

DROGENKURIER

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

DEZ. 2018

NR. 116

JUNKIES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

NASENSPRAY ALS LEBENSRETTER

§

**Substitution:
Neue Richtlinien
müssen gelebt
werden**

IMPRESSUM

Nr. 116, Dezember 2018

Herausgeber des

DROGENKURIER:

JES*-Bundesverband e.V.

Wilhelmstr. 138 | 10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: vorstand@jes-bundesverband.de

www.jes-bundesverband.de

DAH-Bestellnummer: 102116

ISSN: 2512-4609

Auflage: 4.500 Exemplare

Redaktion: JES-Bundesvorstand,

Dirk Schäffer

Mitarbeit: Marc Vogel, Thilo Beck,
Johannes Strasser, T. Feldhusen



Titelfoto: AdobeStock: Ralf Geithe

Illustrationsfotos: iStockphoto.com:

amphotora (S. 6); Petro_perola/ (S. 24);

Shutterstock.com: Ivonne Wierink (S. 28);

pixelio.de: Rolf Handke (S. 28);

wikipedia.de: Andrew Bossi (S. 28)

Layout, Satz: Carmen Janiesch

Druck: Wir-machen-Druck.de

Der DROGENKURIER wird unterstützt durch:

(Nennung in alphabetischer Reihenfolge)

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., GL Pharma,

Hexal, INDIVIOR, Mundipharma,

Sanofi Aventis

* Junkies, Ehemalige, Substituierte

Die Nennung von Produktnamen
bedeutet keine Werbung

Liebe Leserinnen und Leser, Förderinnen und Förderer des DROGENKURIER, liebe Freundinnen und Freunde des JES-Bundesverbands,

Schadensminderung statt Betäubungsmittelabstinenz

Es ist vollbracht, etwa ein Jahr nachdem das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Bundesärztekammer (BÄK) die Richtlinien zur Substitutionsbehandlung neu definierten, gelang es im Gemeinsamen Bundesausschuss die Richtlinien der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), die für die Finanzierung der Substitutionsbehandlung eine wichtige Rolle spielen, zu verabschieden.

Ab jetzt könnte für Ärzte und Patient_innen eine neue Zeitrechnung beginnen.

Welche Möglichkeiten die neuen Substitutionsrichtlinien des BMG, der BÄK sowie der GKV für die Praxis bieten, stellen wir euch in unserem Topthema dieser Ausgabe in der gebotenen Ausführlichkeit vor. → **Seite 6**

Lebensrettung ist keine Privatsache mehr

Seit dem 1. September 2018 gibt es in Deutschland nun auch ein Medikament, das in Form eines Naloxon Nasensprays bei Opioidüberdosierungen das Leben vieler Drogengebraucher_innen retten kann. Das wichtigste ist hierbei, dass NYXOID, so der Handelsname des Naloxon-Nasensprays, zu Lasten der Krankenkassen verschrieben werden kann. Alles Weitere zum Thema Naloxon Nasenspray findet ihr ebenfalls in dieser Ausgabe. → **Seite 3**

Rauschakzeptierende Substitution in der Schweiz

Dass die Schweiz uns in vielen Dingen, die das Thema „Drogen“ betreffen, seit Jahrzehnten immer mindestens einen Schritt voraus ist, daran haben wir uns gewöhnt. Dennoch stieß ein Vortrag von Dr. Marc Vogel aus der Schweiz auf unser großes Interesse. Es geht um eine Substitution, die den Rausch akzeptiert und bestrebt ist, für jene Substituierten denen der Rausch fehlt, alles zu tun um einen ärztlich kontrollierten Rausch zu ermöglichen und somit einen unkontrollierten Beikonsum zu reduzieren. Mehr dazu in dieser Ausgabe. → **Seite 18**

Aus der Schweiz kommt auch ein Beitrag unserer Folge „Substitution bei Deutschlands Nachbarn“. → **Seite 28**

Darüber hinaus gibt es Neues aus dem JES-Bundesverband, aus Literatur, Medizin und Presse. Wir hoffen auch mit dieser Ausgabe einen Mix aus Themen gefunden zu haben, die eure und Ihre Interessen als Leserinnen und Leser des DROGENKURIER abbilden.

Der Vorstand des JES-Bundesverbands und das Redaktionsteam des DROGENKURIER wünscht allen Leser_innen des DROGENKURIER sowie den Unterstützer_innen und Kritiker_innen unserer Arbeit ein friedliches Weihnachtsfest.

Da alle Voraussetzungen geschaffen sind um dieses Magazin auch im Jahr 2019 in der gewohnten Qualität zu produzieren, freuen wir uns bereits jetzt auf vier spannende und thematisch vielfältige Ausgaben des DROGENKURIER.

Das Redaktionsteam

Jetzt verordnen – Naloxon Nasenspray in Deutschland erhältlich!

Seit dem 1. September ist auch in Deutschland ein verschreibungspflichtiges und erstattungsfähiges Naloxon-Nasenspray erhältlich, das bei Opioid-Überdosierungen Leben retten kann



Ausschnitt aus einem Schulungsvideo von Mundipharma

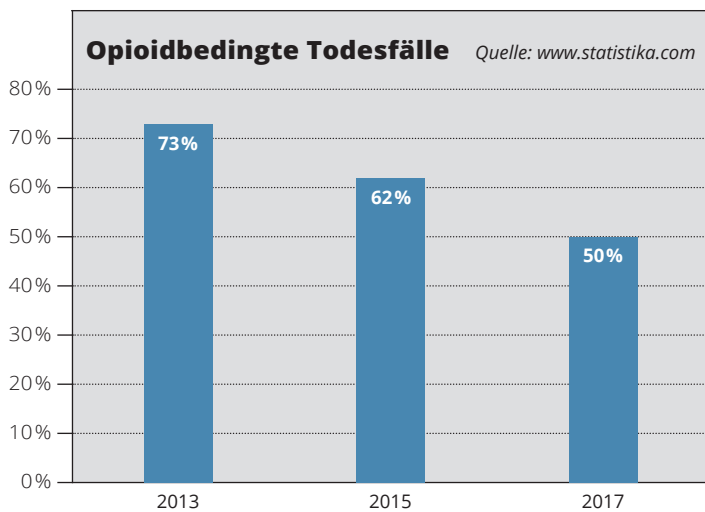
Während wir in Bezug auf den Einsatz von nasalem Naloxon lange Zeit neidisch in die USA und nach Kanada blicken mussten, können Opioidkonsument_innen und Substituierte nun auch in Deutschland zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen das Präparat Nyxoid verschrieben bekommen.

Sowohl der JES-Bundesverband, die Deutsche Aids-Hilfe sowie Akzept haben die pharmazeutische Industrie in den letzten Jahren nach Kräften motiviert und unterstützt ein entsprechendes Medikament mit nasaler Applikationsform zur Verfügung zu stellen.

Zurückhaltung in Bezug auf Naloxon scheint immer noch präsent – aber warum?

Bisher hatten wir eigentlich gedacht, dass die große Zurückhaltung sowohl bei vielen substituierenden Ärzten, als auch in Teilen der Drogenhilfe insbesondere der Tatsache geschuldet war, dass bisherige Präparate auf eigene Kosten erworben werden mussten und in intravenöser Form oder mit einem Aufsatz als Off Label Use in nasaler Form zur Verfügung standen.

Denn bei einem Blick auf die Zahl der opioidbedingten Todesfälle der letzten Jahre, kann eigentlich niemand die Notwendig-



keit eines einfach anzuwendenden, sicheren, hochwirksamen Antidots in Frage zu stellen. Trotz einer abnehmenden Tendenz von opioidbedingten Todesfällen in den letzten Jahren ist der Konsum von verschriebenen oder vom grauen Markt erlangten sowie von Schwarzmarktopioiden für die Hälfte bis zu dreiviertel aller Drogentodesfälle verantwortlich.

Trotz der skandalös hohen Zahl von Drogentodesfällen und dem sehr hohen Anteil von opioidbedingten Todesfällen war Naloxon bis auf wenige modellhafte Interventionen in Berlin und in München als wirksame Maßnahme zur Vermeidung von Drogentodesfällen lange in Deutschland kein Thema.

Naloxon-Nasenspray kann Leben retten

Dies soll nun anders werden, denn bei rechtzeitiger Anwendung kann Naloxon Folgeschäden einer Überdosierung und Todesfälle durch einen Atemstillstand verhindern. Einer der wichtigsten Aspekte ist, dass mit dem Medikament Nyxoid erstmals ein verschreibungspflichtiges und erstattungsfähiges Naloxon-Nasenspray erhältlich ist. Dies bedeutet, dass ab sofort die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für Nyxoid übernehmen.



Wer kann sich Nyxoid verschreiben lassen?

Zugelassen ist das Nasenspray ab 14 Jahren. Verschrieben werden kann es nur an Opioid-Konsument_innen. Hierzu gehören sowohl Konsument_innen von Schwarzmarktheroin aber auch alle Frauen und Männer, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden.

Selbstverständlich besteht auch die Möglichkeit Nyxoid als Selbstzahler_in über ein Privat Rezept zu erwerben. Hiermit sind z. B. Mitarbeiter_innen in Drogenhilfeeinrichtungen und Wohnprojekten, aber auch Eltern und Angehörige für den Fall einer Opioidüberdosis gut ausgerüstet.

Da eine wirkliche Reduktion von opioidbedingten Drogentodesfällen nur durch einen möglichst flächendeckenden Einsatz des Medikaments erreicht werden kann, sollte es nun unser aller Bestreben sein, alle Akteure im Hilfesystem und insbesondere substituierende Ärzte über dieses neue Medikament zu informieren und Multiplikator_innen in der Anwendung von Naloxon zu schulen.

Nun sind vor allem substituierende Ärzt_innen gefragt

Die sicher wichtigste Gruppe, die es nun für die Take Home Naloxonprogramme zu gewinnen gilt, sind substituierende Ärzt_innen. Es ist kein Geheimnis, dass eine Vielzahl der substituierten Frauen und Männer seltener oder öfter weitere nicht verschriebene Substanzen konsumieren – hierunter eben auch Heroin, Fentanyl oder andere Opioide. Daher sollte die DGS sowie DSÄ nun ihre Mitglieder informieren und sie darin unterstützen ihre Patient_innen mit Naloxon auszustatten. Denn, Naloxon kann nur wirksam werden, wenn es jene Personen mit sich führen, die Opioide konsumieren oder sich in diesen Szenen aufhalten – dies sind Drogengebraucher_innen und Substituierte. Gleichsam spricht nichts dagegen auch Angehörige und Mitarbeiter_innen im Hilfesystem mit Privatrezepten auszustatten. Wir sind uns sicher, dass der DGS- und der DSÄ-Vorstand entsprechende Initiativen unterstützen werden.

4. Regionalkonferenzen zur kostenfreien Schulung von Trainer_innen im Jahr 2019

Die Deutsche AIDS Hilfe wird im nächsten Jahr in 4 ein-tägigen Regionalkonferenzen „Train the Trainer“-Schulungen durchführen. Diese Trainings berechtigen dann selbst entsprechende Schulungen in Form von Kurzinterventionen für Drogengebraucher_innen und Mitarbeiter_innen in Vor-Ort-Einrichtungen anzubieten. Sobald eine entsprechende Finanzierungszusage besteht werden wir Einrichtungen der entsprechenden Regionen darüber informieren.

Was sind die Vorteile eines Nasensprays gegenüber anderen Darreichungsformen

- Eine einfache und schnelle Anwendung
- Ein direkt gebrauchsfertiges Medikament
- Vergleichbar schnelle Wirkung wie bei i.v. oder i.m. Gabe
- Keine Dosierungsfragen (Ein Druck auf den Kolben reicht aus)
- Keine Verletzungsrisiken durch Kanülen
- Kein Zeitverlust durch aufsetzen von Nadel bzw. Applikator oder Venensuche
- 2. Nasenspray für erneute Naloxongabe griffbereit

Was kostet Nyxoid?

Eigentlich ist der Preis für das Medikament Nyxoid aktuell nicht so wichtig, denn wie gesagt erhalten alle versicherten Opiatkonsument_innen das Medikament kostenlos oder müssen lediglich die Rezeptgebühren in Höhe von 5€ bezahlen, wenn sie nicht befreit sind.

Für diejenigen die Nyxoid auf einem Privat Rezept erwerben wollen, kostet eine Packung Nyxoid mit 2 Nasensprays ca. 45€. Dies ist der Preis für 2 Nasensprays in einer Blisterpackung.

„BayTHN – Take-Home-Naloxon in Bayern“

Mit der Zulassung von Nyxoid, war der Weg nun endgültig bereitet um Anfang Oktober in Bayern ein Naloxon-Modellprojekt zu starten. Das Projekt zielt darauf ab, die Abgabe des Notfallmedikaments Naloxon durch speziell geschulte medizinische Laien zu ermöglichen.

Insgesamt 450 Studienteilnehmer können über Sucht Hilfeeinrichtungen in Regensburg, München, Nürnberg und Augsburg Naloxon erhalten. Das bayrische Gesundheitsministerium fördert das Projekt in den kommenden drei Jahren mit etwa 330.000 Euro. Interessant ist, dass auch Opioidkonsument_innen in zwei Justizvollzugsanstalten in das Projekt einbezogen werden sollen.

Naloxon Modellprojekt im Saarland

Das im Dezember 2017 initiierte Modellprojekt ist Gegenstand des Koalitionsvertrags der Landesregierung und zielt darauf, sowohl eine Verhinderung von Drogentodesfällen, als auch eine verbesserte Anbindung an das Hilfesystem und eine Entlastung des öffentlichen Raumes zu erreichen. In den nächsten zwei Jahren sollen jeweils bis zu 50 Drogengebraucher_innen geschult werden

Was macht die Bundesregierung?

Es ist nicht unser Anliegen nun abermals die Drogenbeauftragte der Bundesregierung mit Häme zu überziehen. Aber angesichts der weiterhin skandalös hohen Zahl von drogen- und opioidbedingten Todesfällen müssen wir auch danach fragen, was denn die Drogenbeauftragte zum Thema Naloxon sagt.



Nun, sie ist interessiert aber hat in einem persönlichen Gespräch auch zum Ausdruck gebracht, dass man nun erstmal die Ergebnisse aus Bayern abwarten will. Mit Verlaub Frau Mortler, wir sind nicht in der Situation nun abermals drei Jahre zu warten bis das Modellprojekt in Bayern beendet ist um über bundesweite Maßnahmen zu sprechen.

Naloxon in Händen von Drogenkonsument_innen ist in vielen europäischen Ländern aber auch international bereits wissenschaftlich evaluiert. Uns ist nicht eine Erhebung bekannt, die im flächendeckenden Einsatz von Naloxon durch Polizei, Drogenkonsument_innen und Mitarbeiter_innen im Hilfesystem ein Problem sieht. Ganz im Gegenteil. Die Ergebnisse des staatlichen Naloxonprogramms in Schottland sind überaus beeindruckend.

Ein signifikanter Rückgang der opioidbedingten Todesfälle muss im Sinne der Drogenbeauftragten sein. Ein niedrigschwelliger Zugang auch für Mitarbeiter_innen im Hilfesystem muss erfolgen. Will man den Bund in die Pflicht nehmen, erfolgt reflexhaft aber folgerichtig der Verweis auf die Verantwortung der Länder und der Kommunen. Dies ist richtig, aber entlässt die Bundesregierung nicht aus ihrer Verantwortung.

Sowohl Fachverbände als auch Interessenvertreter_innen und Patientenorganisationen sehen dringenden Handlungsbedarf. So wäre es Aufgabe des Bundes das Thema Naloxon ebenso wie das Thema Drogenkonsumräume in einer positiven Art und Weise in die Länder zu tragen. Auch ein durch den Bund gefördertes Schulungsprogramm für Multiplikator_innen im gesamten Bundesgebiet wäre ein Signal in die richtige Richtung. Jedenfalls ist es zu wenig, noch drei oder vier Jahre zu warten bis Ergebnisse aus Bayern vorliegen.

Dirk Schäffer

G-BA passt Richtlinien zur Substitutionsbehandlung an ...

... nun gilt es die neuen Richtlinien auch zu leben



Was regeln die Richtlinien des G-BA?

Etwa 70 Millionen Menschen sind in Deutschland gesetzlich krankenversichert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine zentrale Rolle. Als Entscheidungsgremium mit Richtlinienkompetenz legt er innerhalb des vom Gesetzgeber bereits vorgegebenen Rahmens fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Einzelnen übernommen werden. Konkret geht es darum unter welchen Bedingungen die GKV (gesetzliche Krankenversicherung) die Kosten der Opioidsubstitution für fast 80.000 Patient_innen in Deutschland trägt.

Nach der Veränderung der Betäubungsmittel Verschreibungs-Verordnung (BtmVV) und der Richtlinien der Bundesärztekammer im Jahr 2017 sind nun alle Richtlinien zur Substitutionsbehandlung angepasst. Insbesondere die bis dato noch fehlende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde mit Spannung erwartet.

Der Charakter der G-BA Richtlinien hat sich grundlegend verändert

Eines vorweg, wir als JES-Bundesverband sind mit dem Verhandlungsergebnis, also den neuen Richtlinien zur GKV finanzierten Substitution, sehr zufrieden. Gemeinsam mit unserem Partner der Deutschen AIDS Hilfe, haben wir in den letzten 12 Monaten im Gemeinsamen Bundesausschuss als Patient_innenvertreter mit großer Fachlichkeit und auch mit der gebotenen Vehemenz die Interessen von Patient_innen vertreten und maßgeblich dazu beigetragen die Richtlinien zu modernisieren.

Trotz der Tatsache, dass die Richtlinien zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe nicht im Bundesanzeiger veröffentlicht waren, wollen wir nachfolgend die wichtigsten Veränderungen vorstellen.

Die neuen G-BA Richtlinien zur Substitution

Die Präambel ... wurde in ihrer Struktur umgestellt und ergänzt. Die Opioidabhängigkeit wird nun als schwere chronische Krankheit definiert, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf. Die Suchtmittelfreiheit als oberstes Ziel der Substitution wurde gestrichen. Stattdessen wird der Fokus nun richtigerweise auf die Reduktion von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden gerichtet.

Harm Reduktion Ansatz hat sich durchgesetzt

Der Abstinenzbegriff ... wird weiter ein Thema sein, auch wenn das Ziel einer dauerhaften Opioidabstinenz für die sehr große Mehrheit der Betroffenen nicht erreicht wird. So soll die Abstinenz weiterhin auch im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung thematisiert werden und die Möglichkeit einer Abstinenz regelhaft besprochen werden. Die Zielsetzung der Substitution wurde in der Richtlinie insgesamt nun weiter gefasst.

Die Therapieziele ... wurden auf der Grundlage der Vorgaben der BtmVV und der BÄK-RL zum größten Teil neu gefasst. Damit wurde den Erkenntnissen der Literatur Rechnung getragen.

Die Ziele der substitutionsgestützten Behandlung sind:

- Sicherstellung des Überlebens,
- Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes,
- Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen,
- Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden,
- Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioiden,
- Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel,
- Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden,
- Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt,
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Beim Punkt **Indikationsstellung ...** standen wir als Patient_innenvertreter leider allein auf weiter Flur. Wir konnten nicht verhindern, dass bei der Diagnosestellung auch die Motivationslage des Patienten zu berücksichtigen ist. Ferner soll der Nutzen einer Substitutionsbehandlung gegenüber einer abstinenzorientierten Suchttherapie und gegenüber den Gefahren eines unkontrollierten Drogenkonsums abgewogen werden.

(Obwohl der Nutzen der Substitution für Ärzte im Rahmen einer Dokumentation einfach zu belegen ist, war es als Patientenvertretung unser Ziel, das allein der Nutzen der Substitution gegenüber den Gefahren eines unkontrollierten Konsums unter den Bedingungen der Prohibition als Indikation zur Substitution ausreicht).

In Bezug auf die **psychosoziale Betreuung ...** müssen Ärzt_innen keine schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme oder die Fortführung einer psychosozialen Betreuung mehr einholen. Darüber hinaus entfällt die schriftliche Bestätigung der Beratungsstellen, dass keine psychosoziale Betreuung erforderlich ist.

Weniger Bürokratie durch Datenschutzvorschriften

Aus Datenschutzgründen entfallen zudem weitere Vorgaben: Zum Beispiel müssen Ärzte zu Beginn der Substitutionstherapie nicht mehr ihre Dokumentation zur Prüfung an die Qualitätssicherungskommission der KV übermitteln, wenn es sich um Patienten handelt, die erst kürzere Zeit drogenabhängig sind. Dasselbe gilt für die Patienten unter 18 Jahre sowie bei allen Behandlungen mit Diamorphin, Codein oder Dihydrocodein. Für alle Substitutionsbehandlungen entfällt die Datenübermittlung an die Kommissionen, die bislang nach Ablauf von fünf Behandlungsjahren vorgegeben war. Dazu muss die patientenbezogene Dokumentation vor der Übermittlung pseudonymisiert werden.

Nur nicht verwirren lassen – alle Neuerungen für die Substitution auf einem Blick

Wie bereits erwähnt, liegt die Verabschiedung der Neuregelungen zur Substitutionsbehandlung bereits mehr als ein Jahr zurück. Da wir wissen, dass dieses Thema sehr viele Drogengebraucher_innen, Substituierte, Mitarbeiter_innen im Hilfesystem aber auch Ärztinnen und Ärzte interessiert, wollen wir unseren Beitrag aus der Ausgabe DROGENKURIER 112 in einer aktualisierten Fassung nochmals vorstellen.

Betäubungsmittelgesetz (BtmG) / Betäubungsmittel Verschreibungs-Verordnung (BtmVV)

Das BtmG regelt den generellen Umgang mit Betäubungsmitteln. Die BtmVV enthält Regelungen zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs. Zum Inkrafttreten der BtmVV wird die Zustimmung der Bundesländer bzw. des Bundesrats benötigt.

Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitution

Diese Richtlinie trifft Feststellungen zum Stand der medizinischen Wissenschaft für die Substitutionsbehandlung

Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des G-BA

Diese Richtlinie regelt die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Hier wird festgelegt welche Leitungen des Arztes in der Substitutionsbehandlung von den Krankenkassen bezahlt werden.

Nachfolgend werden wir die Veränderungen der BtmVV vorstellen, indem wir die bisherigen Richtlinien den neuen Richtlinien gegenüberstellen. Zudem werden wir die Veränderungen für Patientinnen und Patienten in der Substitutionsbehandlung vorstellen. Hierbei handelt es sich selbstverständlich um eine persönliche Einschätzung des Autors, da sich die tatsächlichen Veränderungen erst mittelfristig in der Praxis erweisen müssen.

Alt	Neu	Veränderungen für substituierte Frauen und Männer
Bisher war es das oberste Ziel der Substitution eine Betäubungsmittelfreiheit zu erreichen	Nun soll eine Opioidabstinenz angestrebt werden. Wesentliche Ziele der Substitution sind u.a. die Sicherstellung des Überlebens, die Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustands, die Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden	Mit dieser wichtigen Änderung passt sich das Therapieziel der Realität an. Die Substitution ist nicht das Allheilmittel für neben der Opiatabhängigkeit bestehende Kokain- oder Benzodiazepinabhängigkeiten. Das Therapieziel konzentriert sich nun auf die Abstinenz vom Straßenheroin. Die Erwartung des Erreichens einer Abstinenz von allen Betäubungsmitteln führte in der Vergangenheit zu viel Druck und vielen Sanktionen aufgrund des Beikonsums.
Bisher musste der Arzt bzw. die Ärztin die Substitution z.B. in Pflegeeinrichtungen mit hohem zeitlichem Aufwand selbst durchführen	Der Katalog der Einrichtungen denen das Substitut überlassen werden darf, wird nun auf stationäre Einrichtungen der medizinischen Reha, Gesundheitsämter, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe , Alten- und Pflegeheime und Hospize erweitert. Der Arzt muss nicht mehr zwingend anwesend sein, sondern das Substitut kann nun auch von eingewiesenem Personal dort abgegeben werden.	Aufgrund des immer größer werdenden Anteils von älteren Substitutionspatienten kann das Medikament zur Substitution nun in mehr Einrichtungen gelagert und auch durch medizinisches Personal oder ambulante Pflegedienste zum unmittelbaren Verbrauch ausgegeben werden. In Einrichtung der Suchtkrankenhilfe kann die Abgabe des Substituts, von dem dort eingesetzten und dafür ausgebildeten Personal durchgeführt werden. Hierfür muss der Arzt eine Vereinbarung mit der Drogenhilfe treffen und verantwortliche Personen benennen und einweisen. Die neuen Regelungen ermöglichen eine einfachere wohnortnahe Versorgung zu Hause oder in einer Einrichtung. Zeitintensive (tägliche) An- und Abreisen zum Arzt können entfallen. Die Delegation dieser zeitintensiven Arbeit, kann dazu beitragen, dass Ärzte daher mehr Stunden in der Praxis verbleiben und für Patient_innenanliegen zur Verfügung stehen

Alt	Neu	Veränderungen für substituierte Frauen und Männer
Bisher waren die Voraussetzungen für den Beginn und die Fortsetzungen der Substitution sowie zum Beikonsum und zur Take Home in der BtmVV verankert. Vermeintliche oder tatsächliche ärztliche Fehler wurden vielfach mit dem Strafrecht geahndet.	Wesentliche ärztlich-therapeutische Belange fallen damit jetzt in die Richtlinienkompetenz der BÄK und werden vom Strafrecht entkoppelt.	Diese Änderungen bedeuten in erster Linie Rechtssicherheit für Ärzte. Die Entkopplung ärztlich-therapeutischer Belange vom Strafrecht, soll zudem Ängste junger Mediziner_innen reduzieren und ihnen einen Zugang zur Substitutionsbehandlung bieten. Die Angst vor dem Staatsanwalt führte zu einer Vielzahl von Kontrollen und Sanktionen und bei Patienten zu Trickserien um diesen Sanktionen zu entgehen. Die Beziehung von Arzt/Ärztin und Patient_in blieb hierbei oft auf der Strecke.
Die maximale Dauer der eigenverantwortlichen Einnahme betrug bisher 7 Tage. Lediglich für Urlaube im Ausland war die eigenverantwortliche Einnahme für bis zu 30 Tage erlaubt	Die Entscheidung über eine Take Home Regelung und deren Dauer wurde nun in den Verantwortungsbereich des Arztes/der Ärztin übertragen. Bei der Dauer der eigenverantwortlichen Einnahme wird nun zwischen folgenden Regelungen unterschieden: • 2- Tage- Regelung (z.B. am Wochenende) • bis 7- Tage – Regelung • mehr als 7 Tage und für bis zu 30 Tage Die unterschiedlichen Zeiträume der eigenverantwortlichen Einnahme zwischen einem Urlaub im Ausland und im Inland wurden aufgehoben.	Diese Erweiterung der Zeiträume der eigenverantwortlichen Einnahme erhöht die Autonomie jener Patient_innen, über die bisher kaum gesprochen wurde. Stabil substituierte, weitgehend ohne Beigebruch ggfs. mit Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie am Erwerbsleben. Gerade für jene etwa 20% der Patient_innen bedeutet das Aufsuchen des Arztes am Wochenende unnötige Komplikationen für Wochenendausflüge mit der Familie, einem Engagement beim Ehrenamt, beim Sport oder der Freizeitgestaltung. Demgegenüber könnte die 2 Tage Regel insbesondere für Patient_innen im kleinstädtischen oder ländlichen Bereich die Versorgung am Wochenende sicherstellen.
Bisher durfte der Arzt ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn und solange die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht	Eine psychosoziale Betreuung soll dem Patienten nun regelhaft empfohlen werden. Auswahl, Art und Umfang der Maßnahmen richten sich nach der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Die PSB soll vom substituierenden Arzt koordiniert werden	Die sprachliche Klarstellung war ein lange überfälliger Schritt. Auch wenn die Entscheidung über die Notwendigkeit der PSB beim Arzt/Ärztin liegt und nicht auf den Patienten übertragen wurde, wird die Kopplung einer Substitution an eine PSB oder einer schriftlichen Bestätigung der Nichterfordernis durch eine entsprechende Einrichtung aufgehoben.
Bisher durften suchtmedizinisch nicht qualifizierte Ärzte höchstens 3 Patient_innen behandeln	Die bisherige Begrenzung wird auf höchstens 10 Substitutionspatient_innen erhöht. Die Bedingungen hierfür bleiben unverändert	Wenn Hausärzte tatsächlich 10 Substitutionspatient_innen behandeln, könnte dies auch eine Motivation sein eine suchtmmedizinische Qualifikation zu erwerben. Dennoch sehen wir diese Änderung kritisch. Wir meinen, dass jede Ärztin und jeder Arzt, der sich der Substitutionsbehandlung zuwendet, auch zuvor eine medizinisch-fachliche Qualifikation erwerben sollte.

Marco Jesse, Dirk Schäffer

PSB? Kein Grund zur Sorge!

Gedanken zur Neuregelung der psychosozialen Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung

Nicht wenige Mitarbeiter_innen, die ihr hauptsächliches Arbeitsfeld in der psychosozialen Betreuung substituierter Frauen und Männer finden, sind verunsichert. Hier und da ist auch Angst spürbar. Angst vor den Veränderungen, die die neuen Regelungen zur psychosozialen Betreuung Richtlinien mit sich bringen könnten.

Aber, was ist überhaupt neu geregelt worden? Meiner Ansicht nach hat lediglich eine sprachliche Klarstellung stattgefunden. Denn bereits der bisherige Wortlaut zur PSB in der BtmVV, schrieb eine psychosoziale Betreuung nicht zwingend vor.

Der bisherige Wortlaut in der BtmVV lautet: ... **Für einen Patienten darf der Arzt ein Substitutionsmittel unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes verschreiben, wenn und solange die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht.**

Hieraus wurde geschlossen, dass eine PSB immer erforderlich ist, außer wenn die Nichterfordernis von der Beratungsstelle schriftlich bestätigt wird. Jurist_innen und die für die Richtlinien verantwortlichen Personen, werden nicht müde zu sagen, dass dies schon immer eine Fehlinterpretation war. Sei es drum. Man hat sich entschlossen diesen Passus ganz aus der BtmVV zu streichen. Der neue Passus, der sich nun richtigerweise in den Richtlinien der Bundesärztekammer wiederfindet lautet:

Eine psychosoziale Betreuung soll dem Patienten regelhaft empfohlen werden. Auswahl, Art und Umfang der Maßnahmen richten sich nach der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf des Patienten.

Also eine sehr weiche Formulierung die Ermessensspielräume bietet. Es obliegt dem Arzt ob er mit seinem Patienten eine psychosoziale Betreuung vereinbart oder eben nicht. Ob und wie sich diese Veränderungen in der Praxis auswirken, werden wir erst im nächsten Jahr sehen. Ich allerdings glaube, dass niemand Angst haben muss, demnächst keine Klienten im Rahmen einer psychosozialen Betreuung mehr begleiten zu können. Wir standen ja bisher eher vor einem ganz anderen Problem. Mit Ausnahme von Berlin und einigen anderen Städten hatten wir bisher ein Defizit an finanzierten Stellen für die psychosoziale Betreuung und viel zu viele substituierte Patient_innen. Dies hatte zur Folge, dass viele Mitarbeiter_innen in der PSB 30, 40 oder 50 Substituierte in der Betreuung hatten. Eines ist klar, so vielen Patient_innen kann man sich nicht wirklich individuell und intensiv widmen. So verkam, meiner Ansicht nach, die PSB in einigen Fällen zu einem lästigen Anhängsel bei dem Pflichttermine abgearbeitet wurden. Dies könnte sich nun verändern, wenn diejenigen, die

sozial integriert und ggfs. berufstätig sind oder deren Substitution ohne große Probleme verläuft zukünftig keine psychosoziale Betreuung mehr in Anspruch nehmen. Dies könnte zur Folge haben, dass auf jede/n PSB-Mitarbeiter/in nun eine geringere Anzahl von Klient_innen entfällt. Und zwar jene Klient_innen die tatsächliche Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen wünschen und benötigen. Wir wissen aus der Vergangenheit der Drogenhilfe, dass dauerhaft nur Angebote Nutzen bringen, die auf Freiwilligkeit basieren. Dies gilt auch für die PSB.

Es könnte sein, dass die psychosoziale Betreuung flexibler werden muss. Veränderte Anforderungsprofile könnten zur Folge haben, dass Leistungsvereinbarungen angepasst werden müssen. Wenn nun tatsächlich einige tausend Substituierte weniger eine psychosoziale Betreuung in Abstimmung mit Ihrem Arzt in Anspruch nehmen, so könnte auch ein gewisser Wettbewerb um das attraktivste PSB-Angebot stattfinden.

Problematisch ist das NEIN der Krankenkassen

Wirklich problematisch ist das kategorische NEIN der Krankenkassen, wenn es um die Finanzierung der PSB geht. Sie beharren auf der einen Seite darauf, dass dieses Angebot unverzichtbar ist und eine bedeutsame Rolle spielen muss. Sie sind aber nicht bereit auch nur einen Cent hierfür zu zahlen. Und dies obwohl sie von den positiven Veränderungen direkt profitieren.

Keinesfalls sollten PSB-Anbieter mit Angst oder Sorge in die Zukunft blicken. Es werden weiterhin viele zehntausend substituierte Frauen und Männer die Angebote der psychosozialen Betreuungen in Anspruch nehmen. Vorausgesetzt sie sehen positive Veränderungen durch eine individuelle und facettenreiche Betreuung. Für Ärzte wird es nun möglich sein eine Substitutionsbehandlung auch ohne PSB zu beginnen. Auch dies ist aus meiner Sicht richtig und kommt den Patient_innen zu gute.

Eine kleine Randnotiz zum Schluss. Im Rahmen der Beratungen im G-BA wurde ich erstmals mit Menschen konfrontiert, die sich mit Bürokratiekosten auseinandersetzen. Die Damen und Herren haben ausgerechnet wieviel Kosten künftig durch den Wegfall der Vorgabe entfallen, wonach Ärzte in der Dokumentation bisher anzugeben hatten, durch welche Stelle die PSB durchgeführt wird und eine aktuelle schriftliche Bestätigung über Aufnahme oder Fortführung einer PSB beifügen mussten. Es entstanden in diesem Zusammenhang bislang Bürokratiekosten in Höhe von 26,80 Euro je Fall, viermal im Jahr. Bei rund 78.800 substituierten Patient_innen jährlich und davon ca. 60 % mit einer PSB ergibt sich somit eine Reduktion an Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 5.068.416 Euro jährlich.

Dirk Schäffer



Sertsch im Jahr 2003

„Für Sertsch“
† am 19.05.2018

Biggi, die uns die folgenden Zeilen geschickt hat, war mit Sertsch 10 Jahre glücklich und nach dem Ende der Beziehung waren sie immer noch sehr gute Freunde!



Sertsch wenige Tage vor seinem Tod 2018

„Ich habe Sertsch gut gekannt und kann mit Fug und Recht behaupten, dass er ein absolut ehrlicher, aufrechter Mensch war. Neben seiner Opiatabhängigkeit, hatte Sertsch ein dickes Problem mit Alkohol. Obwohl er ausschließlich Bier trank, wurde er immer schwächer. Viele Notaufnahmen wechselten sich mit Entgiftungen ab. Trotzdem gab es jahrelange ‚Trockenphasen‘. Sertsch hoffte auf eine Lebertransplantation. Eine Hoffnung die sich nicht mehr erfüllte. Im Februar 2018 setzte er alle Medikamente ab. Am 19. Mai ging Sertsch schon sehr früh einkaufen. Er schaffte es mit seinem Einkauf noch in die Zwischenetage unterhalb seiner Wohnung. Dort hat er sich wohl aus Erschöpfung hinsetzen wollen, um einen ‚Schoppen‘ zu trinken. Vorher jedoch hat er seine Augen für immer geschlossen! Sein Vater, der ihn auffand berichtete, er habe gelächelt. Ich glaube ja, dass er in dieser Sekunde wusste, welch ein besonderer und liebevoller Mensch er war! Ich und alle Freunde, werden ihn wohl niemals vergessen und oft werde ich sein herzliches Lachen noch hören, wenn ich an ihn denke!

Er war fast 15 Jahre Mitglied der Kasseler JES-Gruppe und maßgeblich an der Vorarbeit und Umsetzung der ‚Mauer der Trauer‘ beteiligt!“

„Ich tauche meine Flügel ins Feuer und fliege ein letztes Mal, ein letztes Mal ...“ (Haudagen)

Biggi

Der JES Bundesvorstand verliert mit Sertsch einen liebenswerten Menschen, der sich über viele Jahre in Kassel für die Belange von Drogengebraucher_innen einsetzte. Wir danken Biggi für diesen Text und wünschen Dir liebe Biggi, viel Kraft für deinen weiteren Lebensweg.

In Dankbarkeit –
der JES Bundesvorstand





250.000 gegen Rassismus
für eine offene und freie
Gesellschaft

JES und Deutsche AIDS-Hilfe beteiligen sich an der #unteilbar-Demo

Es gibt Tage, die sind besonders. Der 13. Oktober 2018 war einer dieser besonderen Tage. Besonders, weil ich mich seit vielen Jahren erstmals wieder entschloss an einer Demonstration teilzunehmen. Besonders, weil ich trotz dem erstarken nationalistischer und fremdenfeindlicher Haltungen in Deutschland das Gefühl habe, dass wir als Gesellschaft stark genug sind um diesen Haltungen mutig und weltoffen entgegenzutreten.

Und soviel vorweg: Es war ein geiles Gefühl gemeinsam mit vielen anderen Menschen für den Erhalt einer offenen Gesellschaft einzutreten. Plötzlich gehörten wir, die als Drogengebraucher_innen, als Schwule, Migrant_innen und Huren vielerorts mit Vorbehalten betrachtet werden, die Stigma und Kriminalisierung ausgesetzt sind, zur Mitte der Gesellschaft. Na klar demonstrierte hier „nur“ eine Viertelmillion Menschen von insgesamt 82 Millionen Bürger_innen in Deutschland, aber es war ein starkes Signal. Ein Signal an dem sich der JES-Bun-

desverband und die Deutsche AIDS-Hilfe unbedingt beteiligen wollten.

Das gerade an diesem Wochenende das JES-Neueinsteiger_innenseminar in Berlin stattfand, war im nach hinein ein glücklicher Umstand, denn alle Seminarteilnehmer_innen erklärten sich nach dem Ende des Seminars spontan bereit, ihre Rückreise zu verschieben um sich an dieser Demo zu beteiligen.

„HANF STATT HASS“ und „DROGENVERBOT FÜR NAZIS“

Nach dem die Mitarbeiter_innen der DAH bereits in der Vorwoche eine Vielzahl kreativer Slogans auf handgefertigte Schilder schrieben, taten es Ihnen Ehemalige, Junkies und Substituierte am Vorabend der Demo gleich.

Wir trafen uns in der Nähe des Alexanderplatzes. Das große Banner der DAH trug die Aufschrift „UNSERE VIELFALT IST UNTEILBAR“. Und wenn in der Vergangenheit des Öfteren über die nur noch geringen Gemeinsamkeiten der Zielgruppen der DAH gesprochen wurde und eine fehlende Solidarität diskutiert wird, so wurde zumindest an diesem Tag etwas anderes sichtbar.

Es kommt nicht mehr oft vor, dass sich ausserhalb der Hanfparade Drogengebraucher_innen outen und für ihre Rechte und die Rechte anderer öffentlich eintreten. Daher war dieser Tag ein besonderer für mich und auch für viele meiner Kolleg_innen und Freunde bei JES.

Dirk Schäffer



Das sicher kreativste Motiv



JES ließ sich einiges einfallen



JES bei der Demo



Am 13. September fand vor dem Patentamt in München anlässlich der Entscheidung über das Patent auf das Hepatitis C-Medikament Sofosbuvir eine Protestaktion statt.

Proteste gegen Patent auf Hepatitis-Medikament erfolglos –

Gilead behält sein Patent auf Solvaldi

Mit dem Wirkstoff Sofosbuvir hat Gilead die Hepatitis C-Behandlung revolutioniert. Allerdings liegen die Behandlungskosten je nach Dauer der Behandlung zwischen 28.000 und 43.000 €.

Ärzte ohne Grenzen, Ärzte der Welt und weitere Organisationen aus 17 europäischen Ländern hatten im März 2017 beim Europäischen Patentamt in München Einspruch gegen das Patent einge-

legt. Ihre Hoffnung war, dass mit dem Wegfall des Patents die Herstellung von generischen Medikamenten möglich würde, ebenso wie deren Importe in europäische Länder. Dies könnte möglicher-

weise positive Auswirkungen auf die Anzahl der weltweiten Behandlungen haben. Denn in Ländern, wo Sofosbuvir nicht geschützt ist, kostet die Behandlung laut Ärzten ohne Grenzen nur rund 52 Euro.

Das Europäische Patentamt hat nun entschieden, dass das Patent von Sofosbuvir erhalten bleibt.

Die Protestaktionen vor dem EPA haben am Ende nichts genutzt. Ärzte ohne Grenzen kündigte nach der Entscheidung an in Berufung zu gehen. In nichteuropäischen Ländern wurde das Patent ebenfalls schon angefochten – laut Ärzten ohne Grenzen in Ägypten, China und der Ukraine mit Erfolg. In anderen Ländern wie Argentinien, Brasilien, Indien, Russland und Thailand stehen die Entscheidungen noch aus.

Das Europäische Patentamt hatte betont, dass es bei dieser Verhandlung nicht um eine politische Entscheidung geht. Es wird lediglich die Frage beantwortet, ob das Patent aus rein technischer Sicht zu Recht vergeben wurde.

Update der Empfehlungen des bng¹ zur Therapie der chronischen Hepatitis

Dies im September 2018 fertiggestelltes Update soll dem klinisch tätigen Arzt in Praxis und Klinik eine praktische Hilfe bei seiner täglichen Arbeit mit Hepatitis C-Patienten sein. Dieses Update versteht sich explizit nicht als Konkurrenz zur bestehenden Leitlinie der DGVS, sondern bemüht sich insbesondere, neben kurzer und verständlicher praktischer Hilfe für die täglichen Therapiefragen auch Aspekte wie Wirtschaftlichkeitsgebot, Struktur- und Rabattverträge zu beleuchten, um den behandelnden Kolleginnen und Kollegen Orientierung und zusätzliche Sicherheit zu geben.

¹ Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen e.V.

Substanzen zur Therapie der Hepatitis C, die in Deutschland zur Verfügung stehen

Konventionelle Substanzen

Ribavirin (RBV):

In Kombination mit anderen Substanzen zur Erst- und Re-Therapie **für alle HCV-Genotypen** (Indikation nur in Sonderfällen)

Protease-Inhibitoren

Glecaprevir (GLE):

In Kombination mit anderen Substanzen zur Erst- und Re-Therapie **für die HCV-Genotypen 1 bis 6**. Glecaprevir ist nur in fixer Kombination mit Pibrentasvir verfügbar.

Grazoprevir (GZR):

In Kombination mit anderen Substanzen zur Erst- und Re-Therapie **für die HCV-Genotypen 1 und 4**. Grazoprevir ist nur in fixer Kombination mit Elbasvir verfügbar.

Voxilaprevir (VOX):

In Kombination mit anderen Substanzen zur Erst- und Re-Therapie **für die HCV-Genotypen 1 bis 6**. Voxilaprevir ist nur in fixer Kombination mit Sofosbuvir und Velpatasvir verfügbar.

NS5A-Inhibitoren

Daclatasvir (DCV):

In Kombination mit anderen Substanzen zur Erst- und Re-Therapie **für die HCV-Genotypen 1 bis 6**.

Elbasvir (EBR):

In Kombination mit anderen Substanzen zur Erst- und Re-Therapie **für die HCV-Genotypen 1 und 4**. Elbasvir ist nur in fixer Kombination mit Grazoprevir verfügbar.

Ledipasvir (LDV):

In Kombination mit anderen Substanzen zur Erst- und Re-Therapie **für die HCV-Genotypen 1, 4, 5 und 6**. Ledipasvir ist nur in fixer Kombination mit Sofosbuvir verfügbar.

Pibrentasvir (PIB):

In Kombination mit anderen Substanzen zur Erst- und Re-Therapie **für die HCV-Genotypen 1 bis 6**. Pibrentasvir ist nur in fixer Kombination mit Glecaprevir verfügbar.

Velpatasvir (VEL):

In Kombination mit anderen Substanzen zur Erst- und Re-Therapie **für die HCV-Genotypen 1 bis 6**. Velpatasvir ist nur in fixer Kombination mit Sofosbuvir, bzw. mit Sofosbuvir + Voxilaprevir verfügbar.

Nukleos(t)idische Polymerase (NS5B)-Inhibitoren

Sofosbuvir (SOF):

In Kombination mit anderen Substanzen zur Erst- und Re-Therapie **für die HCV-Genotypen 1 bis 6**. Sofosbuvir ist alleine und in fixer Kombination mit Ledipasvir und Velpatasvir bzw. in fixer Kombination mit Velpatasvir und Voxilaprevir verfügbar.

Die neuen antiviralen Medikamente ermöglichen eine hocheffektive Therapie. Es gibt in Deutschland keine Empfehlung zur Priorisierung der Therapie. Grundsätzlich kann jeder chronisch infizierte Patient behandelt werden.

	PREIS FÜR 4 WOCHEN	PREIS FÜR 8 WOCHEN	PREIS FÜR 12 WOCHEN
SOVALDI®	14.349 €		43.047 €
DAKLINZA®	8.964 €		26.892 €
HARVONI®	14.995 €	29.990 €	44.985 €
EPCLUSA®	9.997 €		29.990 €
ZEPATIER®	8.667 €		26.000 €
VOSEVI®	20.036 €	40.072 €	60.108 €
MAVIRET®	14.995 €	29.990 €	44.985 €
(STAND 01.09.18 LAUERTAXE)			

Persönliche Anmerkungen von Dirk Schäffer

Selbstverständlich sind auch JES und die Deutsche Aids- Hilfe immer wieder mit kritischen Nachfragen zur Preisgestaltung der neuen Medikamente zur Hepatitis C Behandlung konfrontiert. Je nachdem mit wem man spricht wird erwartet, dass wir gegen die Preisgestaltung der pharmazeutischen Industrie vorgehen. Andere fordern, dass wir dafür Sorge tragen sollen, dass die Zugänge zur Behandlung niedrigschwelliger werden damit mehr Menschen behandelt werden können. Wieder andere sagen, wir sollen auf die Ärzt_innen einwirken, dass endlich die Vorbehalte gegen die Behandlung von aktiv Konsumierenden schwinden. Alle Forderungen haben ihre Berechtigung und alle Anforderungen die an uns gestellt werden gehören zu unserem Aufgabenfeld. Ich persönlich sehe natürlich, dass es kaum ein Argument gibt, das den Preis von 30.000 bis 45000 € (je nach Medikament und Behandlungsdauer) rechtfertigt. Allerdings vermisste ich bei den aktuellen Preisdebatten einen Rückblick in jene Zeiten als tausende mit Interferon Kombinationstherapien oder Tripletherapien behandelt wurden. Auch diese Behandlungen waren nicht kostenlos, die Nebenwirkungen aber unerträglich, flankiert von Krankenhausaufenthalten und die Behandlungsdauer mit einem Jahr nahezu unendlich. Dies alles mit teilweise sehr bescheidenen Heilungsraten.

Nun werden fast alle behandelten Patienten geheilt, ohne Nebenwirkungen und das in 8–12 Wochen. Selbstverständlich hat dies seinen Preis. Ob es **dieser** Preis sein muss, glaube ich nicht. Wir haben es aber hier mit Wirtschaftsunternehmen zu tun, die für ihre Aktionäre Gewinne erwirtschaften wollen und müssen. Ich persönlich glaube, dass im deutschen Gesundheitssystem ausreichende Mittel für eine Behandlung aller bereitstehen, die behandlungsbedürftig sind. Als Europäer und als Mitglied in internationalen Zusammenschlüssen von Drogengebrauchern muss ich den Blick über die Grenzen Deutschlands hinaus richten. Hier vollzieht sich der Bruch hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten der Hepatitis C mitten durch Europa. Während die kostenintensiven Behandlungen für Länder in Skandinavien und Nordeuropa sowie für Deutschland aber auch Frankreich und für andere Länder in Westeuropa kaum ein Problem darstellen, sieht die Situation in einigen Ländern Südeuropas und Südosteuropas völlig anders aus. Hier führt die Preispolitik im Bereich Hepatitis C dazu, dass tatsächlich zehntausende Menschen nicht von einer Behandlung gegen eine lebensbedrohliche Erkrankung profitieren. Ich würde mir wünschen, dass jene Firmen die moderne Medikamente zur Hepatitis C Behandlung herstellen in ihrer Preispolitik deutlich flexibler werden und ihren Teil dazu beitragen, dass wir der Eradikation von Hepatitis C bis zum Jahr 2030 ein Stück näher kommen.

Wer sollte therapiert werden?

Die Bundesregierung (April 2016) teilt das Programm der WHO, die chronische Hepatitis C bis 2030 zu eradizieren. Somit ist prinzipiell **jeder Patient mit einer chronischen Hepatitis C ein Kandidat für eine Behandlung**. Dennoch sollte die Behandlungsentscheidung im Einzelfall jeweils genau überprüft werden.

Gründe, die dafür sprechen, den Patienten eher zur Therapie zu motivieren und eine baldige Therapie zu initiieren wären z.B:

- Anhaltspunkte für eine fortgeschrittene Fibrose
- erhöhtes Progressionsrisiko (z.B. HIV-koinfizierte Patienten)
- extrahepatische Manifestationen der Hepatitis C
- Komorbiditäten, die potentiell mit der HCV in Verbindung gebracht werden können
- Tätigkeit in medizinischen/pflegerischen Berufen
- erhöhtes Transmissionsrisiko (z.B. intermittierender Drogengebrauch, Homosexualität, Prostitution)

Eine Substitutionstherapie bei Drogengebrauchern ist kein Grund, eine Therapie zu verweigern. Die Studienlage zeigt auch für diese Patientengruppe sehr gute Therapieergebnisse mit bisher akzeptablen Reinfektionsraten, selbst bei dem Nachweis von Beikonsum.

JES-Bundesverband

► **Der Gesamttext der Empfehlungen ist unter <https://bit.ly/2CVi22v> zu finden.**

KLAR WILL ICH LEBEN!

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

Die Adresse für Therapien mit klarem Kopf.



Rauschakzeptierende Substitution in der Schweiz – auch in Deutschland möglich?

Der JES-Bundesverband freut sich sehr, dass **Marc Vogel** und **Hannes Strasser** einen Beitrag über innovative Entwicklungen der Substitutionsbehandlung in der Schweiz für diese Ausgabe des DROGENKURIER verfasst haben. Die Schweiz war bei vielen Entwicklungen stets Wegbereiter und auch Vorbild für spätere Entwicklungen in Deutschland. Als wir erstmals von den in der Schweiz beschrittenen neuen Wegen der Behandlung der Opiatabhängigkeit hörten, entstand sofort die Frage „Wäre eine rauschakzeptierende Substitution auch in Deutschland möglich?“

Nasale Einnahme in der Heroingestützten Behandlung

Die heroingestützte Behandlung (Hege-Be) wurde in der Schweiz vor beinahe 25 Jahren als Alternativtherapie für Patient_innen eingeführt, die von der herkömmlichen substitutionsgestützten Behandlung mit Methadon und später auch anderen Opioiden nicht ausreichend profitierten. Mittlerweile ist sie ein fester Bestandteil der Regelversorgung geworden und wurde in diversen Volksabstimmungen bestätigt. Die größte Errungenschaft der HegeBe ist indes nicht die Abgabe von pharmazeutischem Heroin (Diacetylmorphin, DAM), sondern die grundsätzliche Erkenntnis, dass einige Patienten vom raschen Anfluten des Substituts und dem damit verbundenen Flash profitieren. Die HegeBe stellt also eine „rauschakzeptierende Behandlung“ dar.



DAM Tabletten in der Schweiz

Heroinzigaretten wenig praktikabel – Take Home von Herointabletten ist möglich

Nachdem sich Versuche mit Heroinzigaretten als nicht praktikabel erwiesen hatten, war in der Schweiz ursprünglich nur intravenös appliziertes Diacetylmorphin (DAM, pharmazeutisches Heroin) verfügbar. In den Nuller Jahren wurden dann retardierte und unretardierte DAM-Tabletten zugelassen und breitflächig eingesetzt. Diese dürfen stabilen Patienten inzwischen auch für bis zu zwei Tage nach Hause mitgegeben werden.

Wie könnten mehr Opiat-konsument_innen von der Heroinbehandlung profitieren?

Obwohl bereits verschiedene Anwendungsformen von DAM zur Verfügung stehen, erreicht unser Angebot aber nur einen Teil der Patienten, die eigentlich von der HegeBe profitieren könnten. Verschiedene Entwicklungen liegen diesem Umstand zugrunde.

Erstens ist das Durchschnittsalter der behandelten Patienten seit Einführung der HegeBe deutlich angestiegen und liegt in der Schweiz mittlerweile bei 48 Jahren. Ursächlich ist die verbesserte Überlebensrate der betroffenen Menschen ebenso wie eine seit Jahren sehr geringe Rate an Neueinsteigern in den Opioidkonsum. Aufgrund der oft vorzeitigen Alterung der Patienten treten häufig Komplikationen auf, die das Spritzen von DAM erschweren. So sind nach jahrelangem intravenösen Konsum trotz oft

guter Hygiene und Pflege die oberflächlichen Venen häufig verschwunden.

Probleme durch intramuskulären Konsum

In Basel hat daher etwa ein Drittel der Patienten die Erlaubnis, intramuskulär zu spritzen, obwohl die Substanz für diese Art der Anwendung nicht zugelassen ist. Die intramuskuläre Anwendung führt dabei nicht zu den gleichen Effekten wie das Spritzen in die Vene, weil die Substanz anstatt in wenigen Sekunden doch erst nach einigen Minuten und somit viel langsamer anflutet. Zudem ist diese Anwendungsform mit Komplikationen wie beispielsweise Infektionen, Abszessen, oder Verhärtungen verbunden. Letztere können die Injektion sehr schmerzhaft machen. Andere Patienten weichen auf die Injektion in die Leiste aus, die aufgrund der Nähe der dortigen Vene zu Arterie und Nerv mit Komplikationen bis hin zum Verlust des Beins einhergehen kann. Insgesamt sind beide Methoden daher unbefriedigend.

Zusätzliche Risiken durch COPD

Ein anderes Phänomen, welches die Injektion unmöglich machen kann, ist das zunehmende Auftreten von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) aufgrund von jahrelangem Rauchen von Tabak und anderen inhalativ eingenommenen Substanzen. Diese Erkrankung ist mit einer eingeschränkten Sauerstoffversorgung durch die Lungen verbunden. Bei Injektion von Heroin kann sie dann zu einem gefährlichen Absinken des Sauerstoffgehaltes des Blutes führen, so dass die betroffenen Patienten mitunter nach der Injektion vom Personal mindestens unterstützt, im schlimmeren Fall sogar wiederbelebt werden müssen.

Eine Umstellung auf Tabletten wäre in diesen Fällen eigentlich angezeigt, ist für viele Patienten aufgrund des Bedürfnisses nach einem Opioidflash jedoch oft nicht zielführend. Erzwungene Umstellungen gegen den Patientenwillen können dann zur Wiederaufnahme

des intravenösen Konsums von Straßenheroin mit möglicherweise fatalen Folgen führen.

Opioidsniffer profitieren bisher wenig

Eine dritte Gruppe, die weder durch intravenöse noch orale Konsumformen erreicht wird, stellen die primären Sniffer von Opioiden dar. Die Zahl derjenigen User, die diese Anwendung bevorzugen und nie injiziert haben, hat in den letzten Jahren in der europäischen Union wie auch der Schweiz zugenommen, wie u.a. Zahlen aus den Konsumräumen von Basel zeigen. Gesniffenes DAM flutet dabei zwar nicht so rasch wie intravenös injiziertes an, jedoch deutlich schneller als geschluckte Tabletten, und geht mit einem stärkeren subjektiven High einher. Suchen die Patienten diesen Effekt, so ist klar, dass wir diesem Bedarf in der HegeBe bisher nicht gerecht werden.



Sniffing Heroin

Ist der nasale Konsum von DAM eine Alternative?

Aus den genannten Gründen haben die Schweizer HegeBe-Behandlungsstellen eine Arbeitsgruppe gebildet, welche die Möglichkeit des nasalen Konsums von DAM ausgelotet hat. Das Sniffen zermörserter Tabletten, welches vereinzelte Patienten nach dem Tabletten-schmuggel praktizieren, wurde dabei aufgrund der möglicherweise schädlichen zusätzlichen Inhaltsstoffe der Tabletten verworfen. Eine andere Lösung hingegen erscheint praktikabel und wird nun schrittweise umgesetzt: die nasale Einnahme des flüssigen DAMs mittels



Nasaler Applikator

eines Zerstäubers („Mucosal Atomization Device“).

Da die Nasenhöhle nur etwa 50ml (entspricht 50 mg) DAM pro Nasenloch aufnehmen kann (also maximal 100 mg pro Einnahme), muss die Anwendung dabei mit einem oralen Basisopioïd wie DAM-Tabletten, retardiertem Morphin (Substitol®) oder Methadon ergänzt werden. Obwohl die applizierte Dosis auf den ersten Blick nicht sehr hoch scheint, sind die bisherigen Erfahrungen in der Versorgung gut und werden von den ersten Patienten als sehr positiv geschildert. Es soll nun eine Studie folgen und diese Behandlung breitflächig angeboten werden.

Die Ärzte der Schweizer HegeBe erhoffen sich dadurch mehrere positive Effekte: Erstens eine Schadensminderung, wenn intramuskulär oder in die Leiste injizierende Patienten auf diese, mit grosser Wahrscheinlichkeit weniger schädliche Anwendungsform, umsteigen. Das gleiche gilt für Patienten mit COPD, die mit der nasalen Einnahme einem geringeren Risiko für Sauerstoffabfälle als bei der Injektion ausgesetzt sind. Zweitens hoffen wir, mit diesem Behandlungsangebot auch die primären Sniffer für die HegeBe zu gewinnen, die sich bisher aufgrund des fehlenden Angebotes nicht für diese entschließen konnten. Mit der nasalen Einnahme steht für diese Gruppe erstmals eine rauschakzeptierende Therapieform zur Verfügung.

Marc Vogel, Hannes Strasser
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel,
Wilhelm Klein-Strasse 27,
4002 Basel, Schweiz

Der Gedenktag am 21. Juli – ein Blick nach Kassel und Lörrach

20 Jahre Gedenktag – Veränderungen gelingen nur gemeinsam ...

... so lautete das Motto des 20. Gedenktages für verstorbene Drogengebraucher_innen. Etwa 80 teilnehmende Städte bestätigen die Bedeutung des 21. Juli auch im zwanzigsten Jahr seines Bestehens.

Da wir stets bemüht sind alle Städte und Einrichtungen, die sich am Gedenktag beteiligen auch in unseren Dokumentation aufzunehmen, haben wir uns wie bereits in den letzten Jahren entschlossen, eine kleine Rubrik für „Nachzügler_innen“ einzurichten.

Breites Bündnis unterstützt
den Gedenktag in Kassel

Neben der Drogenhilfe Nordhessen, wird der Gedenktag in Kassel von der hiesigen JES-Gruppe sowie der Aids Hilfe Kassel unterstützt. In diesem Jahr gelang es, für den bereits vor einigen Jahren erworbenen Findling einen Platz als Ort des Gedenkens in Kassel zu finden.

Von besonderer Bedeutung ist hierbei die für den Gedenkstein gewählte Inschrift. Diese lautet:

PROHIBITION TÖTET

Hiermit fokussieren die Kolleg_innen aus Kassel auf die Ursache der vielfach prekären gesundheitlichen und sozialen Lagen vieler Drogengebraucher_innen. Das das



Die Selbsthilfegruppe für Opiatkonsument_innen „JES-Kassel e.V.“ hat in vielen kreativen Gruppendiskussionen ein Konzept für einen Gedenkstein entwickelt, der neben dem eigentlichen Gedenken an verstorbene Drogenkonsument_innen gleichzeitig an die vielen Opfer der rigiden Drogenpolitik erinnert („Prohibition tötet“) und eine präventive Botschaft („Drogenkonsum kann zum Tod führen“) übermitteln soll. Mit Zusagen der Kostenbeteiligung von „Café Nautilus“ der Drogenhilfe Nordhessen e.V., AIDS-Hilfe Kassel e.V. wurde der Stein im Sommer 2012 in Auftrag gegeben.

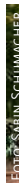
Der vom Steinmetzmeister Uwe Bächt geschaffene Gedenkstein sollte im innerstädtischen Raum gut sichtbar platziert werden. Nach etlichen Absagen verschiedener Behörden und Institutionen aufgrund der Botschaft, gelang es unter maßgeblicher Mitwirkung des Ortsbeiratsvorsitzender, Hannes Volz von den Grünen im Frühjahr 2018 einen Ort für diesen Gedenkstein zu finden. Seit dem 20. Juni 2018 steht der Stein am Holländischen Platz. Hier wird er täglich von hunderten von Leuten gesehen und kann dort seine Botschaften vermitteln.



Gedenktage am Holländischen Platz in Kassel

totale Drogenverbot- also die Prohibition- für den weltweit zehntausendfachen Tod von Drogenkonsument_innen verantwortlich ist, ist unter Fachleuten weitgehend unbestritten. Allerdings findet man in Europa und Deutschland eine solch klare Benennung der Ursachen nur noch selten.

Demzufolge steigt die Ungeduld insbesondere bei jenen, die unmittelbar vom Tod ihrer Partner_innen und Freund_innen betroffen sind. Sie vermissen mutige politische Entscheidungen auf Grundlage der wissenschaftlichen Evidenz. Sie wünschen sich, dass der Entkriminalisierung und Regulierung einfach einmal eine Chance gegeben wird. Zum Gedenktag in Kassel kamen viele Menschen aus der Szene, aber auch Unterstützer_innen! Es wurde für jede/n verlorene/n Freund_in, eine weiße Kerze entzündet. Auf bunten Schmetterlingen wurden ihre Namen und persönliche Botschaften notiert. Als Höhepunkt der Veranstaltung, wurde der Lieblingssong von unserem verstorbenen JES-Mitglied und Freund Srdjan Daruk "Sertsch" gespielt. 'En Garde' von Haudegen. Der Text passte zu ihm und zu der Situation, in der wir uns befinden!

Biqqi (JES-Kassel)

Gedenktage in Lörrach

zutauschen. Dabei kamen weitaus mehr junge Erwachsene an den Stand als in der Vergangenheit. Im Mittelpunkt der Gespräche stand das Unverständnis über eine ignorante Drogenpolitik, die sich zum Schaden vieler Menschen, weiterhin einer neuen Strategie verweigert.

Sabin

HCV-Kurzintervention durch den JES-Bundesverband in Köln, Hamburg, Berlin und Bonn



JES Care Pack mit Konsumutensilien und Verbandsmaterial



HCV-Flyer von Vision e.V.

Bereits im letzten Jahr hat der JES-Bundesverband mit finanzieller Unterstützung einer Pharmafirma das Angebot machen können, über Hepatitis C aufzuklären.

Dabei ist es nicht unser Anliegen in der Allgemeinbevölkerung Informationen zu streuen. Wir wollen in unserer Hauptbetroffenengruppe Drogengebraucher_innen aufklären. Was ist überhaupt Hepatitis C? Was richtet der Virus in unserem Körper an? Bin ich infiziert? Was kann ich tun, wenn ich infiziert bin? Wel-

che Risiken der Infektion gibt es denn beim Drogenkonsum?

Dies alles besprechen wir auch in diesem Jahr mit Drogengebraucher_innen, entweder in kleinen Gruppen oder im Einzelgespräch. Dazu benötigen wir natürlich vor Ort einen Kooperationspartner, der bereit ist, uns seine Einrichtung für einen Tag zur Verfügung zu stellen. Wir werden dann im laufenden Tagesangebot ein klein wenig Raum beanspruchen, wo wir uns mit unseren Materialien und Informationen den ganzen Tag

für die Besucher*innen der Einrichtungen ansprechbar sind. Das Angebot können wir in Köln, Hamburg, Berlin und Bonn machen.

In Berlin haben wir auch in diesem Jahr wieder die Birkenstube besucht. Die Birkenstube hat sowohl einen Kontaktladen als auch Drogenkonsumraum, wo über den Tag verteilt viele Drogengebraucher_innen ein- und ausgehen. Aufgrund von Sprachbarrieren konnten nicht alle von dem Angebot profitieren, jedoch gab es zumindest für russischsprachige Dro-

gengebraucher_innen die Möglichkeit der Übersetzung durch eine Mitarbeiterin vor Ort. Viele Informationen konnten auch nonverbal durch verschiedene Interventionen vermittelt werden. Zudem gab es aufgrund der finanziellen Unterstützung noch die Möglichkeit allen Teilnehmer_innen ein kleines Präsent zu überreichen. Sie erhielten ein kleines Notfallset mit Verbandsmaterial und Care Packs zum Rauch- und Spritzkonsum. Die Tasche, in der alles verpackt war, trägt den Aufdruck des JES-Bundesverbands und lässt sich an den Gürtel befestigen.

Was machen wir mit Menschen ohne Krankenversicherung?

Ich finde die Aktion wirklich toll und sinnvoll. Es gibt leider immer noch so viele Drogengebraucher_innen, die nicht alle Risiken der Übertragungswege kennen und die noch nicht ausreichend über die neuen Medikamente in der HCV Behandlung Bescheid wissen. Immer noch kreist der Mythos der Interferonbehandlung durch die Szene. Aber eines beschäftigt mich nachhaltig, wie können wir denjenigen helfen, die nicht krankenversichert sind in Deutschland? Wo können diese Menschen behandelt werden? Es gibt derzeit leider noch kein Angebot, dass wir machen können.

Peers kümmern sich um Drogengebraucher_innen mit positiven HCV Testergebnis

In Köln bieten wir zusätzlich noch die Testung auf HCV an. Per Fingerpieks können wir innerhalb einer viertel Stunde mit einem Schnelltest feststellen, ob jemals ein Kontakt zu Hepatitis C Viren stattgefunden hat. Wenn dieser Test positiv ausfällt, vermitteln wir den Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt, der dann den Folge Bluttest / PCR Test vornimmt. Begleitet wird das ganze Testprojekt von unseren Buddys, die sich während der gesamten Therapiedauer um die positiv Getesteten kümmern und sie unterstützen.

C. Schieren, VISION e.V.,
JES-Bundesvorstand

BUCHTIPP: Wenn es einen Suchtmediziner gibt, der ein intaktes Vertrauensverhältnis von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als Fundament einer erfolgreichen Substitutionsbehandlung sieht, dann ist es Albrecht Ulmer aus Stuttgart. Wir freuen uns daher das neue Buch von Herrn Ulmer vorstellen zu können, das sich genau mit diesem Thema auseinandersetzt.

Lernen von Patienten

Erfahrungen eines Arztes, der dadurch zum Spezialisten für Menschen mit HIV und Suchtkrankheiten wurde

„Das Lernen von Patienten ist die Basis in meinem Beruf“, sagt Albrecht Ulmer als ein Resümee nach 40 Jahren ärztlicher Tätigkeit. Das Interesse am Menschen hinter der Krankheit und ein genaues Zuhören verhelfen immer wieder zu neuen Sichtweisen. Daraus entstehen auch wichtige medizinische Ansätze und letztendlich eine Medizin, die sich in besonderer Beziehung zum Menschen entfaltet. Ulmer beschreibt das besonders bei Patienten mit HIV und Suchterkrankungen, seinen Spezialgebieten. Eine persönliche, einfühlsame Betreuung ohne Stigmatisierung ist hier besonders wichtig. Daraus resultiert eine subjektive Reflexion über das Arzt-Sein, aus der jeder Mediziner lernen kann, wie bereichernd und weiterführend eine gute, zuhörende Beziehung zum Patienten sein kann.

Albrecht Ulmer

Lernen von Patienten

Erfahrungen eines Arztes, der dadurch zum Spezialisten für Menschen mit HIV und Suchtkrankheiten wurde



ISBN-Nr: 978-3-86321-417-3

Preis: 15,- €

Albrecht Ulmer, Dr. med.: ließ sich 1984 als Allgemeinarzt in Stuttgart nieder. Seit 1985 entwickelten sich die Schwerpunkte HIV und Suchtmedizin, zunächst für Heroinabhängige, später auch speziell für Alkoholabhängige. Dr. Ulmer ist Gründungsmitglied der Fachgesellschaft von HIV-Schwerpunktärzten DAGNÄ und der heutigen Dt. Gesellschaft für Suchtmedizin DGS. In dieser war er auch viele Jahre Vorstandsmitglied. Einzigartig sind seine jahrzehntelangen, grafischen Darstellungen von HIV- und Suchtverläufen und wegweisende, medikamentöse Suchtbehandlungsansätze. Als besonderes Anliegen verfolgt er seit Jahren den Aufbau suchttherapeutischer Vertrauensstrukturen.



KISS

Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum

Das KISS Gruppentraining gibt es bereits seit einigen Jahren als Angebot in der niedrigeschwelligen Drogenarbeit. Auch ich habe mich vor ca. 8 Jahren zur Traineein ausbilden lassen, habe bisher jedoch nur wenige Personen und Gruppen durch das Training geführt. Jetzt, nachdem auch meine Kollegin Jana diese Ausbildung absolviert hat, wollen wir in Köln bei VISION gemeinsam ein KISS Training anbieten.

Was ist KISS überhaupt und wer kann daran teilnehmen?

Das 12 wöchige Training beinhaltet 12 unterschiedliche Themen, die für diejenigen interessant sein können, die sich mit ihrem Konsum auseinandersetzen möchten. Ziel kann unter anderem die Reduktion des Beikonsums im Rahmen einer Substitutionsbehandlung sein. Wann konsumiere ich überhaupt was, wie viel und zu welchen Gelegenheiten? Sich erstmal einen Überblick über den eigenen

Konsum zu verschaffen und dann selbst entscheiden, was, wann und wie etwas verändert werden soll ist Mittelpunkt des Trainings. Selbstbestimmt Ziele festlegen ohne Zwänge und Vorgaben, das ist das neue an KISS Das Training findet wöchentlich statt, für ca. 2,5 Std. Es sind nicht ausschließlich Gesprächsgruppen, es werden auch kleinere „Spiele“ zur Auflockerung stattfinden.



KISS Konsumtagebuch

Jana und ich haben uns da einiges einfallen lassen und hoffen, dass wir viel zum Wohlfühlen in der Gruppe beitragen können.

Noch einige freie KISS Plätze

Bisher haben wir noch nicht genügend Interessenten zusammen, so dass der Beginn des Trainings noch nicht genau festgelegt werden kann. Unser Ziel ist es aber, noch in diesem Jahr beginnen zu können.

Hier nun unser Aufruf:

wer aus Köln ist und Bock auf ein wenig Veränderung hat, meldet euch bei uns. Entweder persönlich im Kontaktladen Kalk, Neuburgstr. 25 oder telefonisch unter: **0221/820073-0**

Jana und Claudia, VISION e.V.

GEROT  LANNACH

Kompetenz in der Substitutionstherapie.

**Schafft
Klarheit!**



Bericht vom 12. Internationalen akzept Kongress



Ein einzigartiger Veranstaltungsort, das Millerntor Stadion

Unter dem Motto „Gesundheitsförderung 3.0 – Harm Reduction, Verhältnisprävention und Versorgung“ fand in Hamburg vom 11.–12. Oktober 2018 der 12. Internationale akzept Kongress statt

Seit 1991 findet der Kongress alle zwei Jahre statt und versteht sich vorrangig als Plattform für den Austausch zwischen Wissenschaft und Suchtkrankenhilfe aber eben auch mit und für Betroffene. Das Programm war sehr umfangreich. Neben Plenarvorträgen, Kurzvorträgen und Workshops gab es auch Podiumsgespräche mit Publikums-Diskussionen.

Ein Thema beinhaltete u. a. die Empfehlungen zur Konsumutensilienvergabe aus der Druckstudie, die empfiehlt, dass pro Jahr und Konsument 200 Packungen ausgegeben werden sollten. Dies ist eine der Voraussetzung, um die Hepatitis C Verbreitung einzudämmen.

Ein weiterer Vortrag beschäftigte sich mit der in Freiburg vorgenommenen Testung von Substanzen, die den Resten der Verpackungen entnommen wurden. Der Reinheitsgrad der getesteten Substanzen ergab: Heroin 1–58% (Mittelwert 9%) und Kokain ca. 1–100% (Mittelwert 74%) Reinheitsgrad. Als Streckmittel wurden keine gefährlichen Substanzen festgestellt, jedoch wiesen viele Kokainproben Levamisol (Tierentwurmungsmittel) auf.

Ein weiterer Kurzvortrag wurde von einer JES Kollegin vorbereitet, die jedoch aus Krankheitsgründen nicht vor Ort sein konnte. Um den Vortrag nicht ausfallen zu lassen und dem Thema Lyrika



Ein Motto des Kongresses

trotzdem einem Raum zu geben, übernahmen Susanne K. und ich die Vorstellung und berichteten aus unserer persönlichen Sicht zum Thema. Mir persönlich hat die Arbeitsform „Corner Stone Lap“ sehr gut gefallen. Hier konnte ich dann, dass mir am Herzen liegende Thema „Behandlungsverträge“ in der Substitution, ansprechen.

Die Atmosphäre des Millerntor Stadions, in dem der Kongress stattfand, hat nicht unwesentlich dazu beigetragen, dass sich neben dem Programm auch immer wieder persönliche Gespräche zwischen den Teilnehmer/innen entwickelten. Alle Teilnehmer/innen empfand ich als sehr offen.

Es wäre schön, wenn sich zukünftig mehr Betroffene an solchen Veranstaltungen beteiligen könnten und wir User so als größere Gruppe vertreten wären. Insgesamt nahmen rund 270 Teilnehmer/innen an dem Kongress teil, der nicht nur sehr informativ war sondern auch noch Spaß brachte.

Alles in allem war es aus meiner Sicht eine gelungene Veranstaltung.

Bernd (JES-Berlin)

SANOFI NIMMT DEN DRUCK



- Durch engagierte Aufklärungsarbeit in einem stigmatisierten Therapiegebiet
- Durch partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Fachkreisen und Betroffenen
- Durch einen umfassenden Praxisservice und interdisziplinäre Fortbildung

40 Jahre Erfahrung in der Suchttherapie

www.substitutionsportal.de

SANOFI 

Die Schweiz hat mehr zu



bieten als Käse, Kuhglocken und

Bergkantone

In der letzten Ausgabe des DROGENKURIER haben wir begonnen, in Sachen Substitution den Blick über unsere Landesgrenzen zu werfen. Nach Österreich folgt nun die Schweiz.

Wir lieben die Schweizer für ihre unaufgeregte und pragmatische Drogenpolitik. So verwundert es auch niemanden, dass wir Entwicklungen, die die Schweiz im Bereich der Drogenpolitik und Drogenhilfe vollzogen hat, mit einigen Jahren Verzögerung auch in Deutschland umsetzen ... oder es zumindest versuchen.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei **Thilo Beck**, Chefarzt für Psychiatrie, im Arud Zentrum für Suchtmedizin in Zürich bedanken, der für uns die Entwicklungen der Substitution in der Schweiz mit dem nachfolgenden Beitrag skizziert hat.



Die Geschichte der Substitutionsbehandlung in der Schweiz

Anfang der 70er-Jahre begann sich der Heroinkonsum in der Schweiz auszubreiten. mit dem ersten Drogentoten 1972 in Zürich. 1975 wurde die rechtliche Grundlage für den Einsatz von Methadon als Heroin-Ersatzsubstanz gelegt. Wegen der äusserst restriktiv gehaltenen Bedingungen fand dieser Ansatz aber kaum Anwendung.

Mit der Entdeckung des HIV-Virus 1983 wurde bald klar, dass sich zusätzlich zu den bekannten Hepatitis-Infektionen eine HIV-Epidemie unter den immer zahlreicheren intravenös konsumierenden Menschen mit Heroinabhängigkeit ausbreitete. Die Zahl der opioidabhängigen Personen in der Schweiz hatte sich 1988 gegenüber 1985 mitgeschätzten 20000-30000 Konsument_innen mehr als verdoppelt. Die Zahl der Drogentoten hatte die 200-Grenze überschritten. Angesichts dieser Situation und der zunehmend katastrophalen Verhältnisse auf den offenen Drogenszenen eröffneten engagierte Ärzte 1992, entgegen den damaligen rechtlichen Auflagen, ein Ambulatorium für eine niedrigschwellige Behandlung mit Methadon. Innerhalb weniger Monate konnten mehrere Hundert heroinabhängige Menschen in die Behandlung aufgenommen werden.

1994 wurden schweizweit bereits 14.000 Personen in diesem Rahmen substituiert, der den damals gültigen rechtlichen Bestimmungen widersprach. Eine rechtliche Anerkennung mit dem Erlass entsprechender kantonaler Verordnungen erfolgte erst 1996.

1994 – Diamorphin wird zur Substitution verwendet

Die bereits seit 1986 diskutierte Diamorphin-(Heroin)- Behandlung wurde 1994 bis 1996 in einem groß angelegten wissenschaftlich begleiteten Pilotversuch in 18 Zentren in der Schweiz erfolgreich getestet und in der Folge provisorisch weitergeführt, bis sie 2008 schließlich mit einer Volksabstimmung definitiv im Betäubungsmittelgesetz verankert wurde.

2001 Buprenorphin und 2013 Morphin: Ergänzung der Palette der Wirkstoffe

2001 wurde Buprenorphin (Subutex®) als kassenpflichtiges Medikament zugelassen, 2013 folgte dann retardiertes Morphin (Substitol®, Sevre-Long®) und erst 2015 wurde R-Methadon (Polamidon®) im Schweizer Markt eingeführt.

Angebotsstrukturen und Inanspruchnahme

Knapp die Hälfte der Substitution in der Schweiz wird von Hausärzten gewährleistet. Der Rest wird durch Ambulatorien aus dem öffentlichen und privaten Bereich durchgeführt.

Es befinden sich im Querschnitt mit 19'000 Personen ca. 75% der problematisch opioidabhängigen Menschen in Behandlung und gar 95% waren bereits mindestens einmal in Behandlung.

Mehr Diamorphinsubstituierte als in Deutschland

Behandlungen mit retardiertem Morphin nehmen seit der Einführung 2013 zulasten des Methadonbehandlungen stetig zu. In den größeren Zentren hat der Anteil von Patient_innen die mit retardiertem Morphin behandelt werden, den Anteil der mit Methadon substituierten Patient_innen bereits überholt.

Der Anteil der mit Buprenorphin behandelten Personen bleibt mit ca. 10% auf geringem Niveau konstant.

Mit 1500 Personen befindet sich, ein vergleichsweise kleiner Anteil, in Diamorphinbehandlung.

Die Gestaltung der Behandlung – Take Home von Diamorphin ist möglich

Seit Beginn in den 90er-Jahren kann in der Schweiz grundsätzlich von einer niederschweligen und mit wenig Auflagen belegten Versorgung gesprochen werden. Die Kosten werden als Pflichtleistung von der Krankenkasse übernommen. Der Zugang zur Behandlung ist flächendeckend und rasch möglich. Bezüglich der Dauer der Behandlung bestehen keine Vorgaben. Mitgaben bis zu 30 Tagen sind unkompliziert direkt durch den verordnenden Arzt möglich. Einzig im Bereich der Diamorphinbehandlung, die nur in lizenzierten Zentren in 14 von 26 Kantonen angeboten wird, bestehen Versorgungslücken und rechtlich bedingte Einschränkungen. Die Einnahme von Diamorphin muss in der Regel unter Sicht des Institutionspersonals erfolgen. Allerdings sind bereits Mitgaben von bis zu 2 Tagen möglich.

Mit R/S-Methadon, R-Methadon, Buprenorphin, retardiertem Morphin und Diamorphin steht insgesamt eine breite Palette von Opioidagonisten zur Wahl. Für die abnehmende Zahl intravenös Konsumierender wird spritzbares Diamorphin angeboten. In einigen Zentren wird auch spritzbares Morphin und Methadon zur Substitution verwendet. Die Zahl, der in der Opioidagonistenbehandlung tätigen Hausärzte ist rückläufig, womit sich die Wahlmöglichkeit für Patient_innen einschränkt.



Herausforderungen für die Substitution in der Schweiz

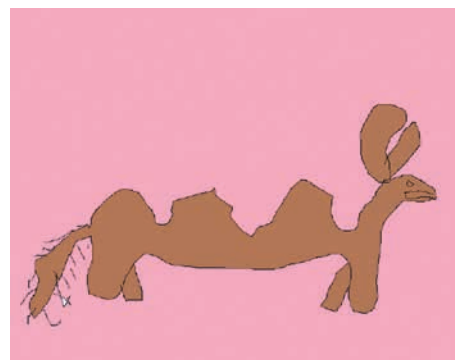
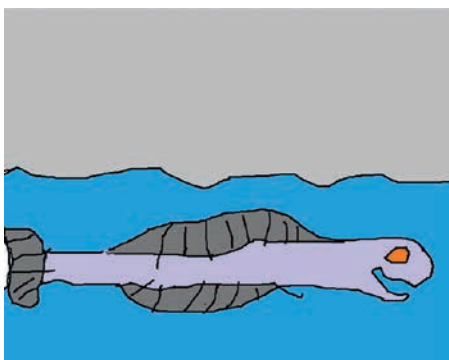
In der Schweiz ist bei zunehmendem Mangel an Hausärzten ein kontinuierlicher Rückgang der Substitution in der Hausarztpraxis zu verzeichnen. Die Diamorphinbehandlung hat sich als wichtiger Bestandteil einer bedarfsgerechten Substitution bewährt und sollte in die Regelversorgung überführt werden. Dies allerdings bedarf einer Gesetzesänderung. Bei zunehmender Krankheitslast der alternden Patienten bedarf es in zunehmendem Umfang einer integrierten, interdisziplinären Versorgung im ambulanten Bereich und der Entwicklung entsprechender Angebote für immobile und pflegebedürftige Patient_innen. Dies sowohl im Bereich der aufsuchenden Pflege wie auch in Pflege- und Altersheimen. Trotz der Tatsache, dass es in einigen Haftanstalten auch eine Heroinbehandlung stattfindet, ist eine Versorgung entsprechend den etablierten Standards in vielen Gefängnissen der Schweiz weiterhin nicht gegeben.

Thilo Beck, Zürich

Fabelhafte Geschichten findet ihr im DROGENKURIER eher selten. Wir freuen uns daher sehr, dass uns ein kreatives Mitglied aus unserem JES-Netzwerk eine phantastische Geschichte geschickt hat. Aufgrund des Umfangs der Geschichte, ist es leider nicht möglich, die gesamte Geschichte hier im DROGENKURIER abzdrukken. Wir wollen aber mit dem nachfolgenden Anle-setext euer Interesse wecken.

Ihr seht, dass zum DROGENKURIER auch aussergewöhnliche Beiträge passen. Wir würden uns freuen, wenn ihr uns eure Beiträge, Artikel und Geschichten sendet.

Redaktionsteam DROGENKURIER



Der Wanderzirkus, die Forelle und das Kamel

Liebe Leser_innen des DROGENKURIER, lasst euch die abenteuerliche Geschichte vom Zirkusdirektor des Planeten Mersass und die Ticks seiner wunderlichen Zirkustruppe nicht entgehen.

Dieser Zirkus reist von Planet zu Planet und begeistert die verschiedenen Lebewesen.

Eines Tages trifft ein Zauberer namens „Brauner“ ein, der etwas hat, was im gesamten Universum unbezahlbar ist.

Es wird nicht verraten, um was es sich handelt und auch nicht, welche Tricks die Forelle und das Kamel auf Lager haben

Versäumt die Geschichte auf keinen Fall, denn das Leben ist hart genug!

Lest, lacht und fiebert mit, wie der Mensch Brauner, ein großer Zauberer und ein Schlitzohr, das größte Abenteuer seines Lebens erlebt. Nebenbei lernt ihr wundersame Wesen und Bösewichter kennen. Erlebt haarsträubende Abenteuer und erfahrt ob alles gut geht unter www.jes-bundesverband.de

T. Feldhusen

Suchtmedizin Hexal

**Vielfältig.
Persönlich.
Für Sie.**



Neue Medien zur Weihnachtszeit



Taschenkalender für nächstes Jahr



Taschenkalender vergangener Jahre

Taschenkalender für Drogengebraucher_innen und Interessierte

Auch im Jahr 2019 wird es wieder einen Taschenkalender der Deutschen Aids Hilfe geben. Seit inzwischen 10 Jahren informiert der Taschenkalender über wichtige Themen rund um den Konsum psychoaktiver Substanzen. Themen im Jahr 2019 sind z.B. HIV- und HCV-Test, Hepatitis-C-Behandlung, Schutz durch Therapie, alternative Konsumformen, Naloxon, 30 Jahre JES – mach mit!, Hepatitis-B-Impfung,

Wie in den Jahren zuvor, bietet jeder Kalendertag Raum für wichtige Termine eintragen, Dein „Substitutionsausweis“ soll dazu beitragen, dass du bei einem Unfall oder Drogennotfall die richtigen Medikamente in der richtigen Dosis bekommst und deine Substitutionsbehandlung sowie deine HIV- oder Hepatitis-C-Therapie nicht unterbrochen werden müssen.

Bitte deinen Substitutionsarzt oder deine Substitutionsärztin, den Ausweis auszufüllen und zu unterschreiben bzw.

Nichts ist so gut, dass man es nicht besser machen könnte. Dieses Prinzip ist auch handlungsleitend für den Taschenkalender. Nach so vielen Jahren wollen wir uns für das Jahr 2020 ein paar neue Ideen holen um den Taschenkalender

noch alltagstauglicher, informativer oder inspirierender zu machen.

Den Kalender wird es also weiterhin geben, denn auch nach so vielen Jahren haben wir Anforderungen für ca. 20.000 Exemplare.

Wer noch Taschenkalender bestellen möchte sollte sich beeilen, denn die Auflage war bereits zum Zeitpunkt dieses Berichts fast vergriffen.

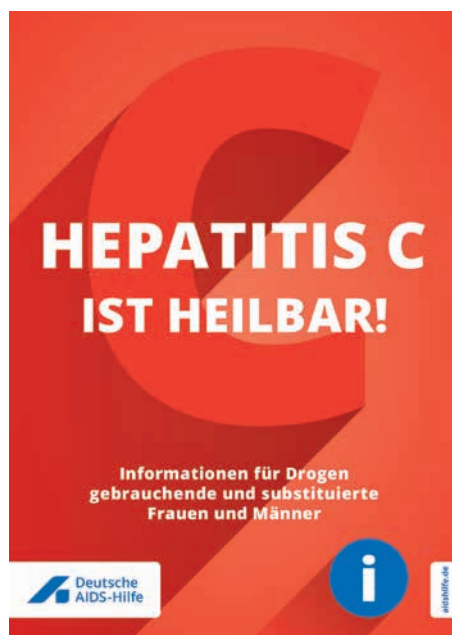
Schickt einfach eine Mail an anna.gamroth@dah.aidshilfe.de oder versand@dah.aidshilfe.de mit eurer Adresse sowie der Anzahl der Kalender die ihr bestellen wollt.

Hepatitis C ist heilbar ...

... so lautet der Titel unseres kleinen Mediensets für Arztpraxen und Drogenhilfeeinrichtungen, das in Kooperation mit JES sowie vielen Fachverbänden entstanden ist. Neben einer Broschüre wollen wir mit einem Plakat Drogengebraucher_innen abermals auf die Potentiale der neuen Medikamente zur Behandlung der Hepatitis C aufmerksam machen.

Denn, die Zahl bisher behandelter Drogenkonsument_innen ist zu gering. Es gibt aktuell nur wenig Gründe um bei chronisch HCV infizierten Menschen nicht direkt eine 6-12-wöchige Behandlung zu starten. Dennoch gibt es gerade bei der HCV-Behandlung von Substituierten noch Luft nach oben. Diese Medien sollen User und Substituierte informieren und sie dazu motivieren das Gespräch zu Test und Behandlung mit ihrem Arzt zu suchen.

Bestellungen bitte direkt an
versand@dah.aidshilfe.de



Wisst ihr das Neueste über HIV?

Diese neue Broschüre lässt keine Fragen offen. Aktuell scheint es ja so, als wenn HIV bei Drogengebrauchern kein Thema mehr wäre. Die DRUCK Studie zeigt uns aber ein anderes Bild. Bis zu einem Drittel der diagnostizierten HIV Infektionen waren bisher nicht bekannte Neuinfektionen. Auch die Zahl der User die sich in einer antiretroviralen Therapie befinden liegt deutlich unter der z.B. von Männern die mit Männern Sex haben.

Grund genug um sich wieder einmal kompakt und verständlich über HIV zu informieren.

Bestellungen bitte direkt an
versand@dah.aidshilfe.de



Der Bericht steht als Download zur Verfügung: <https://bit.ly/2PKZ01w>

YES! JES legt seinen Jahresbericht vor

Pünktlich zur Mitgliederversammlung Ende Oktober in Hannover, hat JES seinen Jahresbericht fertiggestellt. 2017 und 2018 waren für JES erfolgreiche und ereignisreiche Jahre, das wird bereits nach wenigen Seiten des Tätigkeitsberichts deutlich.

Der vielleicht größte Erfolg für die Selbsthilfeorganisation aktuell und ehemals Drogen gebrauchender Menschen lässt sich allerdings nicht in einem Projekt abbilden. Es ist vielmehr die Tatsache, dass JES im dreißigsten Jahr seines Bestehens bei vielen Verantwortlichen in Bund, Land und Kommunen als wichtiger Partner wahrgenommen und akzeptiert wird. Das dies nicht immer so war, ist kein Geheimnis. Für viele von uns war dieser Weg lang und mit viel Zurückweisung verbunden. Wir wollen uns an dieser Stelle aber freuen, dass sich das Bild von JES und seinen Protagonisten verändert hat.

Der Jahresbericht, der auch dieser Ausgabe des DROGENKURIER beiliegen sollte, gibt allen interessierten einen Einblick in die Arbeit des JES-Bundesverbands und seiner Netzwerkstrukturen.



راهنمایی هایی مختصر برای مصرف کنندگان مواد مخدر

1 مصرف ترکیبی مواد مخدر = خطرهای غیرقابل پیش بینی

Deutsche AIDS-Hilfe

مصرف ترکیبی مواد مخدر بسیار خطرناک

هرئین + الکل/بنزو دیازپین
گاما هیدروکسی بوتیریت (GHL-GBL) + الکل
اکستازی + قرصهای ضد افسردگی

مصرف ترکیبی مواد مخدر به این معناتست که: مواد شکر مختلف در یک زمان یا با فاصله کوتاه، پشت سر هم مصرف شوند. خطرهای چنین کاری، محاسبه پذیر نیستند - در ذیل، مهم ترین راهنماییها و هشدارها را ذکر می کنیم:

مصرف ترکیبی مواد مخدر: بهتر است که مصرف نکنیم!

مصرف مخلوط مواد مخدر شایع ترین دلیل برای مشکلات و مرگ و میرهای ناشی از مصرف است. اکثر مواد مخدر مختلف بر هم می تواند بسیار شدید و غیرقابل پیش بینی باشد. ترکیبات مشخصی از مواد مخدر حتی برای جان و زندگی آدمی خطرناک هستند - به همین دلیل، تو بایستی از مصرف کردن آنها جدا پر هیز کنی.

در این پروشور خطرناک ترین ترکیب های مواد مخدر نام برده شده و نشان داده می شود که تو چگونه می توانی در صورت تمایل به مصرف ترکیبی مواد مخدر از خطرات آن بکاهی.

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ

2 Гепатит? ВИЧ? Тест внесет полную ясность!

Deutsche AIDS-Hilfe

В Германии девять из десяти потребителей наркотиков инфицированы вирусом гепатита С (HCV). Не стоит забывать и о ВИЧ.

Тест позволит начать своевременное лечение!

Чем раньше будет обнаружена инфекция, тем скорее можно начать лечение и тем выше шансы избежать тяжелых последствий. Лучше всего проходить обследование дважды в год и регулярно сдавать тесты на гепатит и ВИЧ.

Многие инфекции (гепатит С или ВИЧ) долгое время остаются скрытыми. Вирусы незаметно поражают организм, пока не проявятся признаки болезни. И все это время человек может непреднамеренно заражать окружающих. Тест позволит начать своевременное лечение. Кроме того, знание поможет лучше защитить себя и других. Выполнение теста на гепатит лучше доверить опытному врачу, который сможет проконсультировать тебя - так ты сможешь проверить состояние своего здоровья. Тесты на гепатит делают некоторые учреждения здравоохранения, центры помощи ВИЧ-инфицированным и консультационные пункты для потребителей наркотиков.

Тест на ВИЧ в учреждениях здравоохранения можно сделать бесплатно или за небольшую сумму. Некоторые центры помощи ВИЧ-инфицированным и наркозависимым предлагают также экспресс-тесты. Всего несколько капель крови из пальца (без забора крови из вены) - и примерно через 20 минут ты получишь результат.

В учреждениях здравоохранения и центрах помощи ВИЧ-инфицированным и наркозависимым не нужно называть свое имя. Тесты можно сделать в больнице или амбулаторном отделении; при подозрении на ВИЧ-инфекцию расходы оплатит страховая медицинская организация, в противном случае их придется оплатить тебе.

ГЕПАТИТ А + В: Сделай прививку!

معلومات مختصرة لمتعاطي المخدرات

3 الكوكايين وكراك للاستعمال الآمن

Deutsche AIDS-Hilfe

تدخين الكوكايين (الكراك)

حتى يمكن تدخين الكوكايين، يتم تدخينه في حطب حرارة عالية. يمكن للمتعاطي حماية نفسه من التعرض لحروق وتشنجات بالقمع عن طريق استخدام قطع الميسم وهي متوفرة بالمجان في بعض أماكن تعاطي المخدرات.

لا تتعاط على حساب صحتك! لا تستخدم بأي حال سوى بيبه كراك الكوكايين الخاصة بك معًا لنقل البكتيريا أو فيروسات التهاب الكبد.

استنشاق (تسطير) الكوكايين

• املحن الكوكايين ليكون ناعمًا قدر الإمكان، ولا فإن الحبيبات الكريستالية سوف تخرج الغشاء المخاطي للأنف.

• العملات الورقية مشخعة وجوافها جادة، وذلك «فلا تستعملها».

• لا تستخدم إلا أنابيب التسطير النظيفة الخاصة بك ويستحسن أن تكون أطرافها مستديرة؛ وبذلك سوف تتجنب التعرض للعدوى ونقل البكتيريا أو فيروسات التهاب الكبد.

• يجب أن تكون حاصلًا على التطعيم اللازم ضد التهاب الكبد «أ» و«ب».

• داهن المراهم أو زيوت الأنف تحمي الغشاء المخاطي من الجفاف.

• نصيحة: في بعض المؤسسات يتم تسليم المتعاطي أطقمًا مخصصة لتسطين الآمن (ممثل جيب، أنبوب صغير، عيدان قطن مزيطة للغاية بالأنف). ببساطة اطلب الحصول عليها!

• احتس! لا تستخدم الأمونيا مطلقًا لتكوين البلورات الكريستالية! فتحي بعد غسل ملح الأمونيا فإنه يبيتي محتويًا على بقايا من المادة الكاوية الضارة بالشعب الهوائية والمهاجة للمخ.

Kurzinfos in Arabisch, Persisch (Farsi) und Russisch erhältlich

Zielgruppenspezifische und kultursensible Übersetzung im Fokus

Rückmeldungen aus Drogenhilfeeinrichtungen mit Angeboten der Schadensminderung machen deutlich, dass auch immer mehr arabisch-, persisch- und russischsprachige Drogengebraucher_innen mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache ihre Angebote in Anspruch nehmen.

Viele Einrichtungen sehen sich dem Problem gegenüber, dass eine direk-

te Kommunikation sowie die Information über wichtige Angebote und Maßnahmen der Schadensminderung bisher nicht möglich ist.

Die Deutsche AIDS-Hilfe hat quasi als Sofortmaßnahme drei der wichtigsten Kurzinformationen in drei Sprachen übersetzt. Somit stehen ab Januar 2019 Kurzinformationen zu den Themen

- Mischkonsum
- Hepatitis C
- Kokain und Crackkonsum

in den Sprachen Arabisch, Persisch (Farsi) und Russisch zur Verfügung.

Hierbei wurde besonderer Wert auf eine zielgruppenspezifische und kultursensible Übersetzung gelegt, die im Vorfeld des Drucks durch Mitglieder der jeweiligen Communitys geprüft wurden.

Selbstverständlich ist dies nur ein erster Schritt auf dem Weg zu einer wirklich individuellen Beratung und Betreuung. Ähnlich wie dies bereits punktuell bei anderen Sprachen gelungen ist, gilt es nun entsprechende Mitarbeiter_innen mit entsprechenden Sprachkenntnissen für die Arbeit zu gewinnen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe wird sich auch im Jahr 2019 weiterhin bemühen, die wichtigsten Medien für die Vor-Ort-Arbeit in passende Sprachen zu übersetzen.

JES-Bundesvorstand

Bestellungen bitte ab Januar per Mail direkt an: versand@dah.aidshilfe.de

ZIELE SETZEN UND ERREICHEN

A background image of a winding road through a field, with four colorful location pins (orange, yellow, pink, and purple) marking points along the path. A large white circle with a blue border is positioned at the top, and a white triangle with a blue border is at the bottom, both containing text.

STABILITÄT
GESUNDHEIT
FAMILIE
JOB

Die Substitutionstherapie von
Mundipharma
unterstützt und begleitet
ZUM PERSÖNLICHEN ZIEL

Der Newsletter für Ärzt_innen, Patient_innen und Praxisteams

2.000 Ärzt_innen in Deutschland behandeln pro Jahr über 80.000 Opioidabhängige mit Opioiden. Für diesen speziellen Bereich der Medizin – Substitutionsbehandlung oder auch medikamentengestützte Behandlung der Opioidabhängigkeit – liefert *Forum Substitutionspraxis* Nachrichten, Hinweise aus der Praxis und Fachveröffentlichungen über betäubungsmittelrechtliche Entwicklungen u.a.m. Zielgruppe sind Teams und Patient_innen in Praxen, Schwerpunktpraxen, Ambulanzen, in klinischen Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen und in Reha-Einrichtungen.

Monatlich am zweiten Mittwoch weist der Newsletter auf die wichtigs-



ten Veröffentlichungen zur Behandlung der Opioidabhängigkeit hin. Der Bezug ist kostenlos. Die Homepage selbst wird laufend aktualisiert. Neue Meldungen verbleiben für 30 Tage in der Rubrik News und sind auch im Ticker abzurufen.

Alles weitere unter: www.forum-substitutionspraxis.de

Positivbeispiele gegen Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung

Wer in eine Arztpraxis oder Versorgungseinrichtung kommt, verlässt sich darauf, professionell und ohne Diskriminierung behandelt zu werden. Vor allem Menschen mit HIV brauchen aufgrund ihrer chronischen Infektion eine konstante und kompetente medizinische Versorgung. Immer wieder begegnen ihnen jedoch Unsicherheit, Unwissen, Vorurteile oder gar Zurückweisung durch Ärzt_innen und medizinisches Personal.



Die Deutsche AIDS Hilfe hat hier ein tolles Projekt ins Leben gerufen, indem bisher das Thema Drogengebrauch keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielt. Wir wollen, dass sich dies ändert. Auch Menschen die Drogen gebrauchen und evtl HIV oder HCV infiziert sind, haben es immer wieder mit Vorurteilen, Zurückweisungen und Stigmatisierung im Gesundheitswesen zu tun. Allerdings gibt es auch viele „Positivbeispiele“, also Praxen, Ambulanzen oder Kliniken, die sich in besonderer Weise um Drogengebraucher_innen bemühen und wo eine Infektion keine Rolle spielt.

Vielleicht wollt ihr eure Praxis oder eure Ambulanz für diese Gütesiegel vorschlagen.

Alles weitere zu diesem Thema unter: www.praxis-vielfalt.de

VISION stellt seinen Jahresbericht vor

Nach Jahren des Stillstands entstand endlich wieder eine Diskussion über drogenpolitische Zielsetzungen, der Arbeit zugrundeliegende Haltungen und die bedarfsgerechte Weiterentwicklung im Kölner Hilfesystems. Das Jahr 2017 war für das gesamte Team mit einigen außergewöhnlichen Belastungen verbunden. Dass diese bewältigt werden konnten, ist dem besonderen Teamzusammenhalt und der hohen Motivation jeder/jedes Einzelnen geschuldet. Der Jahresbericht steht unter <https://www.vision-ev.de/2018/06/27/jahresbericht-2017/> zum Download bereit.



Gegen Diskriminierung zur Wehr setzen

Menschen die Drogen gebrauchen oder mit HIV und Hepatitis C erleben im Alltag wie im Berufsleben und selbst bei Ärzten immer wieder Diskriminierungen. Mit der Kontaktstelle unterstützt die Deutschen AIDS-Hilfe Betroffene dabei, dagegen vorzugehen.

Die Aufgabe der DAH ist zunächst, den Hilfesuchenden eine kompetente Erstberatung anzubieten. Das heißt, das Geschehene aufzunehmen und zu schauen, was im konkreten Fall unternommen werden kann. Im Idealfall kann an kompetente Institutionen vor Ort verwiesen werden. Menschen nach einem Diskriminierungserlebnis über eine längere Zeit psychologisch zu begleiten, geht von hier

aus allerdings nicht. Diese Aufgabe können letztlich nur Beraterinnen und Berater vor Ort übernehmen.

Man muss sich im Klaren sein, dass solche Prozesse, wie etwa Beschwerden über den Arzt bei der Ärztekammer, durchaus länger dauern können. Von Betroffenen kann diese Zeit als zermürbend empfunden werden. Zudem ist jede Diskriminierung immer auch eine persönliche Verletzung. Es ist daher notwendig, dass Menschen auch emotionale Unterstützung erhalten, wenn sie benötigt wird, und sie Unterstützer an ihrer Seite wissen, mit denen sie sich besprechen können.

Weitere Detailinfos zur Antidiskriminierungsstelle der DAH findet ihr in diesem Beitrag von Axel Schock:

<https://magazin.hiv/2013/09/10/beraten-unterstuetzen-verandern/>

Wer die Antidiskriminierungsstelle direkt erreichen möchte, kann sich an die verantwortliche Kollegin wenden:

Kontakt: Kerstin Mörsch

Mail: gegendiskriminierung@dah.aidshilfe.de

Telefon: 030-69 00 87 67

Bürozeiten: Montag, Dienstag und Freitag von 10 bis 15 Uhr



Diskriminierung - nimm's nicht hin!

Kariereknick wegen HIV? Immer nur der letzte Termin beim Arzt?

Die Kontaktstelle der Deutschen AIDS-Hilfe gegen Diskriminierung steht dir als Ansprechpartnerin zur Verfügung und begleitet dich bei Beschwerdefällen.

Beratung:
Mo, Di und Fr: 09.00 - 15.00 Uhr
Tel: 030 / 69 00 87 67

www.hiv-diskriminierung.de

Deutsche AIDS-Hilfe



Foto IMAGO

Linke fragen nach Opioid-Substitution im Gefängnis

Einer bayerischen Statistik zufolge ist jeder vierte Häftling bei Haftantritt drogenabhängig – unter anderem von Opioiden. Mittels Substitution lässt sich das Risiko von Begleiterkrankungen mindern. Doch wie viele Häftlinge erhalten diese schadensmindernde Behandlung in deutschen Gefängnissen? Danach erkundigt sich unter anderem die Linksfraktion im Bundestag in einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung.

Linke: „Rückfall ins letzte Jahrhundert“

Doch wie sieht es in der Realität in deutschen Gefängnissen aus? Das möchte die Linksfraktion im Bundestag im Rahmen einer kleinen Anfrage an die Bundesregierung wissen. Federführend für diese parlamentarische Initiative ist der drogenpolitische Sprecher der Linken, Niema Movassat: „In den deutschen Justizvollzugsanstalten sind schätzungsweise 15.000 opioidabhängige Menschen inhaftiert. Während sich außerhalb der Haftmauern mittlerweile Substitutionsprogramme etabliert haben und auch der Zugang zu sterilen Konsumutensilien verbessert wurde, werden die Menschen mit Haftantritt quasi in das letzte Jahrhundert zurückgeworfen.“

Wie hoch ist der Substitutionsbedarf in Gefängnissen?

Einer aktuellen Statistik zufolge ist jeder vierte Insasse in bayerischen Vollzugsanstalten drogenabhängig. Über die bundesweite Zahl der behandlungsbedürftigen Opiatabhängigen in Haft gibt es derzeit nur Schätzungen. Deshalb fragen die Linken, wie viele Inhaftierte in Deutschland zwischen 2016 und 2018 von welchen Substanzen abhängig sind. Außerdem interessieren sich die Linken dafür, wie viele Personen während ihrer Haft erstmals Drogen konsumieren, wie viele Drogentote es in deutschen Vollzugsanstalten zwischen 2007 und 2017 gegeben hat, und in wie vielen Gefängnissen der Opiat-Antagonist Naloxon zur Behandlung von Überdosen zur Verfügung steht.

Wie realistisch ist Abstinenz?

Die Opiatabhängigkeit lässt sich selten mit reiner Willensstärke kurieren – eine komplette Abstinenz ist für Abhängige nur schwer zu erreichen. Dies hat auch die Bundesärztekammer erkannt. In ihren aktuellen Richtlinien zur Behandlung Opiatabhängiger ist es inzwischen nicht mehr das einzige Therapieziel, substanzfrei zu werden. Sondern schadensmindernde Maßnahmen, zu der die Substitution oder zumindest die Versorgung mit sterilem Spritzenmaterial gehören, spielen

eine ebenso große Rolle. Denn teilen sich Häftlinge, die intravenöse Drogen konsumieren, ihre Spritzen, besteht die Gefahr der Ansteckung mit lebensbedrohlichen Infektionserkrankungen wie etwa HIV und Hepatitis C. In einer weiteren Teilfrage geht es darum, wie viele Häftlinge sich im Zeitraum von 2007 bis 2017 mit diesen Infektionskrankheiten angesteckt haben. Diese Zahl könnte hoch sein. Denn Erhebungen des Robert-Koch-Instituts zufolge haben 30 Prozent der Drogenabhängigen mit Haftbefehl auch im Gefängnis ihre Substanzen gespritzt.

Movassat: Versorgungssituation geht an der Realität vorbei

Für Movassat ist die Situation in deutschen Gefängnissen untragbar: „Fehlende Spritzenaustauschprogramme und die auf Abstinenz ausgerichtete Substitution gehen völlig an der Realität der drogenabhängigen Häftlinge vorbei. Durch den gemeinsamen Gebrauch des Spritzbestecks und den zwangsläufigen Rückgriff auf verunreinigte und gestreckte Stoffe erhöhen sich die gesundheitlichen Risiken – das Infektionsrisiko mit HIV oder Hepatitis C beispielweise steigt deutlich. Mit unserer Kleinen Anfrage möchten wir aktuelle Zahlen und vor allem die Handlungsabsichten der Bundesregierung abfragen.“

(Auszüge) DAZ online 12.10.2018,
Dr. Bettina Jung, Apothekerin,
Redakteurin

Gilead kündigt eigene Sofosbuvir-Generika an

FOSTER CITY ■ Gilead will ab Januar 2019 im Heimatmarkt USA eigene generische Versionen seiner HCV-Therapeutika Epclusa® (Sofosbuvir/Velpatasvir) und Harvoni® (Sofosbuvir/Ledipasvir) anbieten. Den Vertrieb übernehme die Tochterfirma Asequa Therapeutics. Der Listenpreis für einen typischen Behandlungs-

zyklus soll mit den Nachahmern 24.000 Dollar betragen. Laut Gilead ist der durchschnittliche Abgabepreis seiner HCV-Präparate seit 2013 um 60 Prozent gegenüber Liste gesunken. Discounts zugunsten privater und öffentlicher Kostenträger würden sich aber nicht immer auch in einer Verbilligung für die Patienten bemerkbar machen. Dieser Effekt lasse sich eher mit dem geplanten Generika-Launch erreichen. (cw)

Ärzte Zeitung online, 27.09.2018

Viele unerkannte Hepatitis-C-Patienten

Bei der Elimination der Hepatitis C sollten Ärzte ihren Fokus auf Risikogruppen legen.

Mit den DAAs (direct acting antivirals) stehen Medikamente zur Verfügung, mit denen sich eine chronische Hepatitis C bei nahezu allen Infizierten heilen lässt. Viele Patienten sind nach aber wie vor unerkannt. Sie müssen gesucht, gefunden und behandelt werden. "Die Evolution ist abgeschlossen. Heutzutage ist fast jeder Hepatitis-C-Patient schnell und gut verträglich heilbar", so Professor Stefan Christensen, Centrum für interdisziplinäre Medizin – Infektiologische Praxisgemeinschaft, Münster.

Umso wichtiger ist es, die Patienten zu erkennen und einer adäquaten Therapie zuzuführen. Schätzungen zufolge sind allein in Deutschland etwa 200.000 Hepatitis-C-Patienten nicht diagnostiziert.

Bei der Früherkennung können vor allem Hausärzte eine zentrale Rolle spielen. Auffälligen Leberwerten sollte stets nachgegangen werden. (feb)

Auszug aus Ärzte Zeitung online,
24.09.2018

Morphin retard erhöht Chancen auf Entzug

Offiziellen Zahlen zufolge nutzt nur einer von drei Suchtkranken die Substitutionstherapie, um von der Opioidabhängigkeit loszukommen. Dass die Erfolgschancen mit Morphin retard größer sind als mit Methadon, zeigt die Praxis drei Jahre nach Zulassung.

Substitution habe heutzutage nicht mehr die Abstinenz als oberstes Ziel, auch wenn dieser Anspruch nicht aufgegeben werden sollte, so Dr. Manfred Nowak, niedergelassener Arzt aus Landau. Vorrangig anzustreben sind nach Meinung der Bundesärztekammer unter anderen eine Stabilisierung und Besserung der Gesundheit und vor allem die Teilhabe an Gesellschaft und Arbeitsleben. Seit drei Jahren nimmt Morphin retard (Substitol®) neben Methadon, Levomethadon und Buprenorphin einen festen Platz in der Substitutionsmedizin ein. Gemessen am Heroinbeigebrauch ist dieses Substitut ebenso wirksam wie Methadon bei jedoch signifikant weniger Heroin-Craving oder Belastung der Patienten durch Depression, Dysthymie, Agoraphobie und soziale Phobie.

Morphin retard zeichnet sich zudem durch signifikant geringeres Schwitzen sowie fehlende Effekte auf die QT-Zeit aus. Einen weiteren wichtigen Aspekt für eine erfolgreiche Substitutionstherapie stellen die relativ zu Methadon geringeren Wirkungsschwankungen dar. So werden Entzugserscheinungen oder Symptome einer Überdosierung vermieden, Motivation und Compliance der Patienten hingegen gestärkt. Nowak berichtete von einem seiner Patienten, der vor knapp drei Jahren auf Morphin retard umgestellt wurde. Der Patient fühlt sich seitdem psychisch stabiler, verzichtet auf den Beigebrauch von Drogen oder anderen Medikamenten und steht sogar wieder in einem festen Anstellungsverhältnis. (mb)

Auszug aus einem Beitrag der
Ärzte Zeitung online, 17.08.2018

JES-Bundesverband

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

Den JES-Bundesvorstand erreicht man per E-mail:
vorstand@jes-bundesverband.de

JES-Mailingliste

jes_netzwerk@yahooroups.de

JES-Nordschiene

JES Berlin
c/o Haus Bethanien New York
Mariannenplatz 2
10997 Berlin
E-mail: jesberlin@web.de
Tel.: 0176/30 15 07 18 (Bernd Forche)

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

JES Hannover e. V.
c/o Ilona Rowek
Döbbelkehof 2
30659 Hannover
Tel.: 0511/65 52 61 53
Mobil: 0157/74 65 45 84
E-mail: JESHannover@aol.com
(JES-Nordschienenkoordination)

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

JES Kiel
Kontaktladen Claro
Boninstr. 47 (Hinterhaus)
24114 Kiel
E-mail: jes-kiel@mail.de
Tel.: 0177/869 10 09
Ansprechpartner: Andreas Canall

JES Oldenburg
Katja Dornberger
Lerchenstraße 23
26123 Oldenburg
katjadornberger@yahoo.de

JES Peine
Werderstr. 24
31224 Peine
Tel.: 05171/80 88-14
Fax: 05171/80 88-15
Mobil: 01577/39 19 564
E-mail: jes-peine@web.de
www.jes-peine.de
Ansprechpartner: Stefan Ritschel
(JES-Vorstand)

JES Sangerhausen
c/o Suchtberatungsstelle
Bahnhofstr. 33
06526 Sangerhausen
Ansprechpartner: Thomas Köhler

JES-Südschiene

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

JES Bayreuth
c/o Michael Meyer
Ranke-Str.15
95445 Bayreuth
E-mail: majasmichl@gmail.com

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

Fulda
Connection – Selbsthilfegruppe
für Drogenkonsumenten
Kontakt: Simone Schafnitzel
Tel.: 0157/84 59 92 30

USE Lörrach
Postfach 2441
79514 Loerrach
E-mail: use.jes@gmail.com

JES Schweiz
Janka Kessinger
(JES-Südschienenkoordinatorin)
Züricherstr. 71
CH-8245 Feuerthalen
E-mail: vorstand@jes-bundesverband.de

JES Stuttgart e. V.
Postfach 150314
70076 Stuttgart
E-mail: mail@jesstuttgart.de

JES-Westschiene

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

AIDS-Initiative Bonn e. V.
Graurheindorfer Str. 15,
53111 Bonn
Tel.: 0228/422 82-0
Fax: 0228/422 82-29
E-mail: c.skomorowsky@
aids-initiative-bonn.de
www.aids-initiative-bonn.de
Ansprechpartnerin: Christa
Skomorowsky

JES Dortmund
c/o Susanne Kottsieper
Tel.: 0231/13 05 94 92
(Koordinatorin JES-NRW)

JES Duisburg
c/o AIDS-Hilfe Duisburg
Bismarkstr. 67
47057 Duisburg-Neudorf
Tel.: 0203/66 66 33
Fax: 0203/6 99 84

JES Marsberg
c/o Cora Meister
An der Wallmei 26
34431 Marsberg

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

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

JES-Wanne-Eickel
Guido Truszkowski
Landgrafenstr. 27
44652 Herne
Tel.: 02325/789 77 44
Mobil: 0152/33 62 50 22
E-mail: jes.wanne.eickel@email.de

Weitere wichtige Adressen

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Fachbereich Drogen, Haft & JES
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 030/69 00 87-56
Fax: 030/69 00 87-42
E-mail: Dirk.Schaeffer@
dah.aidshilfe.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit
c/o Jürgen Heimchen
Ravensberger Str. 44
42117 Wuppertal
Tel.: 0202/42 35 19
E-mail: akzeptierende.eltern@
t-online.de

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

**Bitte teilt uns eventuelle
Adressänderungen mit !!!**
(Stand der Adressen:
15. November 2018)

Ärzte im beruflichen Abseits und Lebensgefahr für Substituierte

Unter dem Titel „Neue Hoffnung für die Substitutionsbehandlung“ schildert der Journalist **Benedict Wermter** wie dringend nötig die neuen Richtlinien zur Substitutionsbehandlung für Ärzte und Patient_innen waren



Neue Richtlinien für die Behandlung Opioid-Abhängiger stellen endlich das Überleben und die Schadensminimierung ins Zentrum und verbannen das Strafrecht aus der Behandlung – ein bitter nötiger Schritt. Substituierende Ärzt_innen haben dank neuer Richtlinien endlich mehr Rechtssicherheit – und können das Überleben ihrer Patient_innen ins Zentrum stellen, ohne ständig unter dem Damoklesschwert des Strafrechts zu stehen. Wie verheerend sich die bisherigen Regelungen oft ausgewirkt haben, zeigt der Beitrag von Benedict Wermter.



**Junkies - Ehemalige - Substituierte
JES-Bundesverband e. V.**

Wilhelmstr. 138 • 10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: vorstand@jes-bundesverband.de

www.jes-bundesverband.de