

DROGENKURIER

MAGAZIN DES BUNDESWEITEN JES-NETZWERKS

APR. 2007

NR. 69

JUNKIES FÜR ALLE SUBSTITUIERTEN



Heroinbehandlung – wie gehts weiter?

Substitution – die Situation in Deutschland

AntiStigma – gegen Diskriminierung

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

IMPRESSUM**Nr. 69, April 2007****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:

Matthias Bayer
Alexander Dietsch
Bernd Forche
Katrin Heinze
Marco Jesse
Sabine Lahmer
Jochen Lenz
Claudia Schieren
Frank Wiedtemann

Satz und Layout:

Carmen Janiesch

Druck: DMP – Digital- & Offset-
druck GmbH

Auflage: 1.000 Exemplare

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

*Junkies, Ehemalige, Substituierte
Die Nennung von Produktnamen
bedeutet keine Werbung.

Das Team des DROGENKURIER freut sich, dass das Magazin des bundesweiten JES-Netzwerks immer mehr Leserinnen und Leser findet. Viele positive Rückmeldungen von Drogengebrauchern, Mitarbeitern aus Aids und Drogenhilfen und Ärzten bestätigen unseren Weg mit dem DROGENKURIER möglichst 4x jährlich ein Magazin vorzustellen, das unterschiedliche Lesergruppen anspricht und mit Berichten rund um das Thema „Drogengebrauch“ einen Einblick in die Lebenswelten Drogen gebrauchender Menschen gibt.

Das Jahr 2007 begann so, wie das Jahr 2006 endete. Teilweise emotionale Berichterstattungen um die Fortsetzung der heroingestützten Behandlung prägten die Medienlandschaft und fast täglich gab und gibt es Neuigkeiten zu berichten.

So erstaunt es nicht, dass der Fortgang der Diskussionen um die Heroingestützte Behandlung auch in dieser Ausgabe des DROGENKURIER im Fokus steht.

Wir lassen die Ereignisse der letzten Wochen Revue passieren. Der JES-Sprecherrat nimmt eine Kommentierung und Bewertung der aktuellen Ereignisse vor.

Vor einigen Wochen wurde die größte deutsche Versorgungsstudie (COBRA) im Bereich Substitution vorgestellt. In dieser Ausgabe werden wir über einige interessante Ergebnisse dieser Studie berichten

Der so genannte „REITOX Bericht“ gibt alljährlich einen Überblick über die Drogensituation in Deutschland. Der DROGENKURIER stellt die Ergebnisse dieser Erhebung in Bezug auf das Vorkommen von Opiatkonsum sowie Preis und Reinheit von illegalisierten Substanzen vor.

Wie immer hat der DROGENKURIER noch mehr Wissenswerte zu bieten, wie z. B.:

- Informationen von JES-Gruppen
- Neues zur Aktion „Antistigma“
- Aktuelles aus der Presselandschaft

Aufgrund der großen Resonanz unseres Berichts zum neuen Substitut SUBOXONE, stellen wir in dieser Ausgabe Szenarien der Verwendung von SUBOXONE unter verschiedenen Bedingungen vor.

Das Team des DROGENKURIER

Die Heroingestützte Behandlung – eine unendliche Geschichte?

Seit einigen Monaten werden wir von einer umfassenden Debatte anlässlich des Einsatzes von Diamorphin für Opiatkonsumenten begleitet. Fast täglich gibt es Neuigkeiten zu vermelden.

Einige Überschriften aus regionalen und überregionalen Tages- und Wochenzeitungen werden in diesem Beitrag vorgestellt. Sie sind ein Abbild der immer noch herrschenden Unklarheit.

Wir versuchen nachfolgend ein wenig Licht ins Dunkel zu bringen und geben einen Überblick über die Ereignisse der letzten Wochen und Monate und werfen einen Blick voraus in die Zukunft.

Was geschah bisher?

Trotz der Tatsache, dass die Studienergebnisse eine deutliche Sprache sprechen verweigert die CDU/CSU Bundestagsfraktion die Zustimmung zur Fortführung der Heroinbehandlung als Regelversorgung.

Ein wahrhafter Sturm der Entrüstung war die Folge. Selbst jene Menschen die sich seit mehr als 20 Jahren mit den Thema



Heroinambulanz in Köln

„Drogen“ beschäftigen, können sich nach eigener Auskunft nicht an eine solch einheitliche Bewertung eines Sachverhalts erinnern.

Suchtmediziner, Fachverbände der Aids- und Drogenarbeit, Wohlfahrtsverbände, Kirchenvertreter, alle im Bundestag vertretenen Parteien (mit Ausnahme von Teilen der CDU/CSU), Wissenschaftler, Selbsthilfen, der Städtetag, die OB's der beteiligten Städte, und Journalisten fordern einhellig

die Fortsetzung der Heroingestützten Behandlung.

Infolge dieses gesellschaftlichen Druckes kommt es Mitte Februar zu einem Richtungswechsel in der CDU. Volker Kauder der Fraktionsvorsitzende im Bundestag bestätigt, dass die jetzigen Studienteilnehmer bis 2009 weiter mit Diamorphin behandelt werden, und ggf auch neue Opiatkonsumenten Zugang zu Programm erhalten könnten.

Die Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes die eine Anerkennung von Diamorphin als verschreibbares Medikament zum Ergebnis hätte, wird weiterhin abgelehnt.

Die Oppositionsparteien im Bundestag bereiten einen Gesetzentwurf zur Heroinsubstitution vor, der im März ins Plenum eingebracht wird. Der Gesetzentwurf der Oppositionsparteien sieht vor, die Diamorphinbehandlung im Rahmen der Substitutionsbehandlung zuzulassen und in die Regelversorgung zu überführen.

Verschiedene Bundesländer (Hamburg, Hessen, NRW) bereiten einen Gesetzentwurf zur Abstimmung im Bundesrat vor.

„PRINZIP MENSCHLICHKEIT“

Gruppenantrag zur Heroinbehandlung

Der gemeinsam erarbeitete Gesetzentwurf von 145 Abgeordneten aus den Fraktionen der FDP, Linksfraktion und Bündnis 90/ Die Grünen zur heroingestützten Behandlung Schwerstabhängiger ist auf dem Weg. Dies teilt der FDP- Bundestagsabgeordnete Patrick Meinhardt mit. Nun seien die Abgeordneten von CDU/CSU und SPD aufgerufen, die nötigen rechtlichen Grundlagen zu schaffen und den Antrag zu unterstützen.

Meinhardt kündigt an, dass der Gesetzentwurf kommende Woche in den Bundestag eingebracht wird und dann das parlamentarische Verfahren durchläuft. Der Antrag stützt sich auf Vorschläge aus den Ländern und Erfahrungen der Städte, die an dem Modellversuch teilgenommen haben.

In ihm sind unter anderem die strengen Voraussetzungen aufgelistet, unter denen die kleine Gruppe der Schwerstabhängigen mit Heroin behandelt werden dürfen.

GESONDERTER VERTRIEBSWEG VORGESEHEN

Demnach müssen zu behandelnde Abhängige bereits an zwei erfolglos beendeten Substitutionsbehandlungen teilgenommen haben. Zudem prüft nach spätestens zwei Jahren ein unabhängiger und qualifizierter Arzt, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind und ob die Behandlung fortzusetzen ist. Geregelt werden auch die Anforderungen an die Therapieeinrichtungen. Aus Sicherheitsgründen ist ein gesonderter Vertriebsweg vorgesehen. Der Hersteller des Arzneimittels liefert das Heroin hierbei direkt an die Therapieeinrichtung. (ps/phf)

Meldung vom Sonntag, 11. März 2007 ka-news 2007

Auch Abgeordnete der SPD Bundestagsfraktion erarbeiten einen Gesetzentwurf um eine Behandlung mit Diamorphin zu ermöglichen und als verschreibungsfähiges Betäubungsmittel einzustufen. Hierzu sollen die notwendigen Anpassungen des Betäubungsmittelgesetzes, der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung sowie des Arzneimittelgesetzes erfolgen.

Die Bundesdrogenbeauftragte strebt nach Zeitungsberichten an die Fortsetzung der Heroingestützten Behandlung über eine Gesetzesänderung noch vor der parlamentarischen Sommerpause zu vollziehen.

Erfolg oder fauler Kompromiss

Natürlich war der Richtungswechsel ein richtiger und wichtiger Schritt, der maßgeblich dazu beiträgt, dass die Studienteilnehmer die notwendige Ruhe und Sicherheit finden um die positiven Entwicklungen im Rahmen ihrer Behandlung fortsetzen zu können.

Nach Meinung des JES-Netzwerks kann man nun aber nicht auf halben Weg stehen bleiben. Was passiert im Jahr 2009? Folgt

dann eventuell der gleiche Streit wie vor einigen Wochen.

Die derzeit behandelten Patienten benötigen in dieser Frage eine klare und eindeutige Antwort. Aber auch den vielen anderen Opiatkonsumenten ist man eine eindeutige Antwort schuldig.

Diese Antwort kann nur lauten, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen um die Verschreibung von Diamorphin für all jene Opiatkonsumenten zu gewährleisten, die diese Behandlungsform benötigen.

Diese neue Behandlungsmöglichkeit hat bei vielen tausend Drogengebrauchern Hoffnungen geweckt. Trotz der Erfolge der Substitutionsbehandlung mit Methadon, Levomethadon und Buprenorphin zeigt der Praxisalltag, dass für viele jener 65.000 Patienten dies nicht die optimale Therapie ist und sie in Ermangelung von Alternativen die Zeit mehr schlecht als recht hinter sich bringen.

Wir wollen keineswegs die Substitutionsbehandlung schlecht reden, aber dies ist die Realität die wir jeden Tag in Praxen und Ambulanzen sehen.

Man stelle sich vor, andere Erkrankungen hätten ein solch begrenztes Spektrum von Medikamenten zur Verfügung. Es wäre völlig normal, dass weitere Medikamente, deren Nutzen in Studien belegt wurde, schnellstmöglich zum Einsatz gebracht würden.

Da es sich hier aber um ein Betäubungsmittel mit einem schlechten Image handelt und die zu behandelnde Gruppe Drogenabhängige sind, verliert die Argumentation plötzlich völlig den Boden.

Der Staat als Dealer?

„Der Staat darf nicht als Dealer auftreten“, heißt es. Man solle das Geld doch lieber für die Drogenprävention einsetzen, wird argumentiert.

An dieser Stelle sei noch mal die Parallele zu anderen Erkrankungen erlaubt. Würde man dem Rheumatiker bei dem die verfügbaren Medikamente Nebenwirkungen hervorrufen oder nicht den gewünschten Erfolg bringen, ein neues vielleicht teureres Medikament mit dem Hinweis verwehren, dass man das Geld lieber in die Physiotherapie und Ernährungsberatung zur Vorbeu-

Ergebnisse des Modellprojekts zur Heroingestützten Behandlung

- Die Überlegenheit von Heroin gegenüber den mit Methadon behandelten Patienten ist in beiden Hauptzielkriterien signifikant. Sowohl im gesundheitlichen Bereich (Heroin: 80,0%, Methadon: 74,0%) als auch hinsichtlich der Verringerung des illegalen Drogenkonsums (Heroin: 69,1%, Methadon: 55,2%) erzielt die Heroinbehandlung signifikant höhere Responderaten

- Heroin ist ein sehr sicheres Medikament.

- Die Studie weist eine generell stabilisierende, Kriminalitätsmindernde Wirkung der Heroinvergabe nach.

Die Abnahme der Delinquenz ist bei den Deliktgruppen Ladendiebstahl, Raub und Handel größer als bei der Methadongruppe. Der Wegfall von Szenekontakten wirkt sich positiv auf eine deutliche Verminderung von Drogenhandel und Schmuggel aus. So sank der Anteil der Teilnehmer die von der Polizei wegen irgendeines Deliktes registriert wurden in der Heroingruppe von 55% auf 39%. In der Methadongruppe verringerte sich dieser Anteil jedoch nur von 58% auf 55%

In der Heroingruppe wurden ein Drittel (1/3) weniger Rauschgiftdelikte registriert, rund 40% weniger Ladendiebstähle und sogar zwei Drittel (2/3) weniger Gewaltdelikte. Die Abnahme der De-

linquenz war im ersten Behandlungsjahr am stärksten, jedoch auch im 2. Behandlungsjahr mit Heroin konnte eine zusätzliche leichte Verbesserung festgestellt werden.

- Die in der gesundheitsökonomischen Bewertung durchgeführten Analysen ergeben berechtigte Anhaltspunkte dafür, dass nach Einführung einer Regelversorgung die Heroingestützte Behandlung als auch die Methadonsubstitution aus gesellschaftlicher Sicht mittelfristig eine Kostenersparnis erbringen

Der Vergleich des ersten Studienjahres mit dem Vorjahreszeitraum legt offen, dass die Kostenersparnisse aus gesellschaftlicher Sicht in der Heroingestützten Behandlung höher ausfallen als in der Methadonbehandlung. (weniger Inhaftierung und Delinquenz)

- Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass nach der Überleitung in die Regelversorgung die Heroinbehandlung und die Methadonbehandlung mittelfristig aus gesellschaftlicher Sicht eine Kostenersparnis erbringen

- **Legt man für Deutschland eine Anzahl von 120.000 bis 190.000 Opiatkonsumenten zugrunde so wären unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen 3.600 bis 9.500 Heroinkonsumenten mit einer Heroingestützten Behandlung erreichbar. Diese Zahl ist nicht gleichzusetzen mit der Zahl derer für die aus fachlicher Sicht ein Behandlungsbedarf besteht.**

Einstieg zum Ausstieg

20 Jahre Erfahrung in der **Suchttherapie**

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

AVS 506 06 044-1604

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



sanofi aventis

Das Wichtigste ist die Gesundheit

gung von Rheuma steckt? Geradezu Abstrus und lächerlich dieser Gedanke.

Solche Aussagen sind unserer Ansicht nach auch ethisch sehr bedenklich, denn hier wird gesagt, dass man das Geld lieber dafür einsetzt, dass junge Menschen keine Drogen konsumieren, als langjährige und multimorbide Konsumenten jene Behandlung zukommen zu lassen, die Erfolg verspricht.

Aber wie schon so oft scheinen für viele, im Umgang mit Drogenkonsumenten andere Grundsätze und Haltungen zu gelten.

Als Interessenvertretung Drogen gebrauchender Menschen werden wir uns weiterhin dafür einsetzen, dass für Drogen gebrauchende Menschen gleiche Grundsätze gelten wie für andere Patienten. Wir werden dazu beitragen, die Debatte um die Zulassung von Heroin als Medikament zu entemotionalisieren und somit zu versachlichen.

JES-Sprecherrat

AntiStigma – Aktion gegen Diskriminierung

In den vergangenen Ausgaben des DROGENKURIER haben wir immer wieder über die Aktion AntiStigma berichtet. Der Verein AST e.V. wendet sich gegen offene oder versteckte Diskriminierungen z. B. bei der Suche nach Ausbildung, Arbeit und Wohnung, bei der Suche nach Hilfe im Gesundheitswesen, auf Sozialämtern und an den Schaltern der Krankenkassen.

AST e.V. unterstützt aktiv Drogen gebrauchende Menschen und setzt sich für einen besseren Zugang zur Behandlung und Therapie ein.

Fast täglich erreichen AST Fälle in den Menschen unterschiedliche Arten der Diskriminierung schildern.

Damit deutlich wird ob es sich bei diesen Fällen um einen einmaligen Fehlgriff handelt oder ob es in Krankenhäusern, Ämtern oder Beratungsstellen systematische Tendenzen der Diskriminierung und Stigmatisierung gibt, ist es erforderlich das möglichst viele von euch eine selbst erlebte Diskriminierung melden.

Hierzu hat AST einen Vordruck entwickelt der die Möglichkeit bietet anonym oder namentlich den jeweiligen Fall zu beschreiben. Der Vordruck steht unter www.antistigma.de/downloads/Fragebogen_Diskriminierung.pdf zum Download bereit und ist nachfolgend hier abgedruckt.

Die Mitarbeiter der Aktion AntiStigma werden ggf. die jeweiligen Einrichtungen und Personen aufsuchen oder telefonisch Kontakt aufnehmen um die geschilderten Fälle von diskriminierendem Verhalten zu klären.

Eine, wie wir finden unterstützenswerte Aktion zu der alles weitere unter www.antistigma.de zu finden ist!!

JES-Netzwerk

GRÜNE VERÄRGERT: BUNDESRATSINITIATIVE ZUR HEROINVERGABE KOMMT OFFENSICHTLICH NICHT – KOCH HÄLT NICHT WORT!

Landesregierung kann kein präzises Datum für Bundesratsinitiative nennen

In der heutigen Fragestunde des Hessischen Landtages hat die zuständige Sozialministerin Lautenschläger auf die mündliche Frage des Abgeordneten Marcus Bocklet zugegeben, dass es nach wie vor weder eine Bundesratsinitiative noch ein Datum zur Einbringung einer solchen zur Frage der Heroinvergabe als Behandlungsmethode gibt.

„Damit werden die Ankündigungen des Ministerpräsidenten Koch zur hohlen Phrasendrescherei: Er hat versprochen eine solche Bundesratsinitiative unverzüglich zu unterstützen. Doch heute musste die Landesregierung in der aktuellen Fragestunde zugeben, dass Koch abwartet, ob die große Koalition vorher das Thema behandelt.“

„Wir warten ab, was die große Koalition zu dem Thema macht“, so Lautenschläger heute.

„Damit ist das Thema wieder auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben, denn die große Koalition hat sich bisher als handlungsunfähig erwiesen“, so der drogenpolitische Sprecher.

„Herr Koch hat sich dafür feiern lassen, dass er sich für die Heroinvergabe einsetzen will? das war offensichtlich eine Luftblase.“

Wieder geht die Parteiräson vor Menschenverstand“, so Bocklet, „das Land Hessen muss mit einer Bundesratsinitiative dringend und eilig handeln, um das Auslaufen der Heroinvergabe im Sommer zu verhindern.“

Wir fordern Koch als Ministerpräsident auf, endlich eine Bundesratsinitiative einzubringen und als stellvertretender Parteivorsitzender seinen Einfluss geltend zu machen, damit nicht weiter auf dem Rücken Schwerstkranker ideologische Grabenkämpfe geführt werden.“

„Handeln, Herr Koch, nicht schwätzen!“ so Bocklet abschließend.

AntiSTigma

Aktion gegen die Diskriminierung
suchtkranker Menschen



Diskriminierung suchtkranker Menschen im Alltag

Meldung

Person

Falls Sie möchten, können Sie hier Ihren Namen nennen:

Ich habe Diskriminierung (bitte ankreuzen)

- erlebt
 beobachtet

als

- von Suchtkrankheit Betroffener
 Angehöriger
 Fachpersonal

Vorfall: Bitte beschreiben Sie, wann, wo und durch wen Sie eine Diskriminierung erlebt oder beobachtet haben und was passiert ist. Nennen Sie bitte Ort und Institution, Abteilung, Station, Behörde möglichst genau beim Namen. Sie können auch den Namen der Person nennen, die diskriminiert hat – Sie müssen es aber nicht.

Bitte ankreuzen:

für Rückfragen stehe ich zur Verfügung unter folgender Adresse, Rufnummer, e-mail:

ich möchte anonym bleiben.

Mit einer Veröffentlichung des Vorfalles bin ich einverstanden. Mein Name wird dabei keinesfalls genannt.

Mit einer Veröffentlichung des Vorfalles bin ich nicht einverstanden.

AST e.V. erstellt eine Datenbank über die Diskriminierung suchtkranker Menschen. Dadurch sollen die Brennpunkte genannt und verbessert werden.

Adresse:

AST e.V.
Postfach 200401
80004 München

e-mail: AST.EV@t-online.de
Tel.: 089/12737751
Fax: 089/12737752

Die Substitutionsbehandlung

Obwohl es zahlreiche klinische Untersuchungen zur Wirkung von Methadon und Buprenorphin sowie einzelne regionale Studien zur Substitutionstherapie in der Routineversorgung gibt, fehlten bisher vergleichbare repräsentative bundesdeutsche Daten. Auch konnte bisher nicht beurteilt werden inwieweit es in der Routineversorgung gelang, beim opiatabhängigen Patienten die mit der Opiatabhängigkeit im Zusammenhang stehenden Belastungen und Schädigungen zu reduzieren (harm reduction), den Patienten sozial zu reintegrieren sowie den Teufelskreis aus Drogenbeschaffung (häufig in Verbindung mit kriminellen Handlungen) und Drogeneinnahme zu unterbrechen.

Die COBRA-Studie wurde konzipiert, um dieses Datendefizit aufzuheben.

In die Hauptstudie wurden 2.694 opiatabhängige Patienten aus 223 Einrichtungen einbezogen die sich aktuell in Substitutionstherapie befanden. Davon waren 68,4% Männer. Das mittlere Alter lag bei 34,8 Jahren. Von 2461 Patienten (Rücklaufquote 91,4%) liegen Informationen zum 12-Monats-Verlauf vor.

74,7% aller Patienten erhielten Methadon oder Levomethadon, 24,6% Buprenorphin und 0,7% erhielten ein anderes Substitutionsmittel, wie zum Beispiel Codein.

Haltequoten und Abbruchgründe

Die Haltequote gilt als ein Qualitätsmerkmal für den Erfolg der Substitutionstherapie. In der COBRA-Studie lag die 12-Monats-Haltequote bei 76%.

Es gab keine Unterschiede in den Haltequoten (76% in der Methadon-Gruppe und 77% in der Buprenorphin-Gruppe.)

Während des 12-Monats-Verlaufs verstarben insgesamt 28 Patienten (1,04%). Darunter befanden sich 20 Patienten der Methadon-Gruppe, 7 Patienten der Buprenorphin-Gruppe und 1 Codein-Patient.

Ermittelte Todesursachen

Überdosis/Polyintoxikation	11
Karzinom	1
Anderen med. Gründe	3
Unfall	3
Infektion/Sepsis	3
Folgen von HIV/AIDS	3
Suizid	3
Unbekannte Gründe	1

**COST BENEFIT AND RISK APPRASIAL OF SUBSTITUTION TREATMENT (1 Codein-Patient starb an Überdosis und war zum Zeitpunkt des Todes nicht mehr in Substitution)*

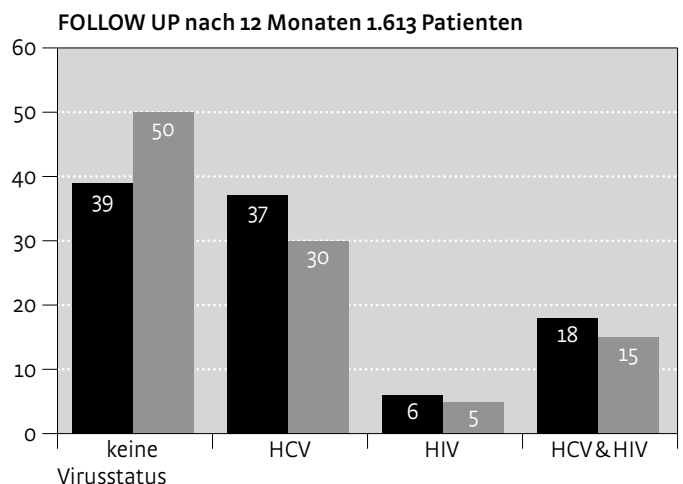
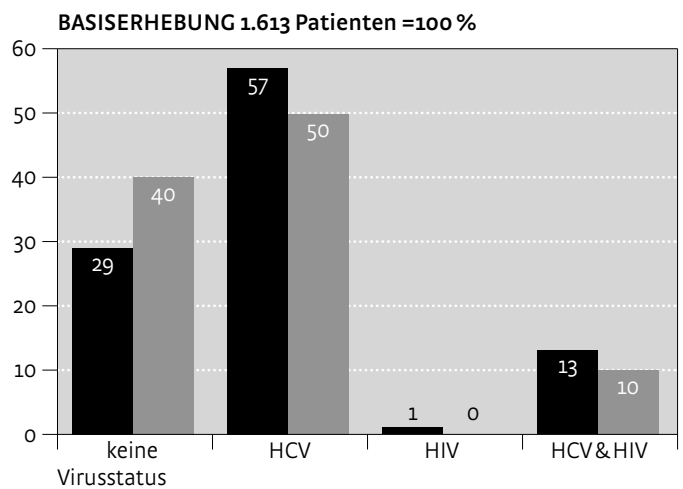
Viruserkrankungen

In der COBRA-Studie wurde zu zum Beginn der Erhebung und nach 12 Monaten der aktuelle Virusstatus erfasst. Etwa 50% der mit Buprenorphin behandelten Gruppe waren zur Haupterhebung HCV-positiv (Methadongruppe 57% HCV positiv).

Die Rate für HCV/HIV-koinfizierte Patienten lag bei 10,1% (Buprenorphin) und 13,1% (Methadon). Wie eigentlich zu erwarten war der Anteil der HIV infizierten sehr gering (Methadon 1%, Buprenorphin 0%)

Schaut man sich aber den Anteil der HIV Infektionen nach 12 Monaten an so sind 6% der Methadongruppe nun HIV positiv und 5% der Buprenorphingruppe HIV positiv.

In absoluten Zahlen hieße dies das sich innerhalb 12 Monaten etwa 80 Substituierte mit HIV infiziert haben. Derzeit liegen aber noch keine Aussagen dazu vor wie diese Daten erhoben wurden (Selbstauskunft, Test)



in Deutschland **Ergebnisse der COBRA* Studie**

Behandlung der Viruserkrankungen

Die Behandlung der Hepatitis C bei opiatabhängigen Patienten in Substitutionstherapie wird von vielen behandelnden Ärzten immer noch als problematisch angesehen. Einerseits befürchten sie, dass der Patient durch die entzugsähnliche Symptomatik während der Interferon-Behandlung einen Rückfall erleidet. Andererseits gehen einige Ärzte davon aus, dass die Compliance der opiatabhängigen Patienten für eine erfolgreiche Durchführung der Interferon-Therapie nicht ausreichend ist. Studien zeigen, dass die Erfolgchancen sowohl für die komplette Durchführung der Therapie und damit auch für die Heilung im Vergleich zu nichtopiatabhängigen HCV-Patienten zum Teil sogar höher liegen.

In der COBRA-Studie wurde erfasst, inwieweit eine HCV-Behandlung stattgefunden hatte. In der Follow-Up-Erhebung konnten die Ärzte zusätzlich angeben, welche Therapie sie in den letzten 12 Monaten durchgeführt hatten bzw. aktuell durchführen.

Die Tabelle zeigt, dass ein Drittel der HCV-positiven Methadonpatienten und die Hälfte der Buprenorphinpatienten in den letzten 12 Monaten mit Interferon behandelt wurden.

Art der HCV Behandlung bei HCV positiven PatientInnen (ohne Berücksichtigung der HIV Komorbidität)

Art der HCV-Behandlung	Substitutionsmittel zur Baseline	
	Methadon n=1.248	Buprenorphin n= 367
HCV-positiv	55,6 %	44,4 %
Vorbereitung auf Interferontherapie	0,7 %	2,3 %
Interferontherapie	35,2 %	53,5 %

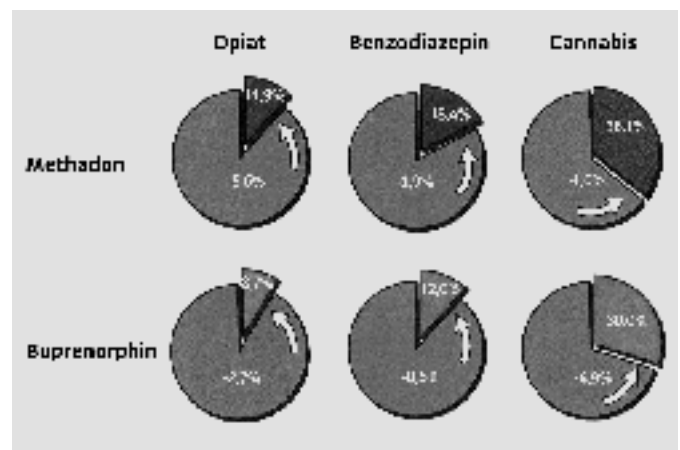
Beigebrauch illegaler Drogen

In der COBRA-Studie wurden standardisierte Drogenscreenings zur Haupterhebung und zum Follow-Up zur Erfassung des aktuellen Drogenbeigebrauchs eingesetzt. Der Beigebrauch von Cannabis war bei beiden Gruppen am höchsten.

In der Haupterhebung wurden 37,1% der Methadonpatienten und 34,9% der Buprenorphinpatienten positiv auf THC getestet. Zum Follow-Up reduzierte sich der Anteil der Patienten mit Cannabis-Beigebrauch bei Buprenorphinpatienten um 4,9%. Der Rückgang des Cannabisgebrauchs in der Methadongruppe betrug 1,0%.

Trotz der Gabe eines Substituts, wurde ein relativ hoher Prozentsatz der Patienten positiv auf Opiate getestet. 17,5% der Metha-

donpatienten und 11,4% der Buprenorphinpatienten wurden zur Haupterhebung positiv auf Opiate getestet. Dieser Anteil reduzierte sich nach 12 Monaten auf 11,9% (Metha) bzw. 8,7% (Bup). Der Anteil der Patienten, die Benzodiazepine zusätzlich konsumierten reduzierte sich im 12 Monatsverlauf nur sehr gering (Methadon von 20,3% auf 18,4%, Buprenorphin von 12,5% auf 12,0%).



Ergebnisse des Drogenscreening (Urin) beim Follow Up und Angabe der Reduktion im Vergleich zur Haupterhebung

Die Kosten der Behandlung

Ein weiterer wichtiger Punkt der COBRA Studie war die Ermittlung der jährlichen Gesamtkosten einer Substitutionsbehandlung und der Vergleich zwischen den untersuchten Substitutionsmitteln.

Die Jahreskosten pro Patient inklusive aller direkten und indirekten Folgekosten lagen für die Behandlung mit Buprenorphin bei insgesamt 6.876,86 € und für die Behandlung mit Methadon bei 8.463,86 €

Buprenorphin 6.876,86 €

Methadon 8.463,86 €

Diese Kosten werden weitgehend durch die Behandlungskosten aufgrund der HIV-Infektionen, AIDS- und HCV-Infektionen getrieben: So lagen die Gesamtkosten bei nicht infizierten Patienten insgesamt bei 3.823,70 € pro Patient und Jahr.

Die reinen Substitutionsmittelkosten lagen bei 1.078,00 € für Buprenorphin und 889,71 € für Methadon.

Buprenorphin 1.078,00 €

Methadon 889,71 €



Tod in Siegburg

von Klaus Jünschke

Die grausame Misshandlung und Ermordung eines jungen Mannes in der Justizvollzugsanstalt Siegburg in der Nacht vom 11. auf den 12. November durch Mitgefangene hat für ein paar Tage die unheilvollen und skandalösen Zustände in deutschen Jugendstrafanstalten ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Klaus Jünschke hat sich in Büchern, Aufsätzen und in der Praxis mit Jugendkriminalität und Integrationskonzepten befasst. Hier sein Beitrag zum „aktuellen Fall“.

Soziale Verantwortung?

Das Strafvollzugsgesetz stellt in seinem § 2 unter dem Titel „Aufgaben des Vollzuges“ fest: „Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (Vollzugsziel).“ –

Was diejenigen darunter verstehen, in deren Obhut der 20jährige Herrmann H. am 11. November in der Jugendstrafanstalt Siegburg umgebracht wurde, durften die Gefangenen und wir hier draußen auf der anderen Seite der Gefängnismau-

ern am 17.11. im Kölner Boulevardblatt Express nachlesen: „Erschreckend: Bis heute bekam Marianne M. keinen Anruf aus der JVA, dass ihr Sohn tot ist.“ Auch zwei Tage später wurde keinerlei Verantwortung gesichtet: „Mord im Knast: Keiner übernimmt die Verantwortung. Wegsehen, rumeiern, abtauchen.“ (Express am 19.11.06)

Wenn es im Justizpersonal so an Anstand mangelt, dass es selbst einem Schmutzblatt wie dem Express auffällt, darf man sicher sein, dass wir es hier nur mit der Spitze des Eisbergs zu tun haben.

Milieus – von Gewalt und Not geprägt

Das Tötungsdelikt sollte den Blick nicht darauf verstellen, dass ein beachtlicher Teil der Gefangenen direkt von der Straße kommt, aus Milieus, die auf eine Weise von Gewalt und Not geprägt sind, dass einige ihre Verhaftung und das Gefängnis als Erholung erleben. Und dabei geht es nicht nur um die Junkies, die ihre Verhaftung als lebensrettende Maßnahme interpretieren, weil es aufgrund der ignoranten Drogenpolitik keine andere Alternative gab, um dem Tod noch mal von der Schippe zu springen.

Überbelegung

In der Auseinandersetzung um die Tötung des zu einer sechsmonatigen Freiheitsstrafe verurteilten Jugendlichen, wird zwar die Überbelegung der Strafanstalten beklagt, es werden aber nicht die Gründe dafür diskutiert. Sie sind aber bekannt: Im Frühjahr 2006 hatte die NRW-Justizministerin Müller-Piepenkötter erklärt, dass zwar in 2005 weniger Menschen zu Haftstrafen als 2004 verurteilt worden sind, aber dies hat nicht zu einem Abbau der Zahl der Gefangenen geführt, weil die Urteile härter geworden sind – es wurden mehr Gefangene zu längeren Strafen verurteilt. Diese Straflust (wie Verfassungsrichter Hassemer diese law-and-order-Haltung nennt) ist die Kehrseite des Abbaus des Sozialstaats. Die anderen Gründe für die Überbelegung der Gefängnisse sind die repressive Migrationspolitik und die repressive Drogenpolitik. Menschen mit Migrationshintergrund und drogenabhängige Menschen sind in den Gefängnissen überrepräsentiert.

Für eine nichtrepressive Drogenpolitik

Der junge Mann, der im Gefängnis vergewaltigt und zu Tode gequält wurde, war drogensüchtig. Deshalb kam es zur Beschaffungskriminalität und in ihrer Folge zur Inhaftierung. Hier in Köln hat der verstorbene Anstaltsleiter Jörn Foegen immer wieder betont, dass er Knastdirektor ist und kein Klinikchef, d.h. dass die Süchtigen aus seiner Sicht Kranke seien und nicht in das Gefängnis gehörten. Gäbe es eine andere Drogenpolitik könnte er ein Drittel aller Zellen dicht machen. Von den Polizeichefs aller Großstädte in NRW weiß man seit Jahren, dass sie sich eine andere Drogenpolitik wünschen, damit die Beschaffungskriminalität aufhört. Sie ist nicht repressiv zu stoppen.

Vergewaltigung

Es geht natürlich nicht nur um materielle Ungleichbehandlung und Bildungsbenachteiligung, sondern um Macht und Herrschaft. Der getötete Jugendliche ist vergewaltigt worden, und Vergewaltigungen sind in den traditionellen Männerwelten Gefängnis, Militär, Seefahrt usw. keine Seltenheiten. Vergewaltigte Männer spre-

chen über das, was ihnen angetan wurde, noch weniger als vergewaltigte Frauen. Und wie bei allen Vergewaltigungen geht es bei Vergewaltigungen unter Männern nicht um Sexualität, sondern um Machtausübung.

Tatort Zelle

Tatort bei diesem Tötungsdelikt war eine Zelle. Auch davon gibt es in unserer Gesellschaft keinen Begriff, weil es völlig undiskutiert ist, was es bedeutet, dass junge Menschen in einem Raum eingesperrt sind, der auch schon im Kaiserreich, in der Weimarer Zeit und im Nationalsozialismus dazu diente, junge Leute festzuhalten. Ein schwäbisches Sprichwort sagt, dass der Raum der dritte Lehrer ist und zwar nach den anderen Kindern und der Lehrerin bzw. dem Lehrer. In der bisherigen Diskussion um die Jugendstrafvollzugsgesetze wird der Raum – also hier die Zelle – in seiner Bedeutung als „Lehrer“ überhaupt nicht reflektiert. Allenfalls hört man Empfehlungen über die Zahl der maximalen Haftplätze in einer JVA oder die Größe von Wohngruppen.

Die JVA Köln-Ossendorf

In Köln sind die Jugendlichen in einem Hochsicherheitsgefängnis untergebracht, das in den 60er Jahren gebaut wurde – lange vor Inkrafttreten des Strafvollzugsgesetzes und lange vor der Debatte um die pädagogische und therapeutische Neugestaltung des Jugendvollzuges.

Die Diskussion um die Käfighaltung von Tieren ist heute weiter, als es damals die Überlegungen zur Unterbringung von Gefangenen waren.

Die JVA Ossendorf gehört abgerissen. Die Unterbringung in diesen Zellenhäusern ist nicht jugendgerecht und trägt dazu bei, dass sechzig bis achtzig Prozent der Jugendlichen rückfällig werden, dass sie brutalisiert werden. Das ist der „heimliche Lehrplan“ solcher Einrichtungen.

Es heißt in der Nr. 28 der Regeln der Vereinten Nationen für Jugendliche in Freiheitsentzug: „Dabei ist sicher zu stellen, dass Jugendliche vor schädlichen Einflüssen und gefährlichen Situationen geschützt werden.“

Gekürzter Text aus:

Neue Rheinische Zeitung vom 21.11.2006



Unser Protest-, Aktions- und Trauertag

Auch in diesem Jahr werden wir am 21. Juli unseren verstorbenen Freunden und Partnern gedenken. Wir werden unseren Gedenktag aber auch wieder nutzen um uns gesundheitspolitisch zu positionieren und unsere Vorstellungen einer Drogenpolitik kundzutun die den Mensch in den Mittelpunkt stellt und von Humanität geprägt ist.

Der Gedenktag hat sich durch die Mitwirkungen vieler dutzend Einrichtungen und Organisationen und vieler hundert Teilnehmern zu dem größten und bedeuteten Aktionstag für DrogengebraucherInnen in Deutschland entwickelt.

Dies ist aber auch eine Verpflichtung. Der Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit, das bundesweite JES-Netzwerk sowie die Deutsche AIDS Hilfe als Veranstalter dieses Tages benötigen wieder euer Engagement und euren Ideenreichtum vor Ort.

Was alles möglich ist zeigten uns z. B. die KollegInnen in Frankfurt und Stuttgart im letzten Jahr.

Die Installation einer Gedenktafel für verstorbene Drogengebraucher in der Frankfurter Taunusanlage sorgte für ein

Höchstmass an Öffentlichkeit. So haben in Frankfurt Drogengebraucher und An- und Zugehörige nun jeden Tag einen stillen Ort um zu Trauern und zu Gedenken.

In Stuttgart hat sich großes Aktionsbündnis anlässlich des Gedenktages gegründet und plant die Veranstaltungsform gemeinschaftlich. Die Teilnahme der Bundesdrogenbeauftragten Frau Sabine Bätzing im letzten Jahr ist auch beleg dafür welche Wirkung organisationsübergreifende Aktionsbündnisse haben können.

Es zählen aber nicht nur die großen Aktionen, der Gedenktag zeichnet sich durch die Vielfalt eurer Veranstaltungen und Aktionen aus.

In den nächsten Wochen werden wir euch das diesjährige bundesweite Thema und Motto des Gedenktages mitteilen.

Wie bereits in den letzten Jahren besteht die Möglichkeit Plakate zum Gedenktag kostenlos zu bestellen um eure Aktion entsprechend ankündigen zu können.

Dirk Schäffer, Referent für Drogen und Strafvollzug; Jürgen Heimchen, Vors. BV Eltern und Angehörige; Marco Jesse, JES-Bundessprecher

SUBOXONE – keine Angst vor neuen Informationen zum neuen Medikament zur Substitution

Bereits in der letzten Ausgabe des DROGENKURIER haben wir über das neue Medikament zur Substitution mit dem Namen „SUBOXONE“ informiert.

Uns haben dennoch oder gerade deshalb viele Fragen zu den Wirkungsweisen (insbesondere im Unterschied zu SUBUTEX) erreicht.

In den nachfolgenden Szenarien werden wir daher die Wirkungsweisen von SUBOXONE unter verschiedenen Bedingungen schildern und so versuchen viele Fragen zu beantworten.

Diese Szenarien stellen idealisierte Fallbeschreibungen dar.

Im wirklichen Leben wird die Reaktion auf die Verwendung von SUBOXONE, wie in den Fallbeispielen dargestellt, durch eine Vielzahl von Faktoren (Dosis, gesundheitlicher Zustand uvm.) beeinflusst.

Dennoch bieten die nachfolgenden Szenarien gute Anhaltspunkte um auf Fragen wie: „was passiert wann, warum und mit welchem Medikament“ eine Antwort zu geben.

Szenario 1

Eine Person ist opiatabhängig, sie wird **nicht substituiert**. Vor mehreren Stunden hat sie sich Heroin injiziert. Jetzt befindet sie sich in einer leichten Entzugssymptomatik. Zu diesem Zeitpunkt nimmt sie SUBOXONE® ordnungsgemäß sublingual ein.

Das passiert!

- Der Patient verspürt eine deutliche Verbesserung seiner Entzugssymptomatik
- SUBOXONE® wurde in diesem Fall ordnungsgemäß sublingual eingenommen

Das in SUBOXONE® enthaltene Naloxon kommt somit nicht zur Wirkung. Es kann demzufolge auch auf einen erneuten Opiatkonsum keinen blockierenden Effekt ausüben.

Szenario 2

Eine opiatabhängige Person befindet sich **nicht** in einer Substitutionstherapie. Wenige Stunden nach der letzten Heroininjektion **injiziert oder schnieft diese Person, ohne zuvor Entzugerscheinungen zu haben, SUBOXONE®**.

Das passiert!

- Dieser Person wird es sehr schnell schlechter gehen
- Sehr schnell wird das in SUBOXONE® enthaltene Naloxon das Heroin antagonisieren und Entzugerscheinungen auslösen

Das in SUBOXONE® enthaltene Buprenorphin wird ebenfalls das Heroin verdrängen und die Entzugssymptomatik mit unterhalten.

Szenario 3

Ein/e Patient/in wird mit SUBOXONE® therapiert. Sie/Er erhält täglich in der Praxis eine Dosis SUBOXONE®. Dennoch spritzt sie/er sich Heroin.

Das passiert!

- Die Wirkung des Heroins wird deutlich reduziert
- In Abhängigkeit von der täglich eingenommenen SUBOXONE® Dosis sind 80–90% der Opioidrezeptoren durch Buprenorphin besetzt

In diesem Fall hätte Heroin nahezu keinen Effekt.

Szenario 4

Ein Patient wird mit **Methadon substituiert**. Er hat derzeit keine Entzugssymptome und **injiziert oder schnieft jetzt SUBOXONE®**.

Das passiert!

- Das in SUBOXONE® enthaltene Naloxon wird das Methadon rasch antagonisieren und Entzugerscheinungen bei dem Patienten auslösen
- Das in SUBOXONE® enthaltene Buprenorphin wird ebenfalls das Methadon verdrängen und die Entzugssymptomatik mit unterhalten

Szenario 5

Eine opiatabhängige Person befindet sich nicht in einer Substitutionstherapie. Wenige Stunden nach der letzten Heroininjektion nimmt diese Person, ohne Entzugerscheinungen zu haben, SUBOXONE® ordnungsgemäß sublingual ein.

Das passiert!

- Dieser Person wird es in einigen Minuten schlechter gehen
- Das in SUBOXONE® enthaltene Buprenorphin wird das noch an den Rezeptoren gebundene Heroin verdrängen
- Dadurch werden bei dieser Person Entzugerscheinungen ausgelöst. Eine Nachinjektion von Heroin wird erfolglos bleiben



Substituten

Szenario 6

Eine Patientin wird stabil mit 16 mg SUBUTEX® therapiert. Jetzt möchte sie zu einer Therapie mit SUBOXONE® wechseln. Sie nimmt die gleiche Dosis SUBOXONE® sublingual ein.

Das passiert!

- Das in SUBOXONE® befindliche Buprenorphin wirkt wie SUBUTEX®
- Die Patientin bleibt stabil, es treten keine Entzugserscheinungen auf

SUBOXONE in Kürze

- Ordnungsgemäß sublingual (unter der Zunge) angewandt wirkt SUBOXONE genau wie SUBUTEX.
- Missbräuchlich angewandt (intravenös oder nasal) kommt es zu Entzugserscheinungen und danach setzt die Wirkung von Buprenorphin ein.
- Je höher die injizierte Dosis SUBOXONE, um so stärker sind die Entzugserscheinungen.
- Medikamente zur Substitution werden wie andere Dinge auch auf dem Schwarzmarkt gehandelt. Neben den bekannten Medikamenten wird dies auch für dieses neue Präparat gelten.
- Da der nicht bestimmungsgemäße Konsum von SUBOXONE zu Entzugserscheinungen führen kann ist es wichtig das Medikament zu erkennen. Auf dem linken Bild seht ihr, dass das neue Substitut SUBOXONE ein Sechseck (Hexagon) ist während SUBUTEX eine ovale Form hat.

Dirk Schäffer

WAS VERDIENEN POLIZEI-SPITZEL?

Was verdient ein Spitzel, wenn er Drogendealer verpfeift? Oder Waffenhändler? Gibt es Vorschüsse? In einer geheimen „Tarifordnung“ für V-Männer, die stern.de vorliegt, hat das Bundeskriminalamt die Bezahlung penibel geregelt.

Jahrelang hatte Karlheinz Bernhardt* gute Arbeit geleistet. Hatte immer wieder ausgedient, wo größere Mengen harter Drogen verkauft werden sollten, die Deals dann verpiffen – und dafür kassiert. Im Schnitt rund 1.500 Euro pro Kilogramm des sichergestellten Stoffs.

Karlheinz Bernhardt war als Vertrauensperson (VP) für das Zollfahndungsamt Berlin-Brandenburg tätig. Einer von zahlreichen Zuträgern, mit denen Zoll und Polizei in der Unterwelt zusammenarbeiten. Wenn es um Rauschgift geht, Waffen, Sprengstoff oder Falschgeld, sind die Sicherheitsbehörden auf derlei Kontakte geradezu angewiesen. Gehalten werden sie über spezielle VP-Führer, die ihre V-Leute meist in konspirativen Wohnungen treffen und sie nach erfolgreichem Einsatz auch bezahlen.

NACH DER ENTTARNUNG KLAGT DER SPITZEL

Für seinen letzten VP-Job – die Einfädelung eines Scheingeschäftes mit angeblich 50 Kilo Kokain im Winter 2003/2004 – bekam Karlheinz Bernhardt jedoch keinen einzigen Cent. Obwohl mehrere Täter festgenommen und insgesamt 33 Kilo Kokain sichergestellt werden konnten. Schlimmer noch: Weil sich in diesem Ermittlungskomplex offenbar Zollfahndung und Landeskriminalamt in die Quere gekommen waren, geriet V-Mann Bernhardt zwischen die Fronten – und wurde enttarnt.

Das ließ sich Bernhardt nicht bieten und klagt nun gegen die Bundesrepublik Deutschland auf Zahlung von 49.500 Euro VP-Lohn. Das Verwaltungsgericht Berlin bewertete die Rechtsqualität dieses Zahlungsanspruchs nicht anders „als die des Entlohnungsan-

spruchs, der einem von der Polizei beauftragten Abschlepphelfer oder einem anderen Verwaltungshelfer zusteht“ – und verwies den Rechtsstreit an das Landgericht, das demnächst entscheiden wird. Dort beantragte der Ex-V-Mann schon mal vorsorglich, seinen ehemaligen Auftraggeber aufzufordern, dem Gericht eine ominöse Liste vorzulegen, auf die sich sein „Vergütungsanspruch in Höhe von 1500 Euro pro Kilogramm Kokain“ stütze.

Von Werner Mathes



© Picture-Alliance

DER SPIEGEL

KOKAIN? PRO KILO ERHÄLT EIN SPITZEL LAUT BKA-„TARIFORDNUNG“ € 1.540, AB ZEHN KILO € 1.030 UND AB 20 KILO € 260

Inoffizielle BKA-„Tarifordnung“ für V-Männer – stern.de liegt die Liste vor.

„Allgemeine Grundsätze zur Bezahlung von V-Personen und Informanten“ heißt das 25-seitige vertrauliche Papier mit dem Signet des Bundeskriminalamtes (BKA). Es ist „speziell für den planmäßigen und zielorientierten Einsatz von V-Personen (VP) und für die Inanspruchnahme von Informanten“ entwickelt worden. Denn: „Die Motivation zur Zusammenarbeit mit der Polizei beruht bei VP und Informanten überwiegend auf der Erwartung einer Entlohnung.“ Deshalb mussten „finanzielle Anreize“ geschaffen werden, „da der Rückgriff auf VP und Informanten oft kosten-

* Name geändert

günstiger ist als der Einsatz sonstiger Instrumentarien“.

Die „Richtwerte“ für V-Leute in der Drogenszene werden nach den aktuellen Groß- und Zwischenhändlerpreisen für die einzelnen Gifte ermittelt. Bei der Sicherstellung kleiner Mengen erhalten V-Personen zum Beispiel 1,50 Euro für jeweils fünf Ecstasy-Tabletten oder jeweils zehn LSD-Trips, 13 Cent pro Gramm Haschisch und 39 Cent pro Gramm Kokain oder Heroin. Geht es um Rauschgift im Kilo-Bereich, gelten folgende Tarife: 130 Euro pro Kilo Haschisch (ab 20 Kilo: 78 Euro), 1540 Euro pro Kilo Heroin oder Kokain (ab zehn Kilo: 1.030 Euro, ab 20 Kilo: 260 Euro). Wer ein illegales Rauschgift-Labor aufdeckt, erhält eine Sonderprämie „von bis zu 1.540 Euro“.

382,50 EURO FÜR EIN MASCHINGEWEHR

In der Waffen- und Sprengstoffkriminalität basiert die Entlohnung auf den Preisen „am illegalen Waffenmarkt“. Für ein Maschinengewehr (Marktpreis: 1275 Euro) zum Beispiel gibt es 382,50 Euro (30 Prozent des Marktpreises). Fliegt heiße Ware im Wert von 5.000 bis 25.000 Euro auf, zahlt man nur noch 25 Prozent davon. Bei Falschgeld-Delikten hingegen geht es nicht nur um die Menge der sichergestellten Fälskate, sondern vor allem auch um die Qualität der Fälschung. Für die Sicherstellung von Falschgeld im Nennwert von 5.000 Euro etwa beträgt der VP-„Tarif“ mindestens 512 Euro. Für zwei Millionen Nennwert bekommt der V-Mann bis zu 30.000 Euro (1,5 Prozent).

Das BKA-Papier regelt zudem eine Vielzahl von Verfahrensfragen. So sind Teilzahlungen „nach Erfüllung von Teilaufträgen“ möglich, „Vorschüsse sollen nicht gezahlt werden“. Versteht sich von selbst: „Die VP/der Informant ist über eine mögliche Anzeigepflicht gegenüber den Arbeits- und Sozialämtern zu belehren“.

PS: Nach dem VP-„Tarifvertrag“ stünden dem Berliner V-Mann Karlheinz Bernhardt für die 33 Kilo Kokain nicht 49.500 Euro zu, sondern nur 26.480 Euro. Aber auch dafür muss eine alte Frau lange stricken.

Spiegel.de 22.01.2007



SCHON EINMALIGER KONSUM HARTER DROGEN RECHTFERTIGT IN ALLER REGEL DIE ENTZIEHUNG DER FAHRERLAUBNIS

Der 16. Senat des OVG hat mit Beschluss die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes abgelehnt, den ein Mann aus Dortmund (Antragsteller) gegen die vom Oberbürgermeister der Stadt Dortmund (Antragsgegner) als Straßenverkehrsbehörde verfügte Entziehung der Fahrerlaubnis beantragte hatte.

Der 1969 geborene Antragsteller, der bereits seit 1993 nicht mehr im Besitz einer deutschen Fahrerlaubnis ist, geriet am 30.07.2006 als Fahrer eines Kraftfahrzeugs in eine Polizeikontrolle. Weil der Antragsteller, der eine tschechische, im Februar 2006 ausgestellte Fahrerlaubnis vorwies, offensichtlich unter der Wirkung eines berauschenden Mittels stand, wurde eine Blutprobe entnommen, deren rechtsmedizinische Untersuchung 90 ng/ml Kokain und mehr als 1000 ng/ml Cocainmetabolit ergab.

Mit Bescheid vom 14.12.2006 entzog der Antragsgegner dem Antragsteller mit sofortiger Wirkung die Fahrerlaubnis mit der Folge, dass er nicht mehr berechtigt sei, die tschechische Fahrerlaubnis in Deutschland zu gebrauchen, und forderte ihn auf, innerhalb von drei Tagen den tschechischen Führerschein für eine entsprechende Eintragung vorzulegen. Dagegen erhob der Antragsteller Widerspruch und beantragte beim VG Gelsenkirchen die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs. Diesen Antrag lehnte das VG Gelsenkirchen ab.

Die dagegen vom Antragsteller erhobene Beschwerde hat das OVG zurückgewiesen.

Bereits der einmalige Konsum von Betäubungsmitteln im Sinne des BtMG – aufgenommen Cannabis – (harte Drogen) schließt in aller Regel nach dem einschlägigen Fahrer-

laubnisrecht die Kraftfahreignung aus. Dass sei auch die Auffassung der Mehrzahl der anderen Oberverwaltungsgerichte. Anhaltspunkte dafür, dass der Antragsteller die Kraftfahreignung zwischenzeitlich wiedererlangt haben könne, bestünden nicht. Insoweit seien eine nachgewiesene mindestens einjährige Abstinenz sowie die Beibringung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens erforderlich. Der Antragsteller habe zwar verschiedene Ergebnisse von Drogenscreenings vorgelegt, die sein Hausarzt durchgeführt habe. Solchen auf Eigeninitiative des Betroffenen durchgeführten Drogenscreenings fehle aber in der Regel die erforderliche Aussagekraft, weil der Betroffene sich gegebenenfalls bei fortbestehendem Drogenkonsum einen ihm günstig erscheinenden Untersuchungstermin ausgesucht haben könne. Eine aussagekräftige Untersuchung setze vielmehr voraus, dass sie zu einem für den Betroffenen nicht vorhersehbaren Zeitpunkt erfolge, er also z. B. kurzfristig und unvorhersehbar von der Behörde zur Untersuchung aufgefordert werde.

Der Beschluss des OVG ist unanfechtbar. Die Entscheidung in einem möglichen Hauptsacheverfahren steht allerdings noch aus.

Beschluss des OVG Nordrhein-Westfalen vom 06.03.2007 – Az16 B 332/07

WIENER ZEITUNG .at

WIENER ÖVP SAGT VORSICHTIG JA ZU DROGEN-KONSUMRÄUMEN

Wien. Seit 30 Jahren fungiert die Opernpassage als Treff für Drogenkonsumenten, Betrunkene und Obdachlose. Die Vertreibung der Szene aus dem benachbarten Resselpark (Schutzzone) und der U-Bahn-Station Kettenbrückengasse haben die Situation im Untergrund verschärft.

Nun legt die ÖVP-Wien ein Maßnahmenkonzept zur Sanierung der Passage vor. Darin kommt erstmals der Begriff „Drogen-Konsumraum“ vor.



Substitutionstherapie und Hepatitis C-Behandlung

Therapiekompetenz
in einmaliger Kombination
für Patient und Therapeut

„Primär wichtig ist die Schaffung eines betreuten Sozialraumes, damit wir diese Leute aus dem Geschäftsbereich wegbekommen“, betont die Drogensprecherin der ÖVP-Wien, Karin Praniess-Kastner.

Ob in diesem Raum auch der Drogenkonsum gestattet werden soll, will man von Experten klären lassen: „Es gibt internationale Vorbilder wie etwa Zürich, wo das gut funktioniert“, sagt Praniess-Kastner.

Erfahrungen anderer Städte würden auch zeigen, dass die Verlagerung solcher Räume in die Einöde nichts bringe: „Wir haben ein örtliches Problem, das wir auch hier lösen müssen“.

Die Reaktionen auf den ÖVP-Vorstoß sind unterschiedlich: So begrüßen Fachleute wie der ärztliche Leiter der Drogenberatungsstelle Ganslwirt, „jede Aktivität, die hilft, Abhängige aus der sozialen Isolation zu führen“. Legale Drogen-Konsumräume seien ein wichtiger Schritt, Abhängige aus Toiletten und Parks mit allen negativen Folgen wegzubekommen.

Seitens der Sozialsprecherin der Wiener Grünen, Heidi Cammerlander, erhält die ÖVP Beifall in Sachen Konsumräume, Ablehnung aller vorgeschlagenen repressiven Maßnahmen und die Einladung zur Erarbeitung eines gemeinsamen Drogenkonzeptes.

Die stellvertretende SPÖ-Bezirksvorsteherin des 1. Bezirkes Daniela Stepp hingegen spricht von „Panikmache der ÖVP, die völlig fehl am Platz ist“.

Wiener Zeitung 05. 03. 2007 (gekürzter Text)



HCV-THERAPIE OFT IM ZWEITEN ANLAUF ERFOLGREICH

Nach Rückfall oder Versagen der Ersttherapie lassen sich bei einem Fünftel der Patienten die Viren doch eliminieren

HANNOVER ■ Bei Patienten mit chronischer Hepatitis C, die auf eine Interferon-basierte

Primärtherapie nicht angesprochen haben, verläuft eine Weiterbehandlung mit peg-Interferon alfa-2b und Ribavirin oft erfolgreich.

Das belegen die Zwischenergebnisse der EPIC3-Studie (Evaluation of PegIntron in Control of Hepatitis C Cirrhosis). Ausgewertet wurden die Ergebnisse der ersten 575 Patienten mit Hepatitis-C-Virusinfektion (HCV). Sie erhielten in dieser Studie pegyliertes Interferon-alfa-2b (PegIntron®) plus Ribavirin (Rebetol®). Die Dosis richtete sich dabei nach dem Gewicht. „Alle Patienten hatten bereits eine Standardtherapie auf Basis von Interferon hinter sich, die aber wirkungslos gewesen war oder einen Rückfall nicht verhindert hatte“, erläuterte Kaiser.

JEDER FÜNFTHE PATIENT WIRD DURCH DIE THERAPIE VIRUSFREI

Diese Patienten wurden für 48 Wochen mit den beiden Wirkstoffen behandelt. Bei immerhin noch 21 Prozent kam es zu einem anhaltenden Behandlungserfolg. Das heißt: Sechs Monate nach Therapie-Ende waren keine Viren nachweisbar. „Im Prinzip bedeutet das Heilung für ein Fünftel der Patienten“, sagte Kaiser.

Die Chance auf eine anhaltende Remission war am größten bei Patienten mit den HCV-Genotypen 2 und 3 (56 versus 16 Prozent bei Genotyp 1). Gute Aussichten bestehen außerdem bei Patienten, die ursprünglich erfolgreich behandelt worden waren, aber einen Rückfall erlitten hatten (39 versus 15 Prozent bei Non-Respondern).

FRÜHES ANSPRECHEN ERHÖHT DIE CHANCE AUF VIRUSELIMINATION

Außerdem lässt sich offenbar bereits nach zwölf Wochen abschätzen, wie erfolgreich die weitere Therapie sein wird. „Der schnelle Rückgang der Virusmenge ist ein guter Prädiktor für einen langfristigen Behandlungserfolg“, sagte Kaiser. Dabei ist es offenbar unerheblich, ob es sich bei den Früh-Respondern um Patienten handelt, die auf Vortherapie nicht angesprochen haben oder um solche nach Rückfall.

Ärztezeitung 12. 01. 2007

INTENSIV-THERAPIE LOHNT BEI INFektion MIT HIV/HCV

GLASGOW ■ Patienten mit einer HIV/HCV-Doppelinfection profitieren von einer erhöhten Ribavirin-Dosis und einer verlängerten Therapie. Damit werden Ansprechraten wie bei einer HCV-Monoinfektion erreicht.

Das hat Professor Jürgen Rockstroh aus Bonn beim internationalen HIV-Kongress in Glasgow berichtet. In einer Studie erhielten knapp 400 Patienten mit HIV/HCV-Koinfektion statt täglich 800 mg insgesamt 1000 bis 1200 mg Ribavirin. Dazu erhielten sie wöchentlich 180 µg pegyliertes Interferon (pegIFN).

In der Studie wurden die Erfolge einer Therapie üblicher Dauer und einer längeren Therapie verglichen. Es waren 48 Wochen im Vergleich zu 72 Wochen bei 45 schwerer zu behandelnden Patienten mit Genotyp-1- oder Genotyp-4-Infektionen.

Insgesamt war bei fast 50 Prozent der Patienten sechs Monate nach Ende der Therapie keine HCV-RNA nachzuweisen. Die Ansprechraten waren bei Patienten mit Genotypen 2 oder 3 signifikant höher als mit Genotypen 1 oder 4 (etwa 72 Prozent versus 35 Prozent).

Eine längere im Vergleich zu einer kürzeren Therapie wirkte sich positiv aus: Bei Patienten, die mit den Genotypen 1 oder 4 infiziert waren, betrug die Ansprechraten 53 Prozent versus 31 Prozent. Bei Patienten, die mit den Genotypen 2 oder 3 infiziert waren, waren es 83 Prozent versus 67 Prozent.

Einfach lesens- und sehenswert

Informationen zu risikominierten Konsumformen haben mittlerweile eine lange Tradition. Viele werden sicher die Broschüre „Safer use – Risiken minimieren beim Drogenkonsum“ kennen.

Aufgrund vieler Aktualisierungen in den letzten Jahren, hat dieses Medium einen Textumfang der nicht mehr alle DrogengebraucherInnen anspricht.

Aufgrund vieler Rückmeldungen aus der Vor-Ort-Arbeit haben wir uns entschlossen ein alternatives Medium zu erarbeiten, dass sich durch einen wesentlich geringeren Textumfang auszeichnet aber dennoch alle wichtigen Infos beinhaltet.

Um auch die große Community der russisch- und türkischsprachigen DrogengebraucherInnen anzusprechen, haben wir den Flyer in die entsprechenden Sprachen übersetzt.

Die Faltblätter können ab sofort bei der Deutschen AIDS Hilfe kostenfrei bestellt werden.

Party, Drugs & HIV – Die neue Internetseite www.hiv-drogen.de

Da Menschen mit HIV beim Drogenkonsum ein höheres Gesundheitsrisiko vor allem dann haben, wenn sie antiretrovirale (= gegen HIV gerichtete) Medikamente einnehmen, informiert diese neue Internetseite über mögliche Wechselwirkungen mit antiretroviralen Medikamenten und mit anderen Drogen.

Die Seite ist aber auch für jene Menschen empfehlenswert die bereits illegalisierte Substanzen konsumieren oder sich über dieses Thema informieren wollen

So informiert die Seite über Wirkungen, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen der gängigen Substanzen einschließlich Benzodiazepine, Opiate und Potenzpillen.

Tipps um Risiken des Drogengebrauchs zu minimieren dürfen natürlich nicht fehlen.



+++++GBL/GHB Flyer+++++

Check up das schwule Präventionsprojekt der Aids Hilfe Köln hat in Zusammenarbeit der Drogenhilfe Köln (Partypack.de) einen sehr interessanten Flyer zu den Wirkungsweisen und Risiken von GBL und GHB realisiert. Der Flyer steht zum Download auf den jeweiligen Internetseite bereit.

Deutsche
AIDS Hilfe e.V.

Party Drugs HIV





wie Junkie

Als Junkie (von engl. junk = Müll, Abfall) bezeichnet man in der Umgangssprache einen Menschen, der im fortgeschrittenen Stadium drogenabhängig ist. Der Begriff „Junkie“ entstand Anfang des 20. Jahrhunderts in den USA. Der Junkie bezeichnet einen Menschen, in diesem Falle vorwiegend den Morphinisten, der das Geld für sein Morphinium mit dem Sammeln von Trödel (Junk) Verkauf erwarb.

Das typische Erscheinungsbild eines Junkies ist geprägt von starker Gewichtsabnahme, oft begleitet von Verwahrlosung des äußeren Erscheinungsbildes und der inneren Gefühls- und Gedankenwelt, was auf der permanenten Belastung durch die Drogen beruht, da diese ausnahmslos immer die Physis und gleichzeitig die Psyche beeinflussen.



Das 1989 gegründete bundesweite JES-Netzwerk entschied sich ganz bewusst den Begriff „Junkie“ in seinen Namenszug aufzunehmen. Das „J“ steht für Junkie und damit als Symbol für eine durch die Prohibition erzeugte Lebenssituation, die geprägt ist durch Szeneleben, Illegalität, somit häufig durch Kriminalität, Armut, Obdachlosigkeit, Verlustängste, Prostitution, Gesundheitsgefährdung, aber oft auch durch Genuss, Zusammengehörigkeit und Abenteuer.

Der Begriff Junkie wird jedoch auch häufig zweckentfremdet, um auch außerhalb

des Drogenkonsums andere, sonstig existierende besondere Hingaben oder Abhängigkeitszustände zu bestimmten Dingen oder Verhaltensweisen zu beschreiben. Ein geläufiges Beispiel aus dem Alltag dürften in dieser Hinsicht der „Computer-Junkie“ oder auch der „Internet-Junkie“ sowie der „Kaffee-Junkie“ sein.



wie Ketamin

Ketamin wurde erstmals 1962 von dem amerikanischen Pharmakologen Calvin Stevens an den Parke Davis Laboratorien synthetisiert.

Ketamin ist ein Arzneimittel, das in der Human- und Tiermedizin, bei der Schmerzbehandlung (Analgesie) und zur Narkose und zur Behandlung des Asthma eingesetzt wird. Ketamin nimmt durch die Auslösung einer so genannten „dissoziativen Analgesie“ eine Ausnahmestellung gegenüber anderen Analgetika und Narkotika ein. Dissoziative Anästhesie meint die Erzeugung von Schlaf und Schmerzfremheit unter weitgehender Erhaltung der Reflextätigkeit, insbesondere der Schutzreflexe.

Ketamin ist in Deutschland u. a. unter dem Namen Ketanest® S (als Esketamin) und unter generischer Bezeichnung im Handel. Es ist verschreibungspflichtig, unterliegt jedoch nicht dem Betäubungsmittelgesetz..

Auf Grund seiner bewusstseinsverändernden Wirkung ist Ketamin in vielen europäischen Ländern auch als Partydroge bekannt (Szenenamen: K, Kate, Ket, Kitty, Special K steht für ein Kokain-Ketamin-Gemisch, Vitamin K, Fiction, Keta mit Peta). Seine Nebenwirkungen wie das relativ häufige Auftreten von so genannten Horrortrips schränken bei vielen Benutzern seine Beliebtheit ein, bei einigen ist die Beliebtheit gerade darin begründet.

Reines Ketamin ist ein kristallines, weißes, geruchloses Pulver mit leicht bittermetallischem Geschmack.

Als medizinisches Anästhetikum (Betäubungsmittel) wird es als klare, salzwässrige Lösung zur Injektion verabreicht. Ketamin kann nasal, oral, intravenös sowie intramuskulär eingenommen werden.

In Großbritannien hat der zunehmende Gebrauch von Ketamin als Droge die Regierung veranlasst, das Medikament ab Januar 2006 als Droge der Klasse C einzustufen. Der private Besitz wird dort somit strafbar und kann mit bis zu zwei Jahren Haft, der Handel mit bis zu 14 Jahren Haft bestraft werden.

In anderen Ländern wurden bisher keine Strafen für Handel oder Besitz von Ketamin verhängt. Mittlerweile wird es allerdings auch in Ländern, in denen es bisher frei erhältlich war (z. B. Indien), unter Restriktion gestellt.

Ketamin ist keine klassische Party- oder Tanzdroge! Vor allem bei höherer Dosierung ist wegen der Verletzungsgefahr auf Parties vom Gebrauch abzuraten.

Der Konsum von Ketamin zusammen mit z. B. Alkohol, Heroin, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, GHB oder anderen die Atmung beeinträchtigen legalen und illegalen Drogen birgt lebensbedrohliche Gefahren. Dieser Mischkonsum kann zu Ohnmacht, Atemdepressionen und Atemstillstand, in Extremfällen zum Tod führen.

Je nach Dosis besteht die Gefahr, „zusammenzusacken“ bzw. umzufallen und sich dabei zu verletzen – ohne es zu bemerken.



wie Laudanum

Der Begriff Laudanum auch Tinctura opii genannt, geht auf seinen Erfinder, den Arzt und Naturforscher Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493–1541), besser bekannt als Paracelsus, zurück. Er glaubte, mit dem Laudanum ein Allheilmittel erfunden zu haben, und nannte seine Tinktur daher auch „Stein der Unsterblichkeit“. Seine Hauptbestandteile waren zu etwa 90 % Alkohol (Wein) sowie Opium zu

etwa 10%. Hin und wieder wurde auch Bilsenkraut, ein Nachtschattengewäch hinzugefügt, aber nur in sehr geringen Mengen, da das Kraut wie die meisten Nachtschattengewächse hoch giftig ist und schon in geringen Mengen tödlich ist. Es hat eine berauschende Wirkung, auf den menschlichen Körper und kann Fieber senken (ähnlich wie Engeltrompete, ebenfalls ein Nachtschattengewächs).

Die Wortherkunft ist nicht eindeutig geklärt. Viele Quellen verweisen auf lateinisch *ladanum* – die Bezeichnung für das Harz der Zistrose. Lateinisch *laudare* bedeutet wiederum „loben“. Möglicherweise hat Paracelsus bei der Namensgebung diese beiden Bedeutungen zu einem Begriff zusammengezogen.

Seit seiner Erfindung um das Jahr 1500 fand das Laudanum in Europa eine große Verbreitung. Während der nächsten Jahrhunderte erfreute es sich als Universaltoxikum und Wunderdroge einer großen Beliebtheit. Seine herausragende Eigenschaft bestand allerdings nicht in einer lebensverlängernden, sondern vielmehr in seiner schmerzstillenden und beruhigenden Wirkung. Sogar Kindern wurde die verdünnte Tinktur bedenkenlos zur Ruhigstellung eingegeben.

Laudanum war frei verkäuflich und günstig, daher war es in allen Gesellschaftsschichten Europas sehr populär. Seine Verbreitung im 18. und 19. Jahrhundert lässt sich in etwa mit der des Aspirins in der heutigen Zeit vergleichen. Eine Zeitlang fand der Begriff auch als Synonym für Schmerzmittel allgemein Verwendung.

In Schriftstellerkreisen kam das Laudanum teilweise zur Anregung der kreativen Fähigkeiten in Mode; der Dauergebrauch der Tinktur schien jedoch die eigene Kreativität eher auszulöschen. Zu den bekanntesten bekennenden Laudanumkonsumenten gehören u. a. der englische Lyriker Samuel Taylor Coleridge (1772–1834) sowie der Schriftsteller Thomas de Quincey (1785–1859). Beide sahen sich Zeit ihres Lebens einer starken Abhängigkeit ausgesetzt.

Dirk Schäffer

JES etabliert sich in Berlin

Über viele Jahre gab es in Berlin eine engagierte und starke JES-Gruppe. Geprägt durch Kreativität mietete man sich aus eigenen Mitteln einen kleinen Raum in einem Kopieshop an um ein eigenes Büro einzurichten.

Wie oft im Netzwerk JES zu beobachten hing die Arbeit an einzelnen Personen. Als einige der Hauptakteure in andere Städte gingen, gesundheitsbedingt ihre Mitarbeit beenden mussten, dauerte es nicht lange bis die gesamte Gruppe zerbrach.

Trotz einiger viel versprechender Intermezzi, (so waren Drogengebraucher maßgeblich in der Initiative *Druckräume* jetzt engagiert die dazu beitrug, dass in Berlin zwei Drogenkonsumräume eingerichtet wurden), gab es lange keine kontinuierlich arbeitende JES-Gruppe in Berlin.

Seit Mitte des letzten Jahres gibt es wieder Grund zur Hoffnung. Nach einigen Infoveranstaltungen in Einrichtungen der Drogenhilfe und einer erfolgreichen Suche nach Räumlichkeiten, trifft sich nun kontinuierlich ein kleiner Kreis von 4–6 Drogengebrauchern alle 14 Tage in den Räumen des „Druckausgleichs“ in der Anzengruberstraße.

Besonders zu erwähnen ist, dass 2 Mitglieder der JES-Gruppe derzeit noch inhaftiert sind und für die Gruppentreffen Ausgang erhalten.

Wie in anderen Städten auch ist es in Berlin auch ein mühsames Geschäft DrogengebraucherInnen für Selbsthilfe zu motivieren. Es ist mühsam aber nicht hoffnungslos wie man sieht. Um das notwendige Geld für Briefmarken, Papier, Stifte usw. zu erhalten erfolgte ein erster Antrag bei der Krankenkasse.

Der Antrag war erfolgreich und JES-Berlin verfügt nun über alles Erforderliche um die Kommunikation per Mail, dem Postweg sowie via Telefon zu gewährleisten.

Die Mittel der Krankenkasse ermöglichten die Realisierung eines Flyers, der in den Berliner Drogen ausliegt.

Gerade auf der Vor-Ort Ebene zeigen sich die Krankenkassen JES zugewandt. (Die Anträge sind kurz und leicht auszufüllen)

Die Berliner JES-Gruppe würde sich freuen wenn noch der/die ein oder andere hinzustoßen würde und die JES-Gruppe verstärkt.

Warum berichten wir im DROGENKURIER über die Ereignisse in Berlin die nun nicht weltbewegend sind. Es gilt euch, die ihr in vielen anderen Städten in Deutschland bemüht seit eine JES-Gruppe zu gründen zu zeigen das es sich lohnt.

Organisiert in eurer Drogen oder Aidshilfe eine Infoveranstaltung und erzählt etwas über JES.

Wir haben die SozialarbeiterInnen als Multiplikatoren genutzt. Sie haben ihre Klienten angesprochen und gebeten zur Infoveranstaltung zu kommen. Wenn es beim ersten Mal nicht klappt macht einen zweiten Versuch.

Also gebt nicht auf wir machen auch weiter!!!

Claudia und Martina



Die „Drogensituation“ in Deutschland ...

... oder was wird wie und in welcher Qualität konsumiert

Der REITOX-Bericht für Deutschland für das Berichtsjahr 2005 folgt den Richtlinien der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und berücksichtigt die Rückmeldungen des Qualitätsberichts zu den bisherigen Berichten.

Der DROGENKURIER stellt aus diesem 140 seitigen Bericht einige Bereiche vor, die ansonsten weniger im Fokus stehen und vorgestellt werden

Der Gesamtbericht für Deutschland ist unter www.dbdd.de zu finden.

Wie viele Heroinkonsumenten gibt es in Deutschland?

Die europäische Beobachtungsstelle hat eine Reihe von Verfahren zur Schätzung der Prävalenz problematischen Drogenkonsums auf nationaler Ebene zusammengetragen und weiterentwickelt. Die Auswahl der Zielgruppen dieser Verfahren basiert auf der Definition problematischen Drogenkonsums als „intravenösem oder lang andauerndem/regelmäßigem Konsum von Opiaten, Kokain oder Amphetaminen“ (EMCDDA 2003). Da bei den Zahlen aus dem Polizeibereich in Deutschland Doppelzählungen bei Berücksichtigung mehrerer Substanzen nicht zu vermeiden gewesen wären, und da valide Schätzungen der Mortalität nur für Heroinklienten vorliegen, wurde die Prävalenzschätzung für Deutschland auf die Zielgruppe der Heroinkonsumenten beschränkt.

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 78.000 und 195.000 Personen.

Tabelle: Schätzung der Prävalenz problematischen Opiatkonsums von 1995 bis 2005

Methode basiert auf der Datenquelle	Referenzjahr					Prävalenz pro 1000 (18–64)
	1995 Tausend	2000 Tausend	2003 Tausend	2004 Tausend	2005 Tausend	
Behandlung	78–124	166–198	109–177	102–150	164–195	3,0–3,5
Polizeikontakte	131–142	153–190	144–182	136–172	128–166	2,3–3,0
Drogentodesfälle	78–104	127–169	92–123	87–115	78–111	1,4–2,0

Tabelle C: Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten

Substanz	Jahr	APPLIKATIONSFORM					Gesamt
		Injektion	Rauchen	Oral	Schnüffeln	Andere	
Heroin	2003	70,2 %	17,6 %	1,6 %	9,6 %	1,1 %	16.181
	2004	66,6 %	23,8 %	3,7 %	5,0 %	1,0 %	11.649
	2005	64,7 %	25,3 %	3,4 %	5,6 %	1,0 %	13.492
Methadon	2003	3,3 %	3,1 %	93,0 %	0,2 %	0,4 %	8.298
	2004	3,6 %	1,8 %	92,1 %	0,2 %	2,2 %	4.356
	2005	4,1 %	1,9 %	91,7 %	0,2 %	2,2 %	5.406
andere Opiate	2003	21,1 %	8,3 %	64,3 %	4,2 %	2,2 %	2.509
	2004	15,2 %	7,7 %	72,0 %	0,8 %	4,2 %	880
	2005	8,7 %	6,3 %	80,1 %	0,6 %	4,3 %	1150
Kokain	2003	33,8 %	19,8 %	1,7 %	38,8 %	5,9 %	8.049
	2004	34,3 %	26,3 %	1,7 %	30,2 %	7,5 %	5.468
	2005	32,8 %	26,1 %	1,4 %	32,8 %	6,9 %	6.451
Crack	2003	17,9 %	47,5 %	2,5 %	31,7 %	0,4 %	1.344
	2004	8,7 %	65,3 %	4,0 %	19,7 %	2,3 %	173
	2005	6,7 %	85,8 %	2,0 %	4,4 %	1,0 %	586

Quelle: DSHS (Strobl et al., 2006a), Mehrfachnennungen möglich

Was wird wie konsumiert ?

In Tabelle C ist die überwiegende Konsumform für verschiedene Substanzen dargestellt, so wie sie für die Klienten ambulanter Beratungsstellen im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik für 2005 berichtet wurde.

Heroin wird von 64,7 % der Klienten vorwiegend injiziert. Dieses Konsummuster

findet sich ebenfalls bei etwa einem Drittel der Kokainkonsumenten. Bei allen anderen Substanzen wird überwiegend oral konsumiert bzw. geraucht. Beim Heroinkonsum hat sich der intravenöse Gebrauch gegenüber dem Vorjahr mit 64,7 % leicht reduziert, bei anderen Opiaten hat er sich auf 8,7 % deutlich verringert (2004: 15,2 %; 2003: 21,2 %).

Da die Stichprobe der Einrichtungen in der DSHS jährlichen Schwankungen unterliegt, sollten diese kleineren Veränderungen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden.

Da das Rauchen von Heroin in dieser Zeit deutlich zugenommen hat, scheint – auch auf Grund der Fallzahlen – die Aussage gerechtfertigt, dass hier ein Trend weg vom i.v. Konsum jetzt auch in Deutschland sichtbar wird. (Tabelle C).

Drogen: Woher kommen sie und wie rein und teuer sind sie?

Für den deutschen Heroinmarkt stellt Südwestasien und dort vor allem Afghanistan die wichtigste Ursprungsregion dar. Der Transport nach Westeuropa erfolgt vornehmlich über die Türkei und die verschiedenen Varianten der Balkanroute sowie in geringerem Maße auf der Seidenroute über die zentralasiatischen Staaten. Kokain wird größtenteils aus den Niederlanden und direkt aus Südamerika (Kolumbien, häufig über Brasilien und Peru, vermehrt auch über Venezuela, Argentinien und im Transit über die Inseln der Karibik) eingeschmuggelt. Amphetamin kommt zumeist aus den Niederlanden und zum Teil auch aus Polen. Kristallines Methamphetamin („Crystal“) gelangt aus der Tschechischen Republik nach Deutschland, insbesondere nach Bayern, Sachsen und auch Thüringen.

Die Niederlande sind der bedeutendste Ursprungs- bzw. Herkunftsstaat für in Deutschland sichergestelltes Marihuana. Cannabisharz stammt weitgehend aus Marokko. Es wird unter anderem auf dem Landweg oder per Schiff nach Spanien und über die Niederlande nach Deutschland gebracht.

Preis

Bei den Drogenpreisen hat sich von 2003 bis 2004 nur wenig geändert. Im Straßenverkauf ist Ecstasy um mehr als 10 % billiger geworden. Im Großhandel ist der Preis für Marihuana um fast 10 % gestiegen, was möglicherweise mit dem gestiegenen Wirkstoffgehalt dieser Droge zu tun hat. Aus dem Polizeibereich wird berichtet, dass auf der Ebene des Groß- und Zwischenhandels Marihuana aus speziellen Züchtungen entsprechend gekennzeichnet gehandelt wird.

Hier liegt also bereits eine Differenzierung im Markt vor.

Auf der Ebene der Endverbraucher ist diese Differenzierung unterschiedlicher Qualitäten bisher noch nicht in dieser Form zu finden. Der deutliche Rückgang der Preise für LSD im Straßenhandel um mehr als 15 % spricht möglicherweise für ein nachlassendes Interesse an dieser Droge (Tabelle D).

gehalt von Amphetamin und von Kokain im Straßenhandel in der gleichen Zeit kontinuierlich gesunken. Der Wirkstoffgehalt von Heroin ist im Straßenhandel gestiegen, im Großhandel aber mit starken Schwankungen eher stabil geblieben.

Für 2005 wurden 4.283 (2004: 4.131) Proben von Heroin hinsichtlich ihres Wirkstoffgehaltes ausgewertet. Während die Reinheit der Beschlagnahmungen aus dem

Tabelle D: Preise verschiedener Drogen 2003 bis 2005

Preis pro Gramm (Kleinmengen) / Kilogramm (Großmengen)	Heroin	Kokain	Crack	Ecstasy	Amphetamine	Marihuana	Cannabis harz	LSD
Kleinmenge 2005	35,00€	60,50€	--	--	11,90€	7,20€	6,00€	8,50€
Kleinmenge 2004	39,50€	58,90€	60,80€	6,70€	12,10€	7,20€	6,10€	10,20€
Großmengen 2005	22.992€	36.007€	--	1.908€	4.258€	3.487€	2.358€	--
Großmengen 2004	20.710€	35.602€	--	2.219€	5.346€	3.315€	2.245€	--

Quelle: BKA

Tabelle E: Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen von 1996 bis 2003 (Median)

	1996 in %	1997 in %	1998 in %	1999 in %	2000 in %	2001 in %	2002 in %	2003 in %	2004 in %	2005 in %
Amphetamin	10,0	10,0	9,4	7,0	3,3	5,0	6,0	7,5	7,9	7,7
Kokain Straßenhandel	46,8	50,7	40,2	49,4	35,5	42,6	38,5	32,0	34,5	34,2
Kokain Großhandel	77,3	79,4	74,3	69,1	69,1	73,0	73,9	76,7	75,0	68,8
Heroin Straßenhandel	13,4	9	9	9,4	11,1	12,0	9,9	17	19,9	15,0
Heroin Großhandel	46,4	31,9	20	29,2	35,1	45,8	27	7,3	48,8	36,5

Quelle: Zerell et al. (2005)

Reinheit

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetamin, Ecstasy, Heroin und Kokain ist das „Statistische Auswertungsprogramm Rauschgift 2005“ (Zerell et al., 2006) sowie das „Bundeslagebild Rauschgift 2005“ (Zerell et al., 2006).

Tabelle E bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamin, Kokain und Heroin seit 1996. Mit gewissen Schwankungen ist der Wirkstoff-

Großhandel über die Jahre zwischen im Mittel 10 % und über 40 % deutlich schwanken (2005: 36,5 %), ist der Wirkstoffgehalt im Straßenhandel im Mittel recht stabil und lag im Jahr 2005 bei 15 %

Als Zusätzen in 3.899 Proben fanden sich vor allem Coffein (99 %), Paracetamol (98 %) und Griseofulvin (4,1 %), bei den Verschnittstoffen fand sich Lactose (3,4 %).

JES-Sprecherrat

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

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

JES-Westschiene

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

NEU!!! NEU!!! NEU!!!

JES-Hamm

c/o Renate Schröder Mischkowski
Mindener Weg 3
59056 Hamm

Junkie-Bund Köln e.V.

Taanusstr. 12 b
51105 Köln
Tel.: 0221/62 20 81
Fax: 0221/62 20 82
E-mail:
junkiebund@netcologne.de
www.junkiebund.de
Jochen Lenz (JES-Bundessprecher)

JES-Minden

c/o Dirk Engelking
Stüntelstr 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

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
info@jesnrw.de
http://nrw.aidshilfe.de

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)

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
E-mail: jesberlin@gmx.de
Claudia Schieren
(JES-Bundessprecherin)
E-mail: Claudi39@arcor.de

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@jes-netzwerk.de
http://www.jesbremen.de
Ansprechpartner/in: Marco Jesse,
(JES-Bundessprecher), S. Lahmer

JES-Halle

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

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-Leipzig

c/o DRUG SCOUTS
Eutritzscher Strasse 9
04105 Leipzig
Tel: 0341 211 20 22
jes.leipzig@jes-netzwerk.de
Bernd Forche (JES-Bundessprecher)

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, Martina Ketzler
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.net

NEU!!! NEU!!! NEU!!!

JES-Peine

c/o Drogenberatung Peine
Werderstr. 28
31226 Peine

JES-Rostock

c/o Anne Franke
Am Wendländer Schilde
18055 Rostock

JES-Schwerin

c/o Eric Rohde
Hegelstr. 14
19063 Schwerin

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-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,
Südschienenkoordination
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)

akzept e. V.

Bundesverband für akzeptieren-
de Drogenarbeit + humane Dro-
genpolitik
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:
15.03.2007)**

JES-Südschiene

JES-Donauwörth

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

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.**

Bühninger Str. 18
91710 Gunzenhausen
Tel.: 09831/61 98 67
Fax: 09831/31 02 76



Kokain:

Eine durchschnittliche Dosis von 20 bis 50 Milligramm führt circa 20 Minuten nach der Einnahme zu einem gesteigertem Rededrang, größerer allgemeiner Leistungsfähigkeit, erhöhtem Selbstwertgefühl, Euphorie und Konzentration.



Zukunft braucht Leistung. Auch von Dir.

Du bist Deutschland!



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

www.jes-netzwerk.de