

DROGENKURIER

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

FEB. 2013

NR. 93

JUNKLES FHEMALIGE SUBSTITUIERTE

GEFAHR! BITTE NICHT

BEREHRUNG POLIZEIABSPE

W! GEFA

FALSCH ZAHLEN VOM BKA?

TATORT BMG TATORT

STEN BETRETEN VERBOTEN BE

IMPRESSUM

Nr. 93, Februar 2013
Herausgeber des
DROGENKURIER:

JES*-Bundesverband e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 030/69 00 87-56
Fax: 030/69 00 87-42
Mobil: 0175/6 68 86 87
Mail: vorstand@
jes-bundesverband.de
www.jes-bundesverband.de

Das Redaktionsteam:
Mathias Häde, Katrin Heinze,
Marco Jesse, Jochen Lenz,
Claudia Schieren,
Janka Kessinger

Mitarbeit: Helmut Scheimann,
Dirk Schäffer, Team-INDRO,
Ilona Rowek, Marco Jesse

Titelfoto: Tomas Riehle
BMG Bonn/www.bbr.bund.de

Layout, Satz: Carmen Janiesch

Druck: AZ Druck
Sportfliegerstr. 6
12487 Berlin

Auflage: 4.200 Exemplare

Der DROGENKURIER wird
unterstützt durch:
Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Reckitt Benckiser
Sanofi Aventis

* Junkies, Ehemalige,
Substituierte

Die Nennung von Produktnamen
bedeutet keine Werbung.

LIEBE LESERINNEN UND LESER DES DROGENKURIER, LIEBE FREUNDINNEN UND FREUNDE DES JES-BUNDESVERBANDS!

► **Patienten 1., 2. und 3. Klasse?** Wir wollten es kaum glauben, als wir das Positionspapier des Dachverbands substituierender Ärzte (DSÄ) zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften sahen. Nach den Vorstellungen des DSÄ sollen z. B. Patienten die Methadon oder Polamidon erhalten nur noch im Ausnahmefall eine Take Home Verordnung erhalten. Ein offener Brief unseres Bundesverbands stellte die fehlende Fachlichkeit dieses Anliegens klar heraus. Erfreulicherweise erhielten wir kurz vor Drucklegung dieser Ausgabe ein Antwortschreiben des DSÄ, indem sie von weiten Teilen ihrer Forderungen Abstand nahmen.

► **Drogentote durch Drogen oder Prohibition?** Diese Frage stellt eine Studie von Helmut Scheimann in den Fokus. Die aktuelle Ausgabe des DROGENKURIER fasst die Studie zusammen und geht der Frage nach, ob das BKA bzw. das BMG in Bezug auf die Anzahl der „Drogentodesfälle“ seit vielen Jahren mit falschen Zahlen arbeitet.

► **Haben Spritzen Einfluss auf die Risiken einer HIV- oder Hepatitis-Infektion?** Wusstet ihr, dass es so genannte „high dead Space“ und „low dead Space“ Spritzen gibt? Internationale Studien geben Hinweise darauf, dass HIV-Epidemien auch in Verbindung zum Typ der verwendeten Spritzen stehen. Alles weitere hierzu in dieser Ausgabe.

► **Substituierte Eltern- endlich mehr Klarheit um Haarproben bei Kindern** Seit einigen Monaten werden substituierte Väter und Mütter an den Pranger gestellt. Die Todesfälle von Chantal und Kevin haben jene auf den Plan gerufen, die schon immer wussten, dass Substituierte eigentlich verantwortungslose Kreaturen sind, denen man nicht über den Weg trauen darf.

Der wegweisende Vortrag von Prof Pragst (Charité Berlin) im Rahmen des Fachtags „Substitution“ am 12.12. 2012 in Berlin stellt einen Wendepunkt in dieser Diskussion dar. Er stellte klar heraus, dass die Vielzahl der vorliegenden positiven Haarproben (Methadon) bei Kindern substituierter Eltern kein Indiz für eine absichtliche Verabreichung ist.

Das dem JES-Bundesverband der Schutz von Kindern ein Anliegen ist, haben wir u. a. mit unserer neuen Broschüre noch einmal herausgestellt. Dieses Medium gibt substituierten Eltern wichtige Hinweise zur sicheren Lagerung von Substituten im häuslichen Umfeld.

Die Broschüre kann kostenlos bei der Deutschen AIDS-Hilfe bestellt werden.

► **Einen typischen Tagesablauf in einem Drogenkonsumraum** lernen wir durch einen Bericht von INDRO in dieser Ausgabe kennen. Aktuelle Pressemeldungen, Tagungsberichte und Kurznachrichten runden die erste Ausgabe des Jahres 2013 ab.

Wir wünschen allen Lesern des DROGENKURIER einen guten Start ins Jahr 2013.

Das Redaktionsteam

Was ist nur in den DSÄ gefahren?

Der Dachverband substituierender Ärzte Deutschlands (DSÄ) will Substituierte benachteiligen die Methadon und Levomethadon erhalten

Seit einigen Monaten ist die Diskussion um die betäubungsmittelrechtlichen Rahmenbedingungen der Substitution, durch die Verurteilung von substituierenden Ärzten in Bayern wieder in Gang gekommen.

Die Vorfälle um Chantal in Hamburg, die nach einer (un-)beabsichtigten Einnahme von Methadontabletten verstarb, haben dazu beigetragen, dass die Emotionen bei vielen Beteiligten hochgekocht sind.

Natürlich kann man aufgrund dieser Vorfälle zu unterschiedlichen Einschätzungen hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der Substitution von Männern und Frauen kommen, die mit Kindern zusammenleben.

Der JES-Bundesverband hat sich ebenfalls an der Diskussion beteiligt und hat sich dazu entschieden mit der Veröffentlichung der Broschüre „Empfehlung zum Umgang mit Substitutionsmitteln in Haushalten mit Kindern und Jugendlichen“ einen praxisnahen Beitrag zum Lagerung von Betäubungsmitteln im häuslichen Umfeld sowie zum Thema Haaranalysen bei Kindern substituierter Personen, zu erarbeiten.

Vor einigen Wochen erreichte uns dann aber der Vorschlag zur Neuregelung der Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung (BtMVV) des DSÄ (Dachverband substituierender Ärzte Deutschlands).

Dieses Positionspapier der DSÄ enthält einige Punkte mit denen wir als JES-Bundesverband übereinstimmen können Dies wären z. B. Vorschläge

- zur Neuregelung der Privatsubstitution
- zur Sicherstellung der Substitution in Justizvollzugsanstalten,
- zur Substitution, bei noch nicht chronisch manifester Opiatabhängigkeit

Allerdings enthält dieses Papier im Kern einen Vorschlag der unserer Ansicht nach einer Stigmatisierung der größten Gruppe von Substituierten gleichkommt.

Wir möchten euch, den Leserinnen und Lesern des DROGENKURIER diesen Punkt vorstellen.

In dem uns vorliegenden Dokument „DSÄ_BtMVV_Änderung_Erläuterung 2012“ schreibt der Dachverband substituierender Ärzte zu §5 abs. 8 folgendes:



Sobald und solange sich der Zustand des Patienten stabilisiert hat und eine Überlassung des Substitutionsmittels Buprenorphin und Zubereitungen von Buprenorphin zum unmittelbaren Verbrauch nicht mehr erforderlich ist, darf der Arzt dem Patienten eine Verschreibung über die für bis zu sieben Tage benötigte Menge des Substitutionsmittels aushändigen und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme erlauben. Bei Verordnung eines Substitutionsmittels bestehend aus Buprenorphin/Naloxon ist eine Verschreibung über die bis zu dreißig Tage benötigte Menge des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme zulässig. Verordnungen von Methadon, Levomethadon und deren Zubereitungen sind nur in begründeten Ausnahmefällen für die eigenverantwortliche Einnahme zulässig.

Mit dieser vorgeschlagenen Neuregelung teilt der DSÄ unserer Meinung nach substituierte Patienten aufgrund der Substanz mit der sie behandelt werden in drei Gruppen.

Gruppe 1:

Patienten, die das Kombinationspräparat Buprenorphin/Naloxon erhalten.

Diese Gruppe soll eine Mitgabe für bis zu 30 Tage erhalten können.

Gruppe 2:

Patienten, die Buprenorphin und Zubereitungen von Buprenorphin erhalten.

Diese Gruppe soll weiterhin eine Mitgabe für bis zu 7 Tage erhalten können.

Gruppe 3:

Patienten, die Levomethadon oder DL-Methadon erhalten.

Für jene Patienten soll eine Mitgabe (auch für bis zu 7 Tage) nur noch in begründeten Ausnahmefällen möglich sein.

Für uns als JES-Bundesverband ist dieser Vorschlag nicht nachvollziehbar!

Um keine Mißverständnisse aufkommen zu lassen, auch wir sind der Ansicht, dass für stabile Patienten die Dauer der Take Home Verschreibung auf bis zu 30 Tage verlängert werden soll. So könnte man wirklich positive Entwicklungen während der Substitutionsbehandlung „belohnen“, und den Ausbau einer eigenverantwortlichen Lebensführung immens fördern.

Aber diese verlängerte Take Home Dosis darf ausschließlich aufgrund individueller erfolgreicher Behandlungsverläufe ermöglicht werden, aber doch nicht aufgrund des erhaltenen Medikaments.

Denn der Vorschlag der DSÄ sagt auch, dass all jene die bisher mit Methadon oder Polamidon behandelt werden, nur noch im Ausnahmefall, überhaupt eine Take Home Dosis erhalten sollten.

Regelung ist fachlich und ethisch fragwürdig

Wir kennen viele substituierte Patienten, die mit (Methadon, Levomethadon und Buprenorphin) sehr erfolgreich behandelt werden. Diese Patienten sind berufstätig, konsumieren keine illegalisierten Substanzen und sind seit vielen Jahren sozial integriert.

Das diese Patienten nach Meinung des DSÄ aufgrund der Tatsache, dass sie Methadon oder Levomethadon verschrieben bekommen, strukturelle Nachteile erleiden sollen, ist für den JES-Bundesverband nicht nur fachlich nicht zu begründen, sondern auch menschlich überaus fragwürdig.

JES sieht die Gefahr, dass sich Patienten zur Überwindung dieser Benachteiligung und zur Erlangung von mehr Eigenständigkeit (max. 30 Tage Take Home) zu einer nicht erforderlichen Umstellung des Medikaments entschließen könnten, obwohl die Behandlung mit ihrem bisherigen Substitut zur Zufriedenheit verläuft!

Wir alle wissen welchen Stellenwert das Vertrauen zum Medikament für substituierte Patienten hat. Darüber hinaus verlaufen solche Umstellungen nicht immer unproblematisch.

Denn eines ist klar, geht es nach Willen der DSÄ werden zukünftig Substituierte die mit „Metha oder Pola“ behandelt werden in keinem Fall eine Take Home erhalten die über 7 Tage hinausgeht. Dies ist ein Skandal.

JES steht für die Ausweitung der Palette der Medikamente

Um dies an dieser Stelle klarzustellen. Wir sind keine „Metha oder Pola Fans“. In den Reihen des JES-Bundesverbands finden sich sowohl Mitglieder die Suboxone erhalten, andere erhalten Diamorphin, wieder andere Methadon oder Polamidon und eine ganze Reihe von Mitgliedern wird mit Buprenorphin substituiert. Genauso haben wir uns dies immer vorgestellt als wir uns bereits vor vielen Jahren für die Erweiterung der Palette der zur Verfügung stehenden Medikamente eingesetzt haben. Für uns bedeutet ein Mehr an Medikamenten auch die Möglichkeit Opiatkonsumenten individueller behandeln zu können. Aus die-

sem Grund haben wir auch die Studien mit retardierten Morphinen begrüßt.

Genau diese Diversifizierung hat sich in der Vergangenheit bewährt. Wir erleben seit Jahren steigende Anteile von Patienten die mit Buprenorphin behandelt werden.

Das aber der Anteil von Drogengebranchern die mit Methadon oder Polamidon behandelt werden weitaus größer ist liegt sicher im 20 jährigen Vorsprung dieser Medikamente begründet.

JES wendet sich bei jeder Gelegenheit gegen eindimensionale Praxiskonzepte und verurteilt Ärzte, die ihren Patienten nicht die Wahl bieten.

Was sind die Gründe des DSÄ?

Diese Frage haben wir uns auch gestellt. Wir haben keine einleuchtende Antwort gefunden.

Der DSÄ selbst begründet diese Neuregelungen mit dem reduzierten Gefahren- und Missbrauchspotential des Kombinationspräparats Buprenorphin/Naloxon.

Tatsächlich zeigt der Drogen- und Suchtbericht eine recht hohe Anzahl von Personen die aufgrund der Einnahme von Methadon verstorben sind. Hierbei handelt es sich aber um Drogengebraucher die sich in keiner Behandlung befanden. Wir sollten uns die Frage stellen, warum sich diese Drogengebraucher bisher nicht für eine Substitution entschieden haben, anstatt ca. 96%¹ aller substituierten Patienten zu stigmatisieren.

Auch substituierte Väter und Mütter sollen strenger kontrolliert werden

Der DSÄ schreibt weiter:

Patienten, denen im Ausnahmefall eine eigenverantwortliche Einnahme von Methadon bzw. Levomethadon gestattet wird und die ein Kind bis zum 14. Lebensjahr in ihrer Obhut haben, sollen alle 6 Monate durch eine Haaranalyse oder eine andere geeignete und wissenschaftlich anerkannte Meßmethoden nachzuweisen, dass das Kind in ihrer Obhut keiner Exposition dieser Substitutionsmittel ausgesetzt war.

Hier sollen zusätzliche Kontrollmaßnahmen nur für Patienten gelten die Methadon oder Levomethadon (Polamidon[®]) erhalten. Hält der DSÄ einen Beikonsum von Alkohol, Cannabis, Kokain von Patienten die mit anderen Medikamenten als Metha oder Pola bzw. Buprenorphin behandelt werden für so unwahrscheinlich, dass sie von diesen Kontrollmaßnahmen absieht? ●

Wir versprechen allen Substituierten, dass wir uns auch zukünftig sehr deutlich gegen eine Klassifizierung von Patienten wenden werden, die primär aufgrund des jeweils verschriebenen Substitutionsmedikaments erfolgt. Für JES als Interessenvertretung substituiert Drogengebraucher ist solch ärztliches Handeln nicht zielführend und zudem ethisch und fachlich fragwürdig.

Stattdessen sollten Ärzte ihr Handeln an individuellen Behandlungsverläufen orientieren und ihre Patienten eng in die Behandlung einbeziehen.

JES-Bundesvorstand

¹ Unserer Schätzung nach erhalten aktuell 4 % der Patienten das Kombinationspräparat Buprenorphin/Naloxon, das unter dem Namen Suboxone[®] vertrieben wird

+++ Nachtrag +++ Nachtrag +++

Stellungnahme der DSÄ zum offenen Brief des JES-Bundesverbands:

Unmittelbar vor Drucklegung dieser Ausgabe erreichte uns eine Stellungnahme des Dachverbands substituierender Ärzte (DSÄ). Doktor Siepe, als neuer erster Vorsitzender distanziert sich u. a. von der Position „unterschiedliche Take Home Zeiträume“ und räumt eine Fehlinterpretation der Ergebnisse von Haaranalysen ein.

Ferner sichert Dr. Siepe innerverbandliche Diskussionen zu diesen und weiteren Position zu.

Drogenprohibition verursacht Tausende Todesfälle in Deutschland



Die Frage nach dem Wirkungszusammenhang

Wiederholt wurde gefragt, ob man diese Thematik nicht „praxisnah“ darstellen könne. Wie könnte dies gemeint sein? Zum einen möchte man natürlich Näheres über die tödliche Wirkung der Strafverfolgung erfahren. Dieser Aspekt wird in dem fraglichen Beitrag wie folgt thematisiert:

Warum die Strafverfolgung Drogentodesfälle verursacht, ist von DrogenexpertInnen nicht untersucht worden. Deshalb lässt sich diesbezüglich nur spekulieren. Auf derartige Spekulationen sollte man sich aber nicht einlassen, wenn man nicht als unglaubwürdig erscheinen will. Es verbietet sich auch, weitere Menschen infolge der Strafverfolgung sterben zu lassen, um die genauen Wirkungszusammenhänge zu erforschen. Derartige Fragen sind also nicht zu beantworten, was auch nicht erforderlich ist.

„Hat die Strafverfolgung eine tödliche Wirkung?“ und: „Auf welche Weise wirkt die Strafverfolgung tödlich?“ sind zwei unterschiedliche Fragen. Es ist unzulässig, diese zu verknüpfen. Es würde auch wissenschaftlichen Kriterien widersprechen, die erste Frage erst dann als beantwortet gelten zu lassen, wenn auch die zweite beantwortet ist.

Beispielsweise hat man in der Medizin im Laufe der Geschichte in der Regel zunächst nachgewiesen, dass verschiedene Inhaltsstoffe in Lebensmitteln oder Medikamenten, Viren, Strahlen, Umwelteinflüsse usw. eine tödliche Wirkung entfalten können. Erst in einem zweiten Schritt hat man dann unter Umständen die genauen Wirkungszusammenhänge entschlüsselt und Gegenmaßnahmen bzw. Medikamente entwickelt.

Wird die Bundesregierung in nächster Zeit einen weiteren Rückgang der Drogentodeszahlen verkünden wie vor einem Jahr (Todesfälle im Jahr 2011 im Vergleich zum Vorjahr minus 20,3 Prozent)? Wird man diesen Rückgang erneut auf die eigene „erfolgreiche Drogenpolitik“ zurückführen und den Schluss ziehen, dass sowohl Prävention als auch Repression entschlossen fortzuführen seien?

In der Studie „Falsche Angaben zu Drogentodesfällen“ wird nachgewiesen, dass seit Mitte der 1980er Jahre der weit überwiegende Anteil der Drogentodesfälle durch Kri-

iminalisierung und Strafverfolgung und nur ein kleiner Anteil ausschließlich durch Drogenkonsum verursacht wurde (siehe S. 6).

Im Dezember 2012 veröffentlichte das freie Journal „Akzeptanzorientierte Drogenarbeit“ des Instituts zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik, INDRO e.V. den Beitrag „Forcierte Strafverfolgung gegen HeroinkonsumentInnen von 1985 bis 1991 und aktuelle Relevanz“ (siehe S. 7). Der Aufsatz basierte auf den Inhalten der genannten Studie. Hier wird nun eine Einführung in diese Problematik gegeben. Allerdings wird zunächst die Darstellungsweise behandelt.

Konkrete Beispiele?

Der Wunsch nach einer „praxisnahen“ Darstellung könnte auch bedeuten, dass man Näheres über konkrete Beispiele erfahren möchte. Verständlicherweise scheuen viele davor zurück, sich auf eine ausschließlich nüchtern-sachliche Analyse auf der Basis umfangreichen Zahlenmaterials einzulassen.

Doch wäre die Schilderung konkreter Beispiele wirklich zu empfehlen? Was wären die voraussichtlichen Konsequenzen? Bereits die Auswahl eines Beispiels wäre problematisch.

Sollte man etwa berichten, wie ein Drogenkonsument in Polizeigewahrsam ums Leben kam? Oder sollte man schildern, wie ein User nach einer wegen diverser Drogenvergehen verbüßten Haftstrafe aus Verzweiflung über die in seiner Abwesenheit geräumte Wohnung umgehend rückfällig wurde, aber die Dosis nicht vertrug, mit der er vor seiner Haft keine Probleme gehabt hat?

Würde nicht jedes Beispiel unweigerlich eine Kontroverse auslösen? Wahrscheinlich würden die einen behaupten, dass solche Ereignisse öfter vorkämen, während die anderen derartige Beispiele als Einzelfälle abqualifizieren würden.

Seriös könnte man diese Debatte nur auf Basis konkreter Daten führen. Sicherlich kommt ein vielfältiges Bündel unterschiedlicher Mechanismen in Frage, die von der Strafverfolgung des Drogengebrauchs hin zum Tod führen. Eine derartige Untersuchung wurde jedoch bisher nicht durchgeführt.

So bleibt letztlich doch nur die nüchtern-sachliche Analyse. Auf umfangreiches Zahlenmaterial soll hier allerdings nach Möglichkeit verzichtet werden.

Drei Nachweise

In der Wissenschaft, die sich mit dem Konsum harter Drogen befasst, wurde offenbar nicht erkannt, dass die Drogenprohibition in erheblichem Maße Drogentodesfälle in Deutschland verursacht. Das kann nur daran liegen, dass man versäumt hat, drei naheliegende Untersuchungen vorzunehmen. Diese werden nachfolgend möglichst einfach dargestellt.

Für ein Verständnis der Drogentodesfälle ist vor allem die Entwicklung bei den HeroinkonsumentInnen von Interesse, da der weit überwiegende Anteil dieser Todesfälle in Zusammenhang mit Heroin steht.

Von 1985 bis 1991 war eine dramatische Entwicklung zu beobachten: Die Anzahl der Tatverdächtigen bei Drogendelikten mit Heroin und die Anzahl der sog. „Erstkonsumenten von Heroin“ nahmen auf etwa das vierfache zu. Deshalb schien eine Zunahme der HeroinkonsumentInnenzahl den zeitgleichen Anstieg der Drogentodesfälle auf etwa das 6,6-fache verursacht zu haben. Tatsächlich wurde jedoch lediglich die Strafverfolgung forciert, was eindeutig nachzuweisen ist.

Nachweis 1:

Ein massenhafter Zustrom von KonsumanfängerInnen hätte sich zuerst bei den jüngeren Altersstufen bemerkbar machen müssen, da KonsumentInnen vorwiegend hier vertreten sind. Doch von Beginn an fällt die Zunahme bei den älteren Jahrgängen deutlicher aus als bei den jüngeren. Dies betrifft die genannten drei Fallgruppen: die Tatverdächtigen, die sog. „Erstkonsumenten“ und die Drogentoten. Einen solchen Effekt kann nur eine forcierte Strafverfolgung erzielen.

Nachweis 2:

Bei einer gravierenden Zunahme der HeroinkonsumentInnenanzahl hätten die Drogentodeszahlen gerade in den ersten Jahren fast ausschließlich bei den „polizeiunbekannten“ KonsumentInnen ansteigen müssen, schließlich sind KonsumanfängerInnen zunächst „polizeiunbekannt“. Doch von 1985 bis 1987 verdoppelte sich die Zahl der Drogentodesfälle, bei denen die Verstorbenen „als Konsumenten harter Drogen erfasst“ waren, und bei den „nicht Erfassten“ wurden weniger Todesfälle registriert. Auch diesen Effekt kann nur eine forcierte Strafverfolgung erzielen. – Danach wurde offenbar die Zählweise geändert, so dass die weiteren Daten nicht vergleichbar sind.

Nachweis 3:

Bei einem dramatischen Anstieg der KonsumanfängerInnenzahl hätte sich bei den (in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfassten) Drogendelikten mit Heroin der Anteil der „erstmalig Tatverdächtigen“ deutlich erhöhen müssen, da KonsumanfängerInnen zunächst nur in geringem Maße bereits als Tatverdächtige ermittelt worden sind. Doch bei diesen Delikten ist der Anteil der „erstmalig Tatverdächtigen“ von 1985 bis 1991 rückläufig. Deshalb kann die Anzahl der HeroinkonsumentInnen nicht zugenommen haben.

Struktur der Argumentation

In dem genannten in der Fachzeitschrift „Akzeptanzorientierte Drogenarbeit“ veröffentlichten Beitrag werden die wesentlichen Argumente folgendermaßen zusammengefasst:

Die These, dass die seit 1985 forcierte Strafverfolgung des Drogenkonsums bereits Tausende Drogentodesfälle verursacht hat, basiert nicht auf Spekulation – weil etwa die genaue Wirkung der Strafverfolgung im Einzelnen ungeklärt ist –, sondern auf einer lückenlosen Beweiskette. Um dies zu verdeutlichen, wird die Struktur der Argumentation skizziert:

1. Die Zahl der Tatverdächtigen bei den „allg. Verstößen nach § 29 BtMG“ mit Heroin und die Zahl der sog. „Erstkonsumenten von Heroin“ haben von 1985 bis 1991 auf etwa das vierfache zugenommen. Es handelt sich hier um eine Tatsache, die durch die Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik und durch die im „Informationssystem der Polizei“ (INPOL) erfassten Daten belegt wird.
2. Die Zahl der HeroinkonsumentInnen, auf die der weit überwiegende Anteil der Drogentodesfälle zurückzuführen ist, hat von 1985 bis 1991 nicht zugenommen. Dies wird mittels statistischer Daten auf dreifache Weise nachgewiesen. So kann dies als erwiesene Tatsache gelten.

3. Wenn die Anzahl der HeroinkonsumentInnen von 1985 bis 1991 konstant geblieben ist, aber zeitgleich die Zahl der genannten Tatverdächtigen und die Zahl der sog. „Erstkonsumenten“ auf etwa das vierfache zugenommen haben, bedeutet dies, dass die Strafverfolgung forciert worden ist.

Dies ist Ergebnis einer logischen Schlussfolgerung und kann als erwiesen angesehen werden. Wer hieran Zweifel äußert, bezweifelt zugleich, dass man in der Wissenschaft überhaupt Schlussfolgerungen ziehen darf.

4. Abgesehen von der forcierten Strafverfolgung sind keine Umstände bekannt geworden, die von 1985 bis 1991 einen Anstieg der Drogentodeszahlen um mehr als 50 % verursacht haben könnten.

Dies ist ebenfalls als Tatsache anzusehen. Hätte man in der Suchtforschung Umstände identifiziert, die einen Anstieg der Drogentodeszahlen um mehr als 50 % verursacht haben könnten, hätte man darüber berichtet. Dann wäre diesbezüglich nicht nur spekuliert worden.

5. Da andere Umstände den Anstieg der Drogentodeszahlen von 1985 bis 1991 auf etwa das 6,6-fache nur zu einem geringen Anteil erklären können, bleibt nur die forcierte Strafverfolgung als wesentliche Ursache dieses Phänomens.

So das Ergebnis einer logischen Schlussfolgerung. Die Kausalität ist eindeutig nachgewiesen.

Aktuelle Relevanz

Infolge der forcierten Strafverfolgung von 1985 bis 1991 erreichten die jährlichen Drogentodeszahlen ein höheres Niveau, das bis heute fortbesteht, wenn auch seit dem Jahr 2000 in abgesenkter Form, wie die nachfolgenden Daten zeigen.

Im Jahr 2000 wurden bei den sogenannten „Konsumentendelikten mit Heroin“ 23.989 Tatverdächtige registriert und im Jahr 2011 nur noch 11.028 Tatverdächtige (minus 54 Prozent). Zeitgleich sank die Zahl der Drogentoten von 2.030 auf 986 (minus 51,4 Prozent). Die Entwicklung

bei beiden Fallgruppen stimmt somit nahezu überein.

Dass in diesem Zeitraum die Strafverfolgung gegen HeroinkonsumentInnen systematisch reduziert worden ist, wird vor allem an der Entwicklung von 2011 bis 2012 deutlich. In diesem Jahr nahm laut Polizeilicher Kriminalstatistik bei den genannten Delikten die Zahl der erfassten Fälle um 25,1 Prozent ab. Ein derart starker Rückgang in nur einem Jahr kann nur auf eine reduzierte Strafverfolgung zurückzuführen sein.

Offenbar senkt die Bundesregierung seit dem Jahr 2000 durch eine kontinuierliche Reduzierung der Strafverfolgung gegen HeroinkonsumentInnen die Drogentodeszah-

len. Die geringeren Todeszahlen werden als Erfolg der Drogenpolitik dargestellt, während nahezu täglich Menschen infolge von Strafverfolgung sterben. So bleibt die Frage, ob hier nicht schwere Menschenrechtsverletzungen vorliegen. ●

Helmut Scheimann

► *Angabe zum Beitrag:*
Akzeptanzorientierte Drogenarbeit,
Nr. 9/2012, S. 64–76, <http://www.indro-online.de/Scheimann2012.pdf>
Studie veröffentlicht auf der Homepage von Helmut Scheimann:
<http://www.dt-aufklaerung.de>
<http://www.indro-online.de/journal.htm>

+++ kurz notiert +++ kurz notiert +++ kurz notiert +++



Breaking the Taboo: Der falsche Drogenkrieg Auf YouTube am ersten Tag schon 100.000 Aufrufe!

Die einstündige Dokumentation Breaking the Taboo, die in Zusammenarbeit mit der Global Commission on Drug Policy entstanden ist, beschreibt die Geschichte dieses erfolglosen Kampfes. Erzählt von Schauspieler Morgan Freeman und mit Interviews mit Drogenexperten und ehemaligen Staatschefs wie Bill Clinton oder dem Brasilianer Fernando Cardoso gespickt, begleiten die Macher jüngere politische Versuche, eine neue globale

Drogenpolitik anzustoßen. Eine Politik, die nicht auf der Vernichtung und Verdrängung von Drogen basiert, sondern auf Legalisierung, Kontrolle, Aufklärung und Dialog mit den Abhängigen.

► <http://www.youtube.com/user/breakingthetaboo/film>

Neue Richtlinien zur Diamorphinsubstitution – ein erster Schritt oder mehr?

JES-Bundesverband und Deutsche AIDS-Hilfe resümieren Arbeit im GBA



Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) tagt zum wiederholten Mal

Seit vielen Jahren berichtet der JES-Bundesverband im DROGENKURIER über die Entwicklungen zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung. Leider gab es über viele Jahre nichts wirklich Positives zu vermelden. Nun aber, nach mehr als zwei Jahren, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in seiner Sitzung am 17.01. neue Richtlinien zur Diamorphinsubstitution verabschiedet.

Mit Marco Jesse und Dirk Schäffer, waren Vertreter des JES-Bundesverbands und der Deutschen AIDS-Hilfe als Patientenvertreter an den langwierigen Verhandlungen um die Veränderung der Richtlinien beteiligt.

Ein Überblick zu den Entwicklungen der letzten Jahre

Nachdem der Bundesrat und der Bundesrat das Betäubungsmittelgesetz verändert

hatten, galt es für die den GBA, als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, die Richtlinien der Diamorphinbehandlung festzulegen. Hiermit werden die Voraussetzungen geschaffen damit die Diamorphinbehandlung von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfasst wird.

Die ersten Richtlinien des GBA ernteten ausschließlich Kritik

Leider gelang es uns als Patientenvertreter nicht, unsere Vorstellungen, die sich aus Praxiserfahrungen speisten, gegenüber den anderen „Bänken“ im GBA durchzusetzen. Es war daher nur ein schwacher Trost, dass wir geplante noch weitergehende Restriktionen für die Diamorphinbehandlung vermeiden konnten.

Die Richtlinien des GBA ernteten fast ausnahmslos Kritik. Sowohl die Bundesärztekammer, viele Fachgesellschaften, Patienten und die Städte die bereits an der Modellphase teilgenommen hatten, ließen kein gutes Haar an den Richtlinien. Auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung machte ihre Kritik an einigen Punkten deutlich, indem sie den GBA nahelegte die Wirkung der neuen Richtlinien nach 1,5 Jahren zu evaluieren.

Keine neuen Standorte sind Ausdruck praxisferner Richtlinien

Bis heute, fast 3 Jahre nach der Verabschiedung der Richtlinien im Jahr 2010, entstanden keine neuen Ambulanzen und Standorte zur Diamorphinbehandlung. Die Befragung der Einrichtungen aus der Modellphase sowie jener Einrichtungen die ihr Interesse zur Realisierung einer Diamorphinambulanz signalisiert hatten, machte die Schwachstellen sehr deutlich.

Die Ergebnisse dieser Befragung sollten nun die Grundlage für eine Neufassung der Richtlinien sein. (siehe Kasten)

Ist eine Ausweitung der Diamorphinsubstitution nun sichergestellt?

Auf diese Frage kann man nur eine Antwort geben. NEIN! Denn die Veränderung der Richtlinien sind nur ein Schritt die für den Ausbau der Diamorphinbehandlung notwendig sind.

Die Kosten für den Umbau oder Ausbau bestehender Einrichtungen bleibt hiervon unberührt. Dies ist aber auch nicht Aufgabe des GBA.

ALT UND NEU GEGENÜBERGESTELLT

PERSONELLE AUSSTATTUNG

ALT: In der Einrichtung ist die ärztliche substitutionsgestützte Behandlung über einen täglichen Zeitraum von 12 Stunden sicherzustellen. Hierfür sind Arztstellen in Voll- oder Teilzeit im Umfang von grundsätzlich 3 Vollzeitstellen und eine angemessene Anzahl qualifizierter nichtärztlicher Vollzeitstellen vorzuhalten.

NEU: Hierfür sind eine angemessene Anzahl Arztstellen und qualifizierter nichtärztlicher Stellen in Voll- oder Teilzeit vorzuhalten.

KOMMENTAR: Insbesondere für neue Einrichtungen, die in der Regel mit einer geringen Anzahl von Patienten starten werden, waren diese 3 Arztstellen in Voll- oder Teilzeit nicht finanzierbar. Nun besteht die Möglichkeit die ärztlichen Personalstellen sehr flexibel zu verändern. Dies sollte insbesondere für neue Standorte dazu beitragen die Personalkosten zu reduzieren ohne Abstriche bei der Qualität der Behandlung zu machen

ANWESENHEIT VON ÄRZTEN

ALT: In der Einrichtung ist die ärztliche substitutionsgestützte Behandlung über einen täglichen Zeitraum von 12 Stunden sicherzustellen

NEU: In der Einrichtung ist die ärztliche substitutionsgestützte Behandlung über einen täglichen Zeitraum von 12 Stunden sicherzustellen. Während der Vergabezeiten und der Nachbeobachtung muss eine Ärztin oder ein Arzt in der Einrichtung anwesend sein. Außerhalb dieser Zeiträume muss die ärztliche Betreuung durch die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes oder durch eine ärztliche Rufbereitschaft gewährleistet sein, um die ärztliche substitutionsgestützte Behandlung sicherzustellen.

KOMMENTAR: Obwohl die Vergabe bzw. die Nachbeobachtung der Patienten zwischen ca. 3-6 Stunden in den Einrichtungen in Anspruch nimmt, mussten Ärzte bisher über 12 Stunden in der Einrichtung anwesend sein. Dies wird nun verändert. So müssen Ärzte – innerhalb des 12-stündigen Öffnungszeiten- nur noch während der Vergabezeiten und den Zeiten der Nachbeobachtung anwesend sein. So besteht insbesondere für ärztliche Mitarbeiter in Standorten die an Krankenhäuser angegliedert sind, die Möglichkeit, auch während der Öffnungszeiten anderweitige Tätigkeiten im Krankenhaus wahrzunehmen. Auch dies bedeutet eine Flexibilisierung und kann eine Kostenreduktion ermöglichen.

RÄUMLICHKEITEN

ALT: Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages verfügt die Einrichtung zur Betreuung der Patienten wenigstens über drei separate Räume (insbesondere zur Trennung von Wartebereich, Ausgabebereich und Überwachungsbereich nach erfolgter Substitution).

NEU: Zur Gewährleistung des Behandlungsauftrages verfügt die Einrichtung zur Betreuung der Patienten über Räumlichkeiten, die in geeigneter Weise eine Trennung von Wartebereich, Ausgabebereich und Überwachungsbereich nach erfolgter Substitution ermöglichen.

KOMMENTAR: Auch hier wird die bisher formale Forderung nach wenigstens 3 separaten Räumen zu Gunsten einer flexibleren Regelung aufgehoben

Insbesondere die hohen Kosten für die sicherheitstechnischen Anforderungen bleiben teilweise immens und müssen von der Kommune oder von Land finanziert werden.

Wir werden die weitere Entwicklung in Sachen „Diamorphinbehandlung“ weiter genau beobachten und hoffen, dass auch die sehr guten Behandlungsergebnisse aus den Modellprojektsstädten, die Heroin Konsumenten bereits seit acht Jahren mit Diamorphin behandeln, dazu beitragen das sich die Skepsis gegenüber dieser Behandlungsform reduziert.

Aber was ist mit der Applikationsform?

Spricht man mit MitarbeiterInnen der Einrichtungen die die Diamorphinbehandlung seit vielen Jahren durchführen, so wird deutlich, dass die bis jetzt ausschließlich intravenöse Konsumform dafür verantwortlich ist, dass sich nicht mehr Heroin Konsumenten für die Diamorphinbehandlung entscheiden.

So müssen bisher alle Patienten die von der üblichen Substitutionsbehandlung zur Diamorphinbehandlung wechseln wollen, die orale Einnahme ihres Substituts aufgeben und stattdessen wieder spritzen.

Dies ist vielen aufgrund des schlechten Venenstatus nicht mehr möglich. Andere wiederum, die seit vielen Jahren Heroin rauchen, sagen, dass sie nicht bereit sind wieder zum intravenösen Konsum zu wechseln.

In anderen Ländern, wie z.B. der Schweiz ist eine Diamorphinbehandlung mit Tabletten schon lange möglich. In Deutschland fehlt es noch ein einem pharmazeutischen Unternehmen, das einen entsprechenden Zulassungsantrag für Diamorphin in Form von Tabletten stellt.

Alle Unterstützer der Diamorphinbehandlung sind also aufgerufen entsprechende Gespräche mit der Politik und Unternehmen zu führen. ●

Internationale Tagung zur diamorphingestützten Behandlung

Ein Tagungsbericht von Ilona Rowek, Hannover

Etwa 150 Teilnehmer hatten sich am 05. und 06. Dezember 2012 im schönen Mosaiksaal des Neuen Rathauses in Hannover versammelt, um neben einem Rückblick und einer Bestandsaufnahme einen Blick in die Zukunft der diamorphingestützten Behandlung zu werfen, deren Potenziale längst nicht ausgeschöpft sind. Aus Österreich, der Schweiz und Deutschland waren Experten verschiedener Disziplinen, wie Suchtmedizin, Neurobiologie, Vertreter der Kommunalpolitik und der Bundesärztekammer eingeladen.

Dr. von Ascheraden (BÄK) machte in seinem Vortrag deutlich, dass es im Gegensatz zur Annahme der Krankenkassen und der Gegner dieser Behandlungsform aus der Politik, die von 80.000 Diamorphinpatienten ausgingen, nach der Studienphase keinen Anstieg der Behandlungsplätze und Standorte gab. Das unter den gegebenen Umständen vorhersehbare Versorgungsdefizit der oralen Substitution, wird dagegen auch eine Versorgung mit Diamorphin nicht verhindern. Die Ursachen, die nach Dr. von Ascheraden u. a. in den rechtlichen Rahmenbedingungen und der Strafbewehrung liegen, bedürfen aus Sicht der Bundesärztekammer einer grundlegenden Novellierung der BtmVV: Stichworte sind: Modifizierung des Behandlungszieles (Abstinenz als ein untergeordnetes Ziel), weniger Strafrecht und damit mehr Behandlungsfreiheit, qualitative statt quantitative Take Home Regelung sowie orales Diamorphin.

Schweiz – zwei Tagesdosen Diamorphin als Take Home Verordnung

Die durchweg positiven Erfahrungen mit Diamorphin kamen in den Vorträgen aus

der Schweiz zum Ausdruck. Auch hier ist die Abstinenz eine Option und nicht Therapieziel. Die Schweiz behandelt erheblich mehr Patienten als dies in Deutschland der Fall ist. Es gibt weniger Restriktion und keine Strafbewehrung für Behandler. Während es in Deutschland Stimmen gibt, die eine wesentlich strengere Auslegung der Take Home Verordnung anstreben, werden stabilen Patienten in der Schweiz 2 Tagesdosen Diamorphin ausgehändigt. Der Einwand aus dem Publikum, dass das ja den Missbrauch begünstigt, beantwortete Adrian Kormann/Schweiz und Prof. Jens/Österreich mit den Worten, man werde nicht der Mehrheit eine erfolgreiche Behandlung vorenthalten, nur weil wenige z. B. ihre Tabletten spritzen oder auf dem Schwarzmarkt verkaufen.

Betont wurde am ersten Tag mehrfach wie schwerstkrank die Patienten doch sind, durch Missbrauch, Gewalterfahrung und jahrelangem Substanzkonsum. Das die meisten durch die Prohibition erheblichen Schaden genommen haben, wurde nicht thematisiert. In Bezug auf die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Patienten, hieß es, Patienten würden sich nicht für diese Therapieform entscheiden, weil es sozusagen die „letzte Station“ ist und nicht etwa weil die Einschränkungen während der Therapie für viele nicht hinnehmbar sind.

Über die Vorträge Neurophysiologie des Diamorphins und Neurobiologische Grundlagen der Opioidabhängigkeit sei an dieser Stelle nur erwähnt:

1. die nach längerer Einnahme von Methadon entstehende Herzinsuffizienz (Herzschwäche) ist beim Diamorphin sehr viel weniger ausgeprägt.

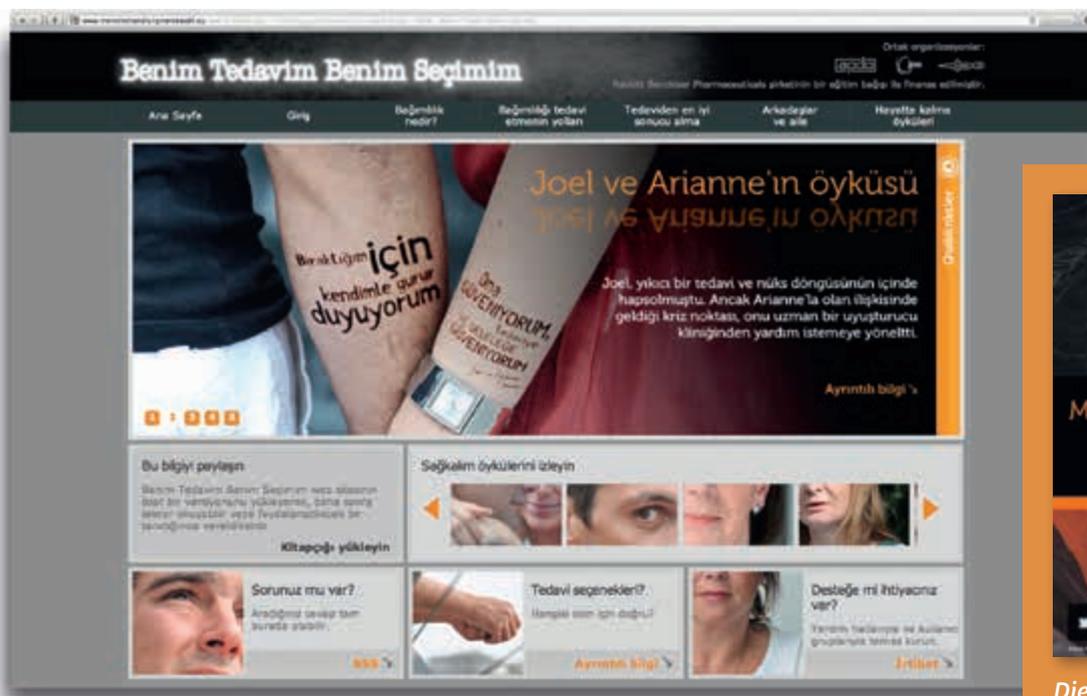
2. Studien haben gezeigt, dass sich die körperliche und psychische Gesundheit stärker durch Diamorphin verbessert, als durch die gängigen Substitute.

„Man kann nicht der Mehrheit eine erfolgreiche Behandlung vorenthalten, nur weil wenige z. B. ihre Tabletten spritzen oder auf dem Schwarzmarkt verkaufen.“

(A. Kormann, Schweiz)

Nach dem Vortrag des Sozialdezernenten Hannovers Thomas Walter über die kommunalpolitischen Zusammenhänge der Behandlung, berichtete Torsten Passie, ehemaliger Medizinischer Leiter der Studienambulanz Hannover von seiner Arbeit während der Studienphase. Bemerkenswerterweise hebt er die zwischenmenschlichen Aspekte seiner Arbeit hervor. Insbesondere die Tatsache, dass er sehr viel von seinen Patienten lernen konnte, stellte Dr. Passie heraus. Des Weiteren stellt er als einziger psychische Missempfindungen und Prohibition in Bezug und erklärt die schnelle Besserung des psychischen Empfindens mit dem Wegfall der Folgeerscheinungen der Prohibition, wie Illegalität und Kriminalisierung. Die Entkriminalisierung mit der Umprägung von Verhalten und Empfinden stellt ein wichtiges Element der Behandlung dar. ●

► Mehr Informationen zur Tagung: www.upkbs.ch und/oder www.mh-hannover/psychiatrie.html



Screenshot
der Webseite
in türkischer
Sprache



Meine Behandlung meine Wahl nun auch auf Türkisch

Vor etwa einem halben Jahr startete in Deutschland die europaweite Kampagne zur Information von Opiatkonsumenten.

Neutrale und wertfreie Informationen sind vielfach die Voraussetzung, um über die eigene Situation nachdenken und gegebenenfalls Veränderungen anstreben zu können.

Aus diesem Grund hat der JES-Bundesverband, diese neue Webseite erstellt. Dies mit dem Ziel Opiatkonsumenten und Substituierten nützliche Informationen über die Optionen zu geben, die es zur Behandlung der Heroinabhängigkeit gibt.

Wichtig ist JES, dass Opiatgebraucher selbst entscheiden können, welche Be-

handlungsform die im Moment Beste für sie sein könnte JES stellt daher unterschiedliche Behandlungsoptionen vor, die dazu beitragen können den Konsum zu kontrollieren oder eine bestehende Abhängigkeit zu behandeln.

Erstes Resümee zum Jahresende 2012

Begleitet wird diese Kampagne von unterschiedlichen Medien. „Auch wir wussten nicht ob diese neue Form von Medien bei Drogengebrauchern ankommt“, so ein Mitglied des JES-Vorstands. Aber die aktuellen Zahlen zeigen uns, dass wir nicht wirklich falsch liegen.

Von Juni bis Dezember wurden insgesamt 14.500 Artikel der Kampagne Meine

Behandlung Meine Wahl versandt. Ein Ergebnis das sich sehen lassen kann.

Webseite nun in 15 Sprachen

Unser Ziel war es, dass Opiatkonsumenten aus ganz Europa von diesem Projekt profitieren. Voraussetzung dafür ist die Bereitstellung der Webseite in verschiedenen Sprachen. Wir freuen uns sehr, dass zum Jahresende 2012 mit der Sprache „Türkisch“ die Kampagne nun in 15 Sprachen zur Verfügung steht. „Dies ist sicherlich einmalig“, so ein Mitglied des JES-Bundesvorstands.

In diesem Jahr werden wir die Kampagne verstärkt in sozialen Netzwerken verankern und versuchen noch mehr Opiatkonsumenten zu erreichen. ●

JES-Bundesverband

Haben Spritzenarten Einfluss auf das Risiko einer HIV-Infektion?

Lange wurde den unterschiedlichen Sprizentypen hinsichtlich des Risikos einer HIV-Infektion beim Sprizentausch keine Bedeutung geschenkt. Nun mehren sich Untersuchungen die Zusammenhänge aufdecken

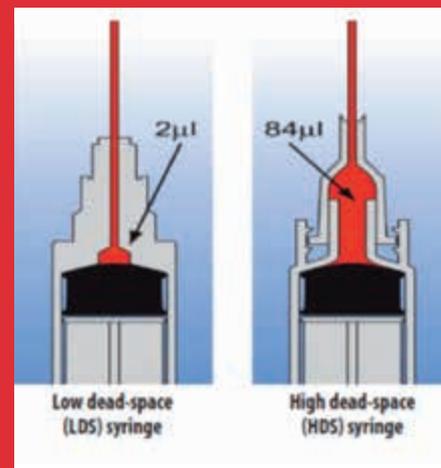


In Laborversuchen, die den intravenösen Drogenkonsum simulierten wurde festgestellt, dass in unterschiedlichen Arten von Spritzen unterschiedliche Mengen von Blutrückständen nach dem Konsum zurückbleiben.

Während so genannte Low Dead Space Spritzen (LDS), also Spritzen die nur einen geringen „toten Raum“ haben, im Durchschnitt weniger als 2 Mikroliter Blut nach dem Konsum enthalten, weisen Spritzen mit einem größeren „toten Raum“, also High Dead Space Spritzen (HDS), Rückstände von 84 Mikroliter Blut nach dem Konsum auf. Woran erkennt man nun diese unterschiedlichen Typen? In der folgenden Abbildung 1 werden die Unterschiede sowie die unterschiedlichen Mengen von Rückständen dargestellt.

Wie Abbildung 1 zeigt, enthalten alle Spritzen nach dem Konsum (auch nach dem Durchspülen mit Wasser) Blutrückstände. LDS Spritzen (links), fast immer mit feststehender Nadel produziert, enthalten Blut lediglich in der Nadel.

HDS Spritzen, die fast immer mit abnehmbaren Nadeln produziert werden, enthalten Blut sowohl in der Nadel sowie im „toten Raum“ zwischen Nadel und Spritze.



Dies bedeutet, dass Drogenkonsumenten die die HDS-Spritze von einem HIV- oder HCV-positiven Drogengebrauchern benutzen, ein deutlich höheres Risiko einer Übertragung von HIV oder Hepatitis haben.

HIV-Infektionen werden durch zwei Faktoren bedingt: Blutmenge und Viruslast

Auf die Bedeutung des Typs der Spritze in Bezug zu unterschiedlichen Mengen von Blutrückständen wurde erstmals von J.P. Grund und J. Streng im Jahr 1991 hingewiesen. Erst 2007 wurde die Wichtigkeit von LDS Spritzen hinsichtlich einer Reduzierung von HIV-Infektionen bei Drogenkonsumenten durch die Weltgesundheitsorganisation, UNAIDS und UNODC erkannt.

Spritzentausch in Deutschland kommt das noch vor?

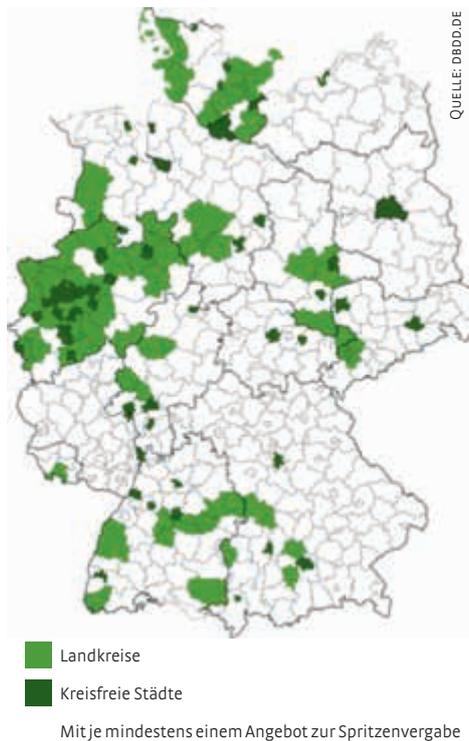
Nun könnte man sich fragen, warum dieses Thema denn hier in Deutschland überhaupt thematisiert wird. Hier gibt es doch –zumindest in vielen Städten– eine gute Zugänglichkeit von Spritzen und Nadeln, oder?

Studien (z. B. COBRA) zeigen bei Substituierten einen Spritzen- und Nadeltausch von ca. 6%. Der Spritzen- und Nadeltausch nimmt bei HIV/HCV Koinfizierten in der COBRA Studie noch zu.

Eine Befragung von aktuell Drogen konsumierenden im Umfeld von Drogenkonsumräumen im Jahr 2009 zeigte, dass das Teilen von Spritzen und Spritzenutensilien und anderes Risikoverhalten bei den befragten Drogenkonsumenten in erheblichem Maße vorkommt. Von den Personen, die Drogen intravenös konsumieren geben 45,5% an Spritzen mehrfach zu verwenden, 13,8% teilen Spritzen oder andere Utensilien, 9,8% teilen Drogen aus einer Spritze.

Kaum zu glauben? Sieht man sich die Ergebnisse im Abschlussbericht der Studie „Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland“ an, die 2011 gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und vom IFT durchgeführt wurde, so erhält man erstmals einen wirklichen Einblick über die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck in Deutschland (Abbildung 2)

Abbildung 2: Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Spritzenvergabe (inklusive Automaten) auf kommunaler Ebene auf Basis der Angaben der Länderexperten sowie einer ergänzenden Telefon und Internetrecherche



Die hier farbig gekennzeichneten Gebiete und Regionen verfügen mindestens über ein Angebot des Spritzentauschs bzw. der Spritzenvergabe. Die Grafik zeigt Regionen mit guter Versorgung wie z. B. Nordrhein-Westfalen und Berlin. Darüber hinaus sind sterile Spritzen in vielen großen und mittelgroßen Städten verfügbar. Aber was geschieht in den weis gekennzeichneten Regionen, die auf dieser Karte eine deutliche Mehrheit bilden? Selbst wenn man davon ausgeht, dass die Mehrheit der intravenös Drogen konsumierenden in Großstädten leben, kann nicht übersehen werden, dass täglich viele tausend Drogenkonsumenten nicht oder nur unzureichend mit sterilen Konsumutensilien versorgt sein müssen. Sowohl in den „neuen Bundesländern“, in Bayern, sowie in Hessen und Rheinland Pfalz zeigen sich deutliche Defizite in der Zugänglichkeit von Spritzen.

Untersuchungen zeigen Zusammenhang zwischen Infektionsgeschehen und verwendeten Sprizentypen

William Zule, einer der renomierten Wissenschaftler auf diesem Gebiet stellte fest, dass HDS Spritzen nach dem Drogenkonsum und mit Wasser durchgespült die 1.000-fache Menge an Blut enthalten als LDS Spritzen.¹ Bei einer HIV-Viruslast von 100.000 Kopien per ml besteht bei der Nutzung von LDS Spritzen nur in einem von zehn Fällen die Möglichkeit, dass 1 HIV-Kopie in der Spritze enthalten ist. Demgegenüber würden bei HDS Spritzen im Verhältnis 1 : 2, 100 HIV-Kopien feststellbar sein. (Fraser et al., 2007)

Zule untersuchte 851 i.v. Drogenkonsumenten in North Carolina zwischen 2003 und 2005. Die Teilnehmer wurden auf HIV und Hepatitis C getestet. Darüber hinaus wurden Daten zu Drogenkonsumpraktiken erhoben. Insgesamt haben 42% der Teilnehmer jemals eine HDS Spritze benutzt. 12% gaben an, das sie HDS Spritze auch geteilt haben

Die HIV-Prävalenz bei Teilnehmern, die noch nie eine HDS Spritze benutzten, betrug 5%. Im Vergleich hierzu betrug die HIV-Quote bei Teilnehmern die bereits HDS Spritzen geteilt hatten 16%.

Die Ergebnisse von Dr. William Zule und Kollegen in modellhaft mathematisch erhobenen Daten legen nahe, dass injektionsbezogene HIV-Epidemien nicht eintreten würden, wenn die meisten i.v. Drogenkonsumenten (95% oder mehr) ausschließlich LDS, also Spritzen mit nur einem geringen „toten Raum“ verwenden würden. Wenn hingegen die meisten i.v. Konsumenten HDS Spritzen benutzen würden, läge die HIV-Prävalenz innerhalb von 17 Jahren bei weltweiten 50%.

Auch wenn viele dieser Daten nur theoretischen Charakter haben, gilt es diese ernst zu nehmen und Folgerungen für die Harm Reduktion Arbeit zu ziehen. Dies insbesondere in Ländern und Regionen die nur

1 High Dead-Space Syringes and the Risk of HIV and HCV Infection among Injecting Drug Users William A. Zule, Georgiy Bobashev, and RTI International; Drug Alcohol Depend. 2009 March 1; 100(3): 204–213.

eine sehr geringe Reichweite von Spritzen-tauschangeboten haben.

AIDS Konferenz 2010 in Wien

Im Rahmen der AIDS Konferenz 2010 in Wien wurden die Ergebnisse aus 20 Ländern (35 Städten) vorgestellt. In Kooperation mit Drogengebern und Mitarbeitern von Drogenhilfeeinrichtungen wurden die vorrangig genutzten Sprizentypen recherchiert. In jenen Städten die ausschließlich HDS Spritzen benutzten lag die durchschnittliche HIV-Prävalenz bei 32,6%. Während in jenen Städten die mehrheitlich LDS Spritzen benutzten eine durchschnittliche HIV-Prävalenz von 1,4% zu verzeichnen war. Die Nutzung unterschiedlicher Sprizentypen war der einzige Faktor der in engem Bezug zur HIV-Infektion zu bringen war.²

Welche Spritzen werden eigentlich in Deutschland verwendet?

Auf diese Frage sollten wir möglichst schnell valide Daten für Deutschland erhalten. Trotz unserer geringen HIV-Prävalenz, die unter IIVDU bei ca. 5% liegt, werden jedes Jahr ca. 100 HIV-Infektionen neu diagnostiziert.

² How syringe type effects HIV Risk <http://injectingadvice.com/articles/guestwrite/197-jamie3>

Aufgrund der noch immer sehr lückenhaften Angebote von szenenahen HIV- und Hepatitis-Testprojekten für Drogengebraucher ist mit einer höheren Dunkelziffer zu rechnen. Das bereits in 3 Städten durchgeführte TEST IT Projekt der Deutschen AIDS-Hilfe macht deutlich, dass bei vielen Drogengebern mit riskanten Drogenkonsumpraktiken der letzte HIV-Test viele Jahre zurückliegt und Drogengebraucher keine Kenntnis von ihrem aktuellen Status haben.

Unser Ziel muss es daher sein alle relevanten und beeinflussbaren Risikofaktoren für Drogenkonsumenten zu reduzieren. Dies wäre mit einem flächendeckenden Angebot an LDS Spritzen möglich.

Aus der Vor Ort Arbeit und den auch von der Deutschen AIDS Hilfe und JES transportierten Präventionsbotschaften wissen wir, dass wir die Vergabe von LDS, also (1ml) Insulinspritzen mit feststehender Nadel aus unterschiedlichen Gründen kritisieren und dementsprechend vermeiden wollen. Denn diese Spritzen sind eigentlich nicht zum i.v. Konsum geeignet (sondern zur subkutanen Injektion), die Nadeln sind insbesondere für verhärtete und tiefer liegende Venen zu instabil und zu kurz.

Stattdessen vertreiben wir beim Sprizentausch in der Regel Spritzen die einen großen „toten Raum“ (HDS) enthalten. Hier ist die Nadel in der Regel abnehmbar, die Spritzen entsprechen aufgrund ihrer ver-

schiedenen Größen (2-10ml) eher den Bedürfnissen der Konsumenten. So kann man auch auf diese Spritzen die so begehrten kurzen und feinen Nadeln setzen, die für den i.v. Konsum vorgesehen sind. Darüber hinaus benötigen einige auch für so genannte „Cocktails“, also den gleichzeitigen Konsum unterschiedlicher Substanzen, Spritzen mit größeren Volumen.

Aber was ist mit dem deutlich höheren Risiko von HIV und Hepatitis im Fall der gemeinsamen Benutzung dieser Utensilien...? ●

Empfehlung:

In Deutschland gibt es keine Daten zu den eingesetzten Sprizentypen. Eine Möglichkeit wäre zumindest die in den 27 Drogenkonsumräumen eingesetzten Sprizentypen zu erheben. Dort werden jährlich mehr als 1 Million Spritzen ausgegeben.

Ferner könnten die Daten der Studie des dbdd zu Städten die Spritzenvergabe- oder Sprizentauschangebote vorhalten genutzt werden um jene Einrichtungen in Bezug auf die eingesetzten Sprizentypen abzufragen. Darüber hinaus gilt es Informationen über die Relevanz von unterschiedlichen Sprizentypen hinsichtlich der Vermeidung von HIV und Hepatitis an Mitarbeiterinnen in AIDS- und Drogenhilfen sowie an intravenös Konsumierende weiterzugeben.

Dirk Schäffer



Abbildung 3: Beispiel einer LDS Spritze



Abbildung 4 und 5: Beispiele von HDS Spritzen

Neue JES-Broschüre zur Lagerung von Substituten im häuslichen Umfeld

Als erster Verband hat JES sich dazu entschlossen seine Position zum Thema „Elternschaft und Substitution“ zu verfassen und zu veröffentlichen und gibt allen beteiligten Akteuren darüber hinaus wichtige Tipps zur Lagerung von Substitution im Haushalt.

„Mit diesem Medium wollen wir den vielfach einseitigen, diskriminierenden und vorurteilsbehafteten Diskussionen zum Thema Substitution von Müttern und Vätern, die mit Kindern in einem Haushalt leben, etwas entgegensetzen“, so der JES-Bundesverband.

JES ist der Meinung, wer Kindern Substitutionsmedikamente oder Drogen fahrlässig oder gar vorsätzlich verabreicht, bringt sie in Lebensgefahr. Betroffene Eltern scheinen



unserer Meinung nach für die Erziehung eines Kindes nicht geeignet. Andererseits dürfen gefundene Spuren von Cannabis, Kokain oder Heroin in Kinderhaaren aber nicht dazu führen, dass substituierte Mütter und Väter unter Generalverdacht gestellt werden und ihnen die Fähigkeit zur Kindeserziehung abgesprochen wird.

Wir hoffen, dass dieses Medium eine Diskussion befördern kann, die mehr auf Fachlichkeit setzt anstatt auf Emotionalität

Ein Indiz für die Qualität und Praxisnähe dieser Broschüre ist die Tatsache, dass die erste Auflage der Broschüre bereits nach wenigen Tagen vergriffen war. ●

► Ab sofort kann die Broschüre wieder kostenlos über die Deutsche AIDS-Hilfe versand@dah.aidshilfe bezogen werden.



Peter Bissert ist gestorben

Über die Kollegen von INDRO in Münster erhielten wir zum Jahresbeginn eine betrübliche Nachricht. Peter Bissert einer der JES'ler der ersten Stunden starb am 7. Januar 2013 nach längerer schwerer Krankheit. Peter hat über viele Jahre quasi als „one man band“ JES-Münster aufgebaut und geleitet und sich für die Belange der Münsteraner Opiatkonsumenten eingesetzt.

Leider war ihm dieses Engagement auf Grund der fortschreitenden Erkrankung in den vergangenen 5 Jahren kaum noch möglich. Peter war ein „unbequemer Zeitgenosse“, der äußerst kritisch und teils kompromisslos in seiner Argumentation und seinem Handeln -eben ein JES-Aktivist der frühen Jahre.

Peter hinterlässt eine große Lücke. Mit ihm ist ein weiterer Aktivist der frühen Jahre unseres Netzwerks und Verbands verstorben.

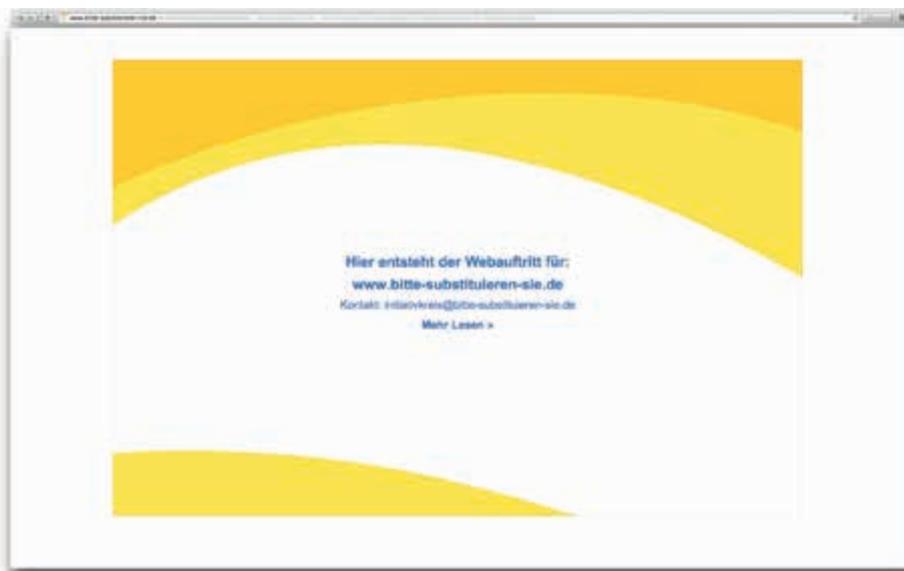
Im Namen des JES-Bundesverbands sprechen wir allen Angehörigen und Freunden unser Mitgefühl aus.

Peter, machs gut!

Deine Freunde aus dem JES-Bundesverband

www.bitte-substituieren-sie.de

So lautet die Webseite einer Kampagne zur Verbesserung der Versorgungssituation in der Substitutionstherapie die vom JES-Bundesverband unterstützt wird.



Anlässlich des 10. Parlamentarischen Abends zur Substitutionstherapie wurde in einem breiten Schulterschluss eine Initiative Substitutionstherapie gestartet.

Versorgungsengpass vermeiden

Ziel der Kampagne ist es, in einer konzentrierten Aktion Ärztinnen und Ärzte für die Substitutionstherapie opiatabhängigen Menschen zu gewinnen. Viele substituierende Ärzte gehen in den Ruhestand, zu wenige neue Ärzte kommen hinzu. Ein Versorgungsengpass droht für die heute fast 80.000 Patienten.

Mit dieser Initiative soll für eine effektive evidenzbasierte Therapieform geworben werden.

Schulterschluss von Gesundheitspolitikern aller Parteien

Neben dem JES-Bundesverband unterstützen z. B. die Deutsche AIDS Hilfe e.V., der Bundesverband akzept e.V., die Stiftung chronisch Kranker, sowie die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin die Kampagne. Es gelang ferner erstmals zum Thema „Substitutionsbehandlung“ einen parteiübergreifenden Konsens herzustellen. Gesundheitspolitiker aller im Bundestag vertretenen Parteien unterstützen die Kampagne ebenso wie die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Weitere namhafte Unterstützer sind u. a. die Bundesärztekammer und die Deutsche AIDS Gesellschaft.

Kernelemente unserer Kampagne zur Gewinnung von Ärzten zur Substitutionsbehandlung sind:

- der Launch einer neuen Webseite, auf der alle Informationen zum Thema „Substitutionstherapie“ zusammengefasst werden,
- die Schaltung von Anzeigen in medizinischen Fachzeitschriften,
- die Kontaktaufnahme zu Hausärzten und HIV-Schwerpunktpraxen per Briefmailing
- der Aufbau eines Mentorenetzwerks

Wir werden an dieser Stelle fortan über die neue Kampagne informieren. ●

+++ kurz notiert +++ kurz notiert +++ kurz notiert +++

JES-Landesverband wählt neuen Vorstand

Im Rahmen der Mitgliederversammlung des JES-Landesverbands NRW wurde ein neuer Landesvorstand gewählt. Neben Mathias Häde (Bielefeld) und Renate Hermanns (Düsseldorf), die bereits dem vorherigen Vorstand angehörten, wurden Susanne Kottsieper (Dortmund) und Ralf Rünninger (Duisburg) neu in den Vorstand gewählt.

Der JES-Bundesverband bedankt sich bei den ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedern für ihre Arbeit und wünscht dem neuen Team viel Erfolg für seine Arbeit.



Einstieg zum Ausstieg

20 Jahre Erfahrung in der

Suchttherapie

- ~ Kompetent in der Therapie
- ~ Engagiert für Betroffene
- ~ Einzigartiger Service

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Potsdamer Str. 8 · 10785 Berlin
www.substitutionstherapie.de
www.sanofi.de

SANOFI 

+++ DROGENKONSUMRÄUME IN DEUTSCHLAND +++



Harm Reduktion in der Praxis: INDRO-Konsumraum in Münster

Am 1.1.1999 wurde das niedrigschwellige Drogenhilfezentrum beim INDRO e.V. um das Angebot einer Drogentherapeutischen Ambulanz als szenenahe medizinische Akutversorgung ergänzt. Die offizielle Eröffnung erfolgte am 16.4.1999. Am 10.4.2001 wurde das Angebot von INDRO durch den ersten Drogenkonsumraum mit offizieller Betriebserlaubnis in NRW erweitert. Am 23.9.2011 konnten wir das 10-jährige Bestehen des Drogenkonsumraums im Rahmen des 20. Jahresjubiläums des INDRO e.V. feiern.

Zielbestimmung eines niedrigschwelligen Drogenhilfezentrums ist es, die körperlichen, psychischen und sozialen Schädigungen, die sich aus dem Konsum illegalisierter Substanzen ergeben können, zu verhindern oder zumindest zu lindern und Hilfen für das Überleben und das Bearbeiten von drogenbezogenen, gesundheitlichen und sozialen Problemen unterstützend bereitzustellen. Medizinische Akutversorgungen,

hygienisch-kontrollierte Konsummöglichkeiten und Gesundheitsprävention sowie integrative Versorgungsleistungen wie soziale Beratungen und psychosoziale Betreuungen sind hierbei die zentralen Bausteine.

Folgende Angebote des niedrigschwelligen Hilfezentrums werden vorgehalten:

- Niedrigschwellige Drogenberatung und Kontaktladen
- Drogenkonsumraum

- Spritzentausch
- Medizinische Akutversorgung
- Infektionsprophylaxe und Safer Use
- Mobile Spritzenentsorgung und risikominimierende Aufklärung für Anwohner und Konsumentinnen im Bahnhofsbereich
- Ambulant Betreutes Wohnen für Substituierte und drogenabhängige Wohnungslose

+++ DROGENKONSUMRÄUME IN DEUTSCHLAND +++

- Psychosoziale Unterstützung für Substituierte
- Aufsuchende, psychosoziale Begleitung/Betreuung von Migranten insbesondere Spätaussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten
- Szenenahe Frauenarbeit
- Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substituierten

Ein Tag im INDRO- Konsumraum

10:30 Uhr: Vorbereiten des Konsumraums

Steriles Injektionsbesteck (Spritzen und Kanülen) und Zubehör (Löffel, Ascorbinsäure, Tupfer, etc.) auffüllen, Nutzervereinbarungen bereitlegen in deutscher und russischer Sprache. Checken des Notfallequipments (Beatmungsbeutel, Sauerstoffflasche, etc.).

11:00 Uhr: Der Konsumraum öffnet

Vier Besucher, Alex, Murat, Sonja und Steve, warten schon auf die Öffnung des Konsumraums. Die Nutzervereinbarung haben sie bereits gelesen und ausgefüllt, sie nutzen den Konsumraum regelmäßig. Jeder hat sich an der Spritzentauschtheke ein „Set“ zum Selbstkostenpreis geholt (Spritze, Kanüle, Safer Use Filter, Ascorbinsäure, steriles Wasser, Tupfer & Alkoholtupfer, sowie Pfännchen oder Löffel).

Uns fällt auf, dass Sonja ein Brillenhämatom aufweist. Auf Nachfrage reagiert Sonja zunächst sehr abweisend. Sie geht direkt in den Raucherraum um ihr Blech Heroin zu rauchen. Wir bringen ihr ein Coolpack für ihre Augen und lassen sie erstmal in Ruhe konsumieren.

Steve und Alex möchten sich ein Gemisch aus Heroin und Kokain. Bei der Sichtkontrolle stellen wir jedoch fest, dass sie die Substanzen noch nicht aufgeteilt haben. Da das Aufteilen von BTMs auch im Konsumraum rechtlich nicht erlaubt ist, müssen wir die Zwei zunächst nochmal nach draußen schicken.

Murat möchte, wie üblich, Heroin konsumieren. Nachdem er die Substanz aufgekocht hat, will er sie, ohne zu filtern, in

die Spritze aufziehen. Wir legen ihm einen grünen „Safer Use Filter“ auf den Tisch und erklären ihm, dass er damit aus dem massiv verunreinigten Straßenheroin alle nicht wasserlöslichen Streckmittel herausfiltern und somit die Gefahr für einen „Shake“ deutlich verringern kann. Er ist sehr interessiert und gibt an, erst vor kurzen einen Shake gehabt zu haben. Er probiert den Safer Use Filter aus, muss dann aber feststellen, dass dieser schnell verstopft. Wir erklären ihm, den Rest sowohl durch den üblichen weißen, als auch durch den grünen Safer Use Filter aufzuziehen. Er folgt unserem Rat.

11:30 Uhr: Sonja wurde verprügelt

Ich hole Sonja in die Ambulanz und frage sie zunächst nach ihren Blessuren und inwieweit sie medizinisch versorgt werden muss, bzw. will. Die Pupillenreaktion ist unauffällig. Sie erzählt mir, dass ihr Partner sie zu Hause verprügelt habe. Im Verlauf des Gesprächs erzählt sie mir auch, dass sie bereits zweimal im Frauenhaus gewesen sei, sie habe ihm dann aber auch immer wieder verziehen. Ich vermittele sie weiter in ärztliche Behandlung, da der Verdacht auf

tail“ – Heroin & Kokain gemischt, fünfmal Heroin inhalativ und einmal Kokainbase inhalativ). Neben einer Wundversorgung und Vermittlung in ärztliche Hilfen (Sonja) wurden vier Gespräche über risikominimierende Injektionstechniken und alternative Konsumvarianten geführt, mehrere kleinere medizinische Versorgungen (Pflaster, Salbe zur Venenpflege) fanden statt, und zwei Besucher wurden ins Büro vermittelt für soziale Hilfen.

12:45 Uhr: Markus kommt – nach 18 Monaten Haft

Markus, klagt über Schmerzen an der Einstichstelle. Ihm wird ein „heparinhaltiger“ Salbenverband angelegt und der Hinweis gegeben, diese Stelle in den nächsten Tagen mit Injektionsversuchen zu meiden. Markus strebt eine Suchttherapie an, daher fragen wir ihn nach dem Stand der Dinge. Er erzählt, er sei bereits für den Sozialbericht bei der Drogenberatungsstelle gewesen und sei gerade dabei die erforderlichen Unterlagen zusammen zu tragen. Als wir fragen, in welcher Klinik er entgiften möchte, gibt er an, noch unentschlossen zu sein. Vitali und Sergej erzählen von ihren Erfahrungen



eine Fraktur besteht. Außerdem biete ich ihr weiterführende Beratung und Begleitung an und gebe ihr noch einige Flyer von spezifischen Beratungs- und Frauenschutzstellen mit.

12:05 Uhr: Erste Zwischenbilanz

Bisher 14 Konsumvorgänge (sechsmal Heroin i.v., einmal Kokain i.v., einmal „Cock-

mit verschiedenen Kliniken und es ergibt sich eine angeregte Diskussion zwischen den dreien.

Marco kommt in den Konsumraum. Er war unlängst 18 Monate inhaftiert. Diese Zeit hat er positiv für sich nutzen können, um seinen Konsum einzustellen und einen Realschulabschluss zu machen. Nun ist er seit vier Monaten wieder frei und schafft es

+++ DROGENKONSUMRÄUME IN DEUTSCHLAND +++



Das INDRÖ Team im Jahr 2012

bislang nur alle zwei bis drei Wochen mal zu konsumieren. Derzeit arbeitet er an seinem Abitur und jobbt nebenbei regelmäßig. Er erzählt uns, dass er insgesamt zwar ganz gut klar komme ohne regelmäßig zu konsumieren, dass er aber dennoch deutlich merke, dass er zusätzliche Unterstützung benötigt, wenn er das langfristig schaffen will. Marco gibt an, sich nach verschiedenen Selbsthilfegruppen umzusehen. Wir erzählen ihm von diversen sowohl abstinenz- als auch akzeptanzorientierten Möglichkeiten (KiSS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum, NA – Narcoti Anonymus, Cleangruppe, etc.)

14:00 Uhr Notfall der Konsumraum wird geschlossen

Nun betritt Alfons den Konsumraum. Er ist uns auch schon bekannt, auch aufgrund von Notfallsituationen in der Vergangenheit. Alfons ist wohnungslos und hat neben seiner Opiatsucht auch massive Alkoholprobleme. Zurzeit macht er auf uns einen relativ nüchternen Eindruck. Nach eigenen Angaben hat er heute erst drei Bier getrunken. Trotzdem rufen wir einen weiteren Mitarbeiter dazu, um ihn besonders beobachten zu können. Nach Beendigung seines Konsums zeigt er typische Anzeichen einer Überdosierung (flache Atmung,

blaufärbung der Lippen, eingetrübtes Bewusstsein). Die Mitarbeiter legen Alfons ein Pulsoximeter an mit dem man die Sauerstoffsättigung im Blut messen kann. Dieser zeigt uns eine Sättigung von 69% an, Tendenz fallend. (Der Normalwert liegt zwischen 96-100). Das Mitarbeiterteam beschließt, Alfons an das Sauerstoffgerät anzuschließen. Die Sättigung verbessert sich durch die Gabe von Sauerstoff nicht, im Gegenteil: Es ist keine Atembewegung mehr erkennbar. Alfons befindet sich in einem komatösen Zustand. Daher beschließt das Team, ihn direkt auf den Boden zu legen und mithilfe eines Beatmungsbeutels zu beatmen. Als Beatmungshilfe wird zusätzlich ein Guedeltubus verwendet. Dies ist für uns eine schwere Notfallsituation, daher wird der Konsumraum bis auf weiteres geschlossen. Durch die eingeleiteten Maßnahmen erreichen wir eine Stabilisierung Alfons. Seine Sauerstoffsättigung liegt nun bei 97%. Nach ca. fünf Minuten treffen der Rettungswagen und Notarzt ein. Nun wird eine Übergabe an den Rettungsdienst und an den Notarzt gemacht. Der Notarzt beschließt, ihn mit ins Krankenhaus zu nehmen. Nachdem der Rettungsdienst Alfons mitgenommen hat, schreiben wir ein Notfallprotokoll, räumen auf und desinfizieren die Notfallstelle.

14:45 Uhr Wiedereröffnung des Konsumraumes.

Dimitri betritt den Konsumraum und möchte Heroin konsumieren. Ein Mitarbeiter des Konsumraumes weiß, dass er sich in einer Substitutionsbehandlung befindet. Daher müssen wir ihm den Zutritt zum Konsumraum leider verwehren. Auf Grund der Rechtsverordnung des Landes NRW ist Substitutionspatienten der Zutritt nicht erlaubt.

15:35 Uhr Atemdepression bei Hanna

Durch eine Sauerstoffgabe kann diese schnell behoben werden. Sie war jederzeit ansprechbar und reagierte auf die Mitarbeiter.

16:04 Uhr Peters Wundverband

Peter kommt seit einer Woche regelmäßig zum Verbandwechsel und zur Wundreinigung, da er sich vor einiger Zeit einen durch unhygienisches Spritzen verursachten Abszess zugezogen hat.

16:04-16:30 Uhr Resümee

Heute gab es über den Tag verteilt 62 Konsumvorgänge. Davon hatten wir bei den Männern 20, die Heroin intravenös konsumiert haben, 11 die Heroin geraucht haben, 7 die Kokain intravenös konsumiert haben, 4 die Methadon intravenös konsumiert haben, 4 die einen sogenannten „Cocktail“ (Heroin und Kokain) intravenös konsumiert haben und 2 Personen, die Heroin gesniffelt haben. Bei den Frauen waren es 7, die Heroin intravenös konsumiert haben, 3 die Heroin geraucht haben, 2 die Kokain intravenös konsumiert haben, 1 die Methadon intravenös konsumiert hat und eine, die einen „Cocktail“ intravenös konsumiert hat.

16:35-17:00 Für heute ist schluss

Reinigung und Desinfektion des Konsumraumes und fachgerechte Entsorgung der infektiösen Materialien. Vorbereitung des „Sets“ für den nächsten Tag. Nachbesprechung über besondere Vorkommnisse (Notfälle, Hausverbote etc.). Dienstende. ●

RAUM FÜR EIN BEWUSSTES LEBEN VON ANFANG AN



Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über die
Substitutionstherapie, die einen klaren
Kopf ermöglicht!

www.meinebehandlungmeinewahl.eu



**Reckitt
Benckiser**
Pharmaceuticals

Großer Erfolg für JES Hannover

Rot-Grün plant Suchtdenkmal auf Nikolaifriedhof

Auf Initiative der rot-grünen Ratsmehrheit soll die Stadt einen „zentralen Gedenkort für Suchtverstorbene“ ausfindig machen. Im Umweltausschuss brachte am Montag Umweltsenator Hans Mönninghoff (Grüne) den Nikolaifriedhof als möglichen Standort für ein solches Denkmal ins Gespräch.

Hannover ■ „Der Platz ist zentral gelegen, kein Friedhof im engeren Sinne, sondern eher ein Park und daher gut geeignet“, sagte Mönninghoff. Vonseiten der Fraktionen wurde keine Ablehnung signalisiert.

Dennoch erntete der Vorstoß, eine Art Mahnmal für Drogentote aufzustellen, auch Kritik. „Das Anliegen ist zwar ehrenwert, aber die Auswahl willkürlich“, sagte CDU-Ratsherr Hannes Hellmann. So könnten auch Eltern ein Denkmal fordern, das an

die kindlichen Opfer von Gewaltverbrechen erinnert oder an Getötete im Straßenverkehr. In eine ähnliche Richtung argumentierte FDP-Fraktionschef Wilfried Engelke. „Wir können nicht für jede Problematik einen Gedenkstein in der Stadt aufstellen“, meinte er. Ein Ort der Trauer um verstorbene Süchtige sei in erster Linie der Friedhof.

SPD und Grüne verteidigten ihr Anliegen. „Die Eltern von verstorbenen Drogensüchtigen haben ein Interesse daran, einen Ort für ihre Trauer und zugleich eine Begegnungsstätte zu haben“, erklärte SPD-Ratsherr Jürgen Mineur. Keinesfalls wolle man ein großes Monument schaffen, meinte Grünen-Ratsfrau Katrin Langensiepen. „Da soll kein zweites Ernst-August-Denkmal entstehen.“

Linken-Fraktionschef Oliver Förste wollte den Gedenkort für verstorbene Süchtige zugleich als Mahnmal verstanden wissen, das vor dem Missbrauch von Drogen warnt. „Auch ein Gedenkstein für die Verkehrstoten macht Sinn“, sagte er. ●

Von Andreas Schinkel | 08.01.2013 I HAZ



Die rot-grüne Ratsmehrheit diskutiert den Nikolaifriedhof als möglichen „zentralen Gedenkort für Suchtverstorbene“. (Archiv)



JES-Kommentar: Wir freuen uns sehr, dass die jahrelangen Bemühungen von JES Hannover und dem AK Drogen nun aufgegriffen wurden und Hannover, wie viele andere Städte, einen dauerhaften Ort für verstorbene Drogengebraucher erhält.

Einmal mehr mussten wir aber feststellen wie weit die Ablehnung gegenüber Drogenkonsumenten und deren Angehörigen bei vielen Politikern geht. So nutzte der CDU Bauexperte Blaszyk die Diskussion um auf die Gefahren eines solchen Denkmals als „Treffpunkt für die Drogenszene“ hinzuweisen. Dies macht einmal mehr deutlich, dass dieser Volksvertreter keine Ahnung vom Thema hat. Nirgendwo auf der Welt haben sich solche Orte zu „Szenetreffpunkten“ entwickelt.

Einen besonders sensiblen Beitrag steuerte der FDP Fraktionsvorsitzende Herr Engelke bei. Er meinte, dass man bald auch für Klempner solche Denkmäler aufstellen müsste, wenn man nun für jede Gruppe so einen Gedenkort schafft.... Ohne Worte Herr Engelke! Den Eltern und Angehörigen von verstorbenen Drogenverbrauchern kann man nur empfehlen ihr Bürgerbüro aufzusuchen...

Weihnachtsfeier des Vereins VISION e.V.

Kirchengemeinden übernahmen Patenschaft für Wünsche von Drogengebrauchern



Gemütliches Beisammensein bei Vision mit leckerem Essen und Geschenken

Die traditionelle Weihnachtsfeier unserer JES-Gruppe in Köln war auch in diesem Jahr wieder toll besucht. Etwa 85 Besucherinnen und Besucher wurden von einigen Mitgliedern des Vereinsvorstands persönlich begrüßt und bekamen eine kleine Weihnachtsüberraschung in Form einer Geschenktüte überreicht.

Unsere Küchencrew hatte wieder einmal ein tolles Essen gezaubert und am Ende des Abends trug jeder ein Geschenk und einen gut gefüllten Bauch nach Hause. Erstmals war es uns gelungen, Besucherinnen und Besuchern, die unsere Einrichtung schon seit vielen Jahren kennen, dazu zu bewegen kleine „Wunschzettel“ zu schreiben. Diese sollten dann in Patenschaft durch Mitglieder der Kirchengemeinden erfüllt werden.

Durch die Unterstützung von zwei Gemeinden (Kath. Pfarrgemeinde St. Theodor/St. Elisabeth und St. Marien/St. Joseph) konnten nahezu alle Wünsche erfüllt werden. Der JES-Bundesverband und VISION bedanken sich bei den Kölner Kirchengemeinden für die Zuwendung an Drogen gebrauchende Menschen in Köln.

Ein herzlicher Dank geht ebenfalls an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Vereins VISION e.V., die zur Weihnachtszeit ihre eigenen Belange in den Hintergrund stellten und bereit waren die Einrichtung VISION e.V. für Drogen gebrauchende Männer und Frauen zu öffnen. Somit gelang es vielen alleinstehenden Drogengebrauchern aus Köln ein Weihnachtsfest in Gemeinschaft zu ermöglichen. ●

Marco Jesse

+ kurz notiert + kurz notiert +



Neue Care Packs der Deutsche AIDS-Hilfe

Erstmals wurden über öffentliche Mittel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) so genannte „Care Packs“ gefördert.

10.000 solcher Spritzen werden projektbezogen in den nächsten Monaten eingesetzt um vor Ort die Akzeptanz der Betroffenen zu überprüfen. Darüber hinaus sollen beteiligte Einrichtungen die Möglichkeit nutzen um vor Ort das Thema Spritzenautomaten auf die politische Agenda zu setzen.



FOTO: DPA

Der Arzt M. Fredrich

„METHADON-ARZT“ LEGT REVISION EIN

Der „Methadon-Prozess“ geht in die nächste Runde: Nachdem ein Arzt aus Uelzen Anfang Dezember zu einer Bewährungsstrafe von 21 Monaten verurteilt worden war, hat er Revision gegen die Entscheidung des Lüneburger Landgerichts eingelegt. „Ich fechte das Urteil an, weil es nicht auf gesetzlicher Grundlage basiert“, sagte der Mediziner gegenüber dem NDR. Jetzt werde der Bundesgerichtshof über das Urteil entscheiden.

ARZT WILL IM INTERESSE DER PATIENTEN GEHANDELT HABEN

Die Richter in Lüneburg sahen es als erwiesen an, dass der Mann die Ersatzdroge Methadon zu unkontrolliert an seine Patienten herausgegeben hat. Der Arzt hatte eingeräumt, seinen drogenabhängigen Patienten den Ersatzstoff Methadon gleich für mehrere Tage mitgegeben und sogar Taxifahrer als Boten eingesetzt zu haben. Er gab jedoch an, allein im Interesse seiner Patienten gehandelt zu haben. Die Staatsanwaltschaft hatte für die eigenwillige Therapiemethode in ihrem Plädoyer eine zweijährige Haftstrafe gefordert, die zur Bewährung ausgesetzt werden sollte. Die Verteidigung plädierte hingegen auf Freispruch für ihren Mandanten.

VERTEIDIGUNG SIEHT REGELUNGEN ALS ÜBERHOLT AN

Der Arzt berief sich im Rahmen seiner Therapiefreiheit auf das eigenverantwortliche Handeln der Patienten. „Ich diene dem Einzelnen und der Bevölkerung“, erklärte der Angeklag-

te in seinem Schlusswort. Er habe seine Patienten alltagsorientiert stabilisieren wollen. Die Verteidigung des 49-Jährigen sprach von einer „Praxis mit Herz“. Ein Teil der gesetzlichen Regelungen sei nachgewiesenermaßen überholt und schränke die Berufsfreiheit von Ärzten unsachgemäß ein. Verteidigerin Gabriele Heinecke betonte in ihrem Plädoyer, dass der Angeklagte es mit einer schwierigen Klientel zu tun habe, die psychisch nicht in der Lage sei, in die Praxis zu kommen.

VORWURF DER GWERBSMÄSSIGEN VERSCHREIBUNG

Die Staatsanwaltschaft beklagte dagegen eine „völlig unkontrollierte“ Abgabe und sah im Verhalten des Mediziners massive Verstöße gegen gesetzliche Vorgaben. Der 49-Jährige habe seine Patienten nur sehr unregelmäßig untersucht. Statt ihnen jeden Tag das Methadon in der Praxis zu verabreichen, soll er ihnen Rationen für eine ganze Woche mitgegeben haben. Die Anklage sprach sogar von gewerbsmäßiger Verschreibung. Es sei nur unter bestimmten Voraussetzungen gestattet, dass der Patient das Methadon ohne Aufsicht zu sich nehme.

BUNDESGERICHTSHOF KASSIERTE ERSTES URTEIL

Der Uelzener war vom Landgericht bereits vor zehn Monaten wegen unerlaubter Methadon-Ausgabe in beinahe 300 Fällen zu eineinhalb Jahren Haft auf Bewährung verurteilt worden. Wegen gravierender Mängel hob der Bundesgerichtshof den Richterspruch aus dem Februar dieses Jahres allerdings auf. Von September bis Dezember wurde neu verhandelt.

NDR.de 19.12.2012



Kommentar: Der JES-Bundesverband hat den Prozess gegen den Uelzener Arzt über mehrere Jahre verfolgt und hierzu Stellung bezogen. Von besonderer Bedeutung war für uns einen Einblick in das Leiden der Angehörigen zu erhalten. Nun geht der Prozess also in die nächste Runde. Wir werden weiter hierüber berichten.

HCV IN SPRITZEN UND ZUBEHÖR

Eine Arbeitsgruppe der Hochschule Hannover bestätigte kürzlich die Bedeutung des „Zubehörs“ für die Hepatitis-C Infektion beim Drogengebrauch (Doerrbecker 2012):

Wasser: Bereits das gemeinsame Verwenden von Wasser (zum Auflösen der Droge) birgt Infektionsrisiken. HCV bleibt in kontaminierten Wasserflaschen bis zu 3 Wochen lang infektiös.

Filter: Nach dem Auflösen (und Erhitzen) wird die Droge über einen Filter mit der Spritze aufgenommen. Filter sollen nicht aufgelöste Partikel zurückhalten. Oft wird der Filter mehrfach verwendet und zum Schutz in eine Alufolie gepackt. Die Arbeitsgruppe um Doerrbecker hat nun nachgewiesen, dass die Infektionsfähigkeit vor allem von eingepackten Filtern auch nach 24 und 48 Stunden noch nachweisbar war.

In nicht eingepackten Filter hingegen sinkt die Infektionsfähigkeit nach 24 Stunden auf kaum mehr nachweisbare Werte (Doerrbecker 2012).

Den „Care Packs“ der Deutschen AIDS-Hilfe liegen deshalb seit neuestem Filter bei, die nur einmal verwendet werden können und zudem gesundheitlich bedenklich Schwebstoffe aus der Injektionslösung herausfiltern.

Spritzen: In Spritzen bleibt HCV bis zu zwei Monate infektiös (Paintsil 2010)

www.hivreport.de

► **Der neue HIV-Report der Deutschen AIDS Hilfe steht unter www.hivreport.de zum download bereit.**





FOTO: HELGA/PIXELO.DE

SCHWINDELERREGENDER ANSTIEG VON HIV-INFEKTIONEN IN ATHEN

Besonders betroffen sind Drogenabhängige

Athen (dapd). Athen verzeichnet einen alarmierenden Anstieg neuer HIV-Infektionen. Besonders betroffen seien Drogenabhängige, teilten Gesundheitsexperten am Freitag mit. Seien in der Gruppe zwischen 2008 und 2010 rund zehn bis 14 Neuinfektionen pro Jahr registriert worden, sei die Zahl schon im vergangenen Jahr auf 206 und dann bis Oktober dieses Jahres auf 487 Fälle emporgeschossen.

Einer der Gründe für die dramatische Entwicklung sieht Marc Sprenger vom Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) in der Finanzkrise. „Es gibt mehr Menschen, die anfällig sind und am Rande der Gesellschaft stehen“, sagte er.

Betroffene greifen daher nach Behördenangaben zu billigeren Drogen, die injiziert statt geraucht werden.

„Wir sind sehr besorgt“, erklärte Sprenger. „Wenn wir nicht aufpassen, kann sich das in der Zukunft zu einer riesigen Belastung entwickeln.“ Die Herausforderungen sind enorm: Im Zuge drastischer Sparmaßnahmen hat die griechische Regierung bei der Gesundheitsversorgung und bei Programmen für Drogenabhängige den Rotstift angesetzt.

AP 30.11.2012

DROGENPOLITIK DER BUNDESREGIERUNG – SCHEITERN, SCHÖNGEREDET

Ein Kommentar

Gestern präsentierte Mechthild Dyckmanns (FDP), Drogenbeauftragte der Bundesregierung, den neusten Jahresbericht der deutschen und europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Die Zahlen und Fakten darin belegen abermals die weitgehende Stagnation und in Teilen leider auch eine deutliche Verschärfung der Situation. Aber wie man das als fachlich interessierter Beobachter schon gewohnt ist, kommt aus den Hause der Drogenbeauftragten auch diesmal wieder nur eine einzige Schönfärberei mit den immer gleichen falschen Rückschlüssen.

Den deutlichen Anstieg bei sogenannten Legal Highs - das bekannteste ist hier sicher 'Spice' - und bei weiteren synthetischen Drogen würde es nicht geben, wenn man nicht dogmatisch an einem Weg festhielte, der seit Jahrzehnten einfach nie eine Verbesserung gebracht hat. Menschen nehmen

Drogen. Das haben sie immer schon gemacht und kein Verbot hat sie je davon abgehalten. Viele Konsumenten - ganz besonders die sehr jungen - versuchen aber auch in dieser Situation legale Rauschmittel zu bekommen.

Und schon entstehen Märkte mit immer neuem Chemiedreck, der als Ersatz für Cannabis angeboten wird. Unsere Krankenhäuser kennen das bittere Ergebnis. Diese Kausalkette ist hinlänglich belegt und so offensichtlich, dass man schon bewusst wegschauen muss, um es nicht zu sehen.

Stattdessen wird im ewigen Hase und Igel-Spiel mit immer neuen Verboten versucht, irgendwie der Lage Herr zu werden. Stattdessen wird Cannabis als weit weniger gefährliche Naturdroge von der Regierung immer weiter verteufelt und Millionen Nutzer in Deutschland kriminalisiert.

Stattdessen müssen aktuell in Bayern substituierende Ärzte um ihre Existenz fürchten, weil man dort seit Neuestem neben den kriminalisierten Suchtkranken auch ihre medizinischen Helfer ins strafrechtliche Visier

nimmt. So wird dort durch die Hintertür ein regelrechter Kahlschlag bei den dringend nötigen Hilfsangeboten verursacht.

Und Primärprävention, die greift, bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist, gibt es hierzulande kaum. Frau Dyckmanns jedoch redet von besten Zuständen in der deutschen Präventionsarbeit. Als kürzlich ihr Parteikollege Kubicki via Medien seinen Parteichef Rösler fragte, was der denn wohl geraucht habe, da wäre die Bundesdrogenbeauftragte sicherlich die bessere Adressatin gewesen.

Hier müssen umgehend andere Wege eingeschlagen werden. Es ist nicht länger hinnehmbar, dass diese Drogenpolitik für stets gesicherte allerbeste Gewinne im Schwarzhandel sorgt, großzügig auf Jugend- und Verbraucherschutz verzichtet und die erschreckenden Ergebnisse Jahr für Jahr schön redet. Die Piraten wollen eine Kehrtwende zur Vernunft und das nicht erst, seit die Welt vom aktuellen Sinneswandel in den USA hörte.

Im Mutterland der Prohibition scheint sich nach Jahrzehnten des Wegschauens nun ein Trend zur einzig richtigen Lösung durchzusetzen: der Legalisierung, zunächst mal von Cannabis. Und schon hört man Drogenkartelle jammern, die ihre Milliardengewinne bedroht sehen, während die legalisierenden Bundesstaaten Washington und Oregon sich schon auf erhebliche Steuermehreinnahmen und riesige Kosteneinsparungen in der Justiz freuen.

Ein Modell für Deutschland? Sicher, das wäre nur logisch und vernünftig. Und das am besten gleich europaweit. Aber mit dieser Regierung wird das wohl nichts. Man hat das Wegschauen und Schönreden so sehr verinnerlicht, dass jede noch so unwiderlegbare Argumentation und das alljährliche Belegblatt des Scheiterns daran abgeleitet wie an einem Lotusblatt.

Freuen wir uns auf die nächsten Berichte der Bundesdrogenbeauftragten. Wir wissen ja jetzt schon, was drin stehen wird.

Der Autor dieses Beitrags ist Mitglied der Piratenpartei und dort Koordinator/Sprecher der Bundes-AG-Drogenpolitik und des AK-Drogenpolitik-NRW.

lokalkompass.de/17.11.12

SUBSTITUTION UND HEPATITIS-TRIPLE-THERAPIE

Ein Erfahrungsbericht von Dr. Karl Meller



Eine Hepatitis-Triole-Therapie ist eine Behandlung mit drei verschiedenen Wirkstoffen und stellt eine Weiterentwicklung der Therapie bei Hepatitis-C Typ 1a und 1b dar. Durch den Einsatz der Proteaseinhibitoren Boceprevir und Telaprevir in Kombination mit Peginterferonalfa (PEG-IFN) plus Ribavirin werden die Heilungschancen deutlich erhöht und erreichen mit ca. 75% das Niveau der chronischen HCV-Infektion vom Genotyp 2- und 3. Darüber hinaus kann bei vielen Patienten die Therapiedauer durch die Triple-Therapie auf 24 Wochen verkürzt werden.

Entscheidend für den Erfolg der Therapie ist laut Dr. Meller jedoch die Einhaltung der Einnahmeintervalle, da Unregelmäßigkeiten in der Einnahme Auswirkungen auf den Erfolg der Behandlung haben. Die Wahl des Substituts spielt im Rahmen der Hepatitis-C-Triple-Therapie eine wichtige Rolle.

Da bei der Gabe von D/L-Methadon in Kombination mit der Triple-Therapie unter Umständen Wirkverluste und Schwankungen im Wirkspiegel entstehen können, kann der Einsatz der Fixkombination Buprenorphin und Naloxon Vorteile bieten.

Die Dosis muss nicht angepasst werden und bleibt stabil. Darüber hinaus können durch die antidepressive Wirkung des Buprenorphins Depressionen vermindert werden. Das erhöht die Therapietreue in der Triple-Therapie.

Die Hepatitis-Triple-Therapie dauert in der Regel 24 bis 48 Wochen. Der Patient bekommt drei verschiedene Medikamente, wovon eines im 8-Stunden-Rhythmus eingenommen werden muss. Das erfordert eine hohe Disziplin. Wichtig sei, die Einnahme nicht zu unterbrechen. „Wenn ein Patient die Einnahme an einem Tag vergisst, besteht die Gefahr eines erzwungenen Therapieabbruchs, um die Bildung von Antikörpern zu vermeiden.“

Dr. Meller, Facharzt für Innere Medizin

JES-Bundesverband e.V.

Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 0175/668 06-87
Fax: 030/69 00 87-42
vorstand@jes-bundesverband.de
www.jes-bundesverband.de

Den JES-Bundesvorstand erreicht man unter:
vorstand@jes-bundesverband.de

JES-Westschiene

JES Bielefeld e.V.
c/o AIDS-Hilfe Bielefeld
Ehlentrupper Weg 45 a
33604 Bielefeld
Tel.: 0521/13 33 88
Fax: 0521/13 33 69
E-mail: info@jesbielefeld.de
www.jesbielefeld.de
Ansprechpartner: Mathias Häde (JES-Vorstand)
(0521/398 86 66)

JES Bonn
c/o AIDS-Initiative Bonn e.V.
Bertha-von-Suttner Platz 1-7
53111 Bonn
Tel.: 0228/422 82-0
Fax: 0228/422 82-29
E-mail: c.skomorowsky@
aids-initiative-bonn.de
www.aids-initiative-bonn.de
Ansprechpartnerin: Christa Skomorowsky

JES Dortmund
c/o Susanne Kottsieper
Telefon: 0162/585 94 99

JES Hamm
c/o Renate Schröder
Mischkowski
Mindener Weg 3
59056 Hamm

VISION
Neuerburgstr. 25
51103 Köln
Tel.: 0221/82 00 73-0
Fax: 0221/82 00 73-20
E-mail: info@vision-ev.de
www.vision-ev.de
Marco Jesse (JES-Vorstand)
Jochen Lenz (JES-Vorstand)

JES Münster
c/o INDRO Münster
Bremer Platz 18-20
48155 Münster
Tel: 0251/601 23
Fax: 0251/66 65 80
Ansprechpartner: Dennis Reinhardt

JES Neuwied
c/o Rolf-Peter Kuchler
Engerserlandstr. 103
56564 Neuwied
Tel: 02631/94 20 42
Mobil: 0163/454 17 70
E-mail: rolf-peter.kuchler1@
freenet.de
www.neuwied.jes-netzwerk.de

**AIDS-Hilfe NRW e.V./
JES NRW e.V.**
Lindenstr. 20
50674 Köln
Tel.: 0221/92 59 96-0
Fax: 0221/92 59 96-9
E-mail: info@jesnrw.de
http://www.ahnrw.de

**Bundesweite Internetseite:
www.jes-bundesverband.de**

**Aktuell und lesenswert:
www.jesbielefeld.de/jesjournal/**

**Bitte teilt uns
eventuelle Adress-
änderungen mit !!!**

(Stand der Adressen:
1. Februar 2013)

JES-Wanne-Eickel

Guido Truszkowski
Landgrafenstr. 27
44651 Herne
Tel.: 02325/58 62 07
E-mail: bushshit666@yahoo.de

JES-Südschiene

JES Augsburg

c/o Drogenhilfe Schwaben (KIZ)
Holbeinstr. 9
86150 Augsburg
Tel.: 0821/450 65-27
Fax: 0821/450 65-29
<http://www.jes-augsburg.wg.am>
E-mail: jes-augsburg@freenet.de

JES Bodensee

Janka Muffler
Roseneggweg 7
78244 Gottmadingen
Dreamside@aol.com

JES Donauwörth

c/o Jörn Wonka
Donauwörther Str. 8b
86663 Bäumenheim

**JES-Jugend-, Drogen- und
AIDS-Hilfe Gunzenhausen e. V.**

91710 Gunzenhausen
Berliner Str. 2
Tel.: 09831/61 98 67
Fax: 09831/31 02 76
E-mail: JES-ML@t-online.de
Ansprechpartnerin:
Monika Lang

JES Marburg

c/o Thomas Bierbaum
Am Mehrdrusch 9
35094 Lahntal-Gossfelden
Tel.: 01522/ 653 33 21
E-mail: Jes@freenet.de

JES Lörrach

c/o C. Droste
Spitalstr 68
79539 Lörrach

Metha Job

c/o Münchner AIDS-Hilfe e. V.
Lindwurmstr. 71
80337 München
Tel.: 089/54 33 31 19
Fax: 089/54 46 47-11

JES Würzburg

c/o Katja Weiß
Sartoriusstr. 12
97072 Würzburg
Tel.: 0178/330 25 55
E-mail: Jes-wuerzburg@web.de

JES Stuttgart

Schlosserstr. 28a (Hinterhaus)
70178 Stuttgart
E-mail: jesinitiative@yahoo.de
Tel.: 0711/76 16 54 19

JES-Nordschiene

JES Berlin

c/o Claudia Schieren
Heidenfeldstr. 9
10249 Berlin
E-mail: claudi39@arcor.de
Claudia Schieren (JES-Vorstand)

JES Braunschweiger Land

c/o Braunschweiger
AIDS-Hilfe e. V.
Eulenstr. 5
38114 Braunschweig
Tel.: 0531/58 00 3-37
Fax: 0531/58 00 3-30
E-mail: Jes.bs@braunschweig.
aidshilfe.de

JES Halle

c/o Drobs Halle
Moritzzwinger 17
06108 Halle
Tel: 0345/517 04 01
Fax: 0345/517 04 02
Ansprechpartnerin: Katrin
Heinze (JES-Vorstand)
E-mail: 2-katrin@gmx.de

JES Hannover e. V.

c/o Ilona Rowek
Döbbekehof 2
30 659 Hannover
Tel: 0511/541 45 07
Mobil: 0157/74 65 45 84
E-mail: JESHannover@aol.com

JES Kassel e. V.

c/o AIDS-Hilfe Kassel e. V.
Motzstr. 1
34117 Kassel
Tel.: 0561/97 97 59 10
Fax: 0561/97 97 59 20
Ansprechpartner: Kurt
Schackmar, Michael Schertel

JES Leipzig

c/o DRUG SCOUTS
Eutritzscher Strasse 9
04105 Leipzig
Tel: 0341/211 20 22
E-mail: jes.leipzig@
jes-netzwerk.de

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES Marsberg

Cora Meister
Osterwiese 28,
34431 Marsberg

JES Oldenburg e. V.

c/o Oldenburgische
AIDS-Hilfe e. V.
Bahnhofstr. 23
26122 Oldenburg
Tel.: 0441/264 64
Fax: 0441/142 22 (z.Hd. JES)
Ansprechpartnerinnen:
Doris Eggers, Nico Meine
E-mail: jes-oldenburg@
ewetel.net

JES Osnabrück

c/o Ulrich Thesing
Knollstr. 165
49088 Osnabrück

JES Peine

c/o DROBEL Lehrte
Bahnhofstr. 12
31275 Lehrte
Tel.: 05132/82 56 29

JES Rostock

c/o Anne Franke
Am Wendländer Schilde
18055 Rostock

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES Sangerhausen

c/o Suchtberatungsstelle
Bahnhofstrasse 33
06526 Sangerhausen
Kontakt: Thomas Köhler

JES-Mailingliste

jes_netzwerk@yahoogroups.de

**Weitere
wichtige Adressen**

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 030/69 00 87-56
Fax: 030/69 00 87-42
E-mail: Dirk.Schaeffer@
dah.aidshilfe.de

**Bundesverband der Eltern
und Angehörigen für
akzeptierende Drogenarbeit**

c/o Jürgen Heimchen
Ravensberger Str. 44
42117 Wuppertal
Tel.: 0202/42 35 19
E-mail: akzeptierende.eltern@
t-online.de

akzept e. V.

Bundesverband für
akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik
Geschäftsstelle
C. Kluge-Haberkorn
Südwestkorso 14
12161 Berlin
Tel.: 030/822 28 02
E-mail: akzeptbuero@yahoo.de

Den symbolischen Preis des DROGENKURIER für die Ferkelei des Monats erhält heute ...



FOTO: HENNING SCHACHT

Johannes Singhammer (MdB CDU/CDU)

... für den Versuch die vom GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) beschlossenen veränderten Richtlinien zur heroingestützten Behandlung zu torpedieren.

Herr Singhammer warnte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr davor, die Richtlinien passieren zu lassen.

Wir nennen so etwas „schlechter Verlierer“, Herr Singhammer. Das Gesetz wurde 2009 mit großer Mehrheit im Bundestag verabschiedet. Auch Sie Herr Singhammer müssten wissen, dass die GBA Richtlinie nicht mehr in der Regierungskoalition diskutiert oder verabschiedet werden muss.



Junkies – Ehemalige – Substituierte

JES-Bundesverband e. V.

Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: vorstand@jes-bundesverband.de

www.jes-bundesverband.de