10.2.2.2

Zusammenfassend kann also konstatiert werden, dass von den dokumentierten 70 überdosierten Personen 69 den Drogenotfall nach den uns vorliegenden Informationen überlebt haben. Eine Person war leider zum Zeitpunkt des Hinzukommens und Eingreifens seitens des Schulungsteilnehmers bereits verstorben. Dies bestätigte auch der hinzugerufene Notarzt.

Die ergriffenen Maßnahmen waren, soweit retrospektiv beurteilbar, adäquat und wurden erfolgreich und korrekt umgesetzt.

Regional erheblich unterschiedlich war die Häufigkeit eines Notrufs in der Notfallsituation durch die geschulten Drogenabhängigen. Angst vor der Polizei und negativen rechtlichen Folgen dämpft die Bereitschaft, einen Notruf abzusetzen erheblich. Je ausgeprägter diese Angst, desto seltener wurde der Rettungsdienst verständigt.

9.3.5.3 Mythen

In der Schulung wurde psychoedukativ auf in der Drogenszene kursierende Ideen eingegangen, wie man mit einer Opioidüberdosierung ohne anderweitige Handlungsstrategien umgehen könnte. Typische Mythen sind z.B. das Legen in einer Badewanne voll kaltem Wasser (alternativ kaltes Abduschen) helfe dabei, den Überdosierten am Leben zu erhalten; auch soll das Einflößen verschiedener Flüssigkeiten (Kaffee, Milch) die Überdosis aufheben können. All diese Mythen,

inkl. der oben beispielhaft angeführten, sind nicht nur falsch, sondern oft auch lebensgefährlich. Um zu klären, ob dieser Teil der Schulung von den Teilnehmern aufgenommen und umgesetzt wurde, wurden die ergriffenen Maßnahmen, die in früheren Notfällen von den opioidabhängigen SchulungsteilnehmerInnen ergriffen wurden (vor der Schulung erhoben) mit den Maßnahmen nach einem tatsächlichen Drogennotfall mit Einsatz des Take-Home-Naloxon verglichen.

Vor der Schulung berichteten 30 % der TeilnehmerInnen, dass sie bereits bei einem Drogennotfall geholfen hatten und dabei zumindest eine dieser angeblich hilfreichen, aber falschen Maßnahmen durchgeführt hatten.

Im teilstrukturierten Interview nach einem Drogennotfall, inkl. Naloxon Einsatz berichteten nur noch 11 % (8 Personen, N = 70) von solchen nicht hilfreichen Maßnahmen. Diese wurden jedoch kombiniert mit korrekten Erste-Hilfe-Maßnahmen.

Zusammenfassend scheint die Schulung nachhaltig das Ergreifen falscher, potentiell lebensgefährlicher Handlungen (Mythen) im Drogennotfall zu reduzieren, sodass die opioidabhängigen TeilnehmerInnen deutlich häufiger zielgerichtete und medizinisch sinnvolle Maßnahmen ergreifen.

9.3.5.4 Sicherheit im Umgang mit den erlernten Notfallmaßnahmen

Die opioidabhängigen TeilnehmerInnen, die nach der Schulung einen Drogennotfall, inkl. Einsatz des Take-Home-Naloxon erlebt hatten, wurden befragt, wie sicher sie sich gefühlt haben, während sie die in der Schulung erlernten Erste-Hilfe-Maßnahmen durchführten. Erhoben wurden diese Items auf einer Skala von 0 (= sehr unsicher) bis 10 (= sehr sicher). Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse.

| AKTION / AUSWAHLMÖGLICHKEIT | MITTELWERT (MIN. 1; MAX. 10) | N |
|-----------------------------------|------------------------------|----|
| Rufen des Rettungsdienstes | 8,6 | 30 |
| Anwendung des Naloxon | 8,5 | 29 |
| Durchführung der Herzdruckmassage | 7,3 | 29 |

Tabelle 7: Sicherheitsgefühl bei durchgeführter Erste-Hilfe-Maßnahme

Zudem wurden die opioidabhängigen TeilnehmerInnen nach einem Einsatz des Take-Home-Naloxon befragt, ob ihnen die Teilnahme an der Schulung in der Situation genutzt hat. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 8.

Mehrheitlich gaben die TeilnehmerInnen an, von der Schulung zum Umgang mit dem konkreten Drogennotfall in verschiedenen Bereichen profitiert zu haben. Genannt wurden u.a. Sicherheitsgefühl während der Erste-Hilfe-Maßnahmen, sowie weniger Angst im Umgang mit der Situation und den möglichen Konsequenzen. Nur vereinzelte Nennungen entfielen auf negative Emotionen, wie z.B. Ängste oder Aufregung. Einige TeilnehmerInnen gaben an, weniger Angst zu haben, etwas falsch zu machen, aber gleichwohl eine Restangst verspürt zu haben, im Sinne eines gebotenen Respekts in Anbetracht möglicher Konsequenzen.

| MEHRFACHANTWORTEN MÖGLICH / AUCH ANTWORTMIX AUS „JA“ UND „NEIN“ | | N = 70 | |
|---|--|------------|---------|
| ANTWORTMÖGLICHKEITEN | | AUSGEWÄHLT | PROZENT |
| Ja | Wusste was ich machen muss | 44 | 63 % |
| | Habe mich sicher gefühlt in dem was ich tue | 37 | 53 % |
| | Hatte keine/weniger Angst, etwas falsch zu machen | 32 | 46 % |
| | Konnte die Übungen umsetzen | 32 | 46 % |
| | Hatte keine/weniger Angst vor negativen Konsequenzen | 22 | 31 % |
| | Hatte keine/weniger Angst den Notarzt zu rufen | 20 | 29 % |
| Nein | Hatte Angst vor negativen Konsequenzen | 5 | 7 % |
| | Hatte Angst, etwas falsch zu machen | 4 | 6 % |
| | War zu aufgeregt, dem Opfer schaden zu können | 2 | 3 % |
| | Hatte in der Situation alles vergessen | 1 | 1 % |
| | Habe mich nicht getraut, das im Kurs Gelernte anzuwenden | 1 | 1 % |

Table 8: Erlebter Nutzen der Drogennotfall-Schulung

9.3.5.5 Umgang mit Schwierigkeiten in der Notfallsituation

Jede Notfallsituation wird individuell erlebt, deshalb wurden subjektiv empfundene Schwierigkeiten in der Notfallsituation bei den TeilnehmerInnen erhoben und dezidiert abgefragt. Hier werden diese erlebten Situationen in „während“ der Situation (Umgang mit der erlebten Drogennotfallsituation) sowie „nach“ (Überwachung zur Vermeidung einer erneuten Überdosierung) der Akutphase der Drogennotfallsituation. Dabei steht vor allem der „Umgang mit Naloxon-induzierten Entzugserscheinungen“ als mögliches auftretendes Symptom im Focus.

Umgang mit der erlebten Drogennotfallsituation

88% der AnwenderInnen hatten keine Probleme bei der Verabreichung des Naloxon-Nasensprays. 12% der opioidabhängigen TeilnehmerInnen gaben bei der Naloxonanwendung Probleme an. Dazu gehörten auftretende Entzugserscheinungen, emotionale Reaktionen des Drogennotfallopfers, sowie einmal Probleme beim Öffnen der Medikamentenschachtel. Andere Schwierigkeiten bei der Anwendung des Medikamentes wurden nicht berichtet.

Überwachung zur Vermeidung einer erneuten Überdosierung bzw. Nachkonsum

Letztlich mussten nur 20 überdosierte Personen (29 %) vom Rettungsdienst nach den erfolgten Erste-Hilfe-Maßnahmen ins Krankenhaus zur weiteren Behandlung verbracht werden. Die übrigen Überdosierten wurden ggf. vom Notarzt in die Obhut der opioidabhängigen Ersthelfer übergeben, die das, gemäß dem in der Schulung erlernten, meist anboten.

Unabhängig davon, ob der Rettungsdienst gerufen wurde oder nicht, betreuten die Ersthelfenden opioidabhängigen SchulungsteilnehmerInnen die überdosierten Personen auch nach Besserung noch einige Zeit, um, wie in der Schulung thematisiert, möglichst einen Nachkonsum und/oder eine erneute Überdosierung bei Nachlassen der Naloxon-Wirkung zu vermeiden. Die Weiterbetreuung erfolgte zwischen 1 und 12 Stunden. Also deutlich länger als in der Schulung gefordert.

Nur bei einer überdosierten Person blieb der opioidabhängige Ersthelfer nur bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes (bei offener Haftstrafe war die Befürchtung, dass auch noch Polizei eintrifft).

Lediglich in 2 Fällen (N = 70) blieb niemand bei der initial überdosierten Person. In beiden Fällen hat die ehemals überdosierte Person nach deutlicher Besserung selbstständig und nach eigenem Willen und gegen das Anraten und den Wunsch der helfenden Person den Ort der Überdosierung verlassen.

Umgang mit Naloxon-induzierten Entzugerscheinungen

Insgesamt 63 TeilnehmerInnen beantworteten die Frage, ob nach Einsatz des Naloxon Entzugerscheinungen aufgetreten sind. Bei 24 (38 %) Personen kam es zu keinen bedeutsamen Entzugerscheinungen, bei 10 Einsätzen war es der anzeigenden Person nicht bekannt, da die Überdosierten vom Rettungsdienst übernommen wurden und bei 27 (43 %) Personen traten Entzugerscheinungen auf. Davon wurden jeweils 11 (17 %) als leicht sowie mittel und 5 (8 %) als schwer beschrieben.

Falls Entzugerscheinungen nach Verabreichung von Naloxon aufgetreten sind, verblieben die SchulungsteilnehmerInnen bei den vormals Überdosierten und verhinderten, wie in der Schulung thematisiert, dass weitere Opioide konsumiert wurden. Als Strategien wurden z.B. angegeben, dem nun Entzügigen, vormals Überdosierten, die Gefährlichkeit der Situation erläutern, sie ablenken oder sie zu beschäftigen.

9.3.6 Ziel 5: Evaluation, wie THN medizinisch sicher, effektiv und rechtssicher als fester Bestandteil der Drogenhilfe weiterentwickelt werden kann

Zu wiederholten Zeitpunkten über den gesamten Verlauf des Projektes wurden teilstrukturierte Interviews mit relevanten Mitarbeitern in den kooperierenden Drogenhilfeeinrichtungen geführt. Erhoben wurde in diesen Befragungen u.a., was die Kooperationspartner während des Projektes bei der Umsetzung der Notfallschulungen als hilfreich (= förderliche Faktoren) resp. hinderlich erlebten, z.B. bei der ärztlichen Rezeptierung und der Herausgabe des Drogennotfall-Kits. Das Augenmerk lag hierbei auf externen Rahmenbedingungen, wie z.B. die Bereitstellung des Medikamentes durch Apotheken oder die Zusammenarbeit mit Polizei und Rettungsdienst. Ebenso wurde die Motivationslage in den Zentren dokumentiert. Die Ergebnisse werden qualitativ dargestellt und nach den in den Interviews erfragten Dimensionen geordnet. Eine Einordnung der Erfahrungen in die Unter-Punkte des Ziel 5 (medizinisch sicher, effektiv und rechtssicher, fester Bestandteil der Drogenhilfe) wird in der Diskussion vorgenommen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das Schulungsmanual (konkret die Schulungsinhalte und die zu vermittelnden Fertigkeiten) bereits unter der Prämisse erstellt wurde, dass die Anwendung medizinisch sicher, effektiv sowie rechtssicher durchführbar ist und fehlerhafte Umsetzungen nicht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vorkommen sollen (s. dazu Pkt. 9.2).

9.3.6.1 Motivation und Umsetzung in den Kooperationszentren

Von Anfang an waren die Kooperationspartner in den Modellregionen mit großem Interesse und hoher Motivation dabei. Erkennbar wurde das an dem hohen Engagement, mit dem der ungewohnte studienbedingte Mehraufwand umgesetzt wurde. Getragen wurden diese Motivation einerseits durch die Überzeugung, dass Take-Home-Naloxon geeignet ist, Schaden zu vermindern, indem es Drogentod vermeiden hilft. Auch das persönliche Erleben, dass ehema-

lige KlientInnen zwischenzeitlich zu den Drogentoten zählen hat zur Motivation der Einführung von Take-Home-Naloxon-Schulungen beigetragen

Allerdings wurde der studienbedingte Mehraufwand, wie auch der notwendige Aufwand für die Durchführung der Schulungen durchweg unterschätzt. Betrachtet man nur den Teil der Schulungen, so war hier ein Prozess in mehreren Phasen zu beobachten. Nach einer enthusiastischen Phase zu Beginn kam eine erste Ernüchterung, dass die Opioidabhängigen einige Vorbehalte hatten und erst von Zweck und Nutzen der Schulungen überzeugt werden mussten. Auch die Kooperation mit anderen Hilfeeinrichtungen, z.B. ÄrztInnen und Apotheken (s. 9.3.6.6) war kein „Selbstläufer“ sondern bedurfte einigen Engagements. Zudem benötigte auch die Einarbeitung in das Schulungs-Manual, die Vorbereitung und Durchführung der Schulung mehr Zeit als ursprünglich angenommen. Nachdem die ersten Hindernisse überwunden waren, liefen die Schulungen sehr gut und mit hoher KlientInnenzahl in den Gruppenschulungen an, was die Motivation der MitarbeiterInnen der Drogenhilfeeinrichtung aufrechterhielt. In der ersten Phase der Gruppenschulungen wurden mehrheitlich bereits an die jeweilige Drogenhilfeeinrichtung angebundene meist substituierte KlientInnen erreicht. Diese verbreiteten ihre meist positiven Erfahrungen zu den Take-Home-Naloxon-Schulungen in der Szene weiter. Im Verlauf wurde in den Zentren immer mehr Werbung und persönlicher Einsatz notwendig, um weniger gut angebundene KlientInnen zu erreichen und für die Schulungen zu mobilisieren. Nach einer Phase mit größeren Gruppen fanden in einer nächsten Phase Gruppenschulungen mit weniger TeilnehmerInnen statt. Zudem wurden vermehrt auch Einzelschulungen für Klienten angeboten deren Alltag durch die Suchterkrankung z.B. durch die Drogenbeschaffung sehr unstet ist. Gerade diesen, hoch gefährdeten KonsumentInnen, gelingt es kaum, zuverlässig vereinbarte Termine, z.B. für eine Gruppenschulung einzuhalten. Es zeigte sich jedoch, dass diese Gruppe von Opioidabhängigen („Szene“) mit spontanen (Einzel-)Trainings besser erreichbar ist. Der Mehraufwand konnte von den TrainerInnen durch im Projektverlauf gewachsene Erfahrung aufgefangen werden (s. Abbildung 1).

Der im Verlauf wachsende Mehraufwand für das Take-Home-Naloxon-Angebot muss nicht nur vom Team getragen, sondern auch finanziell ausgeglichen werden. Scheint (subjektiv) eine kostendeckende Abgeltung des Mehraufwandes nicht gegeben, ist zeitaufwändige Akquise der Opioidabhängigen und (Einzel-)Schulungen im Team trotz vorhandener Motivation schwer zu vermitteln. Hilfreich scheint hier zu sein, dass mehrere TrainerInnen im Zentrum Schulungen abhalten können und sich die Arbeitsbelastung so besser verteilt. Zudem hat dieses Vorgehen den Vorteil, dass alle MitarbeiterInnen im Zentrum die Sinnhaftigkeit eines Take-Home-Naloxon-Angebotes erkennen, aber auch den dafür notwendigen Aufwand.

Zentren, in denen mehrere TrainerInnen Schulungen abhielten, waren im Vergleich zu Zentren mit einem Haupttrainer eher bereit, Notfallschulungen mit Take-Home-Naloxon in das „reguläre“ Angebot der Einrichtung zu übernehmen. In Zentren, bei denen überwiegend eine Hauptperson für die Schulungen verantwortlich war, kam es häufiger zu Diskussionen und Unstimmigkeiten innerhalb des Teams.

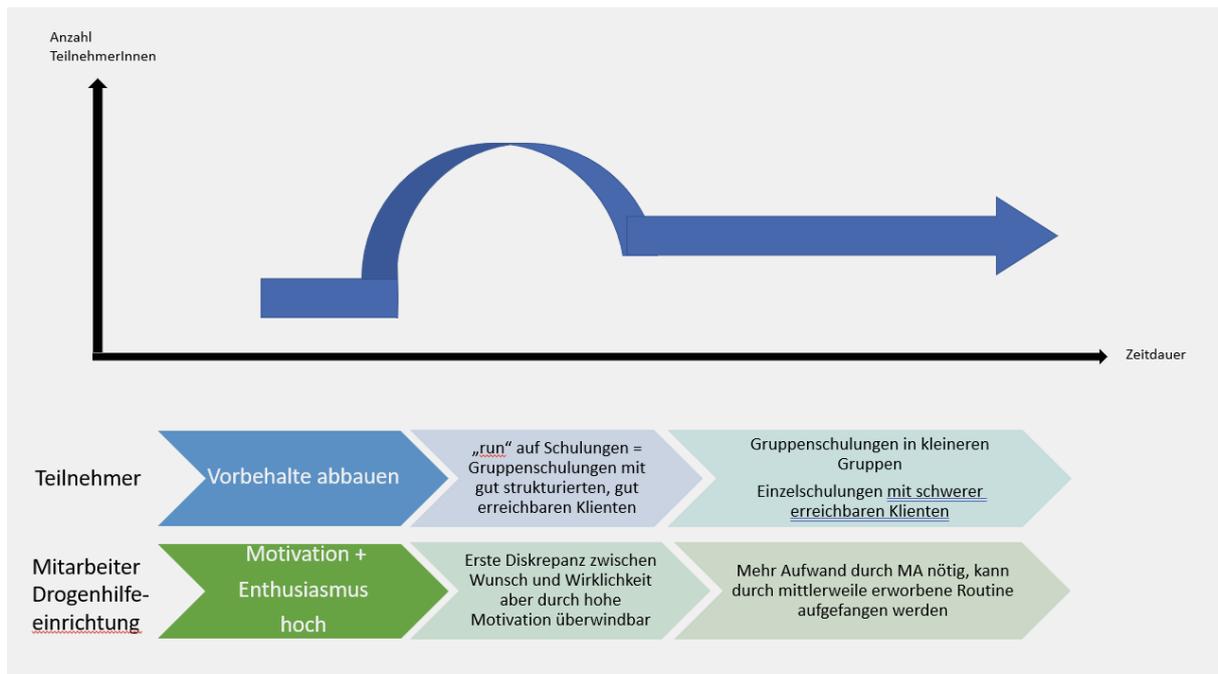


Abbildung 1: Phasen in Drogenberatungsstellen bei THN-Schulungsimplementierung

Allerdings berichten einzelne Zentren auch, dass die eingesetzten Ressourcen für Motivationsarbeit und Gespräche mit potenziellen TeilnehmerInnen gut investierte Zeit war. Das therapeutische Bündnis zum opioidabhängigen Klienten wurde durch die Akquisegespräche und ggf. Teilnahme an der Notfallschulung mehrfach als verbessert beschrieben, es wurden mehr persönliche Informationen ausgetauscht und das Vertrauen der KlientInnen in die Einrichtung sei gestiegen. Somit scheint persönliche „Bewerbung“ des Take-Home-Naloxon-Angebotes und die Teilnahme an der Schulung auch positive Auswirkungen auf das therapeutische Bündnis zu haben und sich bei zukünftigen Krisensituationen hilfreich nutzen lassen.

9.3.6.2 Umsetzung in den Justizvollzugsanstalten

Um Schulungen in Justizvollzugsanstalten durchführen zu können mussten einige organisatorische Hürden und Vorbehalte im Vorfeld überwunden werden. So wurde das Projekt bei mehreren Gelegenheiten unter Teilnahme von AnstaltsärztInnen, AnstaltsleiterInnen und Vertretern des Bayerischen Staatsministerium der Justiz vorgestellt und diskutiert. Einzelne Haftanstalten in Bayern zeigten von Anfang großes Interesse, meist solche, in denen auch bereits eine Substitutionsbehandlung für inhaftierte Opioidabhängige angeboten wird. Andere zeigten wenig bis kein Interesse. Extrem hilfreich war schließlich ein Unterstützungsschreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Justiz, was schließlich die verbliebenen Türen für die Kooperationspartner in einigen Justizvollzugsanstalten öffnete.

Nachdem sich im Verlauf einige wichtige Rahmenbedingungen klärten, konnten v.a. Gruppenschulungen abgehalten werden. In Einzelfällen z.B. vorzeitige oder ungeplante Haftentlassung wurden auch Einzelschulungen durchgeführt.

Die Auswahl und Ansprache der für eine Notfallschulung geeigneten inhaftierten Opioidabhängigen erfolgte durch die MitarbeiterInnen der externen Suchtberatung. In Rücksprache mit der Einrichtung wurde ein Schulungstermin festgelegt. Das Naloxon-Präparat wurde von AnstaltsärztInnen verordnet und in die persönliche Habe übergeben, sodass es, wie evtl. andere Medikamente auch, bei Haftentlassung übergeben wurde.

Nach der durchaus aufwändigen Überwindung einiger Hürden, konnten also erste inhaftierte Drogenabhängige eine Notfallschulung, und bei Haftentlassung ein Take-Home-Naloxon erhalten. Im Rahmen des Modellprojektes stellten jedoch Inhaftierte nur eine kleine Untergruppe dar. Die ersten Erfahrungen zeigen aber, dass Schulungen hier besonders gut plan- und auch durchführbar sind. Es gelingt gut, KlientInnen in Haft zu einer Schulungsteilnahme zu motivieren, da es meist eine willkommene Abwechslung im Haftalltag darstellt. Die Teilnehmer sind gut aufnahmefähig, da sie, im Gegensatz zu Teilnehmern z.B. aus der Szene, weder durch Drogenwirkung, noch durch Entzugssymptome in der Aufnahmefähigkeit eingeschränkt sind.

Es bleiben aber einige Fragen offen, die in der Diskussion aufgegriffen werden.

9.3.6.3 Erreichbarkeit der Opioidabhängigen

Alle Zentren berichten von hoher Motivation und Beteiligung der KlientInnen, wenn Sie denn für die Schulung gewonnen waren, aber auch von anfänglichen Vorurteilen gegenüber Naloxon. Die anfänglichen Vorbehalte gegenüber Naloxon innerhalb der Szene mussten erst überwunden und Naloxon als Notfallmedikament und somit lebensrettende Maßnahme bei einer Überdosis bekannt gemacht und etabliert werden.

Nach den Erfahrungen in den kooperierenden Drogenhilfeeinrichtungen lassen sich Opioidabhängige recht gut über niedrigschwellige Hilfsangebote (z.B. Kontaktladen, StreetworkerInnen) ansprechen und erreichen.

Insgesamt lassen sich substituierte, sowie inhaftierte Opioidabhängige deutlich besser erreichen im Vergleich zur besonders gefährdeten Gruppe der Nichtsubstituierten Opioidabhängigen aus der Drogenszene. Um Vorurteile abzubauen wurde Beziehungsarbeit (Vorarbeit durch Beziehung) als sehr wichtig erlebt. KlientInnen scheint besonders wichtig zu sein, dem/der MitarbeiterIn der Drogenhilfe vertrauen zu können.

Grundsätzlich stehen fast alle Opioidkonsumenten nach mehr oder weniger zeitaufwändiger Vorabinformation der Teilnahme an einer Drogennotfallschulung, inkl. Take-Home Naloxon offen gegenüber. Für viele Opioidabhängige gilt, dass Schwierigkeiten, Termine einzuhalten oder Prioritäten zu setzen, eine Folge der Suchterkrankung sind. Daher haben die Anmeldungen zu Gruppenschulungsterminen eine hohe Drop-out-Quote. Sind die TeilnehmerInnen jedoch zum Schulungstermin erschienen, attestieren ihnen die TrainerInnen meist hohe Motivation, Aufmerksamkeit, Engagement sowie Mitarbeit.

Substituierte TeilnehmerInnen

Die meisten Teilnehmer (69%) gehören zur Untergruppe in einer Substitutionsbehandlung befindlichen Opioidabhängigen. Nach Einschätzung der Drogenhilfeeinrichtungen ist das vorwiegend darauf zurückzuführen, dass Substituierte bereits im Kontakt mit dem Hilfesystem und daher einfacher erreichbar sind. Sie erschienen meist auch zugänglicher für unterstützende Angebote, so auch für eine Teilnahme an einer Drogennotfallschulung, inkl. Take-Home-Naloxon. Auch besteht häufig bereits länger Kontakt zu den MitarbeiterInnen der Drogenhilfe, z.B. im Rahmen der psychosozialen Betreuung, was die Motivation zur Schulungsteilnahme aufgrund der bestehenden Vertrauensbasis erleichtert. Alleine durch die meist tägliche Vergabe haben diese KlientInnen eine geregeltere Tagesstruktur, sodass es Ihnen oft auch besser gelingt, einen geplanten Schulungstermin wahrzunehmen. Sie stellen daher auch den größten Anteil in den Gruppenschulungen.

Nicht substituierte TeilnehmerInnen

Der Alltag von Nicht-Substituierten ist durch den Kreislauf zwischen Drogenbeschaffung, Konsum, Erholung von den Konsumfolgen und wieder von vorne, unruhiger als der von Substituierten oder gar Inhaftierten. Daher gelingt es ihnen selten, einen festen (Gruppen-)Schulungstermin wahrzunehmen. In dieser Gruppe bestehen auch mehr Vorbehalte gegen Naloxon, sodass es insgesamt mehr Aufwand bedurfte, um sie zu einer Schulungsteilnahme zu motivieren. Nach den Erfahrungen gelang es eher, diese Subgruppe über spontane Einzelschulungen zu erreichen. Auch hier wurde die Erfahrung rückgemeldet, dass die Beziehung zwischen MitarbeiterInnen der Drogenhilfeeinrichtung (meist StreetworkerInnen) und KlientInnen noch wichtiger ist als bei Substituierten, um diese meist wenig ans Hilfesystem angebundene Konsumentengruppe zu einer Teilnahme an der Schulung zu motivieren. Insgesamt wurden Nicht-Substituierte eher in Einzelschulungen trainiert. Diese waren flexibler durchführbar, wenn die Rahmenbedingungen für den/die TeilnehmerIn günstig waren. Dabei war es hilfreich, wenn genügend Kapazität (Personal, TrainerIn, Zeit) in den Drogenhilfeeinrichtungen vorhanden ist, um diese Flexibilität leisten zu können.

TeilnehmerInnen in JVAen

Die geplante Fallzahl der Subgruppe JVA-Insassen konnte trotz anfänglicher Schwierigkeiten erreicht werden. Opioidabhängige, die zur Zeit ihrer Teilnahme inhaftiert waren, waren gut erreichbar und motiviert an der Schulung teilzunehmen. Durch den gut strukturierten Tagesablauf dieser Subgruppe war die Terminfindung erleichtert. Die TeilnehmerInnen hatten auch als einzige Subgruppe keinen Zeitdruck, sodass die Schulung mit größerer Ruhe durchgeführt werden konnte.

9.3.6.4 Nasaless Naloxon

Untenstehend findet sich eine Zusammenstellung der wesentlichen förderlichen und hinderlichen Faktoren im Zusammenhang mit dem ausgehändigten Naloxon Nasenspray. Gegliedert sind diese Erkenntnisse nach Grundlagen zum Medikament, zugelassener Indikation und der Beschaffung des Medikamentes durch Kooperationspartner.

Medikament grundsätzlich

Das in dieser Studie verwendete Naloxon als Nasenspray ist eine speziell an die Resorptionseigenschaften der Nase angepasste Zubereitung und erhielt 2018, also zu Projektbeginn, eine EU-weite Zulassung. Derzeit ist dies das einzige in Deutschland zugelassene Naloxon-Nasenspray (Nyxoid®) das für eine sichere Anwendung durch Laien zur Verfügung steht. Zwar sind in den USA auch alternative Präparate zugelassen, diese sind aber aufgrund der erheblich höheren Kosten und der fehlenden Zulassung in Deutschland keine Alternative. Im Verlauf des Modellprojektes hat die Herstellerfirma sämtliche aktive Unterstützung des Präparats eingestellt. Alle Präparate mit Opioidbezug, inkl. Nyxoid® sollen veräußert werden. Es bleibt zu hoffen, dass das Präparat, trotz vermutlich bislang sehr überschaubarer Verordnungszahlen, verfügbar bleibt.

zugelassene Indikation, Rezeptpflicht

Die Zubereitung Nyxoid® unterliegt der Rezeptpflicht. Zugelassen ist eine Rezeptierung für Opioidabhängige. Das bedeutet, dass Personen, die selbst nicht opioidabhängig sind, aber ein

hohes Risiko haben, mit einem Opioidüberdosierungsnotfall konfrontiert zu werden, nasales Naloxon nur „off-label“ verordnet werden darf, mit allen daraus resultierenden Konsequenzen. Dazu gehören z.B. nicht-opioidabhängige Angehörige oder Mitarbeiter von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen, z.B. Streetworker.

Beschaffung des Medikamentes

Die Beschaffung des Medikamentes stellte für die Kooperationszentren eine besondere Herausforderung dar. Dies in zwei Punkten. Erstens die Beschaffung des Medikamentes für die SchulungsteilnehmerInnen. Zweitens die Verfügbarkeit von Naloxon für Personen, die eine hohe Wahrscheinlichkeit haben, bei einem Drogennotfall anwesend zu sein z.B. MitarbeiterInnen von Drogenhilfeeinrichtungen. Im Laufe des Projektes wurde die Beschaffung des Medikamentes zudem durch den Vorwurf der Nichteinhaltung der freien Apothekenwahl (s. 10.3.6.4) erschwert.

Beschaffung des Medikamentes für TeilnehmerInnen

Wie in der Theorie (s. o) dargestellt, sinkt der Anteil der Opioidabhängigen, die tatsächlich Naloxon erhalten beträchtlich, wenn die SchulungsteilnehmerInnen sich zunächst ein ärztliches Rezept besorgen und damit in eine Apotheke zur Einlösung gehen müssen. Dort wird das Präparat meist nicht vorrätig sein wird, wodurch ein erneutes Aufsuchen notwendig wird. Um einen solchen Drop-out zu verhindern sollte das Medikament den Opioidabhängigen möglichst direkt am Ende der Schulung im sogenannten „Notfallkit“ ausgehändigt werden.

Dies bedeutet wiederum, dass das Medikament während der laufenden Schulung in einer nahegelegenen Apotheke beschafft werden muss. Um dies zu gewährleisten ist normalerweise ein mit einer Drogenhilfeeinrichtung kooperierende/r Arzt/Ärztin vor oder während der o.a. Notfallschulung vor Ort, und erhebt die notwendigen Informationen für jeden teilnehmenden Opioidabhängigen, insbesondere im Hinblick auf die korrekte Indikation. Er stellt dann dem Opioidabhängigen ein Rezept über das Nyxoid aus, und übergibt es dem Teilnehmenden. Die MitarbeiterInnen der Drogenhilfeeinrichtung klären die TeilnehmerInnen über die freie Apothekenwahl auf, und bieten den Schulungsteilnehmern an, dass ein/e MitarbeiterIn während der laufenden Schulung in einer dem Schulungsort nahegelegenen Apotheke die Rezepte einlöst, um die notwendige Zahl von Nasensprays zu holen und in das Notfall-Kit zu packen. In der Regel wurde dieses Angebot des Apothekenganges durch eine/n MitarbeiterIn von den SchulungsteilnehmerInnen angenommen.

Eine Gruppenschulung dauert meist zwischen 60 und 90 Min., in der der/die MitarbeiterIn nun Zeit hat, in eine Apotheke zu gehen und die Kits zu vervollständigen. Naheliegenderweise sollte die Apotheke daher aus Zeitgründen möglichst nahe am Schulungsort liegen und das Präparat sollte bereits vorrätig (also vorbestellt) sein.

Bei einer zwar meist kürzeren Einzelschulung muss trotzdem zusätzlich zur Schulung noch das Rezept bei eine/m Arzt/Ärztin und anschließend das Medikament in einer Apotheke besorgt werden. Um dies zeitnah erledigen zu können, müssen sowohl Arzt/Ärztin wie auch Apotheke fußläufig erreichbar sein.

Spezifische Probleme für/mit den beteiligten Berufsgruppen ÄrztInnen und ApothekerInnen sind unter 10.3.6.4 dargestellt.

Beschaffung des Medikaments für inhaftierte Opioidabhängige

Inhaftierte TeilnehmerInnen erhielten das Drogennotfallkit als einzige Subgruppe nicht am Ende der Schulung. Dieser Teilnehmergruppe wurde das Drogennotfallkit in die Habe gegeben. Zu Entlassung wurde das Notfallkit den TeilnehmerInnen inkl. des Medikaments ausgehändigt. Nach einigen zu überwindenden Hürden (s. 10.3.6.2) übernahm die Verordnung des Medikamentes der/die jeweilige Anstaltsarzt/Anstaltsärztin.

Drogennotfälle in Anwesenheit von MitarbeiterInnen von Drogenhilfeeinrichtungen

Es zeigte sich im Verlauf der Studie, dass die Rezeptpflicht durch die Gesetzliche Krankenversicherung-(GKV-)Kostenerstattung zwar einen großen Vorteil für die Opioidabhängigen, aber einen Nachteil für die MitarbeiterInnen von Drogenhilfeeinrichtungen darstellt. In insgesamt 4 Fällen wurden MitarbeiterInnen von Drogenhilfeeinrichtungen (z.B. StreetworkerIn) im öffentlichen Raum und einmal auch im Kontaktladen bei einer Überdosierung zu Hilfe gerufen. Hier ging teilweise wertvolle Zeit dadurch verloren, dass erst nach einem/einer ehemaligen SchulungsteilnehmerIn gesucht werden musste, der sein/ihr Take-Home Naloxon bei sich trug. Dies gelang aber glücklicherweise in allen o.a. Fällen.

9.3.6.5 Medizinische Einrichtungen

Medizinische Einrichtungen, z.B. Substitution, Entzug, Entwöhnung, waren zwar auf Fachtagungen o.Ä. sehr interessiert an dem Projekt und den Schulungen und befanden Take-Home-Naloxon als schadensminimierende Maßnahme bei Opioidabhängigen hoch sinnvoll. Wenn es dann jedoch um den eigenen Behandlungsbereich ging, gab es einige Vorbehalte. Ein grundsätzliches Problem war nicht selten, Naloxon für den Fall eines Rückfalles zwar als lebensrettende Sofortmaßnahme zu akzeptieren, dies aber im Widerspruch zu den eigenen Behandlungszielen zu erleben, z.B. primär abstinenzorientiert oder zumindest ohne Opioidbeikonsum in der Substitution („dann ermuntere ich doch zum Rückfall/Beikonsum“). Dabei wurde auch zu wenig berücksichtigt, dass ja das Take-Home-Naloxon meist bei einem Drogennotfall eines anderen Drogenabhängigen eingesetzt wird (s. 9.3.6.6).

Von den MitarbeiterInnen der Drogenhilfeeinrichtungen wurde leider auch häufiger im Umgang mit medizinischen Einrichtungen geklagt, dass sie nicht als Gesprächspartner auf Augenhöhe behandelt und wahrgenommen wurden. Es wäre zu wünschen, dass alle Berufsgruppen, auch unterschiedlicher Träger, gemeinsam im Interesse der versorgten Opioidabhängigen kooperieren. Anhand der Best-Practice-Modelle zeigte sich, dass dadurch alle Seiten profitieren können.

Substitutionspraxen, -ambulanzen

Hier gab es einige sehr interessierte ÄrztInnen, die auch bei der Rekrutierung ihrer PatientInnen unterstützten. Es gab aber auch über die o.a. Vorbehalte hinaus weitere Ängste.

So wurde gerade von substituierenden ÄrztInnen rückgemeldet, dass sie die Information erhalten hätten, dass die Verordnung von Naloxon an einen in Substitution befindlichen Opioidabhängigen einen Regress bedingen kann. Eine gleichzeitige Verordnung von Substitutionsmittel und Naloxon passe nicht zusammen und erscheine nicht finanzierbar.

Auch wurden rechtliche Bedenken geäußert, da das Naloxon ja überwiegend bei dem Drogennotfall eines Menschen eingesetzt werde, dem selbst kein Naloxon verordnet worden ist.

Wenn nun dem Überdosierten dadurch ein Schaden entstünde empfanden sich manche ÄrztInnen mit in der Haftung.

Auch von Seiten einzelner MitarbeiterInnen von Drogenhilfeeinrichtungen gab es durchaus Vorbehalte, da ggf. negative Konsequenzen für Substituierte befürchtet wurden, die an einer Drogennotfallschulung, inkl. Take-Home Naloxon teilnahmen. Begründet wurde dies u.a. damit, dass der/die Arzt/Ärztin dem Teilnehmer womöglich ein erhöhtes Risiko für Beikonsum unterstellt (s.o.).

Als Best-Practice-Modell entwickelte sich an einem Standort eine gute Kooperation zwischen Substitutionspraxis und Drogenhilfeeinrichtung. Mitarbeiter der Drogenhilfe führten die Notfallschulung durch, der/die Arzt/Ärztin verordnete das Naloxon.

In einer großen Substitutionsambulanz einer Klinik ließ sich ein Mitarbeiter zum Trainer schulen und führte bei gefährdeten Substituierten die Notfallschulung durch, inkl. Verordnung des Naloxon durch eine/n Arzt/Ärztin der Ambulanz.

Kliniken mit Entzugsstationen für Opioidabhängige

Hier war der scheinbare Widerspruch zum primären Behandlungsziel Abstinenz (s.o.) nicht selten ein entscheidender Punkt.

Da diese Klientel eine besonders hohe Gefährdung bei einem evtl. Rückfall aufweist, erscheint hier zukünftig verstärkte Information und Motivation sinnvoll, um Take-Home-Naloxon-Schulungen in die klinische Routine zu integrieren.

Entwöhnungskliniken für Opioidabhängige

Nur in einer Rehabilitationseinrichtung für drogenabhängige Alleinerziehende und Paare mit Kindern konnte eine Schulung durchgeführt werden. Diese stieß auf reges Interesse auf Seiten der TeilnehmerInnen und auf große Akzeptanz auf Seiten des Personals. Ausschlaggebend für die Bereitschaft zur Teilnahme war u.a., die Akzeptanz, dass Rückfälle mit zur Erkrankung gehören und auch bei primär abstinenzorientiertem Behandlungsziel das dann sehr hohe Risiko einer tödlichen Überdosierung möglichst minimiert werden sollte.

Zusammenfassend konnten im Rahmen des Modellprojektes leider nur sehr wenige medizinische Einrichtungen zur Teilnahme gewonnen werden. Neben rechtlichen und finanziellen Bedenken war einer der wesentlichen Gründe der scheinbare Konflikt zum angestrebten Behandlungsziel, z.B. Beikonsumfreiheit, Abstinenz. Da gerade in medizinischen Einrichtungen häufig Opioidabhängige mit besonders hohem Risiko für Überdosierungen in Behandlung und prinzipiell sehr gut erreichbar sind, wäre eine Etablierung von Notfallschulungen, inkl. Take-Home-Naloxon gerade in diesen Settings zur Erreichung einer großen Durchdringung sehr hilfreich.

9.3.6.6 ÄrztInnen, ApothekerInnen

Wie oben dargestellt sollte möglichst im Anschluss an die Notfallschulung jedem/jeder TeilnehmerIn ein Drogennotfall-Kit mit verschreibungspflichtigem Medikament (Take-Home-Naloxon) ausgehändigt werden. Für die Rezeptausstellung war ein Arzt-Patientenkontakt, möglichst im Umfeld der Schulung notwendig. Einen kooperierenden Arzt zu finden war für einige Drogenhilfeeinrichtungen herausfordernd, wozu mehrere hinderliche Faktoren beigetragen haben:

Wie bereits o.a. ist es für Drogenabhängige schwierig, mehrere verteilte Termine im Rahmen Ihrer Erkrankung einzuhalten. Daher sollte, wenn irgend möglich, der Arzt-Patienten-Kontakt unmittelbar im Zusammenhang mit der Notfallschulung erfolgen. Dies würde jedoch erfordern, dass ein Arzt bei einer Einzelschulung fußläufig und in kurzer Zeit erreichbar war. Bei Gruppenschulungen war es hilfreich, wenn der Arzt zum Schulungsort kam.

Entsprechend motivierte Ärzte zu finden, war in einzelnen Zentren schwierig. So gab es Ärzte, die dem Projekt (und somit dem Unterfangen, Opioidabhängige mit Naloxon zu versorgen) äußerst wohlwollend und aufgeschlossen gegenüberstanden. Es gab aber auch – vor allem unter den substituierenden ÄrztInnen – viele Vorbehalte.

Diese Vorbehalte bezogen sich jedoch nicht unbedingt auf das Take-Home-Naloxon als solches. Eine der Hauptbefürchtungen im medizinischen Bereich war, dass ein Opioidabhängiger, der sich in einer Behandlung befindet, egal ob Substitution oder abstinenzorientiert, durch eine Naloxon-Rezeptierung quasi zum (Bei-)Konsum „aufgefordert“ werden könnte. Im Kontext der Substitution wurde dies durch angebliche Äußerungen verschärft, dass bei Rezeptierung an Substituierte ein Regress wahrscheinlich sei, da angeblich aus Sicht der Kostenträger sich Substitution und Naloxon-Verordnung gegenseitig ausschließen würden. Hier half auch der Verweis darauf wenig, dass es ja letztlich um die Hilfe bei einem Drogennotfall eines anderen Menschen geht.

Dazu beigetragen haben mag auch, dass einige der angefragten ÄrztInnen die DrogenhelfemitarbeiterIn nicht als GesprächspartnerIn auf Augenhöhe, nicht ausreichend medizinisch kompetent und somit in Bezug auf Informationen bezüglich der Drogennotfallschulungen inkl. Take-Home-Naloxon als nicht gleichrangig wahrgenommen haben. Gleichzeitig sahen sie selbst aber keine Möglichkeit, entsprechende Schulungen durchzuführen.

Substituierende ÄrztInnen

Grundsätzlich wurde vermeldet, dass sich die Kooperationszentren gerade von einigen substituierenden ÄrztInnen mehr Bereitschaft für eine Kooperation gewünscht hätten, da viele KlientInnen in diesen Praxen angebunden sind und es somit beispielsweise einfach wäre, in Kooperation dort THN-Schulungen anzubieten, verbunden mit der Ausstellung eines Naloxon-Rezeptes. Auch ein neues Rezept nach einer Naloxonanwendung sollte dort einfach zu erhalten sein.

Ebenfalls wenig motivationsförderlich war für einige Ärzte die unklare Situation über die Verordnungsfähigkeit des nasalen Naloxons zu Lasten der GKV. Hier gab es in einzelnen Regionen auch konkrete Regressandrohungen, gerade auch bezogen auf die o.a. „parallele“ Verordnung einer Substitution und Naloxon. Dies führte bei einigen ÄrztInnen dazu, dass sie allenfalls bereit waren, Naloxon auf Privatrezept zu verordnen. Die Kostenübernahme verblieb dann bei den Kooperationszentren der Drogenhilfe.

Auch wurden Vorbehalte damit begründet, dass das Naloxon ja an Dritten angewandt werden muss. Dies könnte von den Kostenträgern als „Kassenbetrug“ unterstellt werden.

ÄrztInnen in medizinischen Einrichtungen

Sehr schwierig war es auch, ÄrztInnen aus stationären Einrichtungen für die Teilnahme zu gewinnen, die z.B. Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen durchführen. Obwohl hier eine erhöhte Mortalität aufgrund einer Überdosierung bei einem Rückfall besteht, der ja letztlich zur

Erkrankung gehört, gab es meist den Vorbehalt, dass man damit seine auf Abstinenz ausgerichtete Behandlung in gewisser Weise in Frage stelle.

ApothekerInnen

Auch von Seiten der Apotheken waren sehr unterschiedliche Rückmeldungen zu erhalten. So gab es Apotheken, die sich weigerten, nasales Naloxon zu bestellen/auszugeben, u.a. da sie die Drogenabhängigen nicht in ihren Apotheken haben wollten. Andererseits wurden materielle Befürchtungen genannt, so z.B. das Sitzenbleiben auf bestellten Naloxonpackungen.

Andere Apotheken hatten eine sehr wohlwollende Einstellung und unterstützten die Drogenhilfeeinrichtungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten. Eine Apotheke hat sogar von sich aus Interesse am Modellprojekt bekundet.

Im Projektverlauf kam es zu einer offiziellen Beschwerde einer Apothekerin bei der Landesapothekerkammer und dem Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Bay. StMGP) mit dem Vorwurf einer unzulässigen Kooperation und Einschränkung der freien Apothekenwahl (s. dazu auch Best-Practice-Modell s. dazu 10.7.1. Dies führte am Ende zu einer deutlichen Zunahme des bürokratischen und organisatorischen Mehraufwands, ohne konkreten Nutzen für alle Beteiligten.

Maßnahmen im Modellprojekt zur Vermeidung möglicher Rechtsverstöße

Um den Vorwurf eines Verstoßes gegen die freie Apothekenwahl, sowie einer Zuweisung von Verschreibungen so gut wie möglich schon im Vorfeld zu entkräften, wurden folgende Maßnahmen umgesetzt:

- Aushändigung des Naloxon-Rezeptes im Rahmen des Arzt-Patienten-Kontaktes direkt an den/die TeilnehmerIn. Dieser kann es selbst einlösen, oder alternativ mit seiner Einverständniserklärung an eine/n MitarbeiterIn der schulenden Einrichtung zur Einlösung weitergeben.
- Aufklärung der TeilnehmerInnen über die freie Apothekenwahl und dass es Ihnen frei steht, sich das Naloxon selbst in einer Apotheke der eigenen Wahl mit dem ausgestellten Rezept zu holen.
 - zusätzliche Items in den Schulungsleiterfragebögen zur Absicherung einer erfolgten Aufklärung zur freien Apothekenwahl
 - Checklisten für die Monitorings ergänzt um den Punkt „über freie Apothekenwahl aufgeklärt“.
 - Manual-Ergänzung: der/die SchulungsleiterIn weist zu Beginn des Trainings auf die freie Apothekenwahl hin.
- Angebot an die TeilnehmerInnen, dass mit einer schriftlichen Einverständniserklärung und Aushändigung des Rezeptes ein(e) MitarbeiterIn der Drogenhilfeeinrichtung während der laufenden Schulung das Medikament in einer nahegelegenen Apotheke gegen Vorlage des Rezeptes holt.
 - Einholung einer schriftlichen Einverständniserklärung des Opioidabhängigen durch die jeweilige Einrichtung: „Ich beauftrage die Drogenhilfe xy für mich zur Apotheke Ihrer Wahl zu gehen und mir mein Naloxon zu holen“

Es gelang trotz mancher Schwierigkeiten allen beteiligten Drogenhilfeeinrichtungen, Apotheken zu finden, um die teilnehmenden Opioidabhängigen in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Notfallschulung auch mit Take-Home-Naloxon auszustatten.

9.3.6.7 Rettungsdienste

Während des Projektes wurde versucht, die regionalen Rettungsdienste kurzgefasst über das Modellprojekt (Notfall-Schulungen und das Naloxon-Kit bei Opioidabhängigen zur Reduktion von Drogentod) zu informieren. So wurde z.B. in einem Zentrum eine Informationsveranstaltung für RettungssanitäterInnen und NotärztInnen angeboten. Zudem wurde persönlich bei den LeiterInnen der Notaufnahmen der beiden großen Kliniken der Stadt vorgesprochen und das Projekt vorgestellt. Zusätzlich wurde Informationsmaterial per email-Verteiler versandt. In den anderen Zentren wurde lediglich Informationsmaterial versandt und persönlich zu verschiedenen Informations-Knotenpunkten Kontakt aufgenommen.

Meist waren die NotärztInnen dem Projekt gegenüber positiver eingestellt als RettungssanitäterInnen. Wenngleich bei beiden Berufsgruppen einige Vorbehalte im Sinne einer Stigmatisierung von Drogenabhängigen überwunden werden mussten. Zudem wurde deutlich, dass es für die MitarbeiterInnen der Drogenhilfeeinrichtungen (zumeist Sozialpädagoginnen) schwierig ist, bei medizinischem Personal Gehör zu finden. Um eine Kommunikation „auf Augenhöhe“ zu erreichen, war es im Einzelfall hilfreich, wenn zumindest eine Information auch durch die Projektleitung erfolgte. Allerdings wurde auch deutlich, dass der Informationsfluss innerhalb des Rettungsdienstes einige Zeit in Anspruch nahm und einige angaben, nichts von dem Take-Home-Naloxon-Modellprojekt zu wissen. Um eine breitere Information zu erreichen, bedarf es deutlich mehr Koordination und Aufwand als es in der Laufzeit dieses Projekts möglich war.

Im Rahmen der Einsatzberichte zu Drogennotfällen der geschulten Opioidabhängigen wurden auch eventuelle positive oder negative Erfahrungen mit den hinzugerufenen Rettungskräften erhoben. Im Großen und Ganzen gab es wenig berichtete Probleme mit den hinzugerufenen Rettungskräften. In Einzelfällen haben sich die Ersthelfenden Opioidabhängigen durch RettungssanitäterInnen abwertend behandelt gefühlt. Zudem waren immer wieder Rettungskräfte nicht über das Take-Home-Naloxon-Kit informiert.

Um auch die Perspektive des Rettungsdienstes einzubeziehen, wurde mittels eines standardisierten Kurz-Fragebogens das Feedback von NotärztInnen und RettungssanitäterInnen zu Überdosierungsnotfällen und dem Einsatz eines Drogennotfall-Kits ermöglicht. Leider erfolgten solche Rückmeldungen nur aus dem Zentrum/der Stadt, dessen LeiterInnen der Notaufnahmen mit dem Projekt vertraut gemacht worden waren. Diese Feedbacks attestieren den geschulten Opioidabhängigen jedoch guten Umgang sowohl mit dem Medikament, wie auch den erforderlichen und adäquaten Ersten-Hilfe-Maßnahmen. In einigen Fällen wurde auch hervorgehoben, dass von den opioidabhängigen Ersthelfern explizit angeboten wurde, dass Sie beim Überdosierten nach erfolgreichem THN-Einsatz verbleiben und sich melden, falls es erneut zu Überdosierungssymptomen kommen sollte. Dies ermöglichte dann nach Einschätzung des Notarztes vor Ort, dass diese Überdosierten nicht in die Klinik zur Überwachung gebracht werden mussten.

Beispielhaft das Zitat eines Notarztes: „Es wird ja sehr selten und noch seltener korrekt Erste Hilfe geleistet. Dass ich das dann ausgerechnet von einem Drogenabhängigen erlebe, und dann auch noch Naloxon richtig eingesetzt wird, das hätte ich tatsächlich nicht erwartet.“

9.3.6.8 Polizei

Analog zu den Rettungskräften wurde in den Kooperationszentren die Polizei über das Projekt informiert. Grundsätzlich gab es von Seiten der Polizei wenig Vorbehalte. Auch wurde von Seiten der TeilnehmerInnen mehrheitlich Positives über eventuell hinzukommende uniformierte Beamte berichtet. Zumindest bei Vorfällen in der Öffentlichkeit kam es zu keinen Wegnahmen des Naloxon-Kits. Im Gegenteil berichtet ein Zentrum, dass sich Beamte von den Opioidabhängigen das Kit haben zeigen und darüber aufklären lassen. Leider ist auch hier der Informationsfluss in einigen Fällen stockend gewesen, sodass einige Polizisten nicht über das Projekt informiert waren. In Einzelfällen konnte dies auf zusätzlich aus anderen Regionen hinzugezogene Einsatzkräfte, z.B. im Kontext von Großveranstaltungen wie Fußballspiele zurückgeführt werden.

Insgesamt kann zwar ein positives Fazit im Hinblick auf Take-Home Naloxon und das Notfallkit gezogen werden, dennoch wird die Angst vor der Polizei ein ständiges Thema in der Schulung bleiben.

10 Diskutierende Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Modellprojekt sollte geklärt werden, ob, und wenn ja, unter welchen Schulungsbedingungen es gelingt, Opioidabhängigen genügend Wissen und Fertigkeiten in Bezug auf Opioidüberdosierungen zu vermitteln, sodass sie in einem Drogennotfall lebensrettend handeln und ggf. auch nasales Take-Home-Naloxon (THN) sachgemäß anwenden. Daneben sollte geklärt werden, unter welchen Bedingungen THN medizinisch sicher, effektiv und rechtssicher als fester Bestandteil der Drogenhilfe etabliert und weiterentwickelt werden kann.

Wie die untenstehend zusammengefassten Ergebnisse zeigen, ist ein Wissenszuwachs durch Schulungen, die sich am vorliegenden Manual orientieren, zu verzeichnen. Ebenso eine Steigerung der Selbstwirksamkeit sowie Anwendungssicherheit. Dieser Zuwachs an Wissen sowie Fähigkeiten unterliegt verschiedenen Faktoren, die hier kritisch diskutiert werden sollen.

10.1 Diskussion zur Stichprobe

Laut Kraus et al. (2019) sind in Deutschland ca. 166.000 Opioidabhängige zu erwarten, davon ca. 10 % in Bayern. Knapp 57 % der Opioidabhängigen befinden sich in einer Substitutionsbehandlung. Danach wären Substituierte in unserer Stichprobe mit 69% leicht überrepräsentiert, wobei in Ballungsgebieten in verschiedenen Studien ein höherer Teil von Substituierten berichtet wurde. Der Anteil der Frauen wurde auf 25 % geschätzt, war damit in unserer Stichprobe mit 33 % der TeilnehmerInnen leicht überrepräsentiert (Kraus et al., 2019). Unter Berücksichtigung der bereits regional (z.B. in Bayern überwiegend Ballungsgebiete eingeschlossen) zu erwartenden Unterschiede kann die Zusammensetzung unserer Stichprobe als weitgehend repräsentativ angesehen werden. Erhebliche Verzerrungen sind nicht zu erwarten. Legt man die o.a. Schätzung für Bayern zugrunde, dann wurden im Modellprojekt 2,9 % der Opioidabhängigen geschult und mit Take-Home-Naloxon ausgestattet.

Die relativ kleine Stichprobe von Inhaftierten unterscheidet sich in einigen demographischen Merkmalen (z.B. höherer Frauenanteil, niedrigeres Alter) von den o.a. Nicht-Inhaftierten. Grundsätzlich unterscheidet sich die kleine Subgruppe der Inhaftierten bei den wesentlichen Ergebnissen des Modellprojektes nicht. Gleichwohl sind die Ergebnisse für diese Untergruppe nur als vorläufig zu betrachten und müssen an einem größeren Kollektiv validiert werden.

Drogennotfälle:

Jeder dritte Opioidabhängige stirbt an einer Überdosierung (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). Zwei Drittel der Opioidabhängigen haben mindestens einmal in ihrem Leben eine Überdosierung (akzept e.V. 2016; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2018). Dies korrespondiert sehr gut mit den 69 % unserer opioidabhängigen TeilnehmerInnen, die angaben, selbst bereits einen Drogennotfall erlitten zu haben. Bemerkenswert erscheint, dass 91 % bereits bei einem Drogennotfall einer anderen Person zugegen waren. Lediglich 6 % gaben an, weder selbst einen Drogennotfall erlitten, noch einen bei einer anderen Person erlebt zu haben. Das bedeutet, dass es bereits sehr oft eine Gelegenheit gegeben hätte, Take-Home-Naloxon einzusetzen, so es denn bereits zur Verfügung gestanden hätte.

Von den TeilnehmerInnen, die angaben, bereits bei einem Drogennotfall einer anderen Person anwesend gewesen zu sein, berichteten fast 90 Prozent (89,2 %), dass sie versuchten, zu helfen. Allerdings war diese Hilfe nicht immer zielführend. So wurden in ca. einem Drittel der Fälle Maßnahmen aus dem Bereich der „Mythen“ berichtet. Dies korrespondiert jedoch gut mit den Angaben des (Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) 2016), wonach 90 % der Zeugen einer tödlichen Überdosis angaben, sie hätten Naloxon eingesetzt, wenn es verfügbar gewesen wäre. Allerdings kontrastiert diese übereinstimmend hohe Zahl helfender Personen mit den Angaben von Kraus und Seitz (2018), wonach nur bei bis zu 33 % aller Überdosierungssituationen Kenntnis über einen Rettungsversuch besteht. Diese niedrige Angabe wurde aus den Informationen der Falldatei Rauschgift entnommen. Danach wird nicht differenziert, wie der Rettungsversuch erfolgte. Es ist aber anzunehmen, dass (ggf. gut gemeinte, jedoch dem Bereich der „Mythen“ entstammende nicht wirklich hilfreiche Maßnahmen hier nicht gezählt wurden, somit die wahre Bereitschaft zu helfen deutlich unterschätzt wird, wie es die im Modellprojekt erhobenen Zahlen nahelegen.

Bezieht man den im Rahmen des Modellprojektes bei 70 Drogennotfällen dokumentierten Umgang durch die geschulten opioidabhängigen Ersthelfer mit ein, besteht tatsächlich eine hohe Bereitschaft zu helfen. Allerdings fehlt es häufig an zugehörigem Wissen, Fertigkeiten und auch Naloxon.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass mit ca. 15 % der ausgegebenen Drogennotfall-Kits deutlich mehr Einsätze nachverfolgt werden konnten als aus der Literatur zu erwarten war. So konnten z.B. Parmar et al. (2017) bei 764 an inhaftierte Drogenabhängige am Haftende ausgegebenen Drogennotfall-Kits eine Rückmeldung zu 23 Naloxon-Einsätzen bei Drogennotfällen (3 %) erheben.

Durchdringung

Wie oben dargestellt, konnten im Modellprojekt ca. 2,9 % der bayer. Opioidabhängigen geschult und mit Take-Home-Naloxon ausgestattet werden. Rein rechnerisch bedeutet dies, dass 1 von 33 Opioidabhängigen aktuell in der Lage wäre, Erste-Hilfe-Maßnahmen mit Naloxon bei einem Drogennotfall einzusetzen. Entsprechend niedrig ist die Wahrscheinlichkeit. Soll also am Ende die Zahl der Drogentoten erkennbar abnehmen, dann muss das Ziel eine möglichst hohe Durchdringung von THN bei Opioidabhängigen durch weite Ausrollung der Schulungen sein (Walley et al. 2013; Bird et al. 2016). Nur so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem Drogennotfall auch ein Opioidabhängiger in der Nähe ist, der ein THN bei sich hat und

weiß, was zu tun ist. Rein rechnerisch sollte dazu die Durchdringung deutlich über 50% sein. Im optimalen Fall wäre jeder Opioidabhängige geschult und mit einem Take-Home Naloxon ausgestattet.

10.2 Wirksamkeit der Schulungen

Zunächst soll die Wirksamkeit der Schulungen genauer betrachtet werden.

Vorangehend soll noch einmal auf die hohe Akzeptanz der Schulungsinhalte sowie die große Motivation der opioidabhängigen TeilnehmerInnen hingewiesen werden. Nur durch die Akzeptanz der Schulungsinhalte sowie Erkennen der Sinnhaftigkeit derselben kann effiziente, langhaltende Wissensvermittlung geschehen. Die von Kestler et al. (2017) beschriebene hohe Akzeptanzrate konnte in dieser Studie also bestätigt werden. Auch zeigte sich in diesem Modellprojekt die bereits von Best et al. (2000) beschriebene große Bereitschaft Opioidabhängiger, professionelle Kenntnisse im Umgang mit Überdosierungen zu erwerben und erweiterte Hilfsmaßnahmen zu ergreifen. Dass diese Motivation kein Selbstläufer ist, sondern von den MitarbeiterInnen der Kooperationszentren erst geweckt werden musste, wird weiter unten genauer diskutiert.

10.2.1 Zuwachs an Wissen und Selbstwirksamkeit

Wie oben dargestellt konnte bei Opioidabhängigen nach der manualisierten Notfallschulung ein signifikanter Zuwachs in Bezug auf Wissen, Fertigkeiten und Selbstwirksamkeitserwartung erhoben werden. Dieser Zuwachs blieb im Wesentlichen auch bei der Katamneseuntersuchung einer Zufallsstichprobe nach durchschnittlich 29 Wochen erhalten. Insbesondere gelang es, durch das erworbene Wissen zum richtigen Zeitpunkt und Durchführung von Erste-Hilfe-Maßnahmen, wie auch der Anwendung des Take-Home-Naloxon das häufig vorbestehende vermeintliche Wissen (s. 9.3.5.3) zu korrigieren Erste Hilfe. Das Wissen, das in den Schulungen erworben wurde, konnte in Drogennotfallsituationen meist zielgerichtet und korrekt angewandt werden (s. 11.2).

Eine leichte Abnahme des Wissens zwischen Post- und Katamnesezeitpunkt kann als normal angesehen werden (Vergessenseffekt).

Die opioidabhängigen TeilnehmerInnen schätzten selbst ihren Wissenszuwachs als hoch ein. Der objektivierbare Wissenszuwachs und die Selbsteinschätzung/Selbsterleben gehen also konform. Übereinstimmend dazu sind auch die Einschätzungen der TrainerInnen, die bei den TeilnehmerInnen im Rahmen der engagierten Mitarbeit auch einen großen Wissenszuwachs erlebten. Subjektive und objektive Wahrnehmung einer „guten Schulung“ passen hier also sowohl von Trainierenden- wie Trainiertenseite gut zusammen. Die meisten opioidabhängigen TeilnehmerInnen verlassen die Schulung mit dem Gefühl, dass diese hochsinnvoll war. Dies wiederum ist für die Anwendung im Ernstfall, sowie für das positive „Weitererzählen“ in der Szene wichtig. Dies unterstützt die von Marshall et al. (2017) formulierte potentielle Bedeutung von „Peer-TrainerInnen“, also geschulten ehemaligen Drogenabhängige.

Ebenso konnte durch die Schulungen die Selbstwirksamkeitserwartung der TeilnehmerInnen bei einer Opioidüberdosierung auch tatsächlich zu helfen signifikant gesteigert werden. Das eigene Zutrauen in die Fähigkeit korrekt Erste Hilfe zu leisten ist gestiegen und es bestehen weniger Vorbehalte, Naloxon anzuwenden und den Notruf zu wählen.

Durch das Drogennotfall-Kit, das nach der Schulung ausgegeben wurde, konnte ein zusätzlicher positiver Effekt erreicht werden. Das Sicherheitsgefühl, Selbstbewusstsein, Lebensqualität sowie Selbstwirksamkeit der TeilnehmerInnen wurden durch den Besitz des Naloxon-Kit gesteigert.

Die von Ambrose et al. (2016) formulierten individuellen Faktoren (Alter, Geschlecht, Ort der Überdosierung) wurden in dieser Studie, soweit möglich, bei der statistischen Analyse berücksichtigt. Sie hatten jedoch keinen Einfluss auf die Ergebnisse. Ebenso wenig zeigte sich ein Unterschied im Kenntniserwerb zwischen Opioidabhängigen mit oder ohne Substitutionsbehandlung.

Bislang ist in der Literatur keine Evaluation eines manualisierten Notfallschulungsprogramms, inkl. Take-Home-Naloxon veröffentlicht worden.

10.2.2 Auswirkung auf den Konsum

Kein/e TeilnehmerIn berichtete von vermehrtem Konsum ab dem Zeitpunkt des Besitzes eines Drogennotfall-Kits inkl. THN. Im Gegenteil gaben immerhin 14% der TeilnehmerInnen in der Nachuntersuchung nach durchschnittlich 29 Wochen an, dass ihr Opioidkonsum seit der Drogennotfallschulung sogar abnahm. Für einige war dabei nachhaltig, dass sie sich im Rahmen der Notfallschulung erstmals bewusst wurden, einer besonderen Risikogruppe mit stark erhöhter Sterblichkeit zuzugehören. Dies weist möglicherweise bei fast jedem 5. der opioidabhängigen Teilnehmer auf einen bewussteren Umgang mit dem eigenen Drogenkonsum oder zumindest den Risikofaktoren des Drogenkonsums. In Übereinstimmung mit Befunden von Jones et al. (2017a) bei amerikanischen THN-Adressaten fanden sich bei den opioidabhängigen TeilnehmerInnen im Modellprojekt keine Hinweise auf eine Zunahme von riskantem und potentiell die positiven Effekte eines THN konterkarierenden Verhaltens.

Besonders erwähnenswert ist, dass nach dem Erleben und Eingreifen in einer Drogennotfallsituation mit dem in der Schulung erlernten Wissen 25 % der opioidabhängigen Ersthelfer angaben, selbst eine neue Behandlung begonnen zu haben.

10.2.3 Verbreitung in der Szene

Naloxon hat „in der Szene“ ein eher schlechtes Image und ist meist assoziiert mit schlechter Wirksamkeit des Opioids bzw. unangenehmen Entzugssymptomen. Diese anfänglichen Vorbehalte gegenüber Naloxon konnten im Laufe des Projekts reduziert werden. Dies zeigt sich z.B. dadurch, dass Opioidabhängige durch SchulungsteilnehmerInnen für die Teilnahme „geworben“ wurden. Auch wurden StreetworkerInnen zu Drogennotfällen im öffentlichen Raum gerufen, um Naloxon anzuwenden. Die in der Situation Anwesenden wussten zwar von Naloxon als lebensrettendem Medikament, hatten aber bisher noch keine Schulung besucht und besaßen daher kein Take-Home-Naloxon. Da jedoch der/die hinzugerufene StreetworkerIn kein Naloxon verschrieben bekommt, musste dieseR erst von eineM TeilnehmerIn aus der Szene ein Naloxon organisieren.

Zumindest in den Teilen der Drogenszene, die Kontakt zu SchulungsteilnehmerInnen bzw. Mitarbeiterinnen der anbietenden Drogenhilfeeinrichtung haben, scheinen die Vorbehalte gegen Naloxon abgenommen zu haben. Es gibt auch qualitative Hinweise, dass in diesem Umfeld Naloxon als lebensrettende Sofortmaßnahme wahrgenommen wird und damit auch das Interesse an Take-Home-Naloxon zunehmen könnte.

Die ersten Rückmeldungen von Zentren zeigen zudem, dass sich das „scheinbare“ Wissen (Mythen) über kursierende Hilfemaßnahmen bei Überdosierung langsam verändert. So melde-

ten erste (wenige) TeilnehmerInnen, dass sie gehört haben, dass diese Handlungsmaßnahmen gefährlich seien. Offenbar wird in der Szene sehr wohl und auch wohlwollend über die Schulungen und deren Inhalt diskutiert.

Auch dies unterstützt die von Marshall et al. (2017) formulierte potentielle Bedeutung von „Peer-TrainerInnen“. Peers spielen eine große Rolle vor allem in Bezug auf Glaubwürdigkeit der Informationen und Erfahrungen. Qualitativ gute Schulungen, die von den Teilnehmenden als sinn- und wertvoll erachtet werden, werden über die Peergroup weiterempfohlen. Dazu kommt der Status als „Drogen-Notfall-Kit-TrägerIn“ der die TeilnehmerInnen innerhalb der Peergroup zu etwas Besonderem, jemandem Wissenden macht. Diese besondere Glaubwürdigkeit kann erheblich zur Verbreitung der Notfallschulungen, inkl. Take-Home Naloxon beitragen und sollte perspektivisch gezielt genutzt werden.

10.2.4 ZUSAMMENFASSUNG

Opioidabhängige Teilnehmende haben durch die manualisierten Notfallsschulungen und den Besitz des Naloxon-Kits also nicht nur neues Wissen und Fertigkeiten erworben, sondern auch Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit dies in Drogennotfallsituationen anzuwenden. Diese Wirkungen sind unabhängig davon, ob der/die Opioidabhängige sich in einer Substitutionsbehandlung befindet oder auf der Szene „beheimatet“ ist. Ebenso spielen Geschlecht und Alter keine Rolle bei der Effizienz der Drogennotfallschulung wenn diese gemäß des Manuals erfolgt.

In Übereinstimmung mit der Literatur fanden sich keine Hinweise auf eine Zunahme des Konsums nach Aushändigung des THN. Ganz im Gegenteil berichteten bei der Nachuntersuchung 18 % der Teilnehmer eine Konsumreduktion. Fast jede/r vierte opioidabhängige ErsthelferIn bei einem Drogennotfall mit Einsatz des THN begann in der Folge eine neue Behandlung. In der Szene wird zunehmend wohlwollend über die Inhalte der Schulung gesprochen und auch auf diesem Wege hilfreiches Wissen sowohl über die lebensrettende Funktion des oft in der Szene verpönten Naloxon wie auch über Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie lebensgefährliche Rettungsversuche (Mythen) weitergegeben. Perspektivisch sollten daher, wo möglich, verstärkt „peers“ bei der „Werbung“ für die Teilnahme am THN-Programm, ggf. auch für die Durchführung von Schulungen einbezogen werden.

10.3 Verhalten in und nach Drogennotfallsituationen

Wie erwartet fand der Großteil der 70 dokumentierten Drogennotfälle im privaten Umfeld statt. Die TeilnehmerInnen waren meist beim Konsum anwesend. Die hohe Zahl der Einsätze zeigt einerseits wie gut die Schulungsinhalte angenommen und die Inhalte umgesetzt wurden. Jeder der 70 Drogennotfälle, die während der Laufzeit des Modellprojektes dokumentiert wurden, hätten potentiell tödlich enden können. Aber auch wenn sie (auch ohne Einsatz von Erste-Hilfe-Maßnahmen inkl. Naloxon) nicht tödlich geendet hätte, zeigt die niedrige Krankenhaus-Einlieferungsrate, dass ein Einsatz des Drogennotfallsets, inkl. erster Hilfe erfolgreich und kostenreduzierend war. Man kann davon ausgehen, dass zusätzlich zu den erhobenen Drogennotfällen noch eine Anzahl nicht dokumentierter Einsätze stattfand. Zwar wurden den MitarbeiterInnen der Drogenhilfeeinrichtungen bei Kontakten mündlich Einsätze berichtet, nicht immer

war es trotz intensiver Bemühung möglich, die opioidabhängigen Ersthelfer zu einem längeren Interview zu motivieren. Dies deckt sich mit früheren Erfahrungen, wonach vergeblich versucht wurde, Rückmeldungen zu Naloxon-Einsätzen per mail oder telefonisch zu erfragen, sowie verbindliche Kontakte alle 6 Wochen mit den TeilnehmerInnen zu vereinbaren (Dettmer 2018; Ostermann, 2018)

Womöglich war auch das Prozedere zum erneuten Erhalt eines Take-Home-Naloxon zu hochschwellig (s.dazu Pkt 11.4, z.B. längeres Interview, Arztkontakt, Apotheke). Dies mag ein weiterer Grund sein, warum einige Drogennotfälle undokumentiert blieben.

10.3.1 Korrekte Erste-Hilfe-Maßnahmen

In Drogennotfallsituationen handelten die TeilnehmerInnen überwiegend korrekt. Sie riefen den Notarzt, wandten das Medikament korrekt an und leisteten adäquat Erste Hilfe. Auch blieben sie bei der überdosierten Person und betreuten diese angemessen, z.B., wenn Entzugsserscheinungen auftraten. Dabei passten die ergriffenen Maßnahmen gut zu den wahrgenommenen Symptomen in der Überdosierungssituation. Man kann also festhalten, dass das in der Schulung erworbene Wissen und Fertigkeiten von den Opioidabhängigen in einer Drogennotfallsituation abgerufen und korrekt umgesetzt werden konnte, was einen hohen praktischen Nutzen und Umsetzbarkeit der Schulungsinhalte bestätigt. Opioidabhängige sind – wenn sie entsprechend geschult wurden – in der Lage und auch bereit, korrekt zu helfen.

Dies ist umso mehr hervorzuheben da die allgemeine Erfahrung in Bezug auf Erste-Hilfe-Maßnahmen in Deutschland ein prekäres Bild zeigt. Die Laienreanimationsquote ist zwar in den Jahren 2010 bis 2017 von 14 auf 42 % gestiegen (Groß et al.2019), aber damit helfen nicht einmal die Hälfte aller Hinzukommenden (adäquat) bei einem Notfall.

Die geschulten Opioidabhängigen erkannten den Drogennotfall recht sicher und ergriffen dabei eher eine Maßnahme zu viel als zu wenig. Dies jedoch immer, ohne der überdosierten Person einen Schaden zuzufügen. Zudem übernehmen die TeilnehmerInnen Verantwortung für die überdosierte Person, sodass diese nicht alleingelassen wird, sondern oft weit über den in der Schulung vorgegebenen Zeitrahmen von 2 Std. weiterbetreut wird. In den zwei Fällen, in denen die überdosierte Person selbstständig den Ort der Überdosierung verließen, reagierte die helfende Person mit (dokumentiertem) großem Unverständnis und Ärger, da sie sich gut an das in der Schulung vermittelte Risiko einer erneuten Überdosierung erinnerte. Dies kann belegen, dass Opioidabhängige nach entsprechender Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten bei Auftreten eines Drogennotfalls sehr verantwortlich handeln.

Auffallend war die zwischen den Zentren erheblich unterschiedliche Rate, einen Notruf unter 112 abzusetzen zwischen 23 % und 81 %. Wie dieser Zentrums-Effekt zustande kommt, konnte nicht abschließend geklärt werden. Eindeutig korreliert die niedrigere Quote, den Rettungsdienst zu rufen mit höherer Angst vor der Polizei. Ob und in welchem Umfang in den Regionen mit besonders niedriger Notrufrate tatsächlich häufiger Polizei den Rettungseinsatz begleitet konnte nicht valide erhoben werden. Zumindest in der subjektiven Wahrnehmung/Erfahrung der opioidabhängigen Ersthelfer mit der Polizei in den Zentren mit niedriger Notruf-Rate scheint dies so zu sein. Andererseits hat die niedrige Notruf-Rate möglicherweise auch mit didaktischem Vorgehen während der Schulung zu tun. Darauf gab es aber keine klaren Hinweise, sodass dies noch einmal gezielter geprüft werden müsste.

10.3.2 Auswirkungen des Einsatzes auf den Helfer und sein Konsumverhalten

TeilnehmerInnen berichten von für sie eindrücklichen „Rettungsmaßnahmen“ die sie emotional und körperlich stark beanspruchten. Gleichzeitig drücken sie aus, wie sicher sie sich in diesen Situationen bei den Erste Hilfe Maßnahmen gefühlt haben, und wie stolz sie darauf sind, einer BekannteN/eine/r FreundIn (oder in selteneren Fällen auch einem Fremden) das Leben gerettet zu haben. Zudem berichten TeilnehmerInnen von mehr Selbstbewusstsein und davon, dass nach dem Erleben eines Drogennotfalles, und dem erfolgreichen Einschreiten, in Einzelfällen sogar eine abstinentorientierte Behandlung begonnen wurde. Immerhin jedeR Vierte opioidabhängige ErsthelferIn entschloss sich, nach dem mit dem zusätzlichen Wissen aus der Notfallschulung erlebten Drogennotfall, eine neue Behandlung zu beginnen. So wurde womöglich einerseits erlebt, lebensrettend helfen zu können, andererseits bewusst, dass im Falle einer eigenen Überdosierung womöglich nicht die gleiche lebensrettende Hilfestellung verfügbar sein könnte. In einigen Fällen scheint dieses neue Bewusstsein in der Bereitschaft sowie der tatsächlichen Umsetzung einer Behandlung (Substitution, Entzug) mündet.

10.3.3 ZUSAMMENFASSUNG

70 Drogennotfälle, die meist im privaten Umfeld stattfanden, wurden von den geschulten Opioidabhängigen weitgehend korrekt erkannt und die überdosierte Person meist adäquat versorgt. Dies teilweise über das in der Schulung erlernte Maß hinaus. Das Erfolgserlebnis der eigenen Handlungsfähigkeit scheint eine große selbstbewusstseinsfördernde Wirkung auf die ersthelfenden Opioidabhängigen zu haben, sodass nicht nur der eigene Konsum zumindest überdacht wenn nicht sogar gesenkt, sondern bei immerhin jeder/jedem Vierten sogar zur Aufnahme einer neuen Behandlung geführt hat.

10.4 Voraussetzungen zur Wirksamkeit der Schulungen

Folgend sollen die Voraussetzung die für eine hohe Wirksamkeit der Schulungen wichtig sind diskutiert werden.

Vorbehalte abbauen

Für eine Adhärenz der Opioidabhängigen müssen häufig zunächst Vorbehalte gegenüber Naloxon abgebaut werden, die innerhalb der Szene kursieren, oder ggf. auch schon selbst erlebt wurden (z.B. Provokation von starken Entzugssymptomen). Dies benötigt nicht selten mehrere Vorgespräche und wiederkehrende Aufklärungsarbeit. Nach Einschätzung der MitarbeiterInnen der Drogenhilfe profitieren diese besonders von einer guten und vertrauensvollen Beziehung zur/zum Opioidabhängigen. Erst mit einer gewissen Grundakzeptanz seitens der Opioidabhängigen kann effektive Wissensvermittlung gelingen. Dann jedoch zeigen die Befunde dieser Studie, sind die Lerneffekte sehr hoch, sofern sich die TrainerInnen an die vorgesehenen Inhalte des Manuals halten.

Nachdem die Akzeptanz der Schulungsinhalte sowie der Schulungsmaterialien durch die opioidabhängigen TeilnehmerInnen im Modellprojekt sehr hoch war, können die Vorbefunde (z.B. Akers et al. 2017; Deonarine et al. 2016; Chronister et al. 2016, Strang et al. 2008, Rowe et al. 2015) in Bezug die Wichtigkeit der Akzeptanz der Schulungsmaßnahmen durch die TeilnehmerInnen bestätigt werden. Eine hohe Akzeptanz der Inhalte scheint mit hohem Wissenszuwachs einherzugehen.

Schulungsmodus, Gruppengröße, Zeitdauer

Unerheblich scheint jedoch zu sein, ob der/die TeilnehmerIn in Einzel- oder Gruppenschulungen trainiert wird, und welcher Subgruppe Opioidabhängiger (substituiert, nicht substituiert, JVA-InsassIn) der/die TeilnehmerIn angehört oder wie alt er/sie ist. Ebenso profitieren Frauen wie Männer gleich von den Schulungen. Didaktische Parameter scheinen also einen größeren Einfluss auf die Effizienz der Schulungen zu haben als soziodemografische Daten der TeilnehmerInnen sowie der Schulungsmodus.

Die Gruppenschulungen umfassten im Mittel 4 Personen pro Schulung (min = 1, max = 15). Nach den Rückmeldungen der TrainerInnen scheint eine Teilnehmerzahl zwischen 4 bis maximal 8 Personen noch gut bewältigbar. Im Gegensatz dazu berichtete Ostermann (2018) von 8 – 15 TeilnehmerInnen in den 1,5 – 2 Stunden dauernden Schulungen. Nach unseren Ergebnissen zeigte sich jedoch, dass Schulungen über 90 min Dauer einen geringeren Wissenszuwachs bei den TeilnehmerInnen erreichten.

Trainereffekte

Es zeigte sich jedoch auch, dass nicht jede Art der Wissensvermittlung gleich wirksam ist. Die gemessenen Trainer- und Erfahrungseffekte belegen, dass unterschiedliche TrainerInnen unterschiedlich starken Wissenszuwachs erzielen. Anhand der erhobenen Daten lässt sich vermuten, dass eine didaktisch klare, sehr bildhafte, leicht merkbare und knappe Vermittlung mehr Wissenszuwachs zu ermöglichen scheint. Auch scheint die „Nähe zum/zur TeilnehmerIn“ (Empathie, gleiche Augenhöhe etc.) eine wichtige Rolle zu spielen. Zusätzlich spielt die Erfahrung des/der TrainerIn eine Rolle wie effektiv der Lernzuwachs ist. Je mehr Erfahrung der/die TrainerIn mitbringt umso mehr kann der/die TeilnehmerIn von der Schulung profitieren.

Wie bei den TeilnehmerInnen bedarf es auch bei den Trainierenden der Adhärenz in Bezug auf die manualisierten Inhalte und die Didaktik der Schulung. Im Rahmen des Modellprojektes musste der/die eine oder andere Trainierende erst von der Sinnhaftigkeit des Manuals überzeugt werden. Es ist war in diesen Fällen wenig effizient, das Manual lediglich in schriftlicher Form vorzulegen. Zudem liegt es nicht jeder/jedem Trainierenden gleich gut, sich selbstständig auf ein Training vorzubereiten. Insbesondere für die Didaktik in bildhafter, knapper Sprache müssen Metaphern gefunden werden, für die Erste-Hilfe-Techniken gute Analogien. Einerseits waren daher die TrainerInnenschulungen zur praktischen Vorbereitung und Vermittlung der obligaten und fakultativen Schulungsinhalte wichtig. Idealerweise geschieht dies koordiniert und für alle Drogenberatungsstellen standardisiert. Auch können gute (visuelle) standardisierte Schulungsmaterialien in verschiedenen Versionen (Papier, online) hilfreich sein, um die bildhafte Verarbeitung zu unterstützen.

Andererseits zeigte sich bei den Monitorings, dass eine dauerhafte Qualitätssicherung hilfreich sein kann, um die Qualität der Schulungen auf hohem Niveau zu erhalten. Dies könnte z.B. eine zentrale Koordinationsstelle leisten, die auch bei Problemen mit Rat und Tat zur Seite stehen kann.

10.4.1 ZUSAMMENFASSUNG

Das Schulungsmanual ermöglicht effiziente und effektive Schulungen. Dabei spielt vor allem eine gute, auf die TeilnehmerInnen abgestimmte Didaktik eine wichtige Rolle. Um Manualadhärenz sowie ebendiese Didaktik zu etablieren sind manualisierte Trainerschulungen und standardisierte Schulungsmaterialien hochsinnvoll. Ebenso dürfte eine dauerhafte Qualitätssicherung sowie eine Möglichkeit für Rückfragen und Hilfestellungen für hohe Schulungsqualität sorgen.

10.5 Spezielle Situation in JVAen

In der kleinen Untergruppe der inhaftierten Opioidabhängigen waren keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit der Notfallschulung im Vergleich zu den nicht inhaftierten Opioidabhängigen zu erkennen. Allerdings war die Fallzahl klein. Darüber hinaus wurden im Rahmen des Modellprojektes gezielt Inhaftierte angesprochen, bei denen ein Haftende innerhalb der nächsten 3 Monate zu erwarten war. Auch sollten nur TeilnehmerInnen ausgewählt werden, die nach Haftende planen, in eine der 5 Modellregionen zurückzukehren, um deren Nachverfolgbarkeit zu vereinfachen. Gleichwohl erhielten wir kein Interview zu einem erlebten Drogennotfall von einem/einer in Haft geschulten TeilnehmerIn. Somit ist einerseits unklar, ob diese vorläufig positiven Ergebnisse aufgrund der geringen Fallzahl und der o.a. Einschränkungen bei den Einschlusskriterien tatsächlich eine Generalisierung erlauben. Auch können hier die besonderen Bedingungen in Haft nicht berücksichtigt werden. Somit bleibt beispielsweise unklar, ob und wie sich die vergleichsweise lange Latenz zwischen Notfallschulung und Aushändigung des Take-Home Naloxon auf den Umgang damit auswirkt. Gäbe es womöglich ein optimales Zeitfenster vor Haftende für die Schulung. Wie könnten auch Untersuchungshäftlinge von einem solchen Angebot profitieren (U-Häftlinge wurden im Modellprojekt aufgrund des kaum planbaren Haftendes ausgeschlossen). Eine gezielte Untersuchung einer größeren Stichprobe inhaftierter Drogenabhängiger zur Klärung der offenen Fragen könnte dazu beitragen, bei dieser gut erreichbaren Zielgruppe die Wirksamkeit zu verbessern.

Seit Januar 2011 wird weltweit erstmalig in Schottland Take-Home-Naloxon für geeignete Häftlinge bei Entlassung kostenfrei zur Verfügung gestellt, Wales übernahm dieses Vorgehen noch im Jahr 2011. Eine große multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie an inhaftierten Opioidabhängigen in England wurde nach 1685 Teilnehmer vorzeitig abgebrochen. Untersuchungsziel war die Reduktion der Mortalität nach Haftentlassung. Allerdings wurden ca. 2/3 der ausgegebenen THN nicht bei ehemaligen Inhaftierten eingesetzt, sodass keine Aussicht bestand, die Ausgangshypothese mit überschaubarem Aufwand am Ende beantworten zu können (Meade et al. 2018). Das selbstgewählte Studienziel konnte also nicht belegt werden, gerade weil das THN bei Opioidabhängigen in einem Drogennotfall eingesetzt wurde. Dies jedoch unabhängig davon, ob diese nun zuvor inhaftiert waren oder nicht. Das bedeutet also: die Schadensminderung mit THN hat funktioniert, war aber nicht auf kürzlich aus der Haft entlassene Opioidabhängige beschränkt. Dies muss bei zukünftiger Forschung zum Erfolg von THN beachtet werden, wenn sich das Hauptinteresse auf definierte Subgruppen bezieht.

10.6 Förderliche und hinderliche Faktoren THN als ständiges Angebot zu etablieren

Nachfolgend sollen die wesentlichen förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Etablierung von Notfallschulungen, inkl. Take-Home Naloxon auf den verschiedenen Ebenen dargestellt werden, die sich im Verlauf des Modellprojektes gezeigt haben.

10.6.1 Förderliche und hinderliche Faktoren für die TeilnehmerInnen

Erreichbarkeit

In der Regel ist zu erwarten: Je besser bereits die Anbindung an das Hilfesystem, desto „einfacher“ sollten Opioidabhängige zu erreichen sein. Dies bestätigte sich im Modellprojekt zumindest für bereits bestehende Kontakte zu den beteiligten Drogenhilfeeinrichtungen.

Bei aller Heterogenität lassen sich Opioidabhängige in verschiedene Subgruppen unterteilen, wobei der Aufwand, diese zu erreichen, in folgender Aufzählung zunehmenden ansteigt:

- Inhaftierte Opioidabhängige (s. a. 9.3.6.2)
- in einer Substitutionsbehandlung befindliche Opioidabhängige (s. a. 10.6.4)
- mit nur geringer Anbindung ans Hilfesystem „in der Szene“ befindliche Opioidabhängige

Praktisch stellen sich jedoch auch bei den theoretisch leichter erreichbaren Opioidabhängigen einige Probleme, bevor diesen Notfallschulungen, inkl. Take-Home-Naloxon angeboten werden kann.

Vorbehalte gegen Naloxon

Aus den USA wurde eine Akzeptanzrate von Take-Home-Naloxon-Angeboten bei ca. 2/3 der Befragten angegeben (Kestler et al., 2017). Im Rahmen des Modellprojektes wurde deutlich, dass bei Opioidabhängigen viele Vorbehalte gegenüber Naloxon bestehen (z.B. Provokation von starken Entzugssymptomen). Schon vor der Teilnahme an einer Notfallschulung bedarf es daher häufig einer entsprechenden Psychoedukation zur Motivationsförderung. Dafür wurde eine gute, vertrauensvolle Beziehung zwischen Opioidabhängigem sowie MitarbeiterIn der Drogenhilfeeinrichtung als förderlich erlebt, um eine gewisse Grundakzeptanz gegenüber den Notfallsschulungen, inkl. THN zu erreichen. Sobald sich die Opioidabhängigen zur Teilnahme entschieden haben, dann war die Akzeptanz sehr hoch.

Hürde mehrfacher Termine

Hier ist als Vorbemerkung wichtig, dass gerade für Heroinabhängige das diagnostische Kriterium nach ICD-10 „...hoher Zeitaufwand, um sich die Opioide zu beschaffen, zu konsumieren und sich von deren Folgen zu erholen“ das Leben dominiert. Dies führt im Alltag häufig dazu, dass Opioidabhängige nur in begrenztem Umfang dazu in der Lage sind, feste Termine wahrzunehmen. Entsprechend wird es häufig nicht funktionieren, dem Abhängigen ein Rezept über Naloxon auszuhändigen, mit der Bitte, das Rezept (mit Zahlung einer Rezeptgebühr) in einer Apotheke der eigenen Wahl einzulösen. Noch schwieriger wird es, wenn das Naloxon-Nasenspray dann nicht in der Apotheke vorrätig ist und erst bestellt werden muss.

Demzufolge ließe sich die Verfügbarkeit von Naloxon bei den Opioidabhängigen allein dadurch deutlich steigern, wenn Sie möglichst direkt am Ende der Schulung ein Notfall-Kit, inkl. Take-Home-Naloxon ausgehändigt bekämen (s. 10.6.3ff.).

Dies lässt sich auch direkt auf die Akquise für Notfallschulungen übertragen. So wurde schon beschrieben, dass Anmelde Listen für Gruppenschulungen, je nach Zielgruppe (z.B. „Szene“) kaum funktionieren (Dettmer, 2018). Entsprechend wären für TeilnehmerInnen einiger Subgruppen flexible (Einzel-)Trainingszeiten, die sich an den Möglichkeiten der TeilnehmerInnen orientieren, hilfreich und förderlich.

Niedrigschwelliger Zugang zu Naloxon

Die Hürden, sich nach Gebrauch ein neues Naloxon zu besorgen, waren womöglich zu hochschwellig. Das führte leider oft dazu, dass KlientInnen daran scheitern und sich kein neues Naloxon organisieren, bzw. der Vorgang sehr lange dauert. Es wäre daher wünschenswert eine niedrigschwellige Möglichkeit zur Wiederbeschaffung nach Gebrauch des Drogennotfallkits zu etablieren. Gerade TeilnehmerInnen, die bereits einen erfolgreichen Einsatz hinter sich haben, sind motiviert ein weiteres Mal zu helfen und werden auch in der Szene entsprechend als „Erfahrene“ (vgl. Peer-Konzept) angesehen.

In den USA wurde vorgeschlagen, THN möglichst breit anzubieten, wobei bei begrenzten Ressourcen der Fokus auf die besonders gut erreichbaren und THN-akzeptierenden Gruppen Opioidabhängiger gelegt werden sollte (Kestler et al., 2017).

Fördernd für eine breitere Ausrollung bei Opioidabhängigen könnten demzufolge sein:

- Take-Home-Naloxon sollte möglichst als niedrigschwelliges Hilfeangebot etabliert werden. Hierzu sollten hohe Schwellen z.B. bei der Rezeptierung und der Abgabe in Apotheken möglichst vermieden werden, insbesondere auch nach Einsatz oder ggf. Verlust (s. 10.6.3; 10.6.4).
- es sollte jede Gelegenheit genutzt werden, um kursierenden Vorbehalten gegen Naloxon bei Opioidabhängigen durch Psychoedukation zu begegnen. Hierbei könnte die Einbeziehung von „peers“ hilfreich sein.
- Naloxon sollte als wichtiger Baustein zur Vermeidung von Drogentod in jedem Bereich der Behandlung von Opioidabhängigen etabliert werden (s. 10.6.4).

10.6.2 Förderliche und hinderliche Faktoren in den Zentren

Zur Gewinnung der Opioidabhängigen zur Teilnahme an der Notfallschulung, inkl. Take-Home-Naloxon, mussten häufig zunächst die o.a. erheblichen Vorbehalte gegenüber Naloxon reduziert werden. Nach den Rückmeldungen aus den Drogenhilfeeinrichtungen wurde dies durch eine bereits bestehende gute Beziehung zum Klienten erheblich erleichtert. Allerdings war diese bereits im Vorfeld zu leistende Motivationsarbeit deutlich zeitaufwändiger, als im Vorfeld erwartet. Nach Abschöpfen dieser einrichtungsspezifischen „Stammklientel“ nahm der Aufwand noch einmal erheblich zu, um auch Opioidabhängige zur Teilnahme gewinnen zu können, die nicht bereits regelmäßig Kontakt zur Drogenhilfeeinrichtung hat, insbesondere Teilnehmer „aus der Szene“. Auch erwiesen sich Einzelschulungen pro TeilnehmerIn, vor allem im Hinblick auf den Begleitaufwand (s. 10.7.1) deutlich zeitaufwändiger, wurden aus einzelnen Einrichtungen aber andererseits geschätzt durch die Möglichkeit des individuelleren Eingehens auf die Aufnahme- und Verständnismöglichkeiten des/r Opioidabhängigen.

Grundlegend ist also eine erhebliche Eigenmotivation bei den MitarbeiterInnen in den Drogenhilfeeinrichtungen, die bei den KooperationspartnerInnen gegeben war. Für eine flächendeckende Ausrollung ist allerdings der vor allem im Verlauf eher zunehmende Aufwand zu berücksichtigen. Wie auch bei den Opioidabhängigen (s. 10.6.1) kann es notwendig sein, die MitarbeiterInnen der Drogenhilfe erst von der Sinnhaftigkeit dieses Ansatzes zur Schadensminderung zu überzeugen, insbesondere, wenn ansonsten aufgrund des Mehraufwands bereits etablierte Angebote zurückgefahren werden müssten.

Hilfreich für die Aufrechterhaltung der Motivation und Offenheit, für die im Kontext der Notfallschulungen anfallenden Tätigkeiten erschien auch, wenn das ganze Team (beginnend mit der Leitung) die Notwendigkeit des THN-Programmes unterstützt und dies als Teil des vorzuhaltenden Hilfsangebots betrachtet. Dann kann es auch gelingen, egal in welchen Bereichen Kontakt zu Opioidabhängigen besteht, diese auf dieses Angebot zu verweisen. Positiv konnotiert wurde beispielsweise auch, das Angebot der Notfallschulung vor allem im niedrighschwelligem Setting einzubinden, es dann aber räumlich und atmosphärisch davon abzugrenzen (z.B. Werbung und Akquise im Kontaktladen, Straße; Trainings im „ordentlichen“ Konferenzraum). Hilfreich erschien auch, einen zentralen Ansprechpartner für das regionale THN-Angebot für die Kommunikation nach Innen und Außen zu benennen.

Es scheint auch hilfreich zu sein, wenn mehrere MitarbeiterInnen eines Zentrums THN-Schulungen anbieten können. Da jedoch auch die Erfahrung einen wichtigen Beitrag zu effizienten Schulungen leistet, könnte das die Aufrechterhaltung einer hohen Qualität bei wechselnden TrainerInnen erschweren. Hier könnten ein strukturierter regelmäßiger Austausch und unterstützende Qualitätskontrollen (z.B. Monitoring) hilfreich sein.

Als deutliche Entlastung zeigte sich, wenn sich in bestimmten Regionen die Drogenhilfeeinrichtungen auf ihr „Kerngeschäft“, also z.B. die Notfallschulungen konzentrieren konnten. Hier übernahm die Projektleitung z.B. die Aktivitäten zur Verbesserung übergeordneter Rahmenbedingungen, wie z.B. bei der Unterstützung durch zentrale Stellen bei Ärzten, Apothekern und Akzeptanz durch Polizei und Rettungskräfte.

Ebenfalls im Einzelfall sehr zeitaufwändig und eine manchmal kaum zu bewältigende Herausforderung ist die Herstellung von Akzeptanz und Kooperation mit anderen notwendigen Berufsgruppen, z.B. ÄrztInnen zur Rezeptierung des Naloxon, sowie Apotheken zur Bevorratung und Abgabe (s. 10.6.4). Wünschenswert wäre daher eine höhere Akzeptanz der Arbeit der Drogenhilfeeinrichtungen bei ÄrztInnen und damit eine höhere Bereitschaft zur Kooperation und Unterstützung bei den THN-Angeboten. Zur Erhöhung der Akzeptanz („Kommunikation auf Augenhöhe“) könnte hier eine zentrale Ansprache / Kommunikation hilfreich sein, z.B. mit Hilfe einer zentralen Koordinationsstelle.

Neben des Mehraufwands für Organisation und Durchführung der Notfallschulungen bei Opioidabhängigen fallen u.a. auch tatsächliche Kosten an, wie z.B. Rezeptgebühren, aber auch Medikamentenkosten bei aktuell nicht-GKV-versicherten Opioidabhängigen, oder die Kosten für eine kleine Bewirtung der Teilnehmer mit Getränken und kleinen Snacks, wie z.B. Obst.

Als limitierend wurde erlebt, dass im Rahmen des Modellprojekts nur deutschsprachige Schulungen angeboten werden konnten, in einzelnen Regionen jedoch auch erheblicher Bedarf bei Nicht-Muttersprachlern gesehen wurde, deren Deutschkenntnisse keine ausreichende Informationsaufnahme in einer deutschsprachigen Drogennotfallschulung zulassen. Die Sprachen differieren je nach Region, genannt wurde von den Kooperationspartnern z.B. Russisch.

Im Rahmen der Kontaktbeschränkungen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie entstanden neue Herausforderungen, die hier nur vorläufig wiedergegeben werden können. So mussten zeitweise gerade die niedrigschwelligen Präsenzangebote sehr stark eingeschränkt werden. Wenn überhaupt, dann konnten Notfallschulungen, inkl. THN fast nur im Einzelsetting erfolgen mit dem erheblichen Mehraufwand durch die Hygienevorgaben. Gruppenschulungen konnten praktisch nicht mehr erfolgen (z.B. Mangel an geeigneten Räumen, die den Mindestabstand einhalten lassen). Auch die Nachverfolgung eventueller Drogennotfälle, inkl. Einsatz von Take-Home Naloxon war kaum noch möglich. In einzelnen Fällen wurde der Onlinezugang über Onlineberatungsportale gut angenommen (Übersicht bei Pogarell et al., 2020).

Hilfreich wäre hier die Entwicklung von an das Schulungsmanual angepasste Videos zum Onlinetraining, die dann mit einem Trainer individuell online vertieft werden könnten.

Für eine Überführung von Notfallschulungen, inkl. Take-Home-Naloxon als festen Bestandteil der Drogenhilfe und Ausrollung bayernweit wären förderlich:

- Begrenzung des zusätzlichen Mehraufwands aufgrund schwieriger Kooperation mit dem medizinischen Hilfesystem (Ärzte, Apotheker) und rechtlicher Rahmenbedingungen (s. 10.6.3; 10.6.4)
- Berücksichtigung des (initial unterschätzten) zusätzlichen Personal-/Zeitaufwands
- Möglichst strukturierte Einbindung von „peers“
- Finanzielle Unterstützung, die eine Planungssicherheit für die Einrichtung gewährleistet, inkl. zeitlichen Mehraufwand und anfallender Ausgaben (z.B. Medikamenten- und Schulungsassoziierte Kosten)
- Koordinierte Unterstützung und Qualitätssicherung beim Aufbau (s. 10.6.4; 10.6.5) und der Durchführung im Zeitverlauf, inkl. organisiertem Erfahrungsaustausch (z.B. „Best-Practice“-Modelle) und Klärung bei übergreifenden Problemstellungen im Rahmen eines „Netzwerks Take-Home-Naloxon“. Dies könnte auch die Ansprache anderer Berufsgruppen, z.B. Rettungsdienste, Ärzte („Kommunikation auf Augenhöhe“) unterstützen.

Entwicklung ergänzender Schulungsmaterialien, z.B. an die Zielgruppe angepasste Videos mit den zentralen Schulungsinhalten (die behördlich vorgegebenen eignen sich dafür eher nicht).

10.6.3 Naloxon-Nasenspray

Das in dieser Studie verwendete Naloxon als Nasenspray ist eine speziell an die Resorptionseigenschaften der Nase angepasste Zubereitung und erhielt 2018, also zu Projektbeginn, eine EU-weite Zulassung. Derzeit ist dies das einzige in Deutschland zugelassene Naloxon-Nasenspray (Nyxoid®) das für eine sichere Anwendung durch Laien zur Verfügung steht. Zwar sind in den USA auch alternative Präparate zugelassen, diese sind aber aufgrund der erheblich höheren Kosten und der fehlenden Zulassung in Deutschland keine Alternative.

Im Verlauf des Modellprojektes hat die Herstellerfirma sämtliche aktive Unterstützung des Präparats eingestellt. Alle Präparate mit Opioidbezug, inkl. Nyxoid® sollen veräußert werden. Laut Drucksache 19/20833 des Deutschen Bundestages v. 6.7.20 wurde „...für die Monate September 2019 bis Mai 2020 jeweils eine niedrige zweistellige Zahl an Packungen...Nyxoid® zu Lasten der GKV...“ abgegeben. Auch dies kann die in allen Bereichen noch bestehenden Vorbehalte gegen Naloxon belegen (s. 10.6.1, 10.6.4). Es bleibt zu hoffen, dass das Präparat verfügbar bleibt.

Rezeptpflicht

Die Zubereitung Nyxoid® unterliegt der Rezeptpflicht. Dies führte im Rahmen des Modellprojektes zur Offenlegung einiger praktischer Vor- und Nachteile.

Der Vorteil dieser Regelung ist die damit vorgesehene Kostenerstattung zulasten der GKV von 45,72€. Es fallen also „nur“ die Rezeptgebühren von 5€ an, solange das Präparat nicht auf Privatrezept verordnet wird, was bislang wohl häufig aus Angst vor Regressen erfolgt (s. 10.6.4).

Im Rahmen des Modellprojektes erwies sich als hinderlicher Nachteil für die Verbreitung des Take-Home-Naloxon, dass vor jeder Abgabe ein Arzt-Patienten-Kontakt erfolgen muss. Dies führte für alle Beteiligten (Opioidabhängige, Drogenhilfeeinrichtungen und Ärzte) zu einem manchmal kaum leistbaren organisatorischen Mehraufwand bei der Durchführung von Einzel- und Gruppenschulungen, da im optimalen Falle unmittelbar vor, während oder danach ein Arzt verfügbar sein sollte, um am Ende möglichst direkt THN mitgeben zu können (s.a. 10.6.1, 10.6.2, 10.6.4).

Zugelassene Indikation

Zugelassen ist eine Rezeptierung für Opioidabhängige. Das bedeutet, dass Personen, die selbst nicht opioidabhängig sind, aber ein hohes Risiko haben, mit einem Überdosierungsnotfall konfrontiert zu werden, nasales Naloxon nur „off-label“ verordnet werden darf, mit allen daraus resultierenden Konsequenzen. Zu den oben erwähnten Personengruppen gehören z.B. nicht-opioidabhängige Angehörige oder Mitarbeiter von niedrighschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen, z.B. StreetworkerInnen.

Im Verlauf des Modellprojektes wurden in bislang 4 Fällen MitarbeiterInnen von Drogenhilfeeinrichtungen (z.B. StreetworkerInnen) im öffentlichen Raum und einmal auch im Kontaktladen bei einer Überdosierung zu Hilfe gerufen. Hier ging teilweise wertvolle Zeit dadurch verloren, dass erst nach einem/einer ehemaligen SchulungsteilnehmerIn gesucht werden musste, der sein Take-Home-Naloxon bei sich trug. Dies gelang aber glücklicherweise in allen o. a. Fällen.

Fördernde Faktoren

Die Aushändigung eines Naloxon-Kits nach Abschluss der Notfallschulung kann einen wesentlichen Baustein zum angestrebten Ziel der Reduktion von Drogentod darstellen. In Anbetracht des extrem geringen Nebenwirkungsrisikos durch eine ggf. irrtümliche Naloxonverabreichung, sollten sinnvollerweise alle Maßnahmen ergriffen werden, die zur Erreichung des Ziels beitragen können (Schulung + Ausgabe eines Take-Home-Naloxon-Kit). Förderlich könnten dafür sein:

- Ggf. Erweiterung der Indikation auf Nicht-Opioidabhängige mit einem hohen Risiko, bei einem Drogennotfall anwesend zu sein, z.B. Nicht-Opioidabhängige Angehörige, MitarbeiterInnen der (niedrighschwelligen) Drogenhilfe.
- Herausnahme aus der Rezeptpflicht bei gleichzeitig weiter bestehender Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV (vgl. zugelassene Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungsabschluss nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Beispielhaft wurde bereits 2005 Naloxon im Vereinigten Königreich zur „exempt list of prescription-only medicines“ (Ausnahmeliste für verschreibungspflichtige Medikamente) hinzugefügt, wodurch es kostenfrei verordnet werden kann und von jedem/r zur Lebensrettung in einem Notfall eingesetzt werden darf.
- Nasales Naloxon sollte von den Kostenträgern als „Standardmedikament“ bei der Diagno-

- se einer Opioidabhängigkeit anerkannt werden, unabhängig davon, ob z.B. eine Substitution erfolgt. Dies könnte auch die immer wieder explizit geäußerte Befürchtung einer Regressforderung verhindern (s. 10.6.4). Letztlich wäre wünschenswert, wenn an Opioidabhängige behandelnde Ärztinnen die Frage gestellt würde, warum Naloxon bei der Diagnose nicht verordnet wurde, z.B. auch im Rahmen einer Substitution.
- Ggf. Schaffung einer Möglichkeit zur Bevorratung einer kleinen Zahl von Naloxon Nasensprays zur unmittelbaren Verfügbarkeit, einerseits bei Drogennotfällen im Umfeld einer Drogenhilfeeinrichtung, andererseits zur Mitgabe nach einer Notfallschulung an Opioidabhängige (ähnlich wie „Sprechstundenbedarf“ bei niedergelassenen Ärzten)

Beschaffung des Medikaments für inhaftierte Opioidabhängige

Inhaftierte TeilnehmerInnen erhielten das Drogennotfallkit als einzige Subgruppe nicht am Ende der Schulung. Dieser Teilnehmergruppe wurde das Drogennotfallkit in die Habe gegeben. Zu Entlassung wurde das Notfallkit den TeilnehmerInnen inkl. dem Medikament ausgehändigt. Nach einigen zu überwindenden Hürden (s. 10.3.6.2) übernahm die Verordnung des Medikamentes der jeweilige Anstaltsarzt.

10.6.4 Förderliche und hinderliche Faktoren in der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und Apotheken

Unter 10.6.1 wurde beschrieben, dass es besonders für Heroinabhängige krankheitsbedingt sehr schwierig ist, feste Termine wahrzunehmen. Im Sinne einer hohen Durchdringung wäre es also hilfreich, im Anschluss an die Notfallschulung jedem/jeder TeilnehmerIn ein Notfall-Kit mit Take-Home-Naloxon aushändigen zu können. Dazu sollten vermieden werden, dass viele Termine notwendig sind, um an das Naloxon zu kommen, sondern möglichst kompakt ein möglichst gutes Ergebnis erzielen zu können. Genau dies gestaltet sich aber aufgrund der aktuellen rechtlichen Vorgaben sehr aufwändig.

ÄrztInnen

Für die Rezeptaussstellung war ein Arzt-Patientenkontakt, möglichst im Umfeld der Schulung notwendig. EineN kooperierendenN Arzt/Ärztin zu finden war für einige Drogenhilfeeinrichtungen herausfordernd, wozu mehrere hinderliche Faktoren beigetragen haben:

Wenn irgend möglich, sollte der Arzt-Patienten-Kontakt unmittelbar im Zusammenhang mit der Notfallschulung erfolgen. Dies würde jedoch erfordern, dass ein Arzt bei einer Einzelschulung fußläufig und in kurzer Zeit erreichbar ist. Bei Gruppenschulungen ist es hilfreich, wenn der Arzt zum Schulungsort kommt. Entsprechend motivierte ÄrztInnen zu finden, war in einzelnen Zentren schwierig. So gab es ÄrztInnen, die dem Projekt (und somit dem Unterfangen, Opioidabhängige mit Naloxon zu versorgen) äußerst wohlwollend und aufgeschlossen gegenüberstanden. Es gab aber auch – vor allem unter den substituierenden ÄrztInnen – viele Vorbehalte.

Diese Vorbehalte bezogen sich jedoch nicht unbedingt auf das Take-Home-Naloxon als solches. Eine der Hauptbefürchtungen im medizinischen Bereich war, dass ein Opioidabhängiger, der sich in einer Behandlung befindet, egal ob Substitution oder abstinenzenorientiert, durch eine Naloxon-Rezeptierung quasi zum (Bei-)Konsum „aufgefordert“ werden könnte. Tatsächlich erfolgten jedoch 35 % der im Rahmen des Modellprojekts dokumentierten Einsätze von Take-Home Naloxon bei Drogennotfällen von zuvor Abstinenz (z.B. nach Entzugsbehandlung) bzw. nach Ende einer Substitution. 24 % erfolgten bei Beikonsum im Rahmen einer Substitution, wobei keine Informationen vorliegen, ob es sich um einen neuen Beikonsum handelte.

Zusammen mit der Beobachtung, dass in keinem Fall bei den Schulungsteilnehmern eine Konsumzunahme dokumentiert werden konnte, spricht das eher dafür, Take-Home Naloxon gerade auch Opioidabhängigen in Substitution und auch Abstinenzorientierter Behandlung anzubieten. Dies insbesondere da Substituierte einerseits zu Beginn, in Phasen nicht ausreichend kontrollierten Beikonsums und nach Beendigung einer Substitution ein erhöhtes Mortalitätsrisiko durch Überdosierungen aufweisen. Andererseits wird ein Take-Home-Naloxon bislang fast ausschließlich bei Drogennotfällen anderer Opioidabhängiger eingesetzt, die selbst (noch) keines haben.

Im Kontext der Substitution wurde dies durch angebliche Äußerungen verschärft, dass bei Rezeptierung an Substituierte ein Regress wahrscheinlich sei, da angeblich aus Sicht der Kostenträger sich Substitution und Naloxon-Verordnung gegenseitig ausschließen würden. Hier half auch der Verweis darauf, dass es ja letztlich um die Hilfe bei einem Drogennotfall eines anderen Opioidabhängigen geht, wenig.

Dazu beigetragen haben mag auch, dass einige der angefragten ÄrztInnen die Drogenhilfemitarbeiter nicht als Gesprächspartner auf Augenhöhe, nicht ausreichend medizinisch kompetent und somit in Bezug auf Informationen bezüglich der Drogennotfallschulungen inkl. Take-Home-Naloxon als nicht gleichrangig wahrgenommen haben. Gleichzeitig sahen die ÄrztInnen häufig keine Möglichkeit, selbst entsprechende Schulungen durchzuführen.

Unterstützt werden könnte die Bereitschaft zur Mitwirkung von ÄrztInnen durch:

- Zusicherung der „Regressfreiheit“ einer Verordnung von Naloxon an Opioidabhängige, unabhängig davon, ob Sie sich in einer Substitution oder auch einer abstinenzorientierten Behandlung (z.B. Entzug, Entwöhnung) befinden.
- Etablierung der Empfehlung einer Notfallschulung, inkl. Take-Home-Naloxon an Opioidabhängige als „Standard“, egal ob beim Kontakt in abstinenzorientierter Behandlung oder in Substitution.
- Engere Kooperation mit Drogenhilfe, z.B. Entlastung durch Übernahme der Notfallschulung durch geschulte MitarbeiterInnen der Drogenhilfe, im Gegenzug Sicherstellen der Take-Home-Naloxon-Verordnung in engem zeitlichen Zusammenhang.

ApothekerInnen

Auch die Organisation der Abgabe des Nyxoid® durch Apotheken führte zu einigem Zusatzaufwand für alle Beteiligten.

So war es im Einzelfall durchaus aufwändig, Apotheken in der Nähe der Schulungsorte zu finden, die bereits waren, nasales Naloxon zu bestellen/auszugeben (s. 9.3.6.6).

Grundsätzlich ist zunächst die „freie Apothekenwahl“ zu berücksichtigen. Daneben könnte jemand eine verbotene Absprache in Bezug auf die „Zuweisung von Verschreibungen“ unterstellen. Dies wird grundsätzlich unterstellt, wenn ärztliche Verschreibungen unter Ausschluss anderer Apotheken unmittelbar einer einzelnen Apotheke zugeleitet werden. Ein Indiz dafür ist, dass der/die Arzt/Ärztin dem/der Patienten/Patientin die Verschreibung nicht aushändigt, sondern sie unmittelbar der begünstigten Apotheke zukommen lässt (ggf. über eine/n MitarbeiterIn). Ggf. könnte auch im Einwirken der Ärztinnen (oder in unserem Fall der Schulungstrai-

nerInnen vor Ort) auf die opioidabhängigen Teilnehmenden, das Rezept in einer nahegelegenen (also in gewisser Weise einer bestimmten Apotheke) einlösen soll, eine verbotene Zuweisung von Verschreibungen gesehen werden.

Laut BGH-Urteil vom 18.06.2015, I ZR 26/14 dürfen für hilfsbedürftige sowie unzuverlässige Personen Medikamente in der Apotheke bestellt und abgeholt werden. Dies auf Basis eines ansonsten gefährdeten Therapieerfolges und der daraus resultierenden medizinischen Notwendigkeit, das Präparat für den Patienten zu besorgen (das Medikament käme ggf. aufgrund der Unzuverlässigkeit der Opioidabhängigen nicht bei diesem an). Ein ergänzendes Argument könnte sein, dass das Medikament i. d. R. ohne Vorbestellung nicht in der Apotheke vorrätig sein wird, und sich einige der Teilnehmer die Vorfinanzierung des Medikamentes (Privatrezept) nicht leisten könnten. Einige womöglich nicht einmal die Rezeptgebühr bei einem Kassenrezept.

Im Projektverlauf kam es einmalig zu einer Beschwerde einer Apothekerin bei der Landesapothekerkammer und dem Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege mit dem Vorwurf einer unzulässigen Kooperation und Einschränkung der freien Apothekenwahl (s. dazu auch Best-Practice-Modell 10.7.1).

Um den damit verknüpften bürokratischen und organisatorischen Mehraufwand zu begrenzen, der für alle Beteiligten ohne konkreten Nutzen war, könnte unter Berücksichtigung der immer wieder geäußerten Vorbehalte von ApothekerInnen gegenüber den Opioidabhängigen als Kunden und der krankheitsbedingten Einschränkungen der Opioidabhängigen (s. 10.6.1) klarere Regelungen zu u.a. Punkten förderlich sein, um rechtssicher vorgehen zu können:

- Möglichkeit zur Vorankündigung einer geplanten (Gruppen-)Notfallschulung in einer nahegelegenen Apotheke zur Sicherstellung der ausreichenden Bevorratung mit nasalem Naloxon (aktuell womöglich Verstoß gegen das Kooperationsverbot § 11 ApoG).
- Informieren nahegelegener Apotheken im Umfeld von Orten, an denen vermehrt Einzelschulungen vorgesehen sind (z.B. Kontaktladen, Streetworker bei bekannten Aufenthaltsorten im öffentlichen Raum) zur Bevorratung kleiner Mengen nasales Naloxon (aktuell womöglich Verstoß gegen Kooperationsverbot).
- Einlösen der Rezepte durch MitarbeiterInnen der Drogenhilfeeinrichtung zur Sicherstellung der Aushändigung eines Notfall-Kits, inkl. Take-Home-Naloxon (aktuell womöglich Verstoss gegen die freie Apothekenwahl).

10.6.5 Förderliche und hinderliche Faktoren im Zusammenspiel mit Rettung und Polizei

Wie unter 10.6.5 dargestellt, standen meist PolizistInnen und NotärztInnen der Vergabe von Take-Home-Naloxon nach Notfallschulung an Opioidabhängige positiver gegenüber als RettungssanitäterInnen. Gleichwohl wurden in allen Berufsgruppen einige Vorbehalte deutlich im Sinne einer Stigmatisierung von Drogenabhängigen. Auch hier galt, dass es für die MitarbeiterInnen der Drogenhilfeeinrichtungen (zumeist SozialpädagogInnen) schwieriger ist, bei medizinischem Personal eine Kommunikation „auf Augenhöhe“ zu erreichen. Hierfür war die Unterstützung durch die Projektleitung hilfreich. Grundsätzlich wurde auch deutlich, dass der Informationsfluss innerhalb der Berufsgruppen einige Zeit in Anspruch nahm und auch gegen

Ende des Modellprojektes es immer noch Rückmeldungen zu fehlenden Informationen zu Take-Home-Naloxon kam.

Entsprechend der erhobenen Rückmeldungen durch ersthelfende geschulte Opioidabhängige fühlten sich diese nur in Einzelfällen von RettungsdienstmitarbeiterInnen abwertend behandelt. Auf der anderen Seite wurde den ersthelfenden Opioidabhängigen häufig der gute Umgang sowohl mit dem Medikament, wie auch den erforderlichen und adäquaten Ersten-Hilfe Maßnahmen durch NotärztInnen attestiert.

Wie auch in der Literatur übereinstimmend dargestellt, ist es für die Implementierung von Take-Home-Naloxon-Angeboten förderlich, wenn auf lokaler bzw. regionaler Ebene (z.B. im Hinblick auf Kooperationsvereinbarungen, Schulungsmaterial, Erwartungen der Beteiligten und Betroffenen, Zusammenarbeit mit Notfalldiensten) gut vorbereitet werden (Akers et al. 2017; Deonarine et al. 2016; Chronister et al. 2016, Strang et al. 2008, Rowe et al. 2015).

Es zeigte sich aber auch: Um eine breitere Information zu erreichen, bedarf es deutlich mehr Koordination und Aufwand als es in der Laufzeit dieses Projekts möglich war. Auch kann eine Unterstützung durch medizinisches Fachpersonal bzw. eine übergeordnete Koordinationsstelle bei der Informationsweitergabe an die regionalen Beteiligten sehr hilfreich sein.

Förderlich für eine möglichst gute Einbindung der regional Beteiligten sind nach den Erfahrungen im Modellprojekt:

- Persönliche Kontaktaufnahme und Information mit Verantwortlichen bei Rettungsdiensten (z.B. NotärztInnen, Leitstellen, Träger der Rettungsdienste) und Polizei
 - Überregional durch zentrale Koordination mit dem Ziel einer offiziellen Unterstützung
 - Regional ggf. mit Unterstützung durch zentrale Koordination mit dem Ziel einer engen Zusammenarbeit und gegenseitigem Feedback
- Zusätzlich schriftliche Basisinformation, wo und durch wen Notfallschulungen, inkl. Take-Home-Naloxon regional durchgeführt werden mit Benennung eines Ansprechpartners zur Informationsweitergabe in den jeweiligen Bereichen

10.7 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen

Nachfolgend soll eine abschließende Bewertung erfolgen. Zunächst wird ein Best-Practice-Modell dargestellt, anschließend das Drogennotfallkit. Folgend von der Beantwortung der Ausgangshypothesen. Daran anschließend finden sich Überlegungen zur Sinnhaftigkeit von Take-Home-Naloxon gefolgt von den aus den Ergebnissen abgeleiteten Empfehlungen.

10.7.1 Best-Practice-Modell

Unter Berücksichtigung der verfügbaren wissenschaftlichen Literatur soll eine aus den Erkenntnissen des Modellprojektes unter den aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen entstandene „Idealversion“ einer Take-Home-Naloxon-Vergabe dargestellt werden.

Koordination und Qualitätssicherung

Für das Ziel einer Schadensminderung mit erkennbarer Reduktion der Zahl der Drogentoten sollten Notfallschulungen, inkl. Take-Home-Naloxon möglichst breit angeboten werden, um eine hohe Durchdringung zu erreichen. Jede/r Opioidabhängige sollte Zugang zu solchen Schulungen haben. Dazu sollten alle Drogenhilfeeinrichtungen die Möglichkeit haben, das Take-Home-Naloxon-Programm anzubieten. Damit dies mit hoher Qualität, medizinisch effektiv und sicher, sowie rechtssicher erfolgt, wäre es sinnvoll, standardisierte TrainerInnen-schulungen für alle Drogenhilfeeinrichtungen anzubieten, die idealerweise über eine Zertifizierung resp. Re-Zertifizierung einer Qualitätssicherung unterliegen, um die Qualität der Umsetzung des Schulungsmanuals von Beginn an und anhaltend zu unterstützen. Um dies zu koordinieren, wäre es sinnvoll, eine Koordinierungsstelle einzurichten, die sowohl die Aus- und Weiterbildung der TrainerInnen, sowie die Zertifizierung und damit die Qualitätssicherung übernimmt. Diese Koordinierungsstelle könnte gleichzeitig Anlaufstelle für Hilfestellungen gerade in der für die Einrichtungen anstrengenden Anfangszeit sein und ein koordiniertes Netzwerk zum schnellen gegenseitigen Informationstransfer und Erfahrungsaustausch bieten.

Gruppenschulung

Für die Planung von Gruppenschulungen hat sich ein fixer Turnus als hilfreich erwiesen (z.B. jeden 1. Donnerstag im Monat). In den dem Schulungsort umliegenden Apotheken sollte möglichst eine ausreichende Anzahl an Naloxon-Nasensprays zur unmittelbaren Abgabe im zeitlichen Zusammenhang mit der Schulung vorrätig sein, sodass hier eine entsprechende Vorabinformo hilfreich ist. Als ideale Größe für eine Gruppenschulung haben sich nach der Erfahrung der Trainer und dem ermittelten Wissenszuwachs 4 bis maximal 8 TeilnehmerInnen herauskristallisiert. Um einen reibungslosen Ablauf gewährleisten zu können, wird zumindest eine unterstützende Person neben dem Haupttrainer für Gruppenschulungen benötigt. Zudem sollte idealerweise ein/eine Arzt/Ärztin für die Ausstellung der Rezepte in die Drogenhilfeeinrichtung kommen. Als best-practice unter den gegebenen Rahmenbedingungen hat sich folgende Reihenfolge erwiesen:

- Die TeilnehmerInnen füllen die notwendigen Formulare aus (z.B. relevante Anamnesedaten, evtl. wissenschaftliche Begleiterhebung, etc.).
- Es erfolgt der Arzt-Patienten-Kontakt und der/die Arzt/Ärztin händigt dem Opioidabhängigen das Rezept für das Naloxon-Nasenspray aus.
- Aufklärung über die freie Apothekenwahl und das Angebot, dass ein/e MitarbeiterIn der Drogenhilfeeinrichtung die Rezepte der TeilnehmerInnen während der Schulung in einer nahegelegenen Apotheke einlöst
- Einholung einer schriftlichen Einverständniserklärung des Opioidabhängigen durch die jeweilige Einrichtung: „Ich beauftrage die Drogenhilfe xy für mich zur Apotheke Ihrer Wahl zu gehen und für mich ein Naloxon-Nasenspray zu holen“
- MitarbeiterIn nimmt ggf. die Einverständniserklärungen und die zugehörigen Rezepte entgegen und holt aus der Apotheke das Naloxon.
- Der/die HaupttrainerIn führt mit der Gruppe die manualisierte Notfallschulung durch. Die Schulung sollte idealerweise 60 Min. nicht überschreiten.
- Vorbereiten der Drogennotfallkits (s. 11.5.4).
- Aufklärung, wie TeilnehmerInnen nach Einsatz Ihres Take-Home-Naloxon möglichst niedrigschwellig ein neues THN erhalten können
- Zum Abschluss der Schulung erhalten die TeilnehmerInnen ihr Drogennotfallkit.

Einzel Schulung

Für manche Opioidabhängigen eignen sich Einzelschulungen besser, da diese flexibler planbar und ggf. auch spontan durchführbar sind. Einzelschulungen (die auch mit zwei TeilnehmerInnen durchgeführt werden können – „Pärchenschulung“) können meist durch eine/n TrainerIn erfolgen. Allerdings sollten im optimalen Falle einige Rahmenbedingungen erfüllt sein:

- Im direkten zeitlichen Schulungs-Zusammenhang Möglichkeit zu einem Arzt-Patienten-Kontakt mit Rezeptierung des THN
- In der Nähe eine Apotheke, in der Naloxon-Nasenspray verfügbar ist.

So kann der/die MitarbeiterIn der Drogenhilfeeinrichtung direkt nach der Schulung mit dem/der TeilnehmerIn zur Rezeptausstellung zum Arzt und anschließend in die Apotheke gehen um das dorthin mitgenommene Drogennotfallkit mit dem Medikament zu vervollständigen und dem / der TeilnehmerIn auszuhändigen.

Schulungen in JVAen

Die Auswahl und Ansprache der für eine Notfallschulung geeigneten inhaftierten Opioidabhängigen erfolgt idealerweise durch die MitarbeiterInnen der externen Suchtberatung. Das Naloxon-Präparat wird vom Anstaltsarzt verordnet und in die persönliche Habe übergeben, sodass es, wie evtl. andere Medikamente auch, bei Haftentlassung übergeben werden kann.

Gruppen-Schulungen sind hier besonders gut plan- und auch durchführbar. Es gelingt gut, KlientInnen in Haft zu einer Schulungsteilnahme zu motivieren, da es meist eine willkommene Abwechslung im Haftalltag darstellt. Die Teilnehmer sind gut aufnahmefähig, da sie, im Gegensatz zu Teilnehmern z.B. aus der Szene, weder durch Drogenwirkung, noch durch Entzugssymptome in der Aufnahmefähigkeit eingeschränkt sind.



Abbildung 2: Beispiel Drogennotfallkit; stabile, leichte, wasserfeste Aufbewahrung

Abbildung 3: beispielhafter Inhalt Drogennotfallkit

10.7.2 Drogennotfallkit (THN-Kit)

Das Drogennotfallkit sollte von den Opioidabhängigen ständig bei sich getragen werden oder zumindest greifbar am Ort des Konsums sein. Entsprechend sollte die Aufbewahrung robust sein. Es eignen sich idealerweise stabile, leichte und gleichzeitig wasserfeste Aufbewahrungsdosen.

In dieser Dose sollte mind. das Medikament sowie ein Ablaufplan als Reminder sowie Einmalhandschuhe Platz finden. Zudem ist es hilfreich eine Kopie des Rezeptes beizulegen um bei etwaigen Kontrollen (z.B. durch die Polizei) einen Beleg für den rechtmäßigen Besitz zu haben. Weitere Inhalte können nach Bedarf angefügt werden. Beispielfhaft ist hier das Notfallkit von DrugStop e.V. in Regensburg abgebildet.

Erwähnenswert ist, dass bei der katamnestischen Nachuntersuchung in der Zufallsstichprobe im Schnitt 29 Wochen nach der Schulung, deutlich wurde, dass die geschulten Opioidabhängigen mit ihrem Notfall-Kit sehr sorgsam umgingen. Zu diesem Zeitpunkt besaßen 91% der Befragten ihr Drogennotfallkit noch, oder nach einem Einsatz wieder. Lediglich 9 % gaben an, ihr Kit nicht mehr verfügbar zu haben. Davon hatte jedoch nur 1 Person das Kit verloren. Einzelne hatten es z.B. an Bezugspersonen weitergegeben.

10.7.3 Beantwortung Ausgangshypothesen

Die Ausgangshypothesen dieses Modellprojektes (vgl. 6.) können also zusammenfassend so beantwortet werden

I. Eine manualisierte, strukturierte Drogennotfall-Schulung ist

- a) an die jeweilige Zielgruppe (z.B. Substituierte, TeilnehmerInnen von der Szene, JVA- Insassen, ältere TN) adaptierbar
- b) an das jeweilige Setting (z.B. Drogenhilfeeinrichtung, Szene, JVA, Einzel- sowie Gruppensetting) anpassbar und durchführbar
- c) für die Geschulten mit Wissenszuwachs und Erhöhung der Selbstwirksamkeit verbunden

II. Aus den Dokumentation der im Beobachtungszeitraum von SchulungsteilnehmerInnen mit-erlebten Opioidüberdosierungen kann gefolgert werden, dass:

- a) die in der Schulung vermittelten Inhalte im Ernstfall hilfreich sind und zu einem erfolgreichen Umgang mit der Überdosierung beitragen. So erfolgen im Vergleich zur Häufigkeit Erster-Hilfe-Maßnahmen in der Allgemeinbevölkerung bei den dokumentierten Drogenotfällen in einem überraschend hohen Prozentsatz adäquate Erste-Hilfe-Maßnahmen und der Einsatz des Take-Home-Naloxon durch die geschulten Opioidabhängigen.
- b) wie in der Schulung vermittelt, verblieb die Mehrheit der Ersthelfer bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes, bei der Mehrzahl derjenigen, die nach Einschätzung des Notarztes nicht in die Klinik verbracht werden mussten, auch darüber hinaus beim Überdosis-Opfer und können dadurch bei einem eventuellen Auftreten eines Opioid-Entzugssyndroms einen Nachkonsum verhindern.

10.7.4 Sinnhaftigkeit einer Take-Home-Naloxon-Vergabe

Seit den 1990er-Jahren wurden in verschiedenen Ländern (Großbritannien, Australien, Dänemark, Estland, Norwegen, USA) Take-Home-Naloxon-Angebote in sehr unterschiedlichem Umfang eingeführt. Sie können als ein wichtiger Baustein zur Schadensminderung angesehen werden (Strang, McDonald, 2016). Im Rahmen des Modellprojektes konnte zusätzlich gezeigt werden, dass manualisierte Schulungen bei Opioidabhängigen zu einem verantwortlichen Umgang mit Drogenotfällen beitragen. So wurden kaum noch Maßnahmen ergriffen, die eher wenig hilfreich sind („Mythen“), sondern eher sinnvolle Erste-Hilfe-Maßnahmen, inkl. Einsatz des Take-Home-Naloxon. Auch nach einer Naloxon-Verabreichung verhielten sich die Opioidabhängigen sehr verantwortungsvoll und blieben bei denjenigen Überdosierten, die zur Überwachung nicht in die Klinik verbracht werden mussten. Zumindest in 69 der 70 dokumentierten Drogenotfälle konnten schwere Folgeschäden, inkl. Tod durch die geschulten opioidabhängigen Ersthelfer erfolgreich vermieden werden. Ohne dass dies das Ziel des Modellprojektes war, ergaben sich erste Hinweise darauf, dass Kosten durch nicht mehr notwendige Krankenhausaufnahmen eingespart werden konnten, was mit Modellrechnungen aus den USA übereinstimmt (Coffin et al., 2013).

Wie auch schon Jones et al. (2017) fanden sich keine Hinweise auf eine Zunahme eines riskanten Konsumverhaltens unter den geschulten Opioidabhängigen, die mit Take-Home Naloxon ausgestattet waren. Vielmehr wurden diese teilweise proaktiv von nicht geschulten Opioidabhängigen bei Drogenotfällen hinzugezogen. Auch zeigte sich, dass die TeilnehmerInnen mit dem Notfall-Kit sehr verantwortungsvoll umgehen und z.B. kaum verloren. Ohne dass dies gezielt im Modellprojekt geprüft wurde, wurde anhand einiger Beispiele deutlich, dass geschulte Opioidabhängige mit Drogenotfall-Kit und ggf. bereits nachfolgender Erfahrung im Umgang mit einem Drogenotfall gezielter als „Werbeträger“ in der „Szene“ gefördert werden sollten, da sie auch einen besondere Akzeptanz genießen. Dies passt zu den Befunden von Marshall et al. (2017).

Wie bereits in Wales und Schottland regelhaft und von Parmar et al. (2017) berichtet, zeigt auch die kleine Stichprobe im Modellprojekt der prinzipiell gut zugänglichen Gruppe der inhaftierten Drogenabhängigen, dass dort Notfallschulungen, inkl. Take-Home-Naloxon prinzipiell gut umsetzbar sind. Zu den optimalen Rahmenbedingungen liegen jedoch bislang kaum Daten vor.

Walley et al. (2013), sowie McDonald & Strang (2016) berichten von deutlichen Hinweisen auf eine Reduktion von Drogentoten in Abhängigkeit von der Intensität der Implementierung von

„Take-Home-Naloxon“. Das bedeutet praktisch, je mehr Opioidabhängige mit einem Notfallkit, inkl. Take-Home-Naloxon ausgestattet sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem Drogennotfall auch ein damit ausgestatteter Opioidabhängiger in der Nähe ist. Eine deutliche Verbesserung einer zielführenden Ersthilfe und der Erfolgswahrscheinlichkeit ist durch die hier etablierte Notfallschulung in Verbindung mit der THN-Vergabe zu erzielen. Basierend auf der Zahl der TeilnehmerInnen im Modellprojekt ist im Moment ca. 1 von 33 Opioidabhängigen in Bayern mit einem THN ausgestattet. Eine erkennbare Reduktion der Zahl der Drogentoten kann damit kaum erwartet werden. Wenn tatsächlich mind. jeder zweite Opioidabhängige geschult und mit THN ausgestattet ist, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass bei einem Drogennotfall jemand in der Nähe ist, der zielgerichtet helfen kann. Dies passt sehr gut zu den aus Australien und dem Vereinigten Königreich berichteten Ergebnissen. Hier böte sich eine koordinierte Ausrollung z.B. bayernweit mit einer entsprechenden Begleitevaluation an.

In vielen Ländern werden „Naloxon-Take-Home-Kits“ sowohl an Opioidabhängige, als auch an Personen aus deren Freundeskreis und Familie ausgegeben (Mc Donald & Strang 2016). Dies ist in diesem Umfang aus verschreibungsrechtlichen Gründen in Deutschland nicht möglich. In Deutschland kann das Medikament nur an Opioidabhängige verschrieben werden. Dies reduziert jedoch die Anzahl der potentiellen Helfer und es wäre wünschenswert, wenn Familienangehörige sowie Mitarbeiter von Drogenhilfeeinrichtungen ebenso Zugang zum lebensrettenden Medikament bekommen würden.

Im Hinblick auf die Notfallschulungen lässt sich beobachten, dass, nach Überwindung der verbreiteten Vorbehalte im Hinblick auf Naloxon, eine große Bereitschaft der Opioidabhängigen besteht, Kenntnisse im sinnvollen Umgang mit Überdosierungen zu erwerben und erweiterte Hilfsmaßnahmen anzuwenden. Dies deckt sich mit angloamerikanischen Befunden (Best et al., 2000; Kestler et al., 2017). Wie bereits von verschiedenen Autoren gefordert (Akers et al. 2017; Deonarine et al. 2016; Chronister et al. 2016, Strang et al. 2008, Rowe et al. 2015) zeigte sich auch im Rahmen des Modellprogramms, dass eine Implementierung von Naloxon-Programmen gut auf lokaler und überregionaler Ebene gut vorbereitet und koordiniert werden sollte (z.B. im Hinblick auf Kooperationsvereinbarungen, Schulungsmaterial, Erwartungen der Beteiligten und Betroffenen, Zusammenarbeit mit Notfalldiensten).

Die von Ambrose et al. (2016) geforderte Berücksichtigung von soziodemografischen Faktoren scheint nach den vorliegenden Befunden jedoch weniger wichtig zu sein, als die Didaktik der TrainerInnen sowie die Dauer der Schulung. Um die Qualität der Schulungen, eine entsprechende Didaktik sowie Manualadhärenz bei den TrainerInnen zu etablieren und aufrechtzuerhalten erscheint auch dafür eine zentrale Koordination und Unterstützung bei der Qualitätssicherung, wie auch bei der Etablierung manualisierter Schulungen sinnvoll und notwendig.

Zu den im Verlauf des Modellprojektes beobachteten förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Umsetzung der Notfallschulungen, sowie Abgabe eines Drogennotfall-Kits, inkl. Take-Home-Naloxon und den daraus abgeleiteten Empfehlungen wird auf 10.7 verwiesen.

10.7.5 Empfehlungen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Umsetzung eines Take-Home-Naloxon-Programms mit manualisierten, an die individuellen Möglichkeiten und Grenzen von Opioidabhängigen angepassten Inhalten einer Notfallschulung medizinisch sicher, effektiv und rechtssicher als fester Bestandteil der Drogenhilfe umgesetzt werden kann.

Im Verlauf des Modellprojektes fielen allerdings auch einige Faktoren auf, die eine möglichst effektive und breite Ausrollung in Zukunft behindern können. Die nachfolgenden Punkte entsprechen Lösungsvorschlägen, deren Prüfung auf Umsetzbarkeit nicht in allen Fällen der psychologisch-medizinischen Expertise der Autoren unterliegen:

Grundsätzlich

- Notfallschulungen, inkl. Take-Home-Naloxon sollte als niedrighschwelliges Hilfeangebot und fester Bestandteil der Drogenhilfe etabliert werden. Darüber hinaus sollte dies als wichtiger Baustein zur Vermeidung von Drogentod in jedem Bereich der Behandlung von Opioidabhängigen etabliert werden (s. 10.6.4), optimalerweise in Kooperation mit den regionalen Drogenhilfeeinrichtungen.
- Unnötig hohe Schwellen für Opioidabhängige, z.B. bei der Rezeptierung und der Abgabe in Apotheken sollten möglichst vermieden werden. Auch sollte die Hürde für ein Ersatz-THN niedrig sein z.B. nach Einsatz oder ggf. Verlust eines THN (s. 10.6.3; 10.6.4). Grundsätzlich förderlich wäre, wenn es möglichst nur eines Termins bedarf, um sowohl Notfallschulung, als auch THN-Kit erhalten zu können.
- Entwicklung ergänzender Schulungsmaterialien, z.B. an die Zielgruppe angepasste Videos mit den zentralen Schulungsinhalten (die behördlich vorgegebenen eignen sich dafür eher nicht).
- Koordinierte Unterstützung und Qualitätssicherung beim Aufbau (s. 10.6.4; 10.6.5) und der Durchführung von Notfallschulungen, inkl. Take-Home-Naloxon im Zeitverlauf. Organisierter und moderierter Erfahrungsaustausch (z.B. „Best-Practice“-Modelle), sowie Klärung bei übergreifenden Problemstellungen im Rahmen eines „Netzwerks Take-Home-Naloxon“. Dies könnte auch die Ansprache anderer Berufsgruppen, z.B. Rettungsdienste, Ärzte („Kommunikation auf Augenhöhe“) unterstützen.

Drogenhilfe

- Es sollte jede Gelegenheit genutzt werden, um kursierenden Vorbehalten gegen Naloxon bei Opioidabhängigen durch Psychoedukation zu begegnen, ggf. unter strukturiertem Einbezug von „peers“ (geschulten (ehemaligen) Opioidabhängigen).
- Begrenzung des zusätzlichen Mehraufwands für Drogenhilfeeinrichtungen aufgrund schwieriger Kooperation mit dem medizinischen Hilfesystem (Ärzte, Apotheker) und rechtlicher Rahmenbedingungen (s. 10.6.3; 10.6.4).
- Berücksichtigung des (initial unterschätzten) zusätzlichen Personal-/Zeitaufwands in den Drogenhilfeeinrichtungen durch eine finanzielle Unterstützung, die eine Planungssicherheit für die Einrichtung gewährleistet, inkl. zeitlichen Mehraufwand und anfallender Ausgaben (z.B. Medikamenten- und Schulungsassoziierte Kosten)

Naloxon Nasenspray

- Nasales Naloxon sollte von den Kostenträgern als „Standardmedikament“ bei der Diagnose einer Opioidabhängigkeit anerkannt werden, unabhängig davon, ob z.B. auch andere Behandlungsmaßnahmen erfolgen (z.B. Substitution, abstinenzorientierte Therapie). Dies könnte auch die immer wieder explizit geäußerte Befürchtung einer Regressforderung verhindern (s. 10.6.4). Letztlich wäre wünschenswert, wenn an Opioidabhängige behandelnde Ärzte die Frage gestellt würde, warum Naloxon bei der Diagnose NICHT verordnet wurde, z.B. auch im Rahmen einer Substitution.

- Herausnahme aus der Rezeptpflicht bei gleichzeitig weiter bestehender Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV (vgl. zugelassene Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungsabschluss nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- Ggf. Erweiterung der Zulassung bzw. Abgabemöglichkeit an Nicht-Opioidabhängige mit einem hohen Risiko, bei einem Drogennotfall anwesend zu sein, z.B. Nicht-Opioidabhängige Angehörige, MitarbeiterInnen der (niedrigschwelligen) Drogenhilfe.
- Ggf. Schaffung einer Möglichkeit zur Bevorratung einer kleinen Zahl von Naloxon-Nasensprays zur unmittelbaren Verfügbarkeit, einerseits bei Drogennotfällen im Umfeld einer Drogenhilfeeinrichtung, andererseits zur Mitgabe nach einer Notfallschulung an Opioidabhängige (ähnlich „Sprechstundenbedarf“ bei niedergelassenen Ärzten)

ÄrztInnen

- Etablierung der Empfehlung einer Notfallschulung, inkl. Take-Home-Naloxon an Opioidabhängige als „Standard“, egal ob beim Kontakt in abstinenzorientierter Behandlung oder in Substitution.
- Zusicherung der „Regressfreiheit“ einer Verordnung von Naloxon an Opioidabhängige, unabhängig davon, ob Sie sich in einer Substitution oder auch einer abstinenzorientierten Behandlung (z.B. Entzug, Entwöhnung) befinden.
- Engere Kooperation mit Drogenhilfe, z.B. Entlastung durch Übernahme der Notfallschulung durch geschulte MitarbeiterInnen der Drogenhilfe, im Gegenzug Sicherstellen der Take-Home Naloxon-Verordnung in engem zeitlichen Zusammenhang.

Apotheken

- Ermöglichung der Information nahegelegener Apotheken im Umfeld von Orten, an denen Gruppen-, oder vermehrt Einzelschulungen vorgesehen sind (z.B. Kontaktladen, Streetworker bei bekannten Aufenthaltsorten Opioidabhängiger im öffentlichen Raum) zur Bevorratung kleiner Mengen nasales Naloxon (aktuell womöglich Verstoß gegen Kooperationsverbot § 11 ApoG).
- Einlösen der Rezepte durch MitarbeiterInnen der Drogenhilfeeinrichtung zur Sicherstellung der Aushändigung eines Notfall-Kits, inkl. Take-Home-Naloxon (aktuell womöglich Verstoß gegen die freie Apothekenwahl).

Rettungsdienste, Polizei

- Persönliche Kontaktaufnahme und Information mit Verantwortlichen bei Rettungsdiensten (z.B. Notärzte, Leitstellen, Träger der Rettungsdienste) und Polizei
 - Überregional durch zentrale Koordination mit dem Ziel einer offiziellen Unterstützung
 - Regional ggf. mit Unterstützung durch zentrale Koordination mit dem Ziel einer engen Zusammenarbeit und gegenseitigem Feedback
- Zusätzlich schriftliche Basisinformation, wo und durch wen Notfallschulungen, inkl. Take-Home-Naloxon regional durchgeführt werden mit Benennung eines Ansprechpartners zur Informationsweitergabe in den jeweiligen Bereichen

11. Zusammenfassung

Jeder dritte Opioidabhängige stirbt an einer Überdosierung. Insgesamt ist die Sterblichkeit Opioidabhängiger im Vergleich zu alters-/geschlechtsgleichen Nicht-Opioidabhängigen um das 10fache erhöht.

Naloxon kann als spezifisch wirksames Gegenmittel (Antidot) zur Abschwächung der Opioidwirkungen eingesetzt werden. Es kann daher Überdosierungen und damit Drogentod erfolgreich bekämpfen kann, wenn es korrekt eingesetzt wird.

Vor diesem Hintergrund hat der Bayerische Landtag im Mai 2017 nach einem Dringlichkeitsantrag mehrerer Abgeordneter (Drs. 17/16794) beschlossen, die Staatsregierung aufzufordern, ein wissenschaftlich begleitetes Modellprojekt zur Abgabe von Naloxon an und die Anwendung durch geschulte opioidabhängige Laien (Take-Home-Naloxon/THN) zu implementieren. Auftrag an das Modellprojekt war, zu evaluieren, ob und wie ein Take-Home Naloxon Angebot medizinisch sicher, effektiv und rechtssicher als fester Bestandteil der Drogenhilfe umgesetzt werden kann. Die finanzielle Förderung erfolgte über das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

Nach Erarbeitung eines Schulungsmanuals (auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche unter Einbeziehung verfügbarer Leitlinien, von Expertenwissen und unter Berücksichtigung von Wissen über die Zielgruppe) wurde bei 479 Opioidabhängigen evaluiert, ob diese manualisierte, speziell an die Möglichkeiten der Zielgruppe angepasste psychoedukativ orientierte Drogennotfallschulung in einem Drogennotfall zu einem korrekten Einsatz von Erste-Hilfe Maßnahmen, inkl. richtigem Einsatz des Take-Home-Naloxons führt. Dazu wurde vor und im Vergleich dazu nach der Schulung und bei einer Nachuntersuchung (im Schnitt 29 Wochen nach der Schulung) der Zuwachs an Wissen und Fertigkeiten überprüft, wie auch der Umgang mit tatsächlich erlebten Drogennotfällen.

Es zeigte sich, dass Opioidabhängige, unabhängig davon, ob sie sich in einer Substitutionsbehandlung befinden oder mit wenig Anbindung ans Hilfesystem auf der „Szene“ sind, von der spezifischen Drogennotfallschulung profitieren. Sie erwerben Wissen und Fertigkeiten, die sie sicherer und effektiver in einem Drogennotfall handeln lassen. Neben vielen anderen Aspekten wird dies dadurch belegt, dass 69-mal ein erfolgreicher Umgang mit einem Drogennotfall dokumentiert werden konnte. In einem Fall war die Überdosierte leider zum Zeitpunkt der Ersthilfe bereits verstorben.

Der Wissenszuwachs der Opioidabhängigen hängt u.a. von den vermittelten Inhalten, sowie der Didaktik der TrainerInnen ab. Um Schulungen auf hohem Niveau durchführen zu können, sollten diese manualisiert und nur durch geschulte TrainerInnen erfolgen. Idealerweise sollte die enge Orientierung am Schulungsmanual nicht nur zu Beginn, sondern auch im Verlauf z.B. durch eine koordinierte Qualitätssicherung sichergestellt werden. Ein solches Vorgehen hat sich auch im Rahmen des Modellprojektes bei der praktischen Umsetzung bewährt.

Auch bei der kleinen Untergruppe von 52 inhaftierten Drogenabhängigen zeigten sich erste vielversprechende Ergebnisse, allerdings sollten hier noch weitere Untersuchungen erfolgen, z.B. zum optimalen Zeitpunkt einer Notfallschulung vor Entlassung.

Neben erweitertem Wissen konnten die TeilnehmerInnen aller Subgruppen durch einen weiteren Effekt profitieren. Die in der Schulung erworbenen Skills wirkten sich auch auf die Selbstwirksamkeit (Handlungsmotivation) sowie das Selbstbewusstsein der TeilnehmerInnen aus. Dieses wiederum ermöglicht es offenbar einigen TeilnehmerInnen über ihre Konsumsituation nachzudenken und neue Behandlungsmöglichkeiten ins Auge zu fassen.

Grundsätzlich konnte somit gezeigt werden, dass durch eine manualisierte, qualitätsgesicherte Drogennotfallschulung, Take-Home-Naloxon als medizinisch sichere und effektive Möglichkeit der Schadensminderung zur Reduktion von Drogentod bei Opioidabhängigen in Drogenhilfeeinrichtungen umgesetzt werden kann.

Im Verlauf zeigte sich, dass einige rechtliche Rahmenbedingungen die zielgerichtete und möglichst effiziente Umsetzung eines Take-Home-Naloxon-Angebotes erschweren. Diese Hindernisse könnten beseitigt werden, z. B. durch eine Herausnahme des Präparates aus der Rezeptpflicht bei möglichst fortbestehender Erstattungsfähigkeit durch die GKV, eine Erweiterung der zugelassenen Indikationen (z. B. auf Nicht-Opioidabhängige Angehörige, MitarbeiterInnen von Drogenhilfeeinrichtungen); Ermöglichung einer zeitnahen Verfügbarkeit von Naloxon zur Auslieferung nach einer Schulung (z. B. Vermeidung von Regressandrohungen an verordnende ÄrztInnen, u. a. im Kontext mit Substitution; einfacher Kooperationsmöglichkeit mit dem Schulungsort nahegelegenen Apotheken).

Für eine Etablierung als festes Angebot der Drogenhilfe wurden einige Punkte deutlich, die berücksichtigt werden sollten. Drogenhilfeeinrichtungen sind hochmotiviert, Take-Home-Naloxon-Programme umzusetzen. Sie benötigen dafür jedoch Unterstützung sowohl in Form von TrainerInnenschulungen zur Umsetzung des Manuals, wie auch materiell, um die entstehenden Kosten abzudecken, z.B. das Medikament (Rezeptgebühr, ggf. kein GKV-Versicherung von Opioidabhängigen), sowie den personellen Mehraufwand. Aus Sicht der Einrichtungen sollte die finanzielle Zuwendung möglichst Planungssicherheit gewährleisten. Um eine annähernd flächendeckende Ausrollung zu ermöglichen, und somit die nötige Durchdringung zu erreichen, sollten möglichst viele Drogenhilfeeinrichtungen Notfallschulungen mit Take-Home-Naloxon anbieten können. Um dies, inkl. Schulungen zur Umsetzung des Manuals, Qualitätssicherung etc. zu unterstützen, erscheint eine zentrale Koordinierungs-/Unterstützungs-/Transferstelle sinnvoll (vergleichbar HALT-Projekt).

Eine Etablierung als fester Bestandteil der Drogenhilfe erscheint nach den Ergebnissen des Modellprojektes möglich und sinnvoll. Damit die Umsetzung jedoch medizinisch sicher und effektiv bleibt, sind die o.a. Rahmenbedingungen und Empfehlungen zu beachten.

Auch wenn dies keine Fragestellung des Modellprojektes war, lässt sich feststellen, dass Take-Home-Naloxon ein vergleichsweise kostengünstiges und effizientes Angebot zur Reduktion von Drogentod sein kann. Soll sich dies am Ende in einer erkennbaren Reduktion der Zahl der Drogentoten ausdrücken, dann muss das Ziel aber eine breite Durchdringung von THN bei Opioidabhängigen sein. Nur so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem Drogennotfall auch ein Opioidabhängiger in der Nähe ist, der ein THN bei sich hat und durch die Schulung weiss, was zu tun ist. Im optimalen Fall wäre jeder Opioidabhängige geschult und mit einem Take-Home-Naloxon ausgestattet.

Eine ausreichende Durchdringung mit Take-Home-Naloxon kann einen wirksamen Beitrag zur Reduktion von Drogentod leisten. Auch bei potentiell nicht tödlich verlaufenden Opioidüberdo-

sierungen kann Take-Home-Naloxon zur Reduktion von Folgeschäden, Krankenhausaufenthalten und Kosten führen. Take-Home-Naloxon sollte jedoch immer mit entsprechenden Schulungen verbunden sein in denen nicht nur der Umgang mit dem Medikament, sondern auch Erste-Hilfe-Maßnahmen vermittelt werden. Erst die Kombination von Naloxon und Erster Hilfe ist lebensrettend.

Literaturverzeichnis

Akers, Joshua L.; Hansen, Ryan N.; Oftebro, Ryan D. (2017): Implementing take-home naloxone in an urban community pharmacy. In: *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA* 57 (2S), S. S161-S167. DOI: 10.1016/j.japh.2017.01.006.

akzept e.V. (2016): Leben retten mit Naloxon. Hg. v. akzept e.V. Institut für Suchtforschung. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <https://www.akzept.org/uploads1516/NaloxonLeitfadenWeb100316.pdf>, zuletzt geprüft am 22.01.2020.

Ambrose, Graham; Amlani, Ashraf; Buxton, Jane A. (2016): Predictors of seeking emergency medical help during overdose events in a provincial naloxone distribution programme: a retrospective analysis. In: *BMJ open* 6 (6), S. e011224. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011224.

BAS, Prävention von Drogentodesfällen Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis, https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS_Pr%C3%A4vention_von_Drogentodesf%C3%A4llen_2017_final.pdf, zuletzt aufgerufen am 14.08.2020

Best, David; Man, Lan-Ho; Gossop, Michael; Noble, Alison; Strang, John (2000): Drug users' experiences of witnessing overdoses: what do they know and what do they need to know? In: *Drug and alcohol review* 19 (4), S. 407–412. DOI: 10.1080/713659420.

Bird, Sheila M.; McAuley, Andrew; Perry, Samantha; Hunter, Carole (2016): Effectiveness of Scotland's National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths. A before (2006–10) versus after (2011–13) comparison. In: *Addiction (Abingdon, England)* 111 (5), S. 883–891. DOI: 10.1111/add.13265.

Deonarine, Andrew; Amlani, Ashraf; Ambrose, Graham; Buxton, Jane A. (2016): Qualitative assessment of take-home naloxone program participant and law enforcement interactions in British Columbia. In: *Harm reduction journal* 13 (1), S. 17. DOI: 10.1186/s12954-016-0106-1.

Dettmer, Kerstin (2018): Berlin – die Vorreiter_innen. Der Beginn der Naloxonverschreibung für Drogenkonsument_innen in Deutschland: ein Erfahrungsbericht. In: Anna Dichtl, Heino Stöver und Kerstin Dettmer (Hg.): *Leben retten mit Naloxon. Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA*. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag Frankfurt a.M. Der Verlag für angewandte Wissenschaft, S. 46–62.

Drucksache 19/20833; Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage; <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/208/1920833.pdf>; zuletzt aufgerufen am 14.08.2020.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2018): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. Hg. v. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Luxemburg. Online verfügbar unter http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001DEN_PDF.pdf, zuletzt geprüft am 22.01.2020.

Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2016): Europäischer Drogenbericht.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015): Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone. In: *EMCDDA Papers*. DOI: 10.2810/396726.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2018): Germany. Germany Drug Report 2018. Online verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11301/germany-cdr-2018-with-numbers.pdf>, zuletzt geprüft am 22.01.2020.

Groß, Raoul; Böttiger, Bernd W.; Thaiss, Heidrun M. (2019): Laienreanimation in Deutschland: Das Nationale Aktionsbündnis Wiederbelebung (NAWIB). In: *Notfall Rettungsmed* 22 (8), S. 715–722. DOI: 10.1007/s10049-019-0615-z.

Jones, Jermaine D.; Campbell, Aimee; Metz, Verena E.; Comer, Sandra D. (2017a): No evidence of compensatory drug use risk behavior among heroin users after receiving take-home naloxone. In: *Addictive behaviors* 71, S. 104–106. DOI: 10.1016/j.addbeh.2017.03.008.

Jones, Jermaine D.; Campbell, Aimee; Metz, Verena E.; Comer, Sandra D. (2017b): No evidence of compensatory drug use risk behavior among heroin users after receiving take-home naloxone. In: *Addictive behaviors* 71, S. 104–106. DOI: 10.1016/j.addbeh.2017.03.008.

Kestler, Andrew; Buxton, Jane; Meckling, Gray; Giesler, Amanda; Lee, Michelle; Fuller, Kirsten et al. (2017): Factors Associated With Participation in an Emergency Department-Based Take-Home Naloxone Program for At-Risk Opioid Users. In: *Annals of emergency medicine* 69 (3), S. 340–346. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2016.07.027.

Kraus, Ludwig; Seitz, Nicki-Nils (2018): Analyse drogeninduzierter Todesfälle. Berlin, 2018.

Kraus, Ludwig; Seitz, Nicki-Nils; Schulte, Bernd; Cremer-Schaeffer, Peter; Braun, Barbara; Verthein, Uwe; Pfeiffer-Gerschel, Tim (2019): Estimation of the Number of People With Opioid Addiction in Germany. In: *Deutsches Arzteblatt international* 116 (9), S. 137–143. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0137.

Marshall, Carley; Perreault, Michel; Archambault, Léonie; Milton, Diana (2017): Experiences of peer-trainers in a take-home naloxone program: Results from a qualitative study. In: *The International journal on drug policy* 41, S. 19–28. DOI: 10.1016/j.drugpo.2016.11.015.

McDonald, Rebecca; Strang, John (2016): Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. In: *Addiction (Abingdon, England)* 111 (7), S. 1177–1187. DOI: 10.1111/add.13326.

Meade, Angela Mary; Bird, Sheila Macdonald; Strang, John; Pepple, Tracey; Nichols, Laura Lea; Mascarenhas, Monica et al. (2018): Methods for delivering the UK's multi-centre prison-based naloxone-on-release pilot randomised trial (N-ALIVE). Europe's largest prison-based randomised controlled trial. In: *Drug and alcohol review* 37 (4), S. 487–498. DOI: 10.1111/dar.12592.

Neale, Joanne; Brown, Carol; Campbell, Aimee N. C.; Jones, Jermaine D.; Metz, Verena E.; Strang, John; Comer, Sandra D. (2018): How competent are people who use opioids at responding to overdoses? Qualitative analyses of actions and decisions taken during overdose emergencies. In: *Addiction (Abingdon, England)*. DOI: 10.1111/add.14510.

Neale, Joanne; Strang, John (2015): Naloxone--does over-antagonism matter? Evidence of iatrogenic harm after emergency treatment of heroin/opioid overdose. In: *Addiction (Abingdon, England)* 110 (10), S. 1644–1652. DOI: 10.1111/add.13027.

Ostermann, Olaf (2018): Naloxon - Der bayerische Weg. In: Anna Dichtl, Heino Stöver und Kerstin Dettmer (Hg.): *Leben retten mit Naloxon. Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA*. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag Frankfurt a.M. Der Verlag für angewandte Wissenschaft, S. 66–80.

Parmar, Mahesh K. B.; Strang, John; Choo, Louise; Meade, Angela M.; Bird, Sheila M. (2017): Randomized controlled pilot trial of naloxone-on-release to prevent post-prison opioid overdose deaths. In: *Addiction (Abingdon, England)* 112 (3), S. 502–515. DOI: 10.1111/add.13668.

Pogarell, O., Wodarz von Essen, H., Wodarz, N. (2020): SARS-CoV-2 Pandemie und Suchterkrankungen: Schwerpunkt Substitution am Beispiel Bayerns. In press

Polizeiliche Kriminalstatistik Bayern 2018: https://www.stmi.bayern.de/assets/stmi/sus/polizei/190318_pks_pressebericht_2018.pdf; zuletzt aufgerufen am 14.08.2020.

Rudski, Jeffrey (2016): Public Perspectives on Expanding Naloxone Access to Reverse Opioid Overdoses. In: *Substance use & misuse* 51 (13), S. 1771–1780. DOI: 10.1080/10826084.2016.1197267.

Strang, John; McDonald, Rebecca; Tas, Basak; Day, Ed (2016): Clinical provision of improvised nasal naloxone without experimental testing and without regulatory approval: imaginative shortcut or dangerous bypass of essential safety procedures? In: *Addiction* (111(4)), S. 574–582. Online verfügbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.13209>, zuletzt geprüft am 22.01.2020.

Walley, Alexander Y.; Doe-Simkins, Maya; Quinn, Emily; Pierce, Courtney; Xuan, Ziming; Ozonoff, Al (2013): Opioid overdose prevention with intranasal naloxone among people who take methadone. In: *Journal of substance abuse treatment* 44 (2), S. 241–247. DOI: 10.1016/j.jsat.2012.07.004.

Wodarz, Norbert; Wolstein, Jörg; Essen, Heike Wodarz-von; Pogarell, Oliver (2019): Naloxon – Medizinische Grundlagen und internationale Erfahrungen. In: *SUCHT* 65 (5), S. 335–342. DOI: 10.1024/0939-5911/a000624.

Anhang

Liste öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen

Prof. Dr. med. Oliver Pogarell

-
- 2018**
- 05. bis 07. Juli 2018; interdisziplinären Suchtkongress, München
 - 06. bis 10. August 2018; Seminar on Forensic Psychiatry in Europe, München/Seeon; (Vortrag „Substance Use Disorder“ including opioid crisis)
 - 11. bis 13.10.2018; 33. Münchner Herbsttagung der AGFP („Forensiktagung“); München; Vortrag Substanzmissbrauch und Substitution am 11.10.2018
 - 18.10.2018; VHS Veranstaltung; München (Vortrag „Trump ruft den Gesundheitsnotstand aus – und wie ist unser Umgang mit Opioiden und Cannabis?)
 - 24.10.2018; BAS-Workshop Public Health und Suchtfragen; München (Diskussion desThemas opioid crisis und Drogentod)
 - 08.12.2018; Forum Psychiatrie für die Praxis: Fortbildungsveranstaltung für Hausärzte, niedergelassene Psychiater und Nervenärzte; München; (Vortrag: Neues aus der Suchtmedizin)

-
- Zudem:**
- im Rahmen des „Psychiatrischen Kolloquiums der LMU – in Kooperation mit der BAS“; Wintersemester 2018/2019 - Schwerpunkt Suchterkrankungen. Für: Ärztinnen und Ärzte des KUM/LMU sowie des ÄKBV München.
 - im Rahmen der Lehre: Vorlesung „Sucht“; Psychiatrie-Kurse

-
- 2019**
- 24.01.2019: Tagung der Ärzte der bayerischen Justizvollzugsanstalten: „Aktuelle Standards bei der Entzugsbehandlung (Alkohol und Drogen)“
 - 29.01.2019: Krhs. Bogenhausen: Titel „Der süchtige Patient –Therapiestandards und Herausforderungen“ (Ärzte)
 - 27.05.2019, 25.07.2019 und 11.11.2019: LMU – im Rahmen der Hauptvorlesung Suchtmedizin (Studenten)
 - 27.06.2019: Wasserburg Tagung für Ärzte-Richter-Verwaltungspersonen: Vortrag „Sucht“
 - 05.11.2019: München, LGL-Tagung (Gerichtsärztlicher Dienst): „Therapie der Opioidabhängigkeit – aktueller Stand“
 - 12.11.2019: s.o. (Rettungsdienste)
 - 23.11. (München)/24.11.2019 (Nürnberg): WIPIG-Netzwerk Prävention: „Opioid-Krise in den USA – bald auch bei uns?“

Zudem Erwähnung Im Rahmen des Psychiatrisches Kolloquium der LMU am 28.05.2019 bzw. am 02.07.2019:

- Rauschgiftmarkt 2019 - Interessante Befunde aus der Haaranalytik
- Opioidkrise in den USA

(jeweils im Anschluss an den Vortrag)

Im Rahmen der Veranstaltung des WIPIG-Netzwerks (BLAK) in München am 23.1. und in Nürnberg am 24.11., Vorträge zum Thema: Opioidkrise

-
- 2020**
- Vorträge auf Kongressen leider coronabedingt abgesagt, Erwähnung fand das Modellprojekt jedoch in folgenden Kontexten:
- Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter*innen des LMU Klinikums: Suchtmedizin am 25.03.
 - Studentenunterricht: Vorlesungen zum Thema Opioidabhängigkeit für LMU-Medizinstudierende am 23.01., 04.06. und 16.07.

Prof. Dr. med. Norbert Wodarz

-
- 2018**
- 01. bis 03. April 2018; 23. Tübinger Suchttherapietage 2018 „Opioidantagonisten (Naloxon, Naltrexon) in der Behandlung der Opioidabhängigkeit / Notfalltherapie“
 - 17.09.2018; Deutscher Suchtkongress 2018; Hamburg
 - 27.10.2018; 26. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, Berlin
 - 03.11.2018; 27. Kongress der deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin; Berlin
 - 09.11.2018; Impulse Fachtagung; Nürnberg
-
- 2019**
- 27.02.2019; Fortbildungsveranstaltung Klinikum Ingolstadt „Bayerisches Modellprojekt: Take-Home-Naloxon für Opioidabhängige“
 - 6. Juli 2019; 20. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin München „Naloxon-Take-Home-Kits Schulung Betroffener (und Peers) ein Modellprojekt in Bayern“
 - 17.09.2019; Dt. Suchtkongress Mainz Deutscher Suchtkongress Mainz „Naloxon-Take-Home-Kits Schulung Betroffener (und Peers) ein Modellprojekt in Bayern“
 - 31.10.2019; Symposium zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. med. Böhning „Naloxon-Take-Home-Kits Schulung Betroffener (und Peers) ein Modellprojekt in Bayern“
-
- 2020**
- 23.1. – 24.1.20 Jahrestagung Arbeitskreis Sucht der Bundesdirektorenkonferenz, Mühlhausen (Thü) „Wenn die Opioiddosis fatale Folgen hat – Erfahrungen aus dem bayer. Modellprojekt ‚Take-Home-Naloxon‘,“
 - 14.05.2020; 14. Basler Frühjahrestagung „Substitution 2030 – womit müssen wir rechnen, was können wir tun?“ / coronabedingt abgesagt –
 - 24.6.20 BKH Mainkofen Pandemiebedingt verschoben auf 28.7.21

Heike Wodarz-von Essen, Psych M.Sc.

-
- 2019**
- 17.09.2019; Dt. Suchtkongress Mainz Deutscher Suchtkongress Mainz „Naloxon-Take-Home-Kits – Schulung Betroffener (und Peers) ein Modellprojekt in Bayern“
 - 06.11.2019; Fachtagung: illegale Substanzen und Drogentod Bamberg „Naloxon-Take-Home-Kits -Schulung Betroffener (und Peers) ein Modellprojekt in Bayern“
 - 28.11.2019; Kongress Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde Berlin „Naloxon-Take-Home-Kits – Schulung Betroffener (und Peers) ein Modellprojekt in Bayern“
 - 06.12.2019; 19. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin Hamburg „Take-Home-Naloxon (THN) für Opioidabhängige – Ein Modellprojekt in Bayern am Beispiel der Modellregion Regensburg“
-
- 2020**
- 12.02.2020; Leitungstreffen Kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie, Haar bei München „Naloxon-Take-Home-Kits – Schulung Betroffener (und Peers) ein Modellprojekt in Bayern“
 - 14.05.2020; 14. Basler Frühjahrestagung „Substitution 2030 – womit müssen wir rechnen, was können wir tun?“ / coronabedingt abgesagt

Dipl. Soz.päd./Soz.arb. FH Olaf Ostermann

-
- 2018**
- 22.11.2018 4th European Harm Reduction Conferenc, Bukarest, Vortrag „The Naloxone – Take – Home Program Munich and the Bavarian Naloxone – Pilot Project“
-
- 2019**
- 10.04.2019; Naloxon Regionalkonferenz der Deutschen Aidshilfe; Hannover „Das Naloxon – Take - Home-Programm München und das Bayerische Take-Home-Naloxon-Modellprojekt“
 - 29.05.2019; Naloxon Regionalkonferenz der Deutschen Aidshilfe; Leipzig „Das Naloxon – Take - Home Programm München und das Bayerische Take – Home – Naloxon Modellprojekt“
 - 07.08.2019; Naloxon Regionalkonferenz der Deutschen Aidshilfe, Frankfurt „Das Naloxon-Take-Home-Programm München und das Bayerische Take-Home-Naloxon-Modellprojekt“
 - 27.09.2019; 5. Nationale Substitutionskonferenz Berlin Vortrag im Plenum: „Drogennotfallprophylaxe: Naloxon und Substitution“; Vortrag im Workshop: „Das Naloxon-Take-Home-Programm München und das Bayerische Take-Home-Naloxon-Modellprojekt“
 - 23.10.2019; Naloxon Regionalkonferenz der Deutschen Aidshilfe, Köln „Das Naloxon-Take-Home-Programm München und das Bayerische Take-Home-Naloxon-Modellprojekt“
 - 06.12.2019; Gefängnismedizin-Tage, Frankfurt „Drogennotfallprophylaxe: Naloxon bei Haftentlassung“
 - 29.11.2019; „Forum Drogenpolitik“ der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung der Stadt Berlin „Das Naloxon-Take-Home-Programm München und das Bayerische Take-Home-Naloxon-Modellprojekt“ und zwar im Rahmen des
-
- 2020**
- 12.03.20 Naloxonprogramm in München und Bayerisches Modellprojekt THN beim Fachgespräch „Naloxon kann Leben retten: Naloxon-Take-Home-Programme“ in Frankfurt auf Einladung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration und der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Flyer im Anhang)
 - 01.07.20 Naloxon Regionalkonferenz der DAH in Stuttgart: „Das Naloxon-Take-Home-Programm München
 - und das Bayerische Take-Home-Naloxon-Modellprojekt“



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon **089 12 22 20** oder per E-Mail unter **direkt@bayern.de** erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

IMPRESSUM

| | | |
|----------------|---|---|
| Herausgeber: | Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Haidenauplatz 1 81667 München Telefon: +49 89 540233-0 Fax: +49 89 540233-90999 | Gewerbemuseumsplatz 2 90403 Nürnberg Telefon: +49 911 21542-0 Fax: +49 911 21542-90999 |
| Gestaltung: | CMS – Cross Media Solutions GmbH, Würzburg | |
| Bildnachweis: | H. Wodarz-von Essen (S. 41); DrugStop e.V., Regensburg (S. 70) | |
| Druck: | Druckerei Schmerbeck GmbH | |
| Stand: | August 2021 | |
| Artikelnummer: | stmgp_sucht_001 | |

HINWEIS

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.