

# DROGENKURIER

RUNDBRIEF DES BUNDESWEITEN JES-NETZWERKS

JUNI 2006  
NR. 66

JUNKLES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

**Heroin als Medikament  
– siegt die Ideologie  
über die Ratio?**



■ **Der Drogen- und Suchtbericht 2005**

■ **Kürzungen ohne Ende – die Situation in NRW**

■ **Neudiagnostizierte HIV-Infektionen 2005**

■ **Substitution in Europa**

**IMPRESSUM****Nr. 66, Juni 2006****Herausgeber des  
DROGENKURIER:**JES\*-Netzwerk  
c/o Deutsche AIDS-Hilfe e. V.  
Dieffenbachstr. 33  
10967 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail:

jes-sprecherrat@yahoogroups.de  
http://: jes-netzwerk.de

Dirk Schäffer (V.i.S.d.P.)

**Mitarbeit:**

Heidrun Behle

Alexander Dietsch

Mathias Häde

Marco Jesse

Jutta Klein

Sabine Lahmer

Ilona Rowek

Imke Sagrudny

Claudia Schieren

Frank Wiedtemann

**Satz und Layout:**

Carmen Janiesch

**Druck:**

Medialis

**Auflage:**

1.000 Exemplare

Der DROGENKURIER wird  
unterstützt durch  
Deutsche AIDS-Hilfe e. V.  
essex – Pharma  
Sanofi Aventis

\*Junkies, Ehemalige, Substituierte

LIEBE LESERINNEN UND LESER DES DROGENKURIER,  
LIEBE FREUNDINNEN UND FREUNDE  
DES JES-NETZWERKS,

Wir freuen uns Ihnen und Euch die neue Ausgabe des DROGENKURIER – dem  
MAGAZIN des bundesweiten JES-Netzwerks vorstellen zu können.

Auch diese Ausgabe ist wieder vollgepackt mit wichtigen Informationen zu  
aktuellen Themen.

Bereits in der letzten Ausgabe hatten wir den Fokus auf die angekündigten  
Streichungen der Zuwendungen für die Drogenselbsthilfearbeit der NRW-  
Landesregierung gerichtet. Wir wollen Ihnen und Euch einen aktuellen Einblick  
zur gegenwärtigen Situation und zu den Folgen etwaiger Streichungen geben.

Diese Ausgabe beschäftigt sich ferner mit der aktuellen epidemiologischen  
Situation im Hinblick auf neudiagnostizierte HIV-Infektionen in Deutschland

Mit der Zusammenfassung des aktuellen Drogen- und Suchtberichts der  
Bundesregierung sowie mit einer Einschätzung zur gegenwärtigen Situation  
rund um die Fortführung der heroingestützten Behandlung bietet der DROGEN-  
KURIER einen Überblick zu hochaktuellen Themen.

Ferner richten wir den Blick auch auf die Substitutionsbehandlung in Europa.

Berichte zum internationalen akzept Kongress in Berlin sowie über die interna-  
tionale Harm Reduktion Konferenz in Vancouver bieten Einblicke zur nat und  
int. akzeptierenden Drogenarbeit.

Literaturtipps, Presseberichte und vieles andere mehr runden diese Ausgabe  
des DROGENKURIER ab.

Der DROGENKURIER lebt von der Vielfalt der Themen und Beiträge. Wir möchten  
Sie und Euch daher ermutigen selbst Beiträge zu verfassen und an die Redakti-  
on des DROGENKURIER zu senden.

*Das Redaktiosteam*

# Der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung

Der im letzten Monat erschienene Drogen- und Suchtbericht 2006 beleuchtet die wichtigsten Tendenzen in diesem Bereich des Jahres 2005 und stellt verschiedene Maßnahmen u. a. in den Bereichen Prävention, Behandlung, Überlebenshilfe und Angebotsreduzierung dar.

Wir wollen einige wichtige Daten und Trends zusammenfassen und kommentieren.

## Todesfälle

Im Jahr 2005 verstarben in Deutschland offiziell 1.326 Menschen infolge ihres Rauschgiftkonsums.

Die Zahl so genannter „Drogentoter“ ist im Vergleich zum Vorjahr um 4 % gesunken und seit dem Jahr 2000 rückläufig. Dies ist zudem der niedrigste Stand seit 1989.

Der Anteil verstorbener weiblicher Drogengebraucherinnen liegt bei 15%.

Die absolute Zahl von verstorbenen Drogen gebrauchenden MigrantInnen ist gegenüber dem Vorjahr um 25 % auf 154

Personen angestiegen und liegt damit auf einem weiterhin sehr hohen Niveau.

**Wir fragen uns allerdings wie diese Zahlen eigentlich zustande kommen. Werden hier nur diejenigen DrogenkonsumentInnen erfasst die offensichtlich an einer Überdosierung verstorben sind und zum Beispiel mit einer Spritze aufgefunden werden? Viele DrogengebraucherInnen versterben an den Folgen ihrer langjährigen Aids-Erkrankung oder Hepatitisinfektion. Sicher ist es spekulativ, wenn wir die tatsächliche Zahl verstorbener DrogengebraucherInnen viel höher einschätzen.**

**Wir tun es an dieser Stelle trotzdem ...**

## Wenige Ärzte sind bereit zur Substitution

Wie bereits in der Vergangenheit liegt die Anzahl der gemeldeten substituierenden Ärzte deutlich niedriger als die Anzahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten suchtherapeutisch qualifizierten Ärzte.

**Dies hat unserer Meinung nach sicherlich auch mit den immer noch praxisfernen Rahmenbedingungen der Substitution zu tun. Viele Mediziner werden von unterschiedlichsten Seiten gegängelt (KV, KK, Ärztekammer, Gericht, Patient) und sehen sich zudem latent der Gefahr ausgesetzt im Kontext der Verschreibung von Substituten straffällig zu werden.**

**Wir meinen, es wird Zeit noch mal gründlich über die BUB-Richtlinien und die derzeitige Verbindung von Substitution und Strafrecht nachzudenken.**

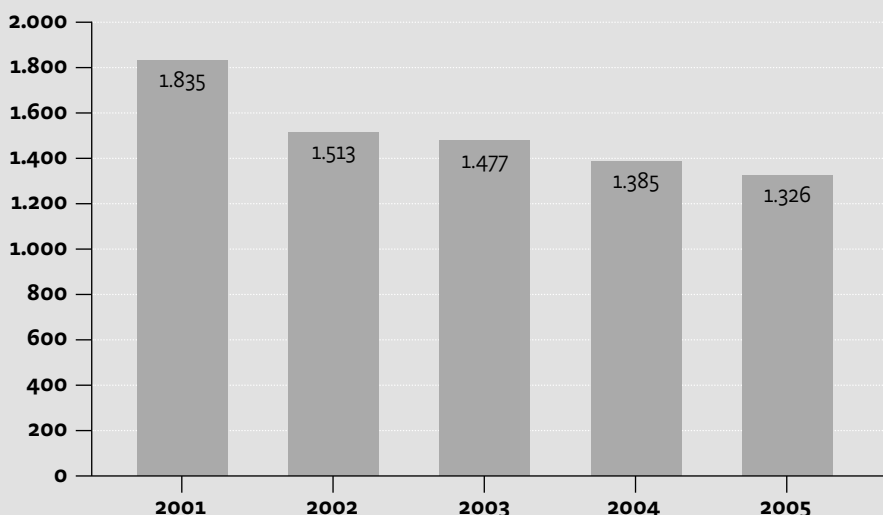
## Anzahl der substituierenden Ärzte in Deutschland in 2005

Ärzte	Anzahl
gemeldete substituierende Ärzte	2.670
Von Substituierenden Ärzten gemeldete Konsiliarien	300
Ärzte mit suchtherapeutischer Qualifikation laut Ärztekammer-Meldungen	9.000

## Das Substitut der ersten Wahl

Das überwiegend verabreichte Substitutionsmittel ist Methadon. Die Verschreibung von Codein scheint immer seltener zu werden. Die Gründe hierfür liegen sicherlich eher in der Festschreibung von Codein als Substitut der zweiten Wahl als an der Tauglichkeit von Codein zur Behandlung von OpiatkonsumentInnen. Auffällig ist der in den vergangenen Jahren ansteigende Anteil von Substitutionsbehandlungen mit Buprenorphin (Subutex).

## Entwicklung von Drogentodesfällen von 2001–2005



**Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel in Deutschland**

Substitutionsmittel	2002	2003	2004	2005
Methadon	72,1%	70,8%	68,3%	66,2%
Levomethadon	16,2%	14,8%	15,0%	15,8%
Buprenorphin	9,7%	13,0%	15,6%	17,2%
Dihydrocodein	1,7%	1,2%	0,9%	0,7%
Codein	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%

**HIV und Hepatitis bei DrogengebraucherInnen**

Die Meldedaten zeigen, dass der aktuell bedeutsamste Infektionsweg für Hepatitis C bei jüngeren Betroffenen intravenöser Drogengebrauch ist. Bei den Hepatitis-C-Fallmeldungen im Jahr 2005 (alle Altersgruppen) wurde dieser Infektionsweg mit 37% der Fälle am häufigsten angegeben. In der Gruppe der 20- bis 29-jährigen Männer sogar bei 71% der Fallpersonen.

*(Quelle Robert Koch Institut: Virushepatitis B, C und D im Jahr 2004 – Zur Situation wichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland. Epid Bull 2005; 46:421–29).*

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland ist seit Anfang der 90er Jahre rückläufig. Am deutlichsten sind die Neudiagnosezahlen in einstigen „Drogenhochburgen“ wie Frankfurt, Berlin und Hamburg zurückgegangen, in denen ein Netz niedrigschwelliger Präventions- und Betreuungseinrichtungen aufgebaut wurde.

In deutlich geringerem Umfang sanken die Infektionszahlen in ländlichen Gebieten. *(siehe Bericht „HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland“)*

**Der Strafvollzug – die Achillesferse der Prävention**

Der Drogen und Suchtbericht weist aus, dass die Hälfte aller Insassen von Justizvollzugsanstalten „drogenerfahren“ ist und etwa 50% der Drogenkonsumenten mit intravenösem Konsum diesen auch in Haft mit z. T. hochriskanten Konsummustern fortsetzen. Haftaufenthalte stellen einen zentralen Risikofaktor für den Beginn des

Drogenkonsums dar (5–25% der i. v. DrogenkonsumentInnen geben an, ihre ersten Drogenerfahrungen in Haft gemacht zu haben). Über Kontakte im Rahmen des Drogenkonsums hinaus können ungeschützte sexuelle Kontakte sowie die in Haft verbreitete Praxis des Tätowierens zu einer Übertragung von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV beitragen.

Ein Blick auf die Evaluation zweier Spritzenaustauschprogramme in deutschen Justizvollzugsanstalten zeigte, dass das Tauschen von Kanülen auf ein minimales Maß

zurückging und keine HIV- und Hepatitis B Neuinfektionen festgestellt wurden. Die Bundesregierung konstatiert, dass ein Angebot an sterilen Spritzen für injizierende Drogenkonsumenten in geeigneten Justizvollzugsanstalten zu einer substantiellen Reduktion des Kanülentauschs und Übertragung von Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis B beiträgt.

**Als bundesweites JES-Netzwerk können wir diese Einschätzung nur teilen und die Herausstellung des präventiven Nutzens von Angeboten des Spritzenaustauschs im Justizvollzug begrüßen.**

**Tatsache ist aber leider auch, dass alle Spritzenaustauschprogramme, bis auf eine JVA in Berlin, aus zweifelhaften Gründen eingestellt wurden.**

Bereits das Robert Koch Institut hat den Strafvollzug als „Achillesferse der Prävention“ betitelt.

**Es wird Zeit, dass die Bundesregierung die Länder mit Nachdruck auf die Verantwortung für Menschen in Haft hinweist und die Wiedereinrichtung von Programmen zum Spritzenaustausch und zur Substitution befördert.**

**Selbsthilfe ein wichtiger Bestandteil der Prävention**

Die Bundesregierung verweist im aktuellen Bericht auf die erfolgreiche Kombination präventiver Maßnahmen von BZgA und Selbsthilfegruppen wodurch es in Deutschland gelungen sei, die HIV-Ausbreitung unter injizierenden Drogenkonsumenten einzudämmen.

Es wird ferner angemerkt, dass eine systematische Surveillance (infektionsepidemiologische Überwachung) von HIV- und Hepatitis-Infektionen und eine Surveillance von Verhaltens- und Wissensparametern bei Drogen konsumierenden Personen dazu beitragen könnte umfassendere Kenntnisse zur Epidemiologie und zu Präventionsmöglichkeiten zu gewinnen.

**Die Bundesregierung stellt ferner die Arbeit der DAH als einen wichtigen Beitrag zur Prävention der HIV-Infektion unter Drogenkonsumenten heraus, da die DAH wegen ihres Selbsthilfeansatzes besondere Akzeptanz und Glaubwürdigkeit bei dieser speziellen Zielgruppe findet.**

**Vernachlässigt – Die Behandlung von DrogengebraucherInnen**

Es wird bestätigt, dass sowohl in Bezug auf HIV wie auf Hepatitis C der Anteil der medikamentös behandelten DrogengebraucherInnen zum Teil deutlich geringer ist als in anderen Betroffenenengruppen.

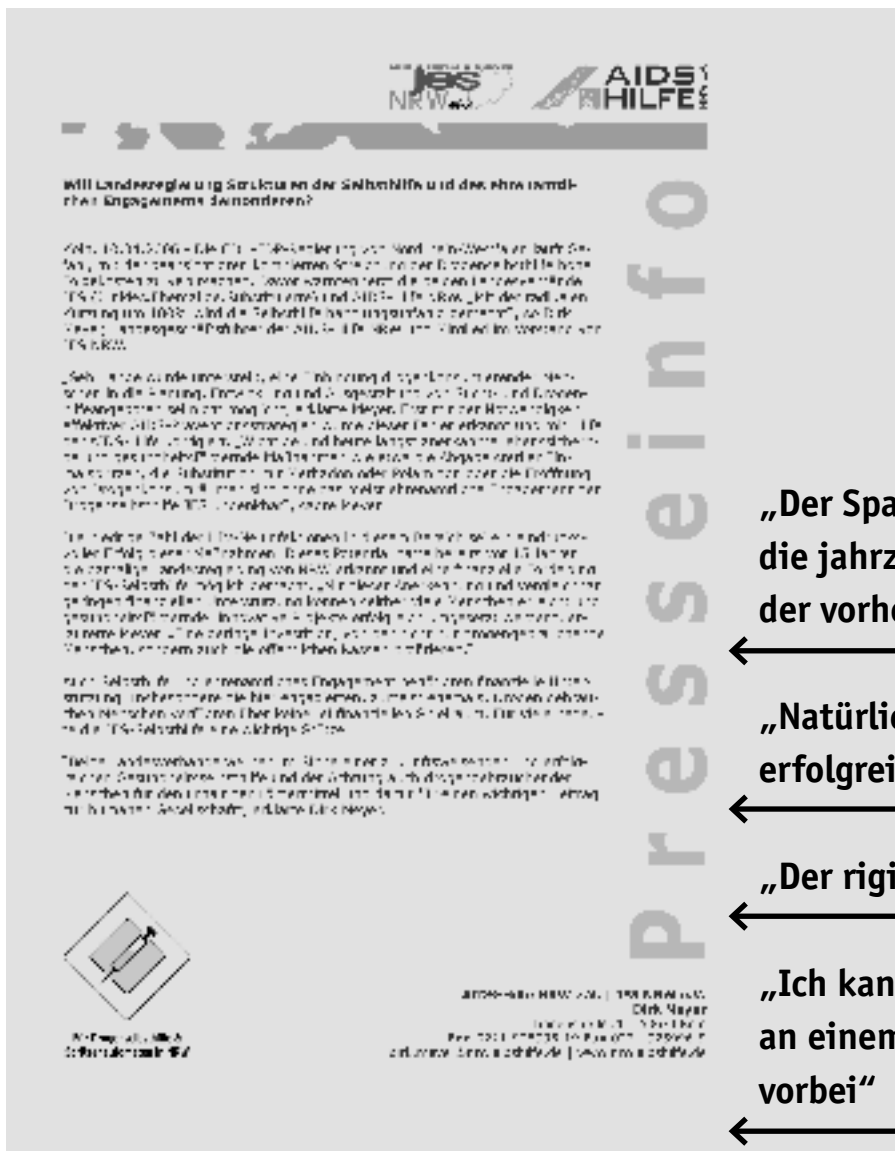
Als Gründe hierfür werden unter anderem die fehlende suchtherapeutische Kompetenz bei infektiologisch versierten Ärzten und fehlende infektiologische Kompetenz bei substituierenden Ärzten genannt. Eine enge Zusammenarbeit von Suchtmedizinerinnen und Infektiologen bzw. Hepatologen wird als unerlässlich eingeschätzt, um weitere Erfahrungen zur medikamentösen Therapie von HIV und besonders auch Hepatitis C bei Drogenkonsumenten zu sammeln.

**An dieser Stelle können wir die Einschätzung der Bundesregierung nur teilen. Das bundesweite JES-Netzwerk wird auch zukünftig z. B. im Rahmen seines Engagements im Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch dazu beitragen die Behandlungsquote von DrogengebraucherInnen zu steigern.**

*JES-Sprecherrat*

# Ein Armutszeugnis der Landespolitik in NRW

## Kürzungen für die JES-Selbsthilfe scheinbar nicht aufzuhalten



Unterstützer aus AIDS- und Drogenhilfen, Wohlfahrtsverbänden, JES-Gruppen und vielen anderen dargestellt.

Trotz dieser vielfältigen Unterstützung zum Erhalt der Strukturen der Drogenselbsthilfe JES und ihrer Angebote zur HIV-Prävention und Gesundheitsförderung für Drogen gebrauchende Menschen, sind die bisherigen Reaktionen der Landesregierung in NRW einsilbig, simpel und ernüchternd.

Nachfolgend einige Aussagen von verantwortlichen Landespolitikern

„Der Sparkurs ist eine Reaktion auf die jahrzehntelange Schuldenpolitik der vorherigen Landesregierung.“

„Natürlich ist ihre Arbeit wichtig und erfolgreich, aber ...“

„Der rigide Sparkurs ist alternativlos“

„Ich kann ihr Sorgen verstehen aber an einem Kurswechsel führt kein Weg vorbei“

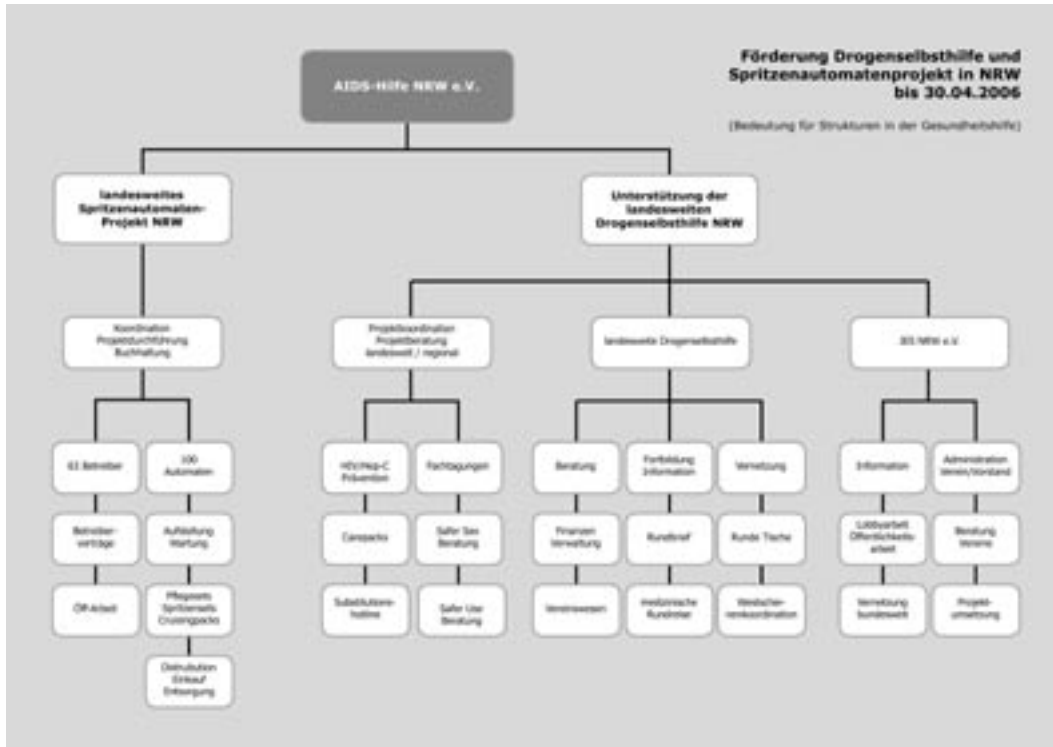
Bereits in der letzten Ausgabe des DROGENKURIER berichteten wir über die angekündigten Kürzungen der neuen Landesregierung in Nordrhein Westfalen.

In den letzten Wochen ist viel passiert. Die Aktion „Vorfahrt für Drogenselbsthilfe

und Spritzenautomaten“ hat eine Welle der Solidarität ausgelöst.

Die fatalen Folgen für Drogen gebrauchende Menschen und für die Strukturen der JES-Selbsthilfe in NRW sowie für die bundesweite Arbeit wurden durch viele

Geradezu grotesk wird es, wenn in einer Antwort darauf hingewiesen wird, dass die Landesregierung ja bei sich selbst mit dem sparen beginnt und das Weihnachtsgeld der Staatssekretäre habiert – einfach unpassend und lächerlich dieser Vergleich.

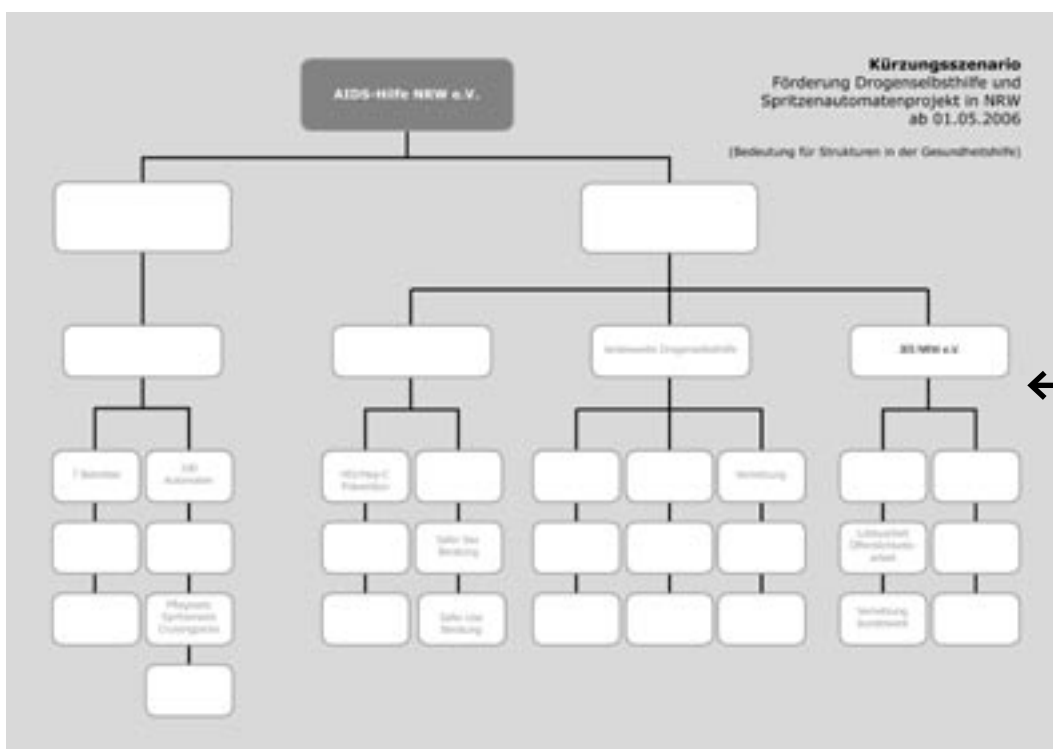


Es gilt an dieser Stelle hervorzuheben, dass sowohl das Spritzenautomatenprojekt, als auch die JES-Selbsthilfe in NRW nicht von Kürzungen bedroht ist. Im Gegensatz zu vielen anderen Bereichen wird hier eine 100% Streichung der Landesmittel angekündigt, die die Arbeit von 15 Jahren vernichten wird.

In fast keiner der Reaktionen der politisch Verantwortlichen wird auf die im Detail beschriebenen Folgen dieser Streichungen eingegangen.

Es wird auf die Verantwortung der Politik für die nächste Generation abgehoben. Das aber auch die nächste Generation bzw. heute 10-jährige von den massiven Rückschritten in der strukturellen HIV-Prävention in besonderer Weise betroffen sein werden wird niegiert.

Die nachfolgenden Schaubilder zeigen die heutige Situation und veranschaulichen die Folgen einer Streichung der Landesmittel.



**Hier das Ergebnis der Streichungen...**

Die Politik spricht fortwährend davon, dass wir uns die Förderung auch in sozialen Projekten nicht mehr leisten können.

Wir fragen die Verantwortlichen „Können wir uns die hier dargestellten Folgen der Streichungen leisten?“

JES-Sprecherrat

# Heroinstudie – siegt die Ideologie über die Ratio?

## Diffuses Meinungsbild trotz eindeutig positiver Ergebnisse

Der vor drei Jahren gestartete Modellversuch zur Abgabe von Heroin an Opiatkonsumenten ist abgeschlossen, und die Experten bescheinigen dem Versuch durchweg positive Ergebnisse. Doch kaum ist der Antrag auf Zulassung von Heroin als Medikament gestellt, entbrennt in der CDU Bundestagsfraktion fernab aller Vernunft eine erneute Diskussion darüber, ob Heroin für die Behandlung einiger weniger Konsumenten zugelassen werden darf.

Es fällt auf, dass Vertreter der Union – die als BürgermeisterIn der am Versuch beteiligten Kommunen – nah am Thema sind, geschlossen für die Weiterführung der Behandlung votieren und somit für einen Abschluss des Genehmigungsverfahrens.

JES als Interessenvertretung Drogengebrauchender Menschen kann sich dem Eindruck nicht erwehren, dass es in der

aktuellen Diskussion nicht primär um Sachargumente geht, sondern um Emotionen und Ideologien.

Die allerdings waren bei Thema Drogen noch nie sonderlich hilfreich.

### Die heroingestützte Behandlung

2003 startete der vorerst auf drei Jahre begrenzte Modellversuch mit sauberem Heroin, dass ausschließlich unter ärztlicher Aufsicht an jene Opiatkonsumenten abgegeben wurde, die durch Angebote der Drogenhilfe nicht oder nicht ausreichend erreicht wurden oder die mit den bisher zur Verfügung stehenden Substituten nicht optimal behandelt werden konnten.

Dieser Versuch hat sich, nach der einstimmigen Meinung der Fachwelt, für die allermeisten beteiligten Drogengebraucher sehr positiv ausgewirkt. Es wurde eine ge-

sundheitliche und soziale Stabilisierung der Studienteilnehmer erreicht. Viele von ihnen befinden sich zwischenzeitlich sogar wieder in Beschäftigung – eine Entwicklung, die bis vor kurzem undenkbar gewesen wäre. Die Zahl der Straftaten der Teilnehmer ist ebenfalls mehr als deutlich zurückgegangen. Die Aufwendungen für Kriminalitätsbekämpfung und die gesundheitlichen Folgekosten sinken damit deutlich.

Es zeigte sich, dass die Behandlung mit Heroin signifikante Vorteile gegenüber einer Substitution mit Methadon besitzt.

Das bundesweite JES-Netzwerk fordert die Regierungskoalition auf, zu einer sachlichen und fachlichen Diskussion zurückzukehren und die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, dass die Behandlung mit Heroin in die Regelversorgung übergehen kann.

*JES-Netzwerk*

### IN DER KOALITION BAHNT SICH EIN STREIT UM HEROIN AUF KRANKENSCHHEIN AN

**3. April 2006 München** • In der Regierungskoalition bahnt sich ein Konflikt über die kontrollierte Abgabe von Heroin an Abhängige an. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing (SPD), sagte dem Magazin „Focus“: „Auf Basis der positiven Studienergebnisse würde ich eine begrenzte Einführung der heroingestützten Behandlung für sinnvoll halten.“ Dem Argument, dass die Abgabe von Heroin an Süchtige teurer sei als deren Versorgung mit Ersatzstoffen wie Methadon, begegnete Bätzing mit den Worten: „Es sinken die Aufwendungen für Kriminalitätsbekämpfung und gesundheitliche Folgekosten.“

### STUDIE EMPFIEHLT HEROIN STATT METHADON

**Bonn** • Denn nach Studien in der Schweiz und den Niederlanden belegen nun auch erste offizielle Ergebnisse einer unter anderem in Bonn durchgeführten Studie: Diamorphin, besser bekannt als Heroin, ist im Vergleich zur Ersatzdroge Methadon das wirksamere Medikament im Kampf gegen die Heroinabhängigkeit. 40 Prozent der Bonner Studienteilnehmer sind arbeitsfähig, 18 Probanden haben Arbeit. Zehn der Ex-Schwerstheroinabhängigen sind mittlerweile in Therapien, die ihnen beim Ausstieg aus der Sucht helfen sollen.

### SUCHTEXPERTEN FÜR HEROIN AUF KRANKENSCHHEIN

**03. Mai 2006** • Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unterstützt den Plan der Bundesregierung, Schwerstabhängigen Heroin auf Krankenschein zu gewähren. Ein Drittel spreche nicht auf den Ersatzstoff Methadon an, sagte DHS-Geschäftsführer Rolf Hüllinghorst dem Tagesspiegel – und einem Teil dieser Menschen könne man mit kontrollierter und in Therapien eingebundener Heroinabgabe helfen. Deshalb müssten jetzt die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Zulassung von Heroin als Medikament geschaffen werden, sagte Hüllinghorst anlässlich der Vorstellung des aktuellen Drogen- und Suchtberichts am heutigen Mittwoch.

# HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland

## Analyse der Entwicklungen und Trends bei neu diagnostizierten HIV-Infektionen

Bis zum 01.03.2006 wurden dem RKI für das Jahr 2005 insgesamt 2.490 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet.

Damit steigt die Zahl der HIV-Neudiagnosen im Jahr 2005 um 13% gegenüber dem Vorjahr an. Im II. Halbjahr hat sich die Zunahme nicht weiter fortgesetzt, die Zahl der HIV-Neudiagnosen bleibt aber auf einem hohen Niveau.

Die Zahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen hat in den letzten Jahren am stärksten in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) zugenommen.

Auch bei Personen mit Angabe eines heterosexuellen Übertragungsrisikos (ohne Personen mit Herkunft aus Hochprävalenzregionen) hat die Zahl der neudiagnostizierten HIV-Infektionen von 276 im Vorjahr auf 344 im Jahr 2005 zugenommen. Anteilsmäßig fällt der Anstieg in die-

ser Gruppe mit 25% stärker aus als bei den MSM (15%), wo allerdings die Zahl der Erstmeldungen in absoluten Zahlen von 1.078 auf 1.237 stieg.

In den anderen Betroffenengruppen (i.v. Drogengebraucher – IVDA, Personen aus Hochprävalenzländern – HPL) sowie bei den Meldungen ohne Angabe eines Infektionsrisikos ändern sich die Zahlen gegenüber dem Vorjahr nur unwesentlich.

### Kein klarer Trend bei Drogengebrauchern

Bei i.v. Drogengebrauchern zeigen die bundesweiten Zahlen keine klaren Trends nach oben oder unten, regional nahm im Jahr 2005 die Zahl der Erstdiagnosen ab, aber in den nördlichen Bundesländern eher zu, in den südlichen blieb sie eher gleich oder nahm ab.

In den vorangegangenen Jahren wurden vorübergehende Schwankungen in derselben Größenordnung aber auch in den südlichen Bundesländern beobachtet. Infektionen bei i.v. Drogengebrauchern osteuropäischer Herkunft werden in den letzten zwei Jahren vermehrt diagnostiziert, aber mehr als die Hälfte dieser

Infektionen haben vermutlich in Deutschland stattgefunden.

### Hohes Niveau von Erstdiagnosen in NRW

Auffallend ist das seit 2003 anhaltend erhöhte Niveau von HIV-Erstdiagnosen bei i.v. Drogengebrauchern in Nordrhein-Westfalen, wo seit 2003 ein überproportional hoher Anteil von 35–40% der HIV-Infektionen bei i.v. Drogengebrauchern in Deutschland diagnostiziert wird.

### Meldungen über bestätigt positive HIV-Antikörpertests für MSM und Drogengebraucher in der Bundesrepublik Deutschland HIV-Erstdiagnosen vom 01.01.1993 bis 31.12.2005 nach Jahr der Diagnose und Infektionsrisiko

Infektionsrisiko	Jahr der Diagnose											Gesamt
	<1996	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
<b>MSM</b>	<b>2.074</b> 30,3%	<b>722</b> 38,6%	<b>762</b> 36,8%	<b>760</b> 39,5%	<b>646</b> 37,0%	<b>646</b> 38,3%	<b>535</b> 37,0%	<b>702</b> 40,8%	<b>871</b> 44,1%	<b>1.078</b> 48,8%	<b>1.233</b> 49,5%	<b>10.029</b> 38,6%
<b>IVDA</b>	<b>769</b> 11,2%	<b>189</b> 10,1%	<b>245</b> 11,8%	<b>203</b> 10,5%	<b>197</b> 11,3%	<b>170</b> 10,1%	<b>115</b> 8,0%	<b>108</b> 6,3%	<b>141</b> 7,1%	<b>132</b> 6,0%	<b>141</b> 5,7%	<b>2.410</b> 9,3%
IVDA/m	535	122	173	140	136	127	80	75	99	90	104	1.681
IVDA/w	213	65	66	55	54	38	34	32	41	38	32	668
IVDA/u	21	2	6	8	7	5	1	1	1	4	5	61



**Anzahl der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen in den letzten 12 Monaten**

01.01.2005–31.12.2005

	Infektionsrisiko	
	MSM	IVDA
BADEN-WÜRTTEMBERG	117	14
Stuttgart	22	2
Mannheim	17	1
BAYERN	161	14
München	85	3
Nürnberg	12	2
BERLIN	267	4
BRANDENBURG	16	1
BREMEN	13	7
HAMBURG	93	13
HESSEN	116	4
Frankfurt a. M.	37	1
MECK. VORPOMMERN	9	0
NIEDERSACHSEN	45	18
Hannover	17	13
NORDRHEIN-WESTFALEN	278	51
Köln	106	1
Düsseldorf	27	3
Dortmund	11	13
Wuppertal	1	1
Bonn	5	3
Münster	16	0
Übriges Land	61	22
RHEINLAND-PFALZ	25	2
SAARLAND	7	1
SACHSEN	42	1
SACHSEN-ANHALT	9	0
SCHLESWIG-HOLSTEIN	21	5
THÜRINGEN	14	6
<b>DEUTSCHLAND</b>	<b>1.233</b>	<b>141</b>

Stand 01.03.2006

Die gestiegene Zahl von HIV-Erstdiagnosen bei i.v. Drogen gebrauchenden Personen in Nordrhein-Westfalen beruht im Wesentlichen auf Infektionen in den Altersgruppen 25–40 Jahre mit Herkunft aus Deutschland. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich um vermehrte Diagnosen in weiter fortgeschrittenen Stadien der HIV-Infektion handelt.

**HIV in Deutschland**

Von 141 gemeldeten HIV-Erstdiagnosen bei i.v. Drogengebrauchern in 2005 wurden allein 51 in NRW festgestellt.

Auffällig ist hier die geringe Anzahl in Köln (1) sowie in weiteren Großstädten z. B. Düsseldorf, Essen und die sehr hohe Anzahl von HIV-Erstdiagnosen in Dortmund (13)

**Entwicklung bei den AIDS-Erkrankungen**

Zwischen dem 01.01.2005 und dem 31.12.2005 sind insgesamt 1.103 Meldungen über neu an Aids erkrankte Personen eingegangen. Die gemeldeten Erkrankungen verteilen sich auf mehrere Diagnosejahre. Damit steigt die Gesamtzahl der an das Robert Koch-Institut berichteten, seit Beginn der Epidemie mit dem Vollbild Aids erkrankten Personen auf insgesamt 24.335.

Angesichts der anzunehmenden Untererfassung bei den AIDS-Fällen muss die Schätzung zur tatsächlichen Anzahl der neu diagnostizierten AIDS-Fälle pro Jahr an Stelle der bisher geschätzten 700 Fälle auf eher 800 Fälle korrigiert werden.

Quelle: *Epidemiologisches Bulletin, Halbjahresbericht II/2005 aus dem Robert Koch-Institut aufbereitet für den DROGENKURIER*

Dirk Schäffer

# Tabletten besser schlucken statt spritzen

## Risiken der intravenösen Einnahme von Tabletten

Ein nicht unerheblicher Teil von Drogengebrauchern konsumiert unterschiedliche Tabletten oder Kapseln. Diese werden allerdings häufig nicht, wie vom Hersteller vorgesehen, oral angewendet, sondern im Rahmen von Mischkonsum mit anderen Substanzen, wie z. B. Heroin oder Kokain intravenös eingenommen. Bekannt sind die Risiken von Überdosierungen durch den zeitgleichen Konsum verschiedener Substanzen. Aber die Risiken des alleinigen i.v. Gebrauchs von Tabletten sind vielen unbekannt

Tabletten enthalten einen sog. Hilfsstoff (z. B. Talkum) der dazu beiträgt, dass die Tablette in ihre typische Form gepresst werden kann. Fakt ist, dass der in den Tabletten (oder Kapseln) enthaltene Hilfsstoff bei intravenösem Gebrauch zu schweren gesundheitlichen Schäden führen kann!!

**Was ist eigentlich Talkum?**

Talkum ist ein natürlich vorkommendes, pulverisiertes Mineral, das kaum wasserlöslich ist. Arzneimittel enthalten neben Talkum auch weitere dieser wasserunlöslichen Hilfsstoffe wie z. B. Stärke, mikrokristalline Cellulose oder Magnesiumstearat.

## Welche Schädigungen können auftreten?

Wenn aufgelöste Tabletten dem Körper über den Blutkreislauf zugeführt werden, können sich Partikel der Tablettenhilfsstoffe in den Venen ablagern und zu einem venösen Verschluss führen. Dieser kann zu einem Absterben der Extremitäten führen, so dass Amputationen häufig nicht mehr vermieden werden können.

Gefährdet ist auch das Herz. Eine durch intravenösen Tablettenkonsum geschädigte Herzklappe erhöht das Risiko eines bakteriellen Befalls eben dieser. Auch Schädigungen an den Augen in Form einer Ablösung der Netzhaut oder einem eingeschränktem Gesichtsfeld (der „Rund-Um-Blick“ wird kleiner) können sich entwickeln. Diese Symptome treten (je nach Literaturquelle) bei 24-44 %, bzw. 80 % der Langzeit-i.v.-Drogenkonsumenten auf.

Dauerhaft kann die Einnahme von Ta-

bletten über die Blutbahn zu Embolien führen, Bluthochdruck und Gewichtsabnahme verursachen.

Studien weisen einen Zusammenhang zwischen Talk-Granulomen (Einkapselung von Substanz-Partikeln im Gewebe) in der Lunge und einer längeren Seropositivität und daher auch einem größeren Risiko des Fortschreitens von AIDS, auf.

Die Lunge ist neben den anderen Organen besonders gefährdet. Entzündungen und anormale Veränderungen dieses Organs werden durch Tablettenhilfsstoffe provoziert. Schätzungen zufolge entwickeln 5 % der i.v. Drogenkonsumenten eine Lungentalkose.

Bisher konnte nicht eindeutig geklärt werden, welche Mengen an Hilfsstoffen für Organschädigungen verantwortlich sind. Die Auswirkungen des intravenösen Konsums von Tabletten können, vor allem bei Langzeiteinnahme, tödlich sein!

## Meist werden die Symptome verkannt

Ein großes Problem stellt die Verknennung der durch Hilfsstoffe ausgelösten Schädigungen seitens der Ärzte dar. Treten bei i.v. Drogenkonsumenten (die auf diesem Wege auch Tabletten applizieren) Symptome wie trockener Husten, Schmerzen in der Brust, leichtes Fieber oder nächtliches Schwitzen auf, sollte der Arzt auch eine Lungentalkose in Betracht ziehen.

## Tabletten sind nicht zum Spritzen da!

Werden die Tabletten mit Wasser (und Heroin) vermischt und aufgeköchelt, entsteht eine ölige Flüssigkeit. Wird diese intravenös eingenommen, gelangen die Tablettenhilfsstoffe direkt in die Blutbahn und können im Körper großen Schaden verursachen.

*Die Textgrundlage stammt von: Kristin Ebert, INDR0 e. V. Bearbeitet für den Drogenkurier von Dirk Schäffer*

# „Wettbewerb“ um den härtesten Strafvollzug? Die Folgen der Föderalismusreform

Die Föderalismusreform war in den letzten Wochen und Monaten ein großes mediales und öffentliches Thema.

Im Rahmen dieser Reform gilt es die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten z. B. im Bereich *Bildung* zwischen Bund und Ländern neu zu regeln. Weitgehend unbeachtet von der allgemeinen Öffentlichkeit soll auch die Gesetzgebungskompetenz für den Strafvollzug vom Bund auf die Bundesländer übergehen.

Dies könnte bedeuten, dass die Gestaltung des Strafvollzugs von ideologischen und wahltaktischen Überlegungen bestimmt werden könnte.

## Wären dann Wettbewerbe um den härtesten Strafvollzug möglich?

Schon jetzt setzen sich einige Bundesländer

und Justizvollzugsanstalten über international gültige Richtlinien zur medizinischen Versorgung und zum Infektionsschutz eigenmächtig hinweg.

Die schon jetzt sichtbaren Unterschiede in der Vollzugspraxis der Bundesländer würde die Einhaltung internationaler Richtlinien noch mehr erschweren.

Auch das Berliner Robert Koch Institut hatte den Strafvollzug bereits im November 2005 als „Achillesferse der HIV-Prävention bei Drogengebern“ bezeichnet.

Hierbei bezog das RKI seine Kritik insbesondere auf die Tatsache, dass die für nicht inhaftierte Drogengebern verfügbaren Präventionsmöglichkeiten, wie der freie Zugang zu sterilem Spritzbesteck, die Teilnahme an Substitutionsprogrammen und Ähnliches für inhaftierte Drogengebern

nicht oder nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe wandte sich mit einem Brief an alle Bundestagsabgeordneten um sie auf die Folgen der Umsetzung der Föderalismusreform für den Bereich Strafvollzug aufmerksam zu machen. Verbunden wurde dies mit dem Aufruf gegen die beabsichtigte Übertragung der Gesetzgebungskompetenz auf die Bundesländer zu stimmen.

Nur mit der gegenwärtig gültigen Regelung, gibt es eine Grundlage die vom Grundgesetz geforderte Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse in Deutschland nicht weiter auszuhöhlen und den schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges entgegenzuwirken.

*Dirk Schäffer*



## Substitutionstherapie und Hepatitis C-Behandlung

Therapiekompetenz  
in einmaliger Kombination  
für Patient und Therapeut



# Substitutionsbehandlung in Europa

Über viele Jahre kontrovers diskutiert, ist die Substitution als Erhaltungsbehandlung in den meisten Ländern der europäischen Union verfügbar. Von einer Behandlung für einige wenige, hat sich Substitutionsbehandlung zu einer Behandlungsform für über eine halbe Million Opiatkonsumenten in Europa entwickelt.

Ein Blick in die Daten der EMCDDA (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) zeigt, dass die Substitution in vielen Ländern des europäischen Auslands eine wesentlich längere Tradition als z. B. in Deutschland hat. Einige Länder wie die Niederlande, Schweden und Großbritannien

weisen bereits eine mehr als vierzigjährige Erfahrung mit der Substitutionsbehandlung auf.

Für andere Länder wie z. B. Frankreich (1995), Deutschland (1992), Griechenland (1993) und Irland (1992) war die Einführung der Substitutionsbehandlung primär als Maßnahme gegen die Verbreitung von HIV-Infektionen gedacht

In einigen westeuropäischen Ländern wie z. B. in Frankreich und Irland beträgt die Anzahl der Konsumenten und Konsumentinnen mit problematischem Konsum\* die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden bis zu 60%.

Eine Ausnahme bildet hier Finnland und Schweden, wo die Mehrzahl der Konsumenten mit problematischem Konsum Amphetamin-konsumenten sind.

Eine paradoxe und inhumane Situation zeigt sich in einigen Ländern Osteuropas. Hier ist die Substitutionsbehandlung weiterhin verboten oder extrem limitiert. Trotz des Umstands dass z. B. in Albanien, Armenien, Weissrussland, Georgien, Kasachstan, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan mehr als 80 % aller HIV-Infektionen auf den intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen sind, wird die Substitutionsbehandlung dort weiterhin verboten.

Land	Beginn der Substitutionsbehandlung	Erhöhte Anzahl von Substituierten im Jahr 2003	Erhöhte Anzahl von IDUs von 15-64 Jahren	Erhöhte Anzahl von Usern mit problematischem Konsum*	Erhöhte Prävalenz von Substituierten mit vorherigem problematischem Konsum (%)
Osterreich	1997	6.413	20.000 (0.37%)	29.397 - 33.535	19 - 22%
Belgien	1997	1.994	25.000 (0.37%)	23.757 - 27.331	7 - 9%
Dänemark	1970	5.528	12.000 (0.35%)	23.757 - 27.331	20 - 23%
Frankreich	1995	106.500	80.000 - 120.000 Mittelwert: 100.000 (0.26%)	147.900 - 182.600	58 - 72 %
Finnland	1973	600	12.000 (0.36%)	11.100 - 14.000	4 - 5%
Deutschland	1992	74.764	201.000 (0.36%)	152.529 - 189.954	39 - 49%
Griechenland	1993	2.306	60.000 - 89.000 Mittelwert: 74.000 (0.70%)	15.853 - 21.652	11 - 14%
Island	—	—	1.000 (0.40%)	—	—
Irland	1992	8.246	10.000 (0.40%)	13.405 - 15.819	52 - 61%
Italien	1975	90.738	200.000 - 300.000 Mittelwert: 250.000 (0.64%)	275.698 - 298.892	30 - 33%
Luxemburg	1989	1.056	1.000 (0.48%)	1.801 - 3.948	27 - 59%
Niederlande	1968	13.505	3.000 - 5.000 Mittelwert: 4.000 (0.04%)	29.380 - 32.989	41 - 46%
Norwegen	1998	2.431	11.000 (0.39%)	11.000 - 15.000	16 - 22%
Portugal	1977	12.508	25.000 - 35.000 Mittelwert: 30.000 (0.45%)	41.720 - 58.980	21 - 30%
Spanien	1983	88.748	233.000 - 347.000 Mittelwert: 290.000 (1.06%)	182.498 - 214.152	41- 49%
Schweden	1967	2.100	20.000 (0.35%)	23.500 - 27.300	8 - 9%
Schweiz	—	—	9.000 - 14.000 Mittelwert: 12.000 (0.24%)	—	—
Großbritannien	1968	128.400	103.000 (0.26%)	287.670	45%
Russland	Nie	0	1.455.000 - 2.500.000 Mittelwert: 1.977.000 (1.96%)	0	0

\* Der „problematische Drogenkonsum“ wird als „injizierender bzw. langjähriger oder regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen“ definiert

# Radiospots gegen Diskriminierung von Drogengebrauchern

Bereits in einer der letzten Ausgaben des Drogenkurier berichteten wir über die Aktion „AntiStigma“ die sich gegen die Diskriminierung von DrogengebraucherInnen wendet.

AST möchte zum Umdenken anregen, denn Sucht ist kein Randphänomen, sondern ein Teil unserer Gesellschaft!



## Das Projekt „Radiospot“

Um in der Öffentlichkeit auf das Thema Stigmatisierung von Suchtkranken aufmerksam zu machen, erstellte AST in Zusammenarbeit mit der „Stiftung SehnSucht“, die sich bundesweit für Suchtprävention einsetzt, einen Radiospot.

Eine Gruppe von Jugendlichen, die während der Präventionsprojekte der Stiftung an Schulen aufgefallen sind, wurden ein-

geladen an diesem Projekt mitzuarbeiten. Die Jugendlichen treffen sich einmal in der Woche, führen unter Anleitung Interviews und haben die Möglichkeit an erlebnispädagogischen Maßnahmen teilzunehmen.

Die Interviews führen sie mit Drogengebrauchern am Ostbahnhof, in Einrichtungen der Suchthilfe (Notschlafstellen, Limit, etc.) sowie mit Passanten.

Im Mittelpunkt steht hierbei die Einschätzung der Diskriminierung von Suchtkranken auf beiden Seiten. Die Jugendlichen arbeiten auch am redaktionellen Teil des Radiospots mit und lernen die Arbeit in einem Tonstudio kennen.

Ziel dieser Arbeit ist den Jugendlichen einen Einblick in das Leben von DrogenkonsumentInnen zu geben, ihnen mit erlebnispädagogischen Maßnahmen eine sinnvolle Art von Freizeitgestaltung zu ermöglichen und gleichzeitig an der Erstellung eines Radiospots mit einem sehr wichtigen Hintergrund mitzuwirken.



## WIR TRAUERN UM HERBERT HOLZMANN

NACH LANGER, SCHWERER KRANKHEIT VERSTARB HERBERT AM 23. APRIL IN DER UNIKLINIK MÜNSTER.

HERBERT HAT IM JAHR 1995 JES-OSNABRÜCK GEGRÜNDET UND DIE VEREINSARBEIT U. A. ALS VORSTANDSMITGLIED ÜBER NEUN JAHRE MASSGEBLICH GESTALTET.

ER HAT SICH IMMER FÜR DIE BELANGE DROGEN GEBRAUCHENDER MENSCHEN ENGAGIERT – OFTMALS UNTER ZURÜCKSTELLUNG DER EIGENEN BEDÜRFNISSE.

DER JES-GRUPPE OSNABRÜCK WURDE IM JAHR 2000 DIE CELIA-BERNECKER-MEDAILLE, ALS HÖCHSTE AUSZEICHNUNG DES JES-NETZWERKS, VERLIEHEN.

WIR WERDEN DICH VERMISSEN ...

DAS BUNDESWEITE JES-NETZWERK

# „metha-job“ – ein Beschäftigungsprojekt für substituierte Drogenkonsumenten

**Ein Projekt der Münchner Aids-Hilfe e. V.**

Die **Münchner Aids-Hilfe e. V.** entwickelte Ende 2004 zusammen mit JES-München ein neues Konzept, dass arbeitssuchenden DrogenkonsumentInnen eine Zuverdienstmöglichkeit im Rahmen sog. „Ein-Euro-Jobs“ bieten sollte und die Arbeit der JES-Selbsthilfe unterstützt.

Im November 2005 erhielten wir eine Zusage für dieses Projekt und ab Januar 2006 wurden Stellen zur Mitarbeit bei Mehraufwandsentschädigung (= sog. „1-Euro Jobs“) für substituierte DrogengebraucherInnen bewilligt. Das Beschäftigungsprojekt erhielt den Namen „metha-job“.

## Wie unterscheidet sich nun dieses Arbeitsprojekt von anderen Arbeitsprojekten?

Zu Beginn einer Maßnahme müssen im Allgemeinen einige Voraussetzungen erfüllt sein, wie z. B. Pünktlichkeit, das Durchhalten von vier bis sechs Arbeitsstunden am Stück etc. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung, oder ihrer vielfach jahrelangen Arbeitslosigkeit erfüllen Substituierte diese Voraussetzungen oftmals nicht im gewünschten Maß. Im neuen Arbeitsprojekt „metha-job“ sollen diese Fähigkeiten trainiert werden. Ziel ist hierbei Voraussetzungen zu schaffen die substituierte MitarbeiterInnen anschließend in die Lage versetzen an einem Arbeitsprojekt teilnehmen zu können, in dem weitere wichtige Qualifikationen vermittelt werden bzw. der erste Arbeitsmarkt erreicht werden kann.

Die MitarbeiterInnen von „metha-job“ bieten für Münchner DrogengebraucherInnen eine Art Alltagshilfe und unterstützen mit Ihrer Tätigkeit die JES-Arbeit in München.

- **Gespräche:** Telefonische und persönliche Gespräche zu den Themen Safer Use, HIV/Aids und Hepatitis
- Ausgabe zu **Infomaterial** zu oben genannten Themen
- **Spritzenvergabe**
- **Kondomvergabe**
- **jes-brunch:** Der jes-brunch im Cafe Regenbogen der Münchner Aids-Hilfe e. V. öffnet jeden Sonntag im Monat die Türen für Junkies, Ehemalige und Substituierte und bietet ein günstiges Frühstück, sowie Infos zu Safer Use und Safer Sex. Der jes-brunch wurde mit Hilfe der neuen MitarbeiterInnen des Beschäftigungsprojektes auf jeden Sonntag ausgeweitet.
- **Spritzenautomat:** Seit 1998 hat die Stadt München am Gesundheitshaus in der Dachauerstr. 90 einen Spritzenautomaten, der regelmäßig von den MitarbeiterInnen des neuen Beschäftigungsprojektes gewartet und bestückt wird. Hier hätten wir auch noch Kapazitäten um weitere – dringend notwendige – Automaten zu betreuen.
- **Münchner Tafel:** Seit 1998 bekommt JES-München auf Eigeninitiative einmal in der Woche Lebensmittel über die

„Münchner Tafel“ Diese werden von JES-München an bedürftige DrogengebraucherInnen weitergegeben. Die Aufgabe, die Lebensmittel zu verpacken und an die Bedürftigen zu verteilen liegt jetzt auch in den Händen der neuen MitarbeiterInnen.

- **Kleiderkammer:** Seit Anfang 2004 organisiert JES-München eine kleine Kleiderkammer aus Kleiderspenden über die wir nach Absprache Kleidung an bedürftige DrogengebraucherInnen abgeben können.
- **Sonderveranstaltungen:** So die Kapazitäten ausreichen, wird sich das neue Beschäftigungsprojekt an der Organisation und Durchführung von Sonderveranstaltungen (wie z. B. den Gedenktag für verstorbene DrogengebraucherInnen, JES-Sommerfest, JES-Weihnachtsfeier) beteiligen. Selbstverständlich bleibt die Verantwortung dieser Veranstaltungen nach wie vor in den Händen von JES-München.

Der Aufbau des Projekts ist für alle Beteiligten eine interessante Herausforderung. Es wird sicherlich noch einige Zeit dauern, bis alles einigermaßen „rund“ läuft. Aber genau das soll ja auch erst erlernt werden. Ich freue mich jedenfalls auf die weitere spannende Entwicklung des Projektes.

Jutta Klein  
Münchner Aids-Hilfe e. V.

# Einstieg zum Ausstieg

## 20 Jahre Erfahrung in der **Suchttherapie**

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



**AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH**



**Handbuch**  
Hepatitis C und Drogengebrauch

Grundlagen,  
Therapie,  
Prävention,  
Betreuung und  
Recht

Herausgegeben vom Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch

**BESTELLUNG**

Hiermit bestelle(n) ich/wir 1/ ... Exemplar(e) des Handbuches  
**Hepatitis C und Drogengebrauch**

Name: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Arbeitsschwerpunkt(e): \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Website: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
(Bitte deutlich schreiben)

Das Handbuch ist gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und wird kostenlos abgegeben. Den Portoanteil von 3.00 € pro Exemplar (Inland) / für die Gesamtsendung überweise ich nach Erhalt des Zahlscheines.

Bestellungen an: akzept e.V.  
Christine Kluge Haberkom  
Südwestkorso 14  
D-12161 Berlin  
buero@akzept.org, akzeptbuero@yahoo.de, www.akzept.org

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. | Deutsche AIDS-Hilfe e.V. | akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik | JES e.V. | Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

Aids- und Drogenhilfen, MedizinerInnen, sowie MitarbeiterInnen in anderen sozialen/medizinischen Hilfesegmente(n) unzureichend:

Trotz der epidemischen Verbreitung und Schwere der HCV-Infektion wird die Bedeutung für die Gesundheit eines erheblichen Teils der Bevölkerung und die damit verbundenen Herausforderungen für das Gesundheitswesen in der Gesundheitspolitik und auch in der Fachöffentlichkeit weitgehend verkannt.

Dies war die Ausgangslage, als sich das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ im Jahre 2004 mit dem Ziel gegründet hat, die Bedeutung und Auswirkungen von Hepatitis-Infektionen auf die Gruppe der Drogenkonsumenten und unser Gesundheitswesen deutlich zu machen ([www.akzept.org](http://www.akzept.org)).

Mit dem nun vorliegenden Hepatitis-Manual soll MitarbeiterInnen der psychosozialen-/Gesundheitsberufe das nötige Grundwissen und eine grundlegende Orientierung zur verbesserten Ansprache, Beratung und Behandlungsüberleitung von Betroffenen, sowie der Würdigung aller relevanten rechtlichen Regelungen für MitarbeiterInnen und Betroffene vermittelt werden.

Mit einer markierten Unterscheidung in „Basiswissen“ und „Detailwissen“ will das Aktionsbündnis auf die unterschiedlichen Wissensbedarfe und Informationsstände in den verschiedenen Arbeitsbereichen der LeserInnen eingehen: Nicht Jede/r benötigt alle Informationen über Hepatitis. Das

# Das Handbuch (Bitte das abgebildete Formular für Bestellungen nutzen) „Hepatitis und Drogengebrauch“

Seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 sind alle Fälle von HCV-Infektionen an das Robert Koch-Institut zu übermitteln. Für die Jahre 2001-2004 wurden im Durchschnitt 7852 Fälle übermittelt (siehe [www.rki.de](http://www.rki.de)). Bei mehr als der Hälfte der neu gemeldeten Fälle, bei denen Angaben zum möglichen Infektionsrisiko vorlagen, wurde intravenöser

Drogenkonsum genannt. Unter intravenösen Drogengebrauchenden ist die Hepatitis C Prävalenz enorm hoch (bis zu 90%).

Dem steht eine geringe Behandlungsquote (lediglich 3-4% der behandlungsbedürftigen HCV-infizierten Drogengebraucher werden behandelt) gegenüber.

Das Fachwissen zu Hepatitis ist bei vielen involvierten Akteuren (MitarbeiterInnen in

Handbuch soll lesbar und praxisnah bleiben. In den im Anhang aufgeführten Checklisten werden für das jeweilige Setting (niedrigschwelliger Kontaktladen/Konsumraum, Beratung, stationäre Langzeittherapie und Haft) Vorlagen gegeben, die bei einer Befassung mit Hepatitis in dem jeweiligen Arbeitsfeld unerlässlich sind.

Dirk Schäffer



# Die 17. Internationale Harm Reduktion Konferenz

## – oder Vancouver die Stadt mit zwei Gesichtern

Vom 30. April bis 4. Mai trafen sich in Vancouver ca. 1400 TeilnehmerInnen aus mehr als 40 Ländern zur 17. Internationalen Harm Reduktion Konferenz.

Durch eine Einladung der Veranstalter hatte ich die Gelegenheit dieser beeindruckenden Konferenz beizuwohnen und im Rahmen einer so genannten „Major Session“ u. a. über die Selbsthilfestrukturen in Deutschland zu referieren..

Durch das – auch finanziell – vorbildlich Engagement der Internationalen Harm Reduction Association (IHRA) als Veranstalter dieses Kongresses, wurde es möglich, dass neben MedizinerInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, WissenschaftlerInnen auch etwa 80 DrogengebraucherInnen aus (Ost-) Europa, Asien und Nordamerika an der Konferenz teilnehmen konnten. Für eine Vielzahl dieser MultiplikatorInnen aus Drogenselbsthilfen wurden anteilig die Kosten für Flug, Unterkunft oder die Konferenzgebühr übernommen.

### Von der Idee einer internationalen Userbewegung...

Der erste Konferenztag stand ganz im Fokus des internationalen Usermovements.

In einer so genannten „Usersession“ wurde erneut der Versuch unternommen den Belangen Drogen gebrauchender Menschen auch auf internationaler Ebene Stimme und Gesicht zu geben.

Bereits vor mehr als 15 Jahren wurde mit der Gründung von EigDu – „European Interest Group of Drug Users“ ein erster Schritt in diese Richtung getan.

Das die damaligen Bemühungen, die maßgeblich vom ehemaligen JES-Koordinator Werner Herrmann unterstützt wurden, wenig erfolgreich waren, lag weniger am Engagement der damaligen AktivistInnen als vielmehr an den politischen und strukturellen Rahmenbedingungen.



Internationales Drug User Meeting mit ca. 70–100 TeilnehmerInnen in Vancouver

Mit der Weiterentwicklung des Harm Reduktion Ansatzes und der Einbeziehung von DrogengebraucherInnen in vielen anderen Ländern und Kontinenten, sind in den letzten Jahren neue Userinitiativen und nationale Netzwerke von DrogengebraucherInnen entstanden.

Ein guter Zeitpunkt also um dem Traum einer internationalen Bewegung von DrogengebraucherInnen neues Leben einzuhauchen.

Am Anfang eines solchen internationalen Bündnisses steht zumeist die Erarbeitung eines Selbstverständnisses. So auch hier. Bereits einige Wochen vor der Konferenz

wurde ein Statement abgestimmt, das die Ziele eines int. Usernetzwerks vorstellt.

Es galt in Vancouver eigentlich nur noch die „Feinarbeit“ zu leisten. Der Versuch das vorliegende Papier Satz für Satz mit den anwesenden VertreterInnen abzustimmen nahm weit mehr Zeit in Anspruch als erwartet.

Mit viel Geduld und einem gehörigen Maß an Kompromissbereitschaft wurde dieses „Statement“ schließlich fertig gestellt und ein weiterer Schritt hin zu einem weltweiten Netzwerk von DrogengebraucherInnen realisiert. Dieses Papier liegt bisher nur in englischer Sprache vor. Siehe [www.jes.aidshilfe.de/aktuelles](http://www.jes.aidshilfe.de/aktuelles).

### Vancouver einmal anders

Im Vorfeld des Kongresses hatte ich mich bereits über die Stadt Vancouver und die Situation in Bezug zum Thema HIV/Aids und Drogengebrauch informiert. So galt mein Interesse dem ersten und einzigen Konsumraum in Nordamerika und dem vielbeschriebenen Stadtteil „Downtown“.

Hier leben ca. 12.000 Menschen und etwa 5000 Bewohner sind DrogenkonsumentInnen. Anders als in vielen deutschen Städten hat man sich in Vancouver dazu entschieden, die soziale Unterschicht (in der Regel Bürger asiatischer Herkunft) sowie Drogen gebrauchende Menschen, alte und kranke Menschen in einem Stadtteil zu konzentrieren. Man könnte diese Gegebenheiten auch einfach als Ghetto bezeichnen.

Vancouver, von vielen als eine der schönsten Städte der Welt beschrieben, hat zwei Gesichter (*ich frage mich, ob diejenigen die von dieser Stadt schwärmen auch das andere Gesicht von Vancouver kennen gelernt haben*).

Da gibt es das Vancouver das der normale Tourist kennt und in dem die Mittel- und Oberschicht lebt. 5\*\*\*\*\* Hotels en masse, ganze Straßenzüge mit chicen Shoppingmalls und fast jeder bekannte Modedesigner versucht hier seine/ihre Kleidung an den Mann und die Frau zu bringen.

Keine 2 Kilometer entfernt vollzieht sich eine drastische und sichtbare Trennung der Stadt. „Downtown“ ist gekennzeichnet von unzähligen Crackusern (auffällig ist ein sehr hoher Anteil von Frauen) die fast an jeder Straßenkreuzung kaufen, verkaufen, sich prostituieren, schlafen, dahin vegetieren usw. usw.

Ein großer Teil dieser Menschen ist obdachlos und gesundheitlich stark beeinträchtigt. So habe ich nicht wenige obdachlose Drogengebraucher gesehen die alles was ihnen gehörte in einem Einkaufswagen vor sich her schoben.

Während man sonst kaum Müll oder Zigarettenkippen auf den Bürgersteigen und Strassen findet, laufen in Downtown Drogenkonsumenten durch schmale Gassen in denen Essensabfälle, Reste von Pappbehaltungen und Userequipments herumliegen.

Wohlgemerkt, hier handelt es sich nicht um eine übertriebene Spielfilm-darstellung

sondern um die Realität – in einer der schönsten Städte der Welt. ...

Aufgrund der in vielen Ländern deutlich zunehmenden Anzahl von Crackkonsumenten, stand die Vorstellung unterschiedlicher Projekte im Fokus die für diese Zielgruppe Angebote der Schadensminimierung und gesundheitlichen Versorgung vorhalten.

Die durch den stetigen Tausch von Crackröhrchen begünstigte starke Verbreitung von HCV-Infektionen, soll z. B. mit der Vergabe von Mundstücken entgegengewirkt werden.

### Der Rolleston Award für Robert Newman

Zu einer internationalen Konferenz gehört auch stets eine Preisverleihung. Im Rahmen dieser Konferenz wird seit vielen Jahren der „Rolleston Award“, benannt nach Sir Rolleston, verliehen. Sir Rolleston war u. a. Vorsitzender des britischen Komitees für Morphin und Heroin Abhängigkeit, das 1926!!!entschied, dass es britischen Ärzten möglich ist Heroin oder Morphin an Konsumenten dieser Substanzen zu verschreiben. Mit diesem Preis wird herausragendes Engagement in der akzeptierenden Drogenarbeit geehrt. Bisherige Preisträger waren unter anderem Ambros Uchtenhagen (Schweiz) und Jean Paul Grund (Niederlande).



Ich muss gestehen, dass es für mich schon etwas Außergewöhnliches war, den diesjährigen Preisträger Dr. Robert Newman persönlich kennen zu lernen. Dr. Newman ist sicherlich fast allen ein Begriff. Er war maßgeblich an der Entwicklung der Sub-



Foto links: Robert Newman | Foto oben: Das Kanadische User

stitution hin zur heutigen Methadonerhaltungsbehandlung beteiligt.

Neben dem Int. Rolleston Award wird im Rahmen jeder Konferenz auch ein Projekt oder eine Person des Veranstalterlandes geehrt.

Das außergewöhnliche und ehrliche Engagement der IHRA für die gleichberechtigte Einbeziehung Drogen gebrauchender Menschen wurde auch durch die Auswahl des Preisträgers deutlich. Den Preis in Höhe von 5000 Dollar erhielt das Kanadische Netzwerk von Drogengebrauchern, das sowohl an der Auswahl der Konferenzinhalte beteiligt war und bei der Planung und Durchführung der Konferenz für alle Belange Drogen gebrauchender Menschen verantwortlich war. Neben der Organisation der Substitution und des Spritzentauschs informierten sie z. B. über die Eigenheiten der hiesigen

Crackszene. Kurz gesagt, sie unterstützten die angereisten Drogengebrauchern in allen wichtigen Angelegenheiten.

Ein Armutszeugnis war allerdings wieder einmal die Beteiligung des deutschsprachigen Raums. Drogenkonsumräume,



Netzwerk nimmt den Preis in Höhe von 5000\$ entgegen

Substitutionsbehandlung, ein differenziertes Hilfesystem, Heroinstudien, Spritzen-tauschprogramme – all dies waren zentrale Themen der Konferenz. Ich denke, hierzu hätten wir sicher auch das ein oder andere zu sagen gehabt.

Es ist fast peinlich, dass es Deutsche Wissenschaftler und Praktiker scheinbar nicht als notwendig erachten unsere Erfahrungen aus der Aids- und Drogenarbeit anderen Ländern zur Verfügung zu stellen um so eine praxisorientierte und wirksame Präventionsarbeit in mehr Ländern der Welt zu unterstützen.

Aber vielleicht bietet sich im Rahmen der nächsten Konferenz 2007 in Warschau die Gelegenheit dies zu verändern und die Konferenz inhaltlich mitzugestalten.

*Dirk Schäffer*

# Ein Resümee – Der 8. internationale akzept-Kongress in Berlin

**Vom 23.–25.03.2006 fand im Berliner Rathaus Schöneberg der 8. internationale akzept-Kongress statt.** Der Kongress hatte sich zum Ziel gesetzt, als Ergebnis der Veranstaltungen zur Problematik der Schnittstellen zwischen allen an der Drogenarbeit beteiligten Partnern, einen konkreten Forderungskatalog zur Optimierung der Drogenhilfe zu erstellen. Dieser soll zur Weitergabe nach innen, an die Drogenhilfe und ihre Partner, sowie nach außen, an die Politik, dienen.

JES war, wie in den Jahren zuvor mit einigen Referaten, Workshop-beteiligungen und einem Infostand vor Ort und hatte somit die Möglichkeit seine Arbeit und Standpunkte vorzustellen.

Die Veranstalter sprachen von 155 Besuchern und 49 Referenten/Workshopleitern die dem Kongress beiwohnten. Wenn man die genannte Teilnehmerzahl mit den Daten vergangener Kongresse vergleicht, scheint das Interesse an akzeptierender Drogenarbeit tendenziell leider etwas abzunehmen. Oder viele der einzelnen Einrichtungen, aus denen sich die Besucher vergangener Kongresse rekrutierten, müssen derzeit schon so sehr um das schiere finanzielle Überleben kämpfen, dass andere Themen dagegen leicht in den Hintergrund zu rücken drohen.

Der „Markt der Möglichkeiten“ der mit Infoständen der einzelnen Organisationen eingerichtet war, bot – mit vielen gemütlichen Sesseln, Sofas und Tischen bestückt – Gelegenheit für die beliebten und ebenso wichtigen persönlichen Treffen und Gespräche am Rande des Kongresses.

## **Der mobile Kongress**

Am ersten Tag bot sich die Möglichkeit in Kleingruppen verschiedene Berliner Drogenhilfeeinrichtungen anzusehen. Die Nachfrage nach diesem Angebot war offenbar so groß, dass viele Interessierte aus Platzmangel gar nicht mehr mitkamen.

Überhaupt sei zum organisatorischen Ablauf des gesamten Kongresses kritisch angemerkt, dass hier einiges durchaus verbesserungswürdig wäre. Andererseits kann ein gewisses Chaos ja seinen Reiz haben.

## **Der Josh von Soer Preis für Astrid Leicht**

Im Rahmen des akzept-Kongresses wurde erstmals der Josh von Soer-Preis für innovative Projektarbeit verliehen. Der akzept-Vorstand (erweitert um Dr. Ingo Ilja Michels) als Jury entschied sich für Astrid Leicht, Fixpunkt e.V. aus Berlin.

Mit Astrid Leicht wurde eine Frau geehrt, die über 20 Jahre niedrigschwellige, akzeptierende Drogenarbeit entscheidend mitgestaltet und Drogenarbeit in den übergeordneten Zusammenhang kommunaler Gesundheitspolitik gestellt hat.

Dabei hat sie persönlich entscheidenden Einfluss auf die Neugestaltung, Ausdeh-



Foto oben: Alte Hasen im Gespräch | Foto unten: Die Eltern im „feinen Zwirn“ am Infostand

nung von schadensminimierenden gesundheitsfördernden Angeboten nicht nur in Berlin, sondern auch in einigen Bereichen auf nationaler, ja sogar auf europäischer Ebene genommen. Sie hat akzeptierende Drogenarbeit ernst genommen und an den Bedürfnissen und Interessen der Zielgruppen orientiert. Sie hat sich Selbsthilfeförderung nicht nur auf die Fahnen geschrieben,

sondern auch praktisch gefördert. Astrid nahm den Preis unter dem großen Beifall der Kongressteilnehmer entgegen.

### Schwer in Mode – Cannabis

Dem aktuellen Themenkanon folgend durfte auch der Bereich Cannabis nicht fehlen. Mit Prof. Kleiber, Autor der bekannten und nach ihm benannten Cannabis-Studie,

wurde dazu eine echte fachliche Koryphäe aufgeboten. Im Zentrum seiner Ausführungen stand die Aussage, dass beim Thema Cannabis bislang beide Seiten – also die Anhänger von mehr Lockerung oder gar einer Legalisierung der Droge und deren Kritiker – ihre jeweilige Position ideologisch überzogen haben. Auf der einen Seite wird Cannabis tendenziell glorifiziert und auf der anderen inzwischen regelrecht dämonisiert. Für die These z. B., dass Cannabis schizophren macht, liefere die Realität schlicht keine Hinweise; bewege sich doch die Zahl der Schizophrenen überall im Schnitt um 1 %. Ganz gleich, ob es sich um Länder handelt, in denen viel gekifft wird, oder um solche, in denen kaum Cannabis-Konsum stattfindet. Dieser Fakt, so Kleiber, wird von den Hanf-Kritikern schlicht ignoriert.

Zum Thema Cannabiskonsum fand u. a. eine Elternsprechstunde statt, durchgeführt von Mitarbeiterinnen der Bielefelder Drogenberatung. Auch bei dieser Veranstaltung wurde erfreulich sachlich über Cannabis informiert und eine kontrollierte Legalisierung tendenziell befürwortet. Dies ist beileibe nicht selbstverständlich, da viele Drogenberatungen heute nur allzu gern in den hysterischen Chor der Hanf-Kritiker einstimmen. Angesichts von immer mehr Kürzungen wohl nicht zuletzt in der Hoffnung auf neue Geschäftsfelder und Planstellen.

### International Networking / Europäische Zusammenarbeit

Möglichkeiten und Grenzen internationaler Zusammenarbeit waren der Schwerpunkt des Workshops „international networking“. Eberhard Schatz stellte hier das internationale Netzwerk Correlation vor, in dem auch JES und die Eltern vertreten sind und das den neusten Versuch einer europäischen Vernetzung der Arbeit mit benachteiligten Gesellschaftsgruppen darstellt. Eberhard Schatz gab zudem einen kurzen Überblick über die bisherigen und aktuellen Initiativen aus der europäischen und internationalen Drogen-, HIV-, und Haftarbeit. Heino Stöver berichtete von der Arbeit des ENDIPP (European Network on Drugs and Infections in Prison). Über die Arbeit von ENCOD (European coalition for just and effective drug policies) berichtete Jan G. van

der Tas, der die Entwicklungen in Brüssel über lange Jahre begleitet hat. Er gab auch einen interessanten Einblick in die Entscheidungs-Prozesse und Verantwortlichkeiten die in der EU über die Ausrichtung der Drogenpolitik bestimmen. Marco Jesse als JES-Bundessprecher stellte zum einen die Arbeit des Netzwerks vor und berichtete dann von den bisherigen Bemühungen der Drogenselbsthilfe sich auf internationaler Ebene zu vernetzen. Der internationale User-Day fand hier ebenso Erwähnung wie das internationale User-Treffen das im Vorfeld der Harm Reduktion Konferenz in Vancouver stattfand.

Es wurde in der Diskussion deutlich, dass es immer wichtiger wird eine europäische Vernetzung, sowohl in der (akzeptierenden) Drogenhilfe als auch in der (liberalen) Drogenpolitik voranzutreiben, wenn weiter ein ernsthaftes Gegengewicht zu den Abstinenzverfechtern gebildet werden soll. Auf der Praxisebene können wir viel von den Ansätzen und Haltungen anderer europäischer Drogenhilfeträger und Politiker lernen und besonders die Erfahrungen im Bereich der Schadensminimierung sind für die neuen europäischen Mitgliedsstaaten wichtig. Besonders auf der Politischen Ebene kann und wird nur eine europäische Vernetzung für den nötigen Druck sorgen um weitere Veränderungen in Richtung Entkriminalisierung und Risikominderung zu erreichen.

### **Ein Highlight-Kooperation zwischen Drogenhilfe und Drogenselbsthilfe**

Ein Highlight war für viele von uns zweifellos der Selbsthilfe-Workshop am Morgen des letzten Kongresstages. Eine derart gut besuchte Selbsthilfeveranstaltung im Rahmen der letzten akzept-Kongresse hatten wir wohl alle noch nicht erlebt. Selbst auf dem Fußboden saßen, trotz eines relativ großen Tagungsraumes, die Teilnehmer dieser Veranstaltung. Das Thema dieses Workshops lautete

„Schnittstelle professionelle Hilfe – Selbsthilfe/Kooperation zwischen Drogenhilfe und Drogenselbsthilfe“. Die Vortragenden kamen von den Drugscouts aus Leipzig, vom Schweizer wie vom Deutschen akzeptieren-

den Elternverband, amoc/DHV Amsterdam und von JES. Fast alle Referenten sprachen hinsichtlich der Beziehung zwischen Profis und Selbsthilfe spezielle Probleme an. Betont wurde dabei beispielsweise die verbesserungsfähige Abstimmung untereinander. Einen wichtigen thematischen Aspekt bildete die mangelnde fachliche Wertschätzung, der sich viele in der Selbsthilfe Tätige im Kontakt mit ‚Profis‘ ausgesetzt sehen. In diesem Zusammenhang wurde erwähnt, dass nicht wenige, die sich z. B. in einem Netzwerk wie JES engagieren, den Mitarbeitern der Drogenhilfe auch als Klienten – etwa als Substituierte – bekannt sind. Diese Tatsache könne die Umsetzung des, von der Selbsthilfe geäußerten Wunsches, auf möglichst gleicher Augenhöhe zu verhandeln, erschweren. Allerdings, auch dies wurde betont, sei bei diesem Thema die individuelle und subjektive Wahrnehmung der Beteiligten ein nicht zu unterschätzender Faktor. Denn schließlich profitieren im Idealfall beide Seiten vom gegenseitigen Austausch gleichermaßen. Kurz kam auch das leidige Thema Bezahlung zur Sprache: Vertreter von JES merkten dazu an, dass es sich eigentlich nicht um „ehrenamtliche“ Arbeit handele, sondern schlicht um eine unbezahlte. Auf der anderen Seite gebe es zu bedenken, dass

innerhalb der Selbsthilfegruppe das Klima drunter leiden, wenn Einzelne für ihre Arbeit bezahlt würden, andere hingegen nicht. Wichtig war allen Teilnehmern auch eine größere Transparenz und Offenheit bei den Vorbehalten auf die Selbsthilfe und „Profis“ stoßen. Die jeweiligen Grenzen zu benennen und zu begründen ist für das gegenseitige Verständnis unabdingbar.

Eine Einbindung von Selbsthilfe in das Leitbild der Einrichtung wäre ein Ideales Ergebnis einer solchen Entwicklung. Dann kann Selbsthilfe durchaus auch ein wichtiger Unterstützer der Angebote und der Arbeit der Einrichtung sein.

Als Fazit des akzept-Kongresses lässt sich festhalten, das es schön war, sich einmal mehr getroffen und ausgetauscht zu haben. Insgesamt ist der politische Aspekt bei diesem Kongress allerdings zu kurz gekommen. Da klang in den Rückmeldungen der Teilnehmer durchaus Enttäuschung mit. Momentan scheint also ein gewisser Pragmatismus eingekehrt zu sein. Oft geht es den Einrichtungen um das schiere Überleben. Keine Zeit also für große Würfe oder Forderungen, so scheint es fast.

*Heidrun Behle, Matthias Haede;  
Marco Jesse*



*Sabine, Uli und Hans-Lothar am JES -Infostand*

# Das HEP C Quiz

## Ein Mythos bestätigt sich

Im Rahmen des internationalen akzept-Kongresses vom 23–25.03.2006 in Berlin führte die Deutsche AIDS-Hilfe und das bundesweite JES-Netzwerk eine anonyme Befragung zum Thema Hepatitis C durch.

In Form eines Quiz (ja/nein Antworten) wurde Basiswissen zu Übertragungswegen, Maßnahmen der Infektionsprophylaxe sowie der Behandlung erfragt.

Bei etwa 150 KongressteilnehmerInnen ist die Anzahl der beantworteten Quizbögen (31) als eher gering einzustufen. Während einige Teilnehmer den Fragebogen bereitwillig und spontan beantworteten, konnten wir feststellen, dass es viele TeilnehmerInnen nach Ansicht des Fragebogens vorzogen auf die Beantwortung der Fragen zu verzichten.

### Hier der Fragebogen mit dem – unserer Meinung nach – richtigen Ergebnis

Hepatitis C kann übertragen werden	Ja	Nein
1 beim Tätowieren	<b>x</b>	
2 durch gemeinsam benutzte Spritzen und Nadeln	<b>x</b>	
Eignen sich folgende Vorkehrungen um HEP C Infektionen zu vermeiden		
3 Impfung		<b>x</b>
4 Spritzutensilien nicht teilen	<b>x</b>	
5 Nur den eigenen Rasierer benutzen	<b>x</b>	
Rund um HCV und Behandlung		
6 Nach einer erfolgreichen Behandlung kann man sich <i>nicht</i> erneut infizieren		<b>x</b>
7 HCV kann sich verkapseln		<b>x</b>

Während die Fragen 2, 3 und 4 von *allen* Teilnehmenden richtig beantwortet wurden, waren zwei (2) „Quizzer“ der Meinung, dass man sich beim Tätowieren nicht mit Hepatitis C infizieren kann und lagen hiermit falsch.

Fünf Befragte waren der Meinung das sich die ausschließliche Nutzung des eigenen Rasierers nicht eignet um Hepatitis C Infektionen zu vermeiden, und vier (4) Befragte befanden sich mit der Auffassung, dass man sich nach einer erfolgreichen Behandlung **nicht** erneut infizieren kann, auf der falschen Fährte.

Das der Mythos der „verkapselten“ Hepatitis fest verankert ist zeigt sich darin, dass die Mehrheit der Befragten (19) auf die Frage ob sich eine Hepatitis C verkapseln kann, mit „ja“ geantwortet haben.

### Was sagen uns diese Ergebnisse nun?

Es ist müßig zu bewerten ob die Anzahl der falschen Antworten bei den Fragestellungen 1, 5 und 6 vor dem Hintergrund, das hier Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen der Drogenarbeit teilgenommen haben tatsächliche Wissensdefizite offenbart, oder ob es sich eher um „Flüchtigkeitsfehler“ handelt.

Bedenklich ist aber, dass sich die Fehlinformation einer „verkapselten“ Hepatitis, die seit Jahren in den Szenen kursiert, auch in den professionellen Hilfestrukturen verankert hat.

Also, eine Hepatitis kann sich nicht verkapseln!!!

Wir liegen in jedem Fall richtig, wenn wir all denen die in der Beratung und Betreuung Drogen gebrauchender Menschen tätig sind empfehlen sich kontinuierlich mit dem Thema Hepatitis und anderen durch Blut übertragbare Krankheiten auseinanderzusetzen und sich fortzubilden.

Denn Fehlinformationen in der Beratung können fatale Folgen haben!!!

JES-Sprecherrat



### WIE DRUG CHECKING

Drug Checking soll Drogengebrauchern ermöglichen, die auf dem „Schwarzmarkt“ erworbenen illegalen Substanzen auf deren Inhaltsstoffe und Reinheitsgrade zu überprüfen. Damit soll es u. a. möglich sein, vor dem Konsum unerwünschte hochriskante Substanzen festzustellen, deren Konsum derzeit zu gefährlichen Notfällen oder gar Todesfällen führen kann.

Prinzipiell ist „Drug Checking“ in der BRD rechtlich möglich, es gibt jedoch bisher keine wirklich userfreundliche Umsetzung dieser Drogentestprogramme, weil sie – im Gegensatz zu fast allen Nachbarländern – politisch nicht erwünscht sind.

Krankenhausapotheken und öffentliche Apotheken sind in Deutschland im Rahmen ihrer Betriebslaubnis nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe e BtMG von der Erlaubnispflicht (bedeutet, dass man verpflichtet ist, eine Erlaubniss zu beantragen) ausgenommen, Betäubungsmittel zur Untersuchung und zur Weiterleitung an eine zur Untersuchung von Betäubungsmitteln berechnete Stelle oder zur Vernichtung entgegenzunehmen. Vor-Ort-Untersuchungen von Betäubungsmitteln durch ApothekerInnen sind nicht ausdrücklich im BtMG geregelt.

Dabei handelt es sich jedoch nicht um Drug Checking im eigentlichen Sinne. Zum Drug Checking gehört viel mehr als nur zu überprüfen ob die eine oder andere



re Substanz enthalten ist. Es geht darum, eine quantitative und qualitative Analyse der abgegebenen Substanz vorzunehmen. Durch die Mengenangabe werden auch Überdosierungen und Todesfälle vermieden da man schon vor dem Konsum weiss wieviel Wirkstoff enthalten ist.

Ein Drug Checking-Programm beinhaltet auch die Möglichkeit, direkt vor Ort ein anonymes Beratungsgespräch in Anspruch nehmen zu können, um eventuelle Risiken und Probleme, die durch unbekannte oder unerwünschte Inhaltsstoffe auftreten können, zu vermindern. Weiter sollten die Testergebnisse als Pillenlisten im Internet veröffentlicht werden, damit sich andere KonsumentInnen über neugetestete Substanzen informieren können.

Die Tatsache, dass im BtMG nur die Apotheken für Substanzanalysen vorgesehen sind, zeigt, dass die Bestimmungen keinen vernünftigen Bezug zur Realität haben, respektive dass die Politik versucht, mittels dieser Bestimmungen die Durchführung solcher Analysen zu erschweren und zu verhindern.

Gemäß übereinstimmender Gerichtsbeschlüsse aus erster und zweiter Instanz ist Drug-Checking in Deutschland jedoch prinzipiell legal.

Drug Checking fördert oder behindert den Drogenkonsum nicht. Jede/jeder entscheidet selbst, was er oder sie machen möchte.

**E<sub>1</sub>** WIE „EINSTIEGS-DROGE“

ist ein Begriff der wegen dem ihm nahegelegten Automatismen und vermeintlichen Karriereverläufe seine Berechtigung längst verloren hat. Es soll der Mythos genährt werden, dass der Konsum einer Droge auto-

matisch das Verhalten bei und dem Umgang mit psychoaktiven Substanzen beeinflusst – im Sinne von „Wer das nimmt, stürzt automatisch ins Drogenelend“.

Mit stereotypen Drogenkonsumentenkarrieren versucht man z. B. Cannabis als Ursache für weiterführende Probleme zu markieren. Mit der Aussage, dass viele problematisch Konsumierende einmal in ihrem Leben gekifft haben, unterschlägt man jedoch die übergroße Mehrheit derjenigen Menschen, die nach ein- oder mehrmaligem Konsum gesund und unauffällig bleiben.

Mit dem Begriff „Einstiegsdroge“ verbindet sich aber auch eine Argumentation, nach der dem Konsum einer Droge folgerichtig immer neues Experimentieren auch mit anderen, vor allem härteren Drogen folgen würde – im Sinne „Wer das nimmt, nimmt automatisch auch alles andere“. Zahlreiche Studien belegen jedoch, dass beispielsweise 95 bis 98 Prozent der CannabiskonsumentInnen nicht bei harten Drogen landen. Sogar das Bundesverfassungsgericht befand 1994 nach Einsicht der wissenschaftlichen Literatur, dass die These von der Einstiegsdroge „überwiegend abgelehnt“ werde.

**F<sub>3</sub>** WIE FIRST PASS EFFEKT

ist die Grundeigenschaft des Stoffwechsels des menschlichen Organismus, alle oral aufgenommenen Wirkstoffe, wie Medikamente oder psychoaktive Substanzen, vom Verdauungskanal aus zuerst in die Leber zu transportieren. In der Leber werden diese Wirkstoffe zu einem Großteil oder auch vollständig in andere chemische Verbindungen umgewandelt, bevor diese wie-

der in den Blutkreislauf abgegeben werden. Erst jetzt können die Stoffe an das Gehirn [Ort der Wirkung] weiter transportiert werden.

Bei nasaler oder intravenöser/intramuskulärer Applikation [Aufnahme durch die Nase oder Injektion in Ader/Muskelgewebe] wird der First-Pass-Effekt umgangen, die Bioverfügbarkeit der jeweiligen Substanz erhöht und der Eintritt ihrer Wirkung beschleunigt. So gelangt die Substanz praktisch augenblicklich und ohne Umweg über den Verdauungskanal in den Blutkreislauf. Die Bioverfügbarkeit bezeichnet den prozentualen Anteil des Wirkstoffs einer Substanzdosis, der unverändert im systemischen Kreislauf zur Verfügung steht.

Die Bioverfügbarkeit ist also eine Messgröße dafür, wie schnell und in welchem Umfang ein Arzneimittel oder eine andere psychoaktive Substanz resorbiert wird und am Wirkort zur Verfügung steht. Für die Wirkung einer Substanz, die geschluckt/gegessen wird, ist entscheidend, ob sie den Weg aus dem Darm über die Leber in den Blutkreislauf bis zum Wirkort unbeschadet übersteht oder nicht.

Wird der wirksame Stoff während der ersten Leberpassage durch Umwandlung weitgehend inaktiviert, nennen PharmakologInnen das einen ausgeprägten „First-Pass-Effekt“.

Einige psychoaktive Substanzen wirken nicht oder nur wenig, wenn sie oral konsumiert werden. Kokain wird beispielsweise durch den First-Pass-Effekt in der Leber zu einem Großteil [ca. 90% der Substanz] in eine Verbindung verstoffwechselt, die nicht psychoaktiv wirksam ist. Da der First-Pass-Effekt die Bioverfügbarkeit von Kokain soweit reduziert, dass eine Wirkung auf diesem Wege praktisch nicht oder nur sehr schwach eintreten kann, ist die orale Einnahme als Konsumform wenig verbreitet.

# Buprenorphin (Subutex) unter der Lupe

In den letzten dreißig Jahren war Methadon die am weitesten verbreitete Substanz zur Behandlung der Opiatabhängigkeit. Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Belege dafür, dass Methadon bei richtiger Verordnung und Anwendung den Gesundheitszustand und die soziale Situation von Opiatabhängigen signifikant zu verbessern hilft. Buprenorphin wurde vor zehn Jahren in Frankreich und 2002 in Deutschland eingeführt. Zwar ist die wissenschaftliche Datenlage zu Buprenorphin im Vergleich zu Methadon viel kleiner, und auch die praktischen Erfahrungen sind geringer, doch aus den bisher verfügbaren Studien ist zu schließen, dass Buprenorphin in der Behandlung der Opiatabhängigkeit wirksam ist.

Auch heute noch gibt es viele falsche Vorstellungen und Halbwissen über die verschiedenen Substanzen zur Behandlung der Opiatabhängigkeit. Dies gilt insbesondere für Buprenorphin. Einige dieser Legenden

sind auf einen Mangel an verfügbaren Daten zurückzuführen, andere sind durch ein Informationsdefizit oder durch die unsachgemäße Anwendung der Substanz durch Patienten und/oder medizinisches Personal entstanden. Neben diesen falschen Vorstellungen und Legenden bedürfen jedoch auch einige handfeste, auf Fakten basierende Fragen zu Buprenorphin der Klärung.

Mit dem Ziel einige wichtige Aspekte bezüglich Buprenorphin, seiner Anwendung, seiner Wirksamkeit, seiner Sicherheit und insbesondere seiner Kosten zu klären, erarbeitete Euro-Metwork eine Broschüre die das Thema „Substitution“ – und hier insbesondere die Substanz Buprenorphin (Subutex) unter die Lupe nimmt. Diese Broschüre setzt sich z. B. mit folgenden Themen und Fragestellungen auseinander:

- Welches Substitut für wen??
- Ist die Einstellung mit Buprenorphin schwieriger?



- Was ist mit dem akuten Entzugssyndrom?
- Was ist die „bestwirksame Dosis“?
- Umstellung von Methadon auf Buprenorphin?
- Buprenorphin und Überdosierungen
- häufiger Missbrauch mit Buprenorphin

Ein Kapitel beschäftigt sich mit Buprenorphin aus der Sicht des Patienten. Mitglieder der britischen Methadone Alliance haben in dieser Broschüre einige ihrer Gedanken, Ängste und Erfahrungen beschrieben.

Das Medium kann im Internet unter [www.eurometwork.org](http://www.eurometwork.org) „downgeloaded“ werden.



## Neuerscheinung!!! Schütz dich – auch beim Sex

Die Präsenz des Themas „Safe use“ – als maßgebliche Strategie zur Infektionsprophylaxe und Schadensminimierung – führte dazu, dass das Thema „HIV/Aids bei DrogengebraucherInnen durch sexuelle Übertragung“ in den Hintergrund trat. Mit der Neukonzeption der Broschüre „Schütz dich – auch beim Sex Infos für DrogengebraucherInnen und Drogengebraucher“ – galt es diesem Umstand entgegenwirken und dazu beizutragen, das Themen wie „Sexualität und Drogengebrauch“ bzw. „Safer Sex als

Strategie zur Infektionsprophylaxe“ wieder vermehrt in den Fokus der Diskussion innerhalb der Zielgruppe der DrogengebraucherInnen rücken. In der nun vorliegenden Broschüre wurde ein besonderes Augenmerk auf das Thema STD's gelegt und Risikofaktoren Drogen gebrauchender Menschen unter Berücksichtigung der Lebensbedingungen thematisiert.

Diese Broschüre kann kostenfrei bei der Deutschen AIDS-Hilfe bestellt werden [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)



## Mehr Todesfälle in NRW durch Drogenkonsum

**DÜSSELDORF** (iss). In Nordrhein-Westfalen sind im vergangenen Jahr mehr Menschen an den Folgen des Drogenkonsums gestorben. Nach Angaben des Landesinnenministeriums stieg die Zahl der Todesfälle von 324 im Jahr 2004 auf 350.

Die Haupttodesursachen waren der Konsum von Heroin und von selbstgemischten Drogencocktails. „Besonders riskant sind verunreinigte oder gestreckte Drogen, deren Wirkung von den Süchtigen nicht richtig eingeschätzt wird“, sagte Innenminister Ingo Wolf (FDP).

Er kündigte an, daß Nordrhein-Westfalen und die Niederlande die gemeinsame Drogenbekämpfung im Grenzgebiet verbessern wollen. „Unser Ziel ist, den Druck aufreisende Rauschgift Händler und -käufer im Grenzbe- reich zu erhöhen.“

## Ärztlicher Alltag hinter Gefängnismauern

**Zwei Ärzte betreuen die Insassen der JVA Bremen-Oslebshausen / Behandlung von Aids-Patienten und Drogenabhängigen gehört zum Alltag**

Ungefähr 40 Prozent der 750 Gefangenen sind gesund, so Fritsch. Aber mehr als 33 Prozent kommen drogenabhängig hierher. Sie nehmen Opiate und Benzodiazepan und sind das Hauptklientel der JVA-Ärzte. Die Hälfte der Süchtigen leidet auch an Hepatitis B, C oder HIV oder an beiden Erkrankungen. Die dauerhafte Behandlung der HIV-Patienten ist oft schwierig, weil die Medikamente regelmäßig und eigenverantwortlich eingenommen werden müssen. Bestenfalls klappt das in der Haft, danach oft nicht mehr.

**Medizin als Maßnahme, um die Haftfähigkeit zu erhalten**

Die Anstaltsleitung versteht die ärztliche Arbeit in erster Linie als Maßnahme zur Erhaltung der Haftfähigkeit. „Für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen ist zu sorgen“, heißt es im Paragraph 56 des Strafvollzugsgesetzes.

Aber was heißt das? Zahnbehandlung und Vorsorgeuntersuchungen sind im Gesetz geregelt. Von Drogen- oder Psychothera-

pie ist da nicht die Rede, wenn auch Letzteres in kleinem Rahmen möglich ist, sagt Fritsch.

Opiatabhängige werden zunächst auf Entzug gesetzt und erhalten dann eine Methadonsubstitution. Manchmal werden sie in eine externe Drogen- oder Psychotherapie geschickt, vorausgesetzt die Kostenübernahme ist geklärt. Zugleich beschaffen Häftlinge sich ihre Drogen weiter. Die Gefängnismauer ist offenbar kein wirksames Hindernis. Der Entzug von Medikamenten ist wesentlich schwieriger. Schritt für Schritt reduzieren Fritsch und Kraft den Pillenkonsum ihrer Patienten und bekämpfen die Nebenwirkungen. Wie bei den Drogen blüht auch hier Mißbrauch und Handel. „Viele Inhaftierte probieren praktisch, sich jedes Medikament als Droge zu spritzen“, sagt Fritsch.

**Schwierig ist es Simulanten von Kranken zu unterscheiden**

Auch um Rohypnol oder Haldol zu erhalten, kommen die Gefangenen dann zur Sprechstunde und spielen mitunter die große Oper. Zum Beispiel der 17-jährige mit HIV, der Bilder sieht, Stimmen hört und von Krämpfen in der Zunge erzählt. Simuliert der Junge? Oder hört er wirklich seine Mutter hinter sich flüstern? Kraft muß entscheiden und sieht sich nicht nur einem fordernden Häftling gegenüber.

**Die meisten Inhaftierten bräuchten eine Psychotherapie**

„Die meisten brauchen eine Psychotherapie“, meint Fritsch. Seit 18 Jahren arbeitet er hier und hat während dieser Zeit eine Zusatzausbildung zum Psychotherapeuten gemacht. Doch für therapeutische Konzepte gibt es in der JVA Bremen-Oslebshausen kein Geld.

*Ärztezeitung 26.04.2006*

## Patient und Arzt im Strafvollzug

Etwa 64 000 Menschen waren nach Angaben des statistischen Bundesamtes 2004 in Deutschland inhaftiert, etwa 53.000 davon im geschlossenen Vollzug. Deutschlandweit sind etwa 18.000 Gefangene drogen- und/oder medikamentenabhängig. 9.000 haben HIV und/oder Hepatitis.

Die Arzt-Häftling-Relation ist in jedem Bundesland anders. Im Saarland gibt es beispielsweise einen Arzt für 931 Gefangene, in Berlin einen für 159 Gefangene. (cben)

## Äquivalenzprinzip

Der Gesetzgeber hat sich für ein eigenes Gesundheitssystem in Haftanstalten, orientierend am GKV-System, entschieden – das Äquivalenzprinzip. Es besagt, daß ein Patient in der JVA eine ebenso gute medizinische Behandlung erhalten soll wie in Freiheit. Das Prinzip dient als Leitlinie. Unklar ist, ob und wie es umgesetzt wird.

So stehen etwa in den Anstalten weniger medizinische Geräte zur Verfügung und die JVA haben Positivlisten für Medikamente erstellt. Diese Einschränkungen können zu Problemen führen. So müssen sich in Bremen Anstaltsärzte häufig mit Anwälten auseinandersetzen, die auf der Grundlage des Äquivalenzprinzips Forderungen der Häftlinge, etwa nach anderen Medikamenten durchsetzen wollen. (cben)

## Das Land will an der Drogenhilfe sparen

**11.01.2006** • Über 5000 Häftlinge pro Jahr, davon knapp 1500 drogenabhängig: Die Kölner Justizvollzugsanstalt hat ein massives Drogenproblem. „Umso nötiger ist ein umfassendes Beratungs- und Betreuungsangebot“, betont Jörn Foegen, Leiter der JVA Köln – und ausgerechnet daran will das Land jetzt sparen.

Die Pläne für den Landeshaushalt 2006 sehen vor, die Zuschüsse für die externe Drogenhilfe in Haftanstalten drastisch zusammenzuziehen. Geplant ist, von landesweit 22,5 Stellen, die mit Mitarbeitern externer Organisationen besetzt sind, nur noch fünf Stellen zu bezuschussen. Die fünf Stellen der Therapievermittlung der Kölner Justizvollzugsanstalt sind ausschließlich mit externen Kräften besetzt, die zu 60 Prozent vom SKM und der Drogenhilfe Köln getragen und bisher zu 40 Prozent vom Land bezuschusst werden. Vorteil der externen Drogenberatung sei, die Drogenabhängigen auch nach der Haft beraten zu können, erklärt Foegen. Die externen Berater vermitteln die Häftlinge schon während der Haft in die Therapie und bieten nach der Entlassung ambulante Betreuung.

In Köln sollen die Landesmittel für vier der fünf Betreuer gestrichen werden. Für die Mitarbeiter der JVA und die sozialen Träger ist das

eine Katastrophe: „Das können wir nicht auffangen. Was bleibt, ist den Zeitfaktor zu reduzieren, also massiv weniger zu beraten“, fürchtet Thomas Hambüchen, Leiter der Drogenhilfe Köln. Die vier Stellen kündigen zu müssen – das wollen sich die Verantwortlichen nicht vorstellen. Die Sparrechnung der Landesregierung halten die sozialen Träger der Drogenberatung in der Kölner JVA nämlich für falsch: „Jeder zusätzliche Hafttag der nicht mehr in Therapie betreuten Strafgefangenen kostet 80 Euro am Tag und verursacht damit ein Vielfaches des Aufwandes für die Vermittlungstätigkeit.“ (KStA)

## BUNDESINSTITUT FÜR RISIKOBEWERTUNG: ERHÖHTE MORPHINKONZENTRATIONEN IN MOHNSAMEN

**BERLIN, 20. Februar 2006** • Mohnsamen, die in Deutschland zum Verkauf angeboten werden, enthalten nach einer Untersuchung des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) zum Teil deutlich erhöhte Morphinmengen. In ungünstigen Fällen können durch den Verzehr Morphinmengen aufgenommen werden, die im therapeutischen Bereich lägen, heißt es in einem Bericht der Behörde, die vor allem Mängel bei der Verarbeitung als Ursache vermutet. Die Behörde schlägt deshalb eine maximale tägliche Aufnahmemenge vor.

Bereits im April 2005 hatte das BfR in einer Pressemitteilung vor gesundheitlichen Schäden durch Backmohn gewarnt. Anlass war damals die Hospitalisierung eines sechs Wochen alten Säuglings gewesen, der mit Atem- und

Bewusstseinsstörungen in eine Klinik eingeliefert und dort wegen einer Opiatvergiftung behandelt wurde. Die Mutter hatte dem Säugling nach einem alten Hausrezept einen Schlaftrunk aus abgeseihter Milch von Backmohn zubereitet.

Anlass der jetzigen Untersuchung waren Medienberichte, wonach Drogenabhängige in Supermarkt oder Reformhaus gekauften Speisemohn zur Gewinnung von Drogen eingesetzt hätten. Tatsächlich ergaben die Untersuchungen, dass in Deutschland verkaufte Mohnsamen zum Teil deutlich erhöhte Mengen Morphin enthalten, was sie eigentlich nicht dürften.

Kein Zweifel lässt das BfR daran, dass Mohnsamen mit einer bedenklichen Morphin-Konzentration nicht in den Verkehr gebracht werden dürfen, da mit ihnen „im ungünstigen Fall schon bei üblichem Verzehr mohnhaltiger Lebensmittel Morphinmengen aufgenommen werden, die im therapeutischen Bereich liegen und das gesamte Spektrum unerwünschter Wirkungen entfalten können. Dazu gehören zentralnervöse und periphere Wirkungen wie etwa Bewusstseinsbeeinträchtigungen, Atemstörungen und Herz-Kreislaufeffekte.“

Um der Lebensmittelüberwachung ein Instrument an die Hand zu geben, hat das BfR eine „vorläufige maximale tägliche Aufnahmemenge“ für Morphin abgeleitet, die nicht überschritten werden sollte. Sie liegt bei 6,3 Mikrogramm pro Kilogramm Körpergewicht und Tag. Unter Berücksichtigung der geschätzten Verzehrsmengen resultiert daraus ein vorläufiger Richtwert für Mohnsamen von höchstens 4 Mikrogramm Morphin pro Gramm. /rme

## JES-West-schiene

**JES-Bielefeld e. V.**  
c/o AIDS-Hilfe Bielefeld  
Ehlenrupper Weg 45 a  
33604 Bielefeld  
Tel.: 0521/13 33 88  
Fax: 0521/13 33 69  
E-mail: JES.Bi.Selbsthilfe.  
e.V.@gmx.de  
info@jes-bielefeld.de  
www.jes-bielefeld.de  
Ansprechpartner:  
Mathias Häde  
(0521/977 96 14)

**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

**Junkie-Bund Köln e. V.**  
Tanusstr. 12 b  
51105 Köln  
Tel.: 0221/62 20 81  
Fax: 0221/62 20 82  
E-mail:  
junkiebund@netcologne.de  
www.junkiebund.de  
Ansprechpartner:  
Bernd Lemke

**NEU!! NEU!! NEU!!**  
**JES-Minden**  
c/o Dirk Engelking  
Süntelstr 8  
32423 Minden  
Tel: 0160/323 93 11

**JES-Münster**  
c/o INDR0 Münster  
Bremer Platz 18-20  
48155 Münster  
Tel: 0251/601 23  
Fax:0251/66 65 80  
Ansprechpartner:  
Peter Bissert

**Bundesweite  
Internetseite  
www.jes-netzwerk.de**

**Immer aktuell  
und lesenswert:  
www.trio-media.de/  
jesjournal/**

**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: Imke.Sagrudny@  
nrw.aidshilfe.de  
info@jesnrw.de  
http://nrw.aidshilfe.de  
Imke Sagrudny  
(Unterstützung JES-Selbsthilfe)  
Telefondurchwahl:  
0221/92 59 96-14

**JES-Wuppertal**  
c/o Gleis 1  
Döppersberg 1  
42103 Wuppertal  
Tel.: 0202/47 868-43 (JES)  
Tel.: 0202/47 828-11 (Gleis 1)  
Fax: 0202/47 828-21 (mit Ver-  
merk: für JES)  
Alexander Dietsch  
Westschienenkoordination  
E-mail: Wleprechaun@aol.com

## JES-Südschiene

**JES-Andernach**  
c/o Michael Reichwald  
Albertstr. 26  
56626 Andernach  
Tel.: 02632/12 22

**JES-Donauwörth**  
c/o Jörn Wonka  
Donauwörther Str. 8 b  
86663 Bäumenheim  
Tel: 0170/985 31 42

**JES-Frankfurt**  
c/o C. und G. Holl  
Wittelsbacherallee 34  
60316 Frankfurt/Main  
Tel.: 069/75893605  
E-mail: DieHolls@aol.com

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

Bühlinger Str. 18  
91710 Gunzenhausen  
Tel.: 09831/61 98 67  
Fax: 09831/31 02 76  
E-mail: JES-ML@t-online.de  
Ansprechpartnerin: Monika Lang

**JES-Heilbronn**

c/o Kontaktladen Heilbronn  
Bahnhofstr. 43  
74072 Heilbronn  
Tel.: 07131/67 86 87  
Fax: 07131/67 86 88  
E-mail: JESHnwiedtemann@web.de  
Ansprechpartner: Frank Wiedtemann (JES-Bundessprecher)

**JES-Mannheim**

Ralph Boch  
c/o B. Dreesen-Göggerle  
Weidenstr. 4  
71364 Winnenden  
Tel.: 0174/817 40 32  
E-mail: b.dreesen@freenet.de

**JES-Marburg**

c/o Thomas Bierbaum  
Am Mehrdrusch 9  
35094 Lahntal-Gossfelden  
Tel.: 0177/702 33 86  
E-mail: Jes@freenet.de

**JES-München**

c/o Münchner AIDS-Hilfe e. V.  
Lindwurmstr. 71  
80337 München  
Tel.: 089/54 33 31 19  
Fax: 089/54 46 47-11  
Ansprechpartner: Matthias Bayer  
E-mail: jes@muenchner-aidshilfe.de

**Junkiebund Nürnberg e. V.**

c/o MUDRA gGmbH  
Ludwigstr. 61  
90402 Nürnberg  
Tel.: 0911/241 82 25  
E-mail: Junkiebund@odn.de  
Ansprechpartner: Norbert Spangler, Ernst Bauer

**JES-Würzburg**

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

**JES-Stuttgart**

c/o Café Maus  
Hauptstätter Str. 108  
70178 Stuttgart  
Fax: 0711/60 15 47 80  
Tel.: 0175/985 88 20 (R. Baur)

**JES-Nordschiene**

**JES-Bassum**

c/o Tandem  
Meierkamp 17  
27211 Bassum  
Tel.: 04241/97 00 18  
Fax: 04241/97 04 60  
E-mail: Tandem-Bassum@t-online.de  
(Mobil: 0179/390 53 20)

**JES-Berlin**

c/o Druckausgleich  
Anzengruberstr 5  
12043 Berlin  
Tel: 0162/917 44 05  
E-mail: Claudi39@arcor.de  
(JES-Bundessprecherin)

**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  
Ansprechpartnerin: Stephanie Schmidt

**JES-Bremen e. V.**

Findorffstr 94  
28215 Bremen  
Tel.: 0421/35 48 95  
Fax: 0421/376 23 38  
E-mail: JESBremen@aol.com  
<http://www.jesbremen.de>  
Ansprechpartner/in: Marco Jesse, (JES-Bundessprecher), S. Lahmer (Nordschienenkoordination)

**JES-Halle**

c/o Drobs Halle  
Moritzzwinger 17  
06108 Halle  
Tel: 0345/517 04 01  
Fax: 0345/517 04 02  
Ansprechpartnerin: Katrin Heinze

**JES-Hannover**

c/o Selbsthilfe e. V.  
Drogengefährdeter  
Warstr. 15  
30167 Hannover  
Tel.: 0511/541 45 07  
Fax.: 040/36 03 47 39 66  
Mobil: 0173/907 43 08  
Email: JESHannover@aol.com

**JES-Kassel**

c/o AIDS-Hilfe Kassel e. V.  
Motzstr. 4  
34117 Kassel  
Tel.: 0561/10 85 15  
Fax: 0561/10 85 69  
Ansprechpartner:  
Kurt Schackmar, Ralf Menger

**JES-Kiel**

c/o Cafe Kontaktladen „Klaro“  
Boninstr. 47  
24114 Kiel  
Tel.: 0431/137 92

**JES-Lübeck**

c/o Hans Lothar Schneider  
Am Finkenbergr 42  
23738 Lensen  
Tel: 04363/90 45 30  
Email: Hans-Lothar.Schneider@arcor.de

**JES-Osnabrück e. V.**

Möserstr. 56  
49074 Osnabrück  
Tel.: 0541/289 13  
Fax: 0541/350 21 42  
Ansprechpartner/in: Susanne Shahadeh  
jes-os@t-online.de

**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)  
Ansprechpartnerin: Indra Peters  
E-mail: jes-oldenburg.ev.@ewetel.de

**JES-Rostock**

c/o Anne Franke  
Am Wendländer Schilde  
18055 Rostock

**JES-Schwerin**

c/o Eric Röhde  
Hegelstr. 14  
19063 Schwerin

**Weitere wichtige Adressen**

**Deutsche AIDS-Hilfe e. V.**

Dieffenbachstr. 33  
10967 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 + humane Drogenpolitik  
Geschäftsstelle  
C. Kluge-Haberkorn  
Südwestkorso 14  
12161 Berlin  
Tel.: 030/822 28 02  
E-mail: akzeptbuero@yahoo.de

**JES-Sprecherrat Mailingliste**

jes-sprecherrat@yahoogroups.de

**Mailinglisten – Schienen**

JES-Suedschiene@gmx.net (Nord)  
Nordschiene  
JES@yahoogroups.de (Süd)  
jes  
forum@yahoogroups.de (West)  
JES\_Netzwerk@yahoogroups.de (bundesweit)

**Bitte teilt uns eventuelle Adressänderungen mit!!! (Stand der Adressen: 30.05.2006)**

# Gericht stellt

# fest:

(Lübecker Landesgericht)

## »Jeder hat das Recht auf Rausch!«



Junkies – Ehemalige – Substituierte  
**Bundesweites Drogenselbsthilfenetzwerk**

c/o Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Dieffenbachstr. 33

10967 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: [jes-sprecherrat@yahoogroups.de](mailto:jes-sprecherrat@yahoogroups.de)

[www.jes-netzwerk.de](http://www.jes-netzwerk.de)