

Naloxon rettet Leben!

Bundesmodellprojekt NALtrain

Von Simon Fleißner, Dirk Schäffer, Heino Stöver*

Das Bundesmodellprojekt NALtrain setzt die Take-Home-Verordnung von Naloxon um und vermittelt in Schulungen die Naloxon-Anwendung im Drogennotfall. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe unterstützt mit ihrer Beratungskommission „Sucht und Drogen“ das Projekt.

Hintergrund

Naloxon ist ein Opiantagonist, welcher 1960 erstmalig synthetisiert wurde und innerhalb weniger Minuten die Wirkung von Opioiden aufheben kann [1]. Zunächst nur im klinischen Kontext verwendet, wurde Naloxon in den 1990er Jahren zur Verwendung als Take-Home für Konsumentinnen und Konsumenten vorgeschlagen, damit es im Falle einer Überdosierung verabreicht werden kann [2]. Da Opioidüberdosierungen häufig in Anwesenheit Dritter stattfinden [3], könnten Todesfälle verhindert werden, wenn einer der Anwesenden Naloxon mit sich führt und in der Anwendung geschult ist. Take-Home-Naloxon (THN) zielt also darauf ab, Menschen zu schulen, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit bei einer Opioidüberdosierung anwesend sein könnten.

Die Schulungen beinhalten, im Drogennotfall richtig zu handeln, Naloxon korrekt zu verabreichen und die geschulten Personen mit Naloxon auszustatten. Dadurch können auch medizinische Laien bei einer Opioidüberdosierung das Leben der betroffenen Person retten. Insbesondere die Einführung eines Naloxon-Nasensprays in Deutschland im Jahr 2018 hat die Anwendung durch Laien einfach und sicher gemacht [4].

In verschiedenen Untersuchungen wurde festgestellt, dass THN die Mortalität von Opioidkonsumentinnen und -konsumenten reduziert [5, 6]. Sowohl die World Health Organization (WHO) als auch das European Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) empfehlen die Umsetzung von THN [7, 8]. Auch die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) befürwortet Take-Home Naloxon [9].

THN wurde bereits in mehreren Ländern (z. B. Kanada, Schottland) erfolgreich als Harm Reduction-Maßnahme umgesetzt [10, 11]. Im Folgenden wird dargestellt, wie THN auch in Deutschland erfolgreich sein kann und wie Medizinerinnen und Mediziner entscheidend zum Gelingen von THN beitragen können. In diesem Kontext wird außerdem das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Bundesmodellprojekt NALtrain vorgestellt.

Take-Home-Naloxon in Deutschland

Bisher wurden THN-Projekte in Deutschland überwiegend durch einzelne Einrichtungen individuell durchgeführt. Obwohl 1999 in Berlin eines der ersten Modellprojekte zu THN weltweit erfolgreich war [12], hat erst 2018 zunächst Bayern ein eigenes Modellprojekt ins Leben gerufen [13] und erst 2021 wurde mit NALtrain ein bundesweites Modellprojekt gefördert.

Die Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der FDP verdeutlicht die geringe Verbreitung von THN in Deutschland. Demnach wurden 2018 und 2019 insgesamt lediglich 350 Packungen des Naloxon-Nasensprays (Nyxoid®) zu Lasten der GKV verschrieben (Bundestagsdrucksache 19/17670) – bei geschätzten 165 000 Menschen, die Opiode konsumieren oder sich in Substitutionsbehandlung befinden und damit potentiell für die Verschreibung von Naloxon in Frage kommen [14].

Umsetzung von Take-Home-Naloxon

Bei THN-Programmen werden Opioidkonsumierende geschult, einen Drogennotfall zu erkennen, den Notruf abzusetzen, Erste-Hilfe-Maßnahmen durchzuführen und Naloxon zu verabreichen. Diese Schulungen können als Einzelinterventionen innerhalb von zehn bis 15 Minuten durchgeführt oder auch als Gruppenschulungen (60 bis 90 Minuten) angeboten werden [15]. Im Anschluss an eine

Schulung braucht es noch die Ausstellung des Rezeptes für Naloxon und die Beschaffung von Naloxon in einer Apotheke. Bislang werden die Schulungen überwiegend durch Einrichtungen der niedrighschwelligen Suchthilfe angeboten. Da Naloxon verschreibungspflichtig ist, stellt die Rezeptierung von Naloxon eine besondere Hürde für THN-Projekte dar. Besonders in der niedrighschwelligen Suchthilfe ist die unmittelbare Ausgabe von Naloxon an geschulte Personen wichtig, da die Erreichbarkeit am nächsten Tag oder das selbstständige Besorgen von Rezept und Naloxon häufig nicht folgen.



Hier braucht es möglichst direkte Kooperationen und funktionale Absprachen zwischen den niedrighschwelligen Suchthilfeeinrichtungen und Ärztinnen und Ärzten vor Ort. Die Bedeutung der Naloxonausgabe möglichst zeitnah nach einer Naloxonschulung hat auch das bayerische Modellprojekt bestätigt [13].

Es eignen sich nicht nur niedrighschwellige Einrichtungen für THN, sondern grundsätzlich alle Einrichtungen der Suchthilfe, welche mit Menschen arbeiten, die Opiode konsumieren oder sich in Substitutionsbehandlung befinden. Besonders hervorzuheben sind aufgrund der Erreichbarkeit der Zielgruppe bei gleichzeitig erhöhtem Überdosierungsrisiko sowohl Entzugs- und Entwöhnungskliniken als auch der Justizvollzug [16, 17]. Schottland finanziert beispielsweise ein nationales THN-Programm in Haftanstalten und hat damit bereits meh-

* Simon Fleißner, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Suchtforschung Frankfurt, Frankfurt University of Applied Sciences
Dirk Schäffer, Referent für Drogen und Strafvollzug, Deutsche Aidshilfe
Prof. Dr. Heino Stöver, Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung, Direktor des Instituts für Suchtforschung Frankfurt, Frankfurt University of Applied Sciences

rere tausend Personen erreicht [10]. Außerdem können in Deutschland im Bereich der Substitutionsbehandlung viele Menschen geschult und mit Naloxon versorgt werden. Hier ist die Erreichbarkeit für eine Schulung und die anschließende Rezeptierung von Naloxon vergleichsweise einfach zu organisieren.

Naloxon kann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen verschrieben werden, die Verschreibung ist rechtssicher [18]. Dadurch ist die Finanzierung des Nasensprays für Menschen in Substitutionsbehandlung einfach gegeben und über 80 000 Personen könnten deutschlandweit erreicht werden [19]. Auch wenn durch die Substitutionsbehandlung die Mortalität und das Überdosierungsrisiko bereits deutlich niedriger sind, ist insbesondere zu Beginn der Behandlung und bei Abbruch das Risiko einer Überdosierung nicht zu vernachlässigen [20]. Die Befürchtung, dass THN zu mehr Konsum anregt, konnte in einem systematischen Review nicht bestätigt werden [21]. Bei der Schulung der Patientinnen und Patienten gibt es bereits erfolgreiche Kooperationen zwischen Einrichtungen und Substitutionspraxen, sodass beispielsweise Mitarbeitende der Einrichtungen Gruppen-

schulungen in Räumlichkeiten der Praxis mit anschließender Naloxonverschreibung anbieten.

Schulungen

Das dreijährige Bundesmodellprojekt NALtrain (07/2021 bis 06/2024) befähigt in über 40 regionalen Train-the-Trainer-Veranstaltungen Mitarbeitende der Suchthilfe, THN-Schulungen für Opioidkonsumierende und Menschen in Substitutionsbehandlung anzubieten. Gleichzeitig wird im Rahmen des Projektes der Aufbau von Kooperationen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Suchthilfeeinrichtungen unterstützt. Bisher haben sich 300 Einrichtungen bei NALtrain zur Beteiligung verbindlich angemeldet. In den ersten 27 Train-the-Trainer-Veranstaltungen wurden über 250 Mitarbeitende aus 200 Einrichtungen erreicht. NALtrain unterstützt alle Institutionen und Einrichtungen, welche die Möglichkeit haben, THN-Schulungen anzubieten. Auch Substitutionspraxen können sich NALtrain anschließen.

Fazit

Die Wirksamkeit von THN, opioidbedingte Todesfälle zu verhindern, ist international vielfach nachgewiesen [5, 6, 22]. Modellrechnungen in den USA und England haben ergeben, dass THN kosteneffektiv und wirksam ist [23, 24]. THN kann als Harm-Reduction-Maßnahme weitere Maßnahmen wie Drogenkonsumräume nicht ersetzen, sondern ergänzt das Hilfesystem um einen weiteren Baustein, um Drogentodesfälle zu verhindern und Leben zu retten. Je mehr Personen Naloxon besitzen und in der Anwendung geschult sind, desto wirkungsvoller ist THN. Ein Modell von Langham u. a. aus Großbritannien kommt zu dem Ergebnis, dass 6,6 Prozent der Todesfälle aufgrund einer Überdosierung vermieden werden können, wenn 30 Prozent der Konsumierenden Naloxon mit sich führen [25]. In Nordrhein-Westfalen beteiligen sich eine Vielzahl an Suchthilfeeinrichtungen. Das Modellprojekt möchte dafür werben, für eine Zusammenarbeit offen zu sein und bei der Umsetzung von THN mitzuwirken, damit THN zu einem erfolgreichen Baustein der Drogennotfallprophylaxe wird. Naloxon rettet Leben.

Mehr zu NALtrain

- Weitere Informationen zu NALtrain finden Sie unter www.naloxontraining.de/naltrain
- Wenn Sie sich an NALtrain beteiligen möchten, Suchthilfeeinrichtungen für eine Kooperation suchen oder Fragen haben, können Sie sich jederzeit gerne an info@naltrain.org wenden.
- Am 26.04.23 findet ein Webinar zum Thema THN statt, welches mit zwei Fortbildungspunkten zertifiziert ist. Anmeldungen bitte an info@naltrain.org

Literatur

- [1] Strang J, McDonald R, Campbell G, et al. Take-Home Naloxone for the Emergency Interim Management of Opioid Overdose: The Public Health Application of an Emergency Medicine. *Drugs* 2019; 79: 1395–1418.
- [2] Strang J, Darke S, Hall W, et al. Heroin overdose: the case for take-home naloxone. *BMJ* 1996; 312: 1435–1436.
- [3] Strang J, Powis B, Best D, et al. Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability. *Addict Abingdon Engl* 1999; 94: 199–204.
- [4] Schäffer D. Opioidbedingte Todesfälle in Deutschland – warum bleibt Naloxon weitgehend ungenutzt. In: 7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Groß-Umstadt: Pabst, 2020, pp. 85–89.
- [5] McDonald R, Strang J. Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. *Addiction* 2016; 111: 1177–1187.
- [6] Olsen A, McDonald D, Lenton S, et al. Assessing causality in drug policy analyses: How useful are the Bradford Hill criteria in analysing take-home naloxone programs? *Drug Alcohol Rev* 2018; 37: 499–501.
- [7] EMCDDA, Cochrane Drugs and Alcohol Group. Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take home naloxone. LU: Publications Office, <https://data.europa.eu/doi/10.2810/396726> (2015, accessed 27 January 2022).
- [8] WHO. Community management of opioid overdose. Geneva: World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/200009> (2014, accessed 16 January 2022).
- [9] DGS. 'NALtrain' – Modellprojekt Take-Home Naloxon Schulungen, https://uploads-ssl.webflow.com/5cb4802629b25d04a5fd5f0/612e227faa6a1470509bc622_DGS%20Aufruf%2C%20korrigiert.pdf (2021, accessed 22 September 2022).
- [10] Horsburgh K, McAuley A. Scotland's national naloxone program: The prison experience. *Drug Alcohol Rev* 2018; 37: 454–456.
- [11] Moustaqim-Barrette A, Elton-Marshall T, Leece P, et al. Environmental Scan Naloxone Access and Distribution in Canada. *Epub ahead of print* 2019. DOI: 10.14288/1.0379400.
- [12] Dettmer K, Saunders B, Strang J. Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *BMJ* 2001; 322: 895–896.
- [13] Wodarz-von Essen H, Pogarell O, Wolstein J, et al. Evaluation eines Schulungsprogramms für medizinische Laien zum Einsatz von nasalem Take-Home-Naloxon in Notfallsituationen bei Menschen mit Opioidabhängigkeit in Bayern (BayTHN). München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2021.
- [14] Kraus L, Seitz N-N, Schulte B, et al. Estimation of the Number of People With Opioid Addiction in Germany. *Dtsch Ärztebl Int*. Epub ahead of print 1 March 2019. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0137.
- [15] Dettmer K, Ostermann O. Drogennotfalltraining mit Naloxonvergabe als längeres Training oder als Kurzintervention? In: Dichtl A, Stöver H, Dettmer K (eds) *Leben retten mit Naloxon. Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag, 2018, pp. 34–45.
- [16] Parmar MKB, Strang J, Choo L, et al. Randomized controlled pilot trial of naloxone-on-release to prevent post-prison opioid overdose deaths. *Addict Abingdon Engl* 2017; 112: 502–515.
- [17] Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug Alcohol Depend* 2010; 108: 65–69.
- [18] Teuter L. Strafrechtliches Gutachten zur Frage der einschlägigen Risiken bei der Verschreibung von Naloxon an opiatkonsumierende Personen. In: Dichtl A, Stöver H, Dettmer K (eds) *Leben retten mit Naloxon. Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag, 2018, pp. 25–33.
- [19] Schwarzkopf L, Künzel J, Murawski M, et al. Jahresstatistik 2020 der professionellen Suchthilfe. In: DHS (ed) *DHS Jahrbuch Sucht 2022*. Lengerich: Pabst, 2022, pp. 147–172.
- [20] Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017; j1550.
- [21] Tse WC, Djordjevic F, Borja V, et al. Does naloxone provision lead to increased substance use? A systematic review to assess if there is evidence of a 'moral hazard' associated with naloxone supply. *Int J Drug Policy* 2022; 100: 103513.
- [22] Bird SM, McAuley A, Perry S, et al. Effectiveness of Scotland's National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006–10) versus after (2011–13) comparison. *Addiction* 2016; 111: 883–891.
- [23] Coffin PO, Sullivan SD. Cost-Effectiveness of Distributing Naloxone to Heroin Users for Lay Overdose Reversal. *Ann Intern Med* 2013; 158: 1–9.
- [24] Townsend T, Blostein F, Doan T, et al. Cost-effectiveness analysis of alternative naloxone distribution strategies: First responder and lay distribution in the United States. *Int J Drug Policy* 2020; 75: 102536.
- [25] Langham S, Wright A, Kenworthy J, et al. Cost-Effectiveness of Take-Home Naloxone for the Prevention of Overdose Fatalities among Heroin Users in the United Kingdom. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2018; 21: 407–415.