DROGENKURIER

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

JUNI 2010
NR. 82

JUNKIES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

Drogentod in Deutschland

Interview mit der Drogenbeauftragten

Richtlinien des G-BA treten in Kraft

IMPRESSUM

Nr. 82, Juni 2010
Herausgeber des DROGENKURIER:
JES*-Bundesverband e. V.
c/o Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 030/69 00 87-56
Fax: 030/69 00 87-42
Mail: vorstand@jesbundesverband.de
www.jes-bundesverband.de

Dirk Schäffer, Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (V.i.S.d.P.)

Mitarbeit:
Mathias Häde
Katrin Heinze
Marco Jesse
Jochen Lenz
Claudia Schieren
Maximilian Plenert

Titelfoto:
© chaos/Fotolia.com

Satz und Layout:
CaJa

Druck:
X-Press Grafik & Druck GmbH
Lützowstr. 107–112
10785 Berlin

Auflage:
1.000 Exemplare

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

* Junkies, Ehemalige, Substituierte

Die Nennung von Produktnamen bedeutet keine Werbung.

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

Ein nächster Schritt zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung ist getan – ob es ein Schritt vorwärts oder rückwärts sein wird werden wir in den nächsten Monaten sehen.

In dieser Ausgabe des DROGENKURIER erläutern und kommentieren wir selbstverständlich die neuen Entwicklungen zur Heroinvergabe.

Drogentodesfälle – ein Thema mit dem wir als JES-Bundesverband konfrontiert sind. Ein Blick in die letzten Ausgaben zeigt, dass viele unserer Freunde und Mitstreiter an den Spätfolgen von Schwarzmarktstoff, unhygienischen Konsumbedingungen, Illegalität und Inhaftierung verstarben. Im Leitartikel dieser Ausgabe setzen wir uns daher intensiv mit dem Thema „drogenbedingte Todesfälle“ auseinander.

In einigen Wochen findet zum 12. Mal der Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige statt. Wenn es einer letzten Motivation zur Beteiligung bedarf, sollte der Beitrag zum „21 Juli“ Pflichtlektüre sein.

Die Rechtsunsicherheit in der Substitutionsbehandlung hat dazu beigetragen, dass viele Ärzte sich von dieser wichtigen Behandlungsform abwenden. Die Bundesärztekammer hat nun reagiert und neue Richtlinien zur Substitution beschlossen. Diese Ausgabe erläutert die wichtigsten Neuerungen.

Darüber hinaus bietet unser Magazin News zu den Themen Drugchecking, Brechmitteleinsatz, Drogenkonsumräume und Hepatitis.

Vielmehr geht nicht.

Das Team des
DROGENKURIER

Die Drogenbeauftragte Dykmans und BKA-Chef Ziercke bei der Bundespressekonferenz

Drogentodesfälle – sinken die Zahlen wirklich?

Im März 2010 stellte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Frau Dyckmans gemeinsam mit dem Präsidenten des Bundeskriminalamtes Herrn Zierke die aktuellen Zahlen zu Drogentodesfällen und der Drogen-Kriminalstatistik vor.

Tabelle 1: Drogentodesfälle des Jahres 2009

	01.01.–31.12. 2008	01.01.–31.12. 2009	Veränderung
Drogentodesfälle	1.449	1.331	-8,1%

Quelle: Rauschgiftlagebericht 2009 BKA

Die Drogenbeauftragte überraschte mit der Feststellung, dass ***„der Rückgang im vergangenen Jahr zeigt, dass die Drogentodeszahlen langfristig sinken“***.

Tatsächlich ist in 2009 gegenüber dem Jahr 2008 eine leichte Abnahme der Drogentodesfälle zu verzeichnen. (siehe Tabelle 1)

Nachdem die Zahl der Rauschgifttodesfälle in den beiden Vorjahren jeweils angestiegen ist fragen wir uns allerdings wie die Drogenbeauftragte ein langfristiges Absinken der Drogentodesfälle begrün-

Tabelle 2: Drogentodesfälle nach Bundesländern

Bundesland	01.01.–31.12.2008	01.01.–31.12.2009	Veränderung
Schleswig Holstein	48	39	-18,8 %
Hamburg	58	65	+12,1 %
Niedersachsen	94	82	-12,8 %
Bremen	31	28	-9,7 %
Nordrhein-Westfalen	380	344	-9,5 %
Hessen	118	110	-6,8 %
Rheinland-Pfalz	57	60	+5,3 %
Baden-Württemberg	192	133	-30,7 %
Bayern	247	250	+1,2 %
Saarland	18	19	+5,6 %
Berlin	152	155	+2,0 %
Brandenburg	7	9	+28,6 %
Mecklenburg-Vorp.	9	4	-55,6 %
Sachsen	18	12	-33,3 %
Sachsen-Anhalt	6	9	+50,0 %
Thüringen	14	12	-14,3 %

Quelle: Rauschgiftlagebericht 2009 BKA

det. Auf Grundlage der Daten der letzten 10 Jahre lassen sich aus Sicht des JES-Bundesverbandes keine eindeutigen Trends ableiten. Stattdessen bewegen sich die Drogentodesfälle weiterhin auf einem Niveau, das nicht hinnehmbar ist und nach einer eindeutigen Strategie des Ausbaus von Angeboten der Schadensminimierung sowie der HIV/und Hepatitis Prävention und Behandlung verlangt.

Der JES-Bundesverband begrüßt daher die Feststellung der Drogenbeauftragten in ihrer Pressekonferenz ***„... dass die Angebote zur gesundheitlichen Versorgung für Drogenabhängige notwendig sind und eine Überlebenshilfe darstellen. Unverzichtbare Hilfs- und Behandlungsangebote sind deshalb: Maßnahmen zur Schadensreduzierung, wie die qualitätsgestützte Substitutionsbehandlung mit Methadon oder Buprenorphin, Drogenkonsumräume, Spritzentausch und Kontaktläden sowie die diamorphingestützte Behandlung, die derzeit in die Regelversorgung überführt wird."***

70 % aller Drogentodesfälle stehen in Verbindung mit dem Konsum von Heroin

Wirft man einen Blick in die Ursachen von drogenbedingten Todesfällen, so wird schnell deutlich, dass die Überdosis von Heroin weiterhin dominierend ist.

In 571 Fällen (ca.43 %) war die Überdosierung von Heroin ursächlich für den Tod. Addiert man die im Rauschgiftlagebericht erfassten 359 Fälle hinzu, in denen Heroin in Verbindung mit anderen Substanzen Ursache von drogenbedingten Todesfällen ist, so spielt die Substanz „HEROIN" in 70 % aller drogenbedingten Todesfälle eine entscheidende Rolle.

Diese Daten machen deutlich, dass der Fokus auf den flächendeckenden Ausbau von niedrigschwelligen Hilfsangeboten gerichtet werden muss. Viele unserer europäischen Nachbarn beneiden uns um die Anzahl von Drogenkonsumräumen. Wir als Interessenvertretung Drogen gebrauchender Menschen und insbesondere von Opiatkonsumenten fragen uns allerdings warum z. B. Bayern, Baden Württemberg oder Rheinland Pfalz vor dem Hintergrund dieser dramatischen Zahlen die Einrichtung von Drogenkonsumräumen weiterhin verhindern.

So nimmt Bayern mit 250 heroinbedingten Todesfällen nach NRW eine zweifelhafte Position des Spritzenreiters ein.

Wirft man einen Blick in die Jahresberichte der Betreiber von Konsumräumen so wird deutlich, dass dort eine Vielzahl von mittelschweren und lebensbedrohlichen Überdosierungen erkannt und notdienstlich versorgt wird. Ohne diese frühzeitigen Hilfen wären viele dieser Notfälle tödlich geendet.

Substitution – wirksam aber mit geringer Reichweite

Ein weiterer Baustein zur Reduzierung heroinbedingter Drogentodesfälle ist der Ausbau der substitutionsgestützten Behandlung. So zeigen die Daten der IMPROVE-Studie des Bundesverbands AKZEPT e.V. dass ein erheblicher Teil der dort befragten Patienten (31 %) angibt, das die Versorgungssituation schwierig oder sehr schwierig sei. Allerdings gibt es regionale Unterschiede: während die Mehrzahl der Patienten im Norden (78 %), Westen (80 %) das Finden eines Substitutionsarztes als leicht oder sehr leicht einstufte, schätzte dies die Mehrheit der Patienten im Süden (54 %) als schwierig oder sehr schwierig ein.

Auch hier spielt Süddeutschland und insbesondere Bayern eine traurige Rolle. So waren im Süden fehlende Versorgungsstrukturen (29 %), die Existenz von Wartelisten (27 %) sowie Kostenaspekte (22 %) Gründe warum Heroinkonsumenten keine Substitutionsbehandlung in Anspruch nehmen.

Im Resümee der Ergebnisse der **IMPROVE Studie** wird deutlich, dass die Substitutionsbehandlung in Süddeutschland eine wesentlich geringere Reichweite hat als im Rest der Republik und Heroinkonsumenten auch bei vorhandenen Strukturen größere Probleme haben Zugang zu bestehenden Behandlungsangeboten zu erhalten.

Insbesondere Bayern kann sich diese Defizite in der Prävention von Drogentodesfällen sowie der Behandlung der Opiatabhängigkeit unserer Meinung nach keinesfalls leisten.

758 Kilo Heroin in 2009 beschlagnahmt

Im Jahr 2009 wurden 6.183 Fällen insgesamt 758 kg Heroin beschlagnahmt. Dies entspricht zwar einem leichten Rückgang der Sicherstellungsfälle (-7 %) bei einer zugleich allerdings deutlich gestiegenen Sicherstellungsmenge (+51%).

Nach Meinung des Chefs des BKA muss man das Übel an der Wurzel packen um Erfolge zu erzielen. Die Wurzel des Übels sieht Herr Zierke bei den Erzeugerländern. Im Fall von Heroin ist dies Afghanistan.

Die um mehr als 50 % gestiegene Sicherstellungsmenge ist für JES ein deutliches Zeichen, dass es in Deutschland einen ungebrochen hohen Bedarf nach Heroin gibt.

Können illegale Drogen durch Repression zum Verschwinden gebracht werden?

„Selbstverständlich nicht" lautet die Antwort von JES und die Meinung vieler Experten. Für die Bauern in Afghanistan ist der Drogenanbau die sicherste und beste Einkommensquelle. Deshalb ist der eigentliche Schlüssel zum Erfolg den afghanischen Schlafmohn für die Herstellung von Medikamenten wie Morphium und Codein zu nutzen. Doch die UN-Drogenkontrollbehörden und die US-Regierung halten (noch) nichts von der Idee.

Allerdings wird weltweit eine große Menge an Opiaten für legale medikamentöse Behandlung benötigt. Statt den in Afghanistan wachsenden Mohn zu nutzen, wird in Tasmanien auf 13.000 Hektar speziell gezüchteter Mohn angebaut. Die Pflanzen werden in Australien, maschinell geerntet; dem getrockneten Mohnstroh wird chemisch seine Wirkstoffe entzogen, um die Opiate Morphin, Codein und Thebaine für die Pharmaindustrie herzustellen. Rund 110 Tonnen davon hat Australien letztes Jahr produziert. Das entspricht ungefähr 1.100 Tonnen Rohopium – in Afghanistan wurden davon letztes Jahr laut UNO über 7.000 Tonnen geerntet.

Blockaden des INCB (International Narcotic Control Board) müssen durchbrochen werden um Afghanistan am legalen Opiatemarkt für Schmerzmittel teilhaben zu lassen. Kritiker halten entgegen, dass der legale Opiumanbau zu wenig Geld für die Opiumbauern einbringen würde und der legale Opiatemarkt gesättigt sei.

Ob die wahrscheinlich niedrigeren Preise auf dem legalen Opiummarkt Bauern dazu bringen würde, aus dem Kreislauf der Drogenkriminalität auszusteigen, ist tatsächlich schwer zu vorherzusagen – aber es ist einen Versuch wert.

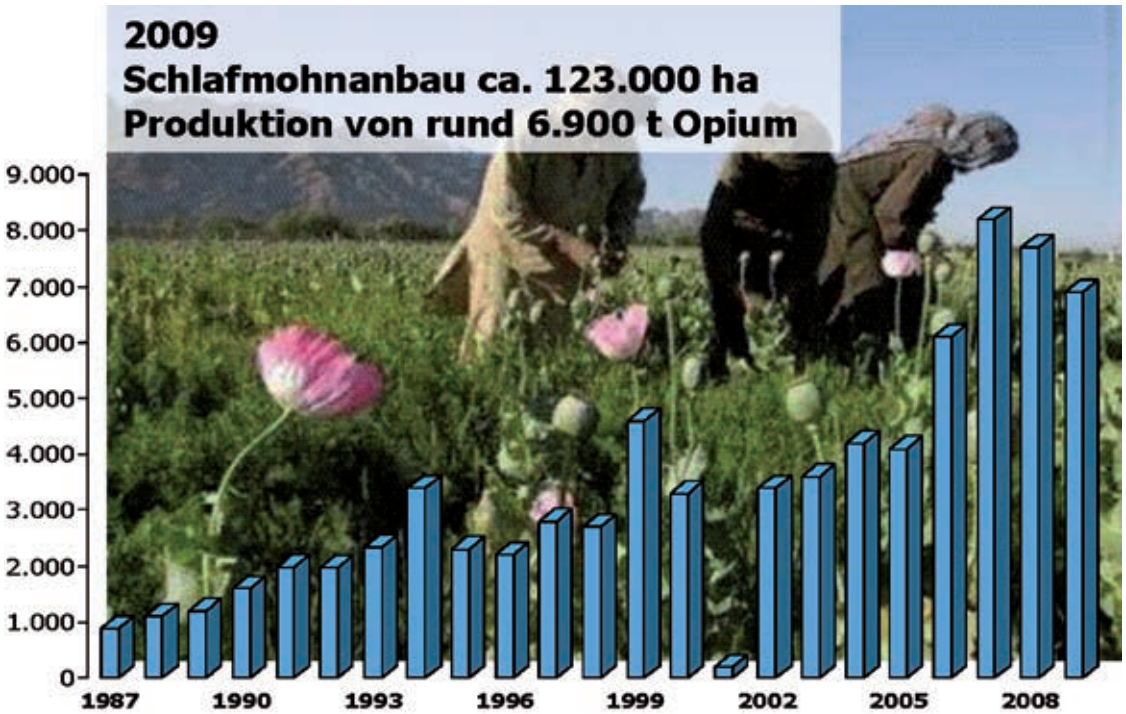
Strittig ist auch, ob die globale Nachfrage nach Schmerzmitteln wirklich gedeckt ist. Der Senlis Council beruft sich in einem Report auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die habe festgestellt, dass vor allem die Regierungen von Entwicklungsländern kaum ihren wirklichen Bedarf an Opiaten melden. Derzeit konsumierten die Industriestaaten über 80 Prozent aller offiziell gemeldeten medizinischen Opiate. Doch selbst in diesen Ländern würde nur ein Viertel der tatsächlichen nötigen opiumbasierten Mittel in Bereichen wie der Krebstherapie oder Palliativmedizin eingesetzt – oft aus Angst vor Abhängigkeit und Missbrauch. Das afghanische Opium sei folglich für den globalen Schmerzmittelmarkt zu gebrauchen. Denn Mengen entsprechend von 10.000 Tonnen Opium wären jährlich notwendig, um die tatsächliche Nachfrage zu decken.

Kein Krieg gegen Opiumbauern

Sicherlich gibt es keine einfachen Lösungen in der Opiumfrage in Afghanistan. Klar ist aber, dass durch Terror und Repression durch das abbrennen der Opiumfelder der Landbevölkerung die eh karge Lebensgrundlage genommen wird.

Die afghanischen Bauern bauen die Mohnpflanze nicht an um den europäischen oder deutschen Drogenmarkt weiter zu beliefern. Sie sind keine Großdealer. Sie kennen seit Generationen nur den Opiumanbau – er ist einfach, und lukrativ. Es ist an uns den Bauern eine Alternative zu bieten, die sie und ihre Familien auch zukünftig statt macht.

JES-Bundesverband



Quelle: Pressekonferenz von BMG und BKA am 25.03.2010

Wie entstanden die Richtlinien zur diamorphingestützten Behandlung?

Eindrücke aus dem gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Bereits in den vorherigen Ausgaben unseres Magazins berichteten wir über den Verlauf der Verhandlungen im gemeinsamen Bundesausschuss. Nachdem nun die Richtlinien zur Diamorphinsubstitution zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung fertiggestellt sind und vielerorts kritisch betrachtet werden, wollen wir den Versuch unternehmen Ihnen und Euch, den Lesern des DROGENKURIER, unsere ganz persönlichen Eindrücke über den Prozessverlauf der Erarbeitung dieser Richtlinien darzustellen.

HIV und HEP? Ein Test schafft Klarheit

Freude und Frustration lagen nah beieinander

Eines vorab, die Verhandlungen und die Protokolle im gemeinsamen Bundesausschuss sind nicht öffentlich. Daher ist es uns nicht möglich (und auch nicht erforderlich) Details aus Sitzungsverläufen zum Thema Diamorphin darzustellen, die gegen die von uns unterschriebene Verschwiegenheitserklärung verstoßen.

Es war für uns als Vertreter der Deutschen Aids Hilfe und des JES-Bundesverbands schon eine Freude und Ehre, als unserer Benennung in dieses wichtige Gremium das in den folgenden Wochen wegweisende Richtlinien erarbeiten sollte, entsprochen wurde. Das sich diese Freude in den folgenden Wochen und Monaten in pure Frustration umkehren sollte, war zu diesem Zeitpunkt nicht zu erahnen.

Die Global Player, oder von NUB über BUB zu MVV

Wer sind die Global Player im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dem obersten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland? Dem G-BA gehören 13 Mitglieder an: Die Entscheidungen im G-BA werden von den **Leistungserbringern** (den Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern) und **Kostenträgern** (den Krankenkassen) herbeigeführt. Beide „Bänke" haben jeweils 5 Stimmen. Darüber hinaus gibt es 3 unparteiische Mitglieder inklusive dem Vorsitzenden.

Die Patientenvertretung hat in diesem Ausschuss kein Stimmrecht. Sehr wohl aber kann sie sich an den Diskussionen beteiligen oder Änderungsanträge einbringen.

Auch wenn der G-BA in der Öffentlichkeit weitgehend unbekannt ist, trifft er weitreichende Entscheidungen und legt mit seinen Richtlinien für 70 Millionen Versicherte fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung (u. a. Substitutionsbehandlung) von den Krankenkassen erstattet werden. Wir, als Vertreter Drogen gebrauchender und substituierter Menschen sind in erster Linie über die allseits bekannten NUB-, dann AUB- und zuletzt BUB-Richtlinien zur Substitutionsbehandlung von den Entscheidungen des G-BA tangiert.

Nun heißen die Richtlinien nicht mehr BUB sondern RL MVV (Richtlinien und Methoden Vertragsärztlicher Versorgung). Es galt also die ehemaligen BUB-Richtlinien um den Aspekt der Substitution mit Diamorphin zu erweitern.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Ein holpriger Start

Bereits unser Start als Patientenvertretung im G-BA war mehr als unschön. Schon als wir in der ersten Sitzung auf Aspekte des Datenschutzes für mit Diamorphin substituierte Patienten hinwiesen, wurde uns unmissverständlich klar gemacht, das, wenn wir an unseren Forderungen festhalten sollten, die Verabschiedung von Richtlinien durch einen großen Teil der stimmberechtigten Mitglieder blockiert würde. Eine sachliche Diskussion und ein Austausch von Argumenten waren in dieser Atmosphäre kaum möglich. Eine herzliche Einladung zur Mitarbeit sieht anders aus. Vor dem Hintergrund, dass wir als Patientenvertreter erstmalig diesem Gremium angehörten und viele andere Mitglieder des G-BA seit vielen Jahren dort aktiv sind, verfehlte diese Einschüchterungstaktik ihre Wirkung nicht – wir waren gelinde gesagt verunsichert ob unserer Möglichkeiten der Einflussnahme. Kurz gesagt, wir waren einen solchen Umgang in unserer 10–15 jährigen Erfahrungen in Gremien und Arbeitsgruppen nicht gewohnt.

In der Folge unterstützen wir die Entscheidung ärztliche Leitungen aus bestehenden Heroinambulanzen zu einer Sitzung einzuladen um Antworten auf viele offenen Fragen aus der bestehenden Praxis z. B.: zur

Anzahl und Ausbildung von Ärzten sowie zur Patientenanzahl zu erhalten.

Rückblickend muss man sagen, dass es ein Fehler war nur ärztliche Leiter einzuladen und leitende bzw. verantwortliche Mitarbeiter der psychosozialen Betreuung sowie die zuständigen Sozialdezernenten bzw. Drogenbeauftragten der Städte auszuklammern. Versäumt wurde es auch Vertreter kleiner Ambulanzen mit einzuladen was sich in der Folge noch rächen sollte.

Drogenkonsumräume retten Menschenleben

Das Ergebnis dieses Vorgehens zeigte sich direkt in den Zwischenergebnissen, die der Öffentlichkeit mittlerweile zugängig sind. Hier lag die Geburtsstunde der heute gültigen Regelungen z. B. zur Anzahl von Arztstellen die es besonders kleineren Städten schwierig bis unmöglich macht, weitere Ambulanzen zu etablieren.

Als nachteilig erweis sich zudem die Tatsache, dass keiner der anwesenden Mitglieder der „Bänke" die vielen Jahre der Modellphase nutzte um sich in Vorbereitung dieser Sitzungen einmal eine Heroinambulanz vor Ort anzusehen um so wichtige Eindrücke vom Praxisbetrieb zu erlangen.

Dieser Umstand ist maßgeblich verantwortlich, dass die heutigen Richtlinien eine 12-stündige ärztliche Anwesenheit eines Arztes beinhalten. Dieser Regelung liegt die Annahme zugrunde, dass die Heroinambulanzen (ähnlich wie Kontaktläden) von den dort behandelten Patienten mehrmals täglich über viele Stunden aufgesucht werden und dass die dort substituierten Patienten im Fall einer Krisensituation Zugang zur Heroinambulanz haben müssten.

Die Praxis zeigt hingegen dass diese Annahme aus mangelndem Praxiswissen resultiert und völliger Unfug ist. Wir machten uns nachfolgend die Mühe die Öffnungszeiten zur Vergabe des Heroins für alle Ambulanzen zu recherchieren. Keine der seit Jahren existierenden Ambulanzen hat Vergabezeiten die mehr als 5 Stunden betragen. Die kleinen Ambulanzen hingegen kommen täglich mit Vergabezeiten von ca. 2–2 ½ Stunden aus.

Vor dem Hintergrund dass neue Ambulanzen mit einer kleinen Patientengruppe die Diamorphinsubstitution beginnen, ist die verpflichtende 12 stündige Anwesenheit eines Arztes schlichtweg nicht erforderlich.

Die zwischenzeitlich in den Richtlinien verankerte Anzahl von mindestens 10 nichtärztlichen Mitarbeiterinnen konnte im weiteren Verlauf der Verhandlungen korrigiert werden. Nun wird lediglich eine angemessene Anzahl nichtärztlicher Mitarbeiter vorgeschrieben.

Ein weiterer kleiner Erfolg unserer Mitarbeit ist die Möglichkeit, nach den gesetzlich vorgegebenen 6 Monaten psychosozialer Begleitung (PSB), die Patienten von einer weiteren Teilnahme an der PSB zu befreien. Vor dem Hintergrund, dass die Kommunen die hierdurch entstehenden Kosten tragen müssen war es uns besonders wichtig hier keine Regelung zu Lasten Dritter in die RL MVV aufzunehmen.

Nicht zuletzt konnte zumindest ein Bestandsschutz für die bestehenden Einrichtungen ausgehandelt werden.

Gründe für fehlerhafte Einschätzungen

Selbstverständlich haben wir uns gefragt warum die Mehrzahl der Mitglieder im G-BA die beschriebenen Regelungen unterstützt? Unserer Ansicht nach gibt es hierfür mehrer Gründe:

- Wie bereits beschrieben fehlt vielen Mitgliedern die Praxiserfahrung.
- Leider wurde deutlich, dass die Mehrzahl der Vertreter der beiden Bänke eine grundsätzlich kritische oder gar ablehnende Haltung gegenüber der Substitution offenbarte. So wurden die Erfolge der Substitutionsbehandlung als gering angesehen und die Vergabepraxis als zu liberal eingestuft.

Einige der Mitglieder waren uns bereits aus den Anhörungen des Gesundheitsausschusses des Bundestages während des Gesetzgebungsprozesses bekannt. Während die überwältigende Mehrzahl der dort anwesenden Experten die Erfolge der Diamorphinsubstitution anerkannten und für eine Regelversorgung stimmten, waren es die Krankenkassen und die Vertreter der Kassenärzte die der Diamorphinsubstitution überaus kritisch gegenüberstanden und sogar das Studiendesign angriffen.

Das nun gerade die wenigen Kritiker soviel Einfluss erhalten wenn es um die von Gesetzgeber – also vom Volk – gewollte Regelversorgung mit Diamorphin geht ist mehr als unglücklich.

Es verwunderte uns daher auch nicht mehr, dass der G-BA keinerlei Bemühungen unternahm sich ernsthaft mit einem offiziellen Schreiben jener Städtevertretern auseinanderzusetzen, die eine Heroinambulanz betreiben. Ihr Schreiben setzte sich mit dem bis dato bekannten Richtlinienentwurf kritisch auseinander. Die mehrjährigen Praxiserfahrungen in der Diamorphinsubstitution fanden im G-BA keinerlei Beachtung. Erst auf unser Drängen erhielten wir im G-BA Kenntnis vom vorliegen eines solchen Schreibens. Auch die überaus kritische Stellungnahme der Bundesärztekammer, die im Internet veröffentlicht wurde, konnte nicht dazu beitragen die Mehrheit des G-BA von ihrem eingeschlagenen Kurs abzubringen.

Diese Eindrücke reichen sicherlich aus um sich ein Bild vom Selbstverständnis des G-BA in der Frage der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung zu machen.

Gebrauchte Spritzen sicher entsorgen

Ist die Richtlinie ein „Verhinderungspapier"?

Die Kritik nach der Veröffentlichung der Richtlinien zur kassenfinanzierten Diamorphinsubstitution ist nicht überraschend. So bezeichnet der Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit die Richtlinie als „Heroinverhinderungspapier". Kritische Stellungnahmen von Fachgesellschaften und Fachverbänden, Patientenorganisationen und der Selbsthilfe folgten.

Auch die Bundesdrogenbeauftragte äußerte Kritik an den Richtlinien indem sie sagte, dass sie Sorge habe, dass die Behandlung aufgrund der hohen Hürden der Richtlinien nur in einigen großen Einrichtungen angeboten werden kann. Ihrer Ansicht nach müsse die Richtlinie ermöglichen, dass die Behandlung überall dort angeboten werden kann wo ein entsprechender Bedarf besteht.

Auch wir sahen uns nach Abschluss der Verhandlungen im G-BA offener und verdeckter Kritik ausgesetzt. So konnten einige nicht nachvollziehen wie wir denn als Patientenvertreter solche Richtlinien verabschieden konnten. Auch wenn wir als Patientenvertreter an wichtigen Veränderungen der Richtlinien maßgeblich beteiligt waren (Bestandsschutz für bestehende Einrichtungen, PSB Regelung, Anzahl nichtärztliche Mitarbeiter) fällt unser Fazit der Mitarbeit im G-BA durch selbstkritisch aus.

Wir haben uns als Neulinge in diesem Gremium von einigen Punkten nicht deutlich genug distanziert und uns vom rüden Umgangston – flankiert von persönlichen Angriffen – teilweise beeindrucken lassen. Beim nächsten Mal, mit etwas mehr Erfahrung in solchen Verhandlungen, würden wir sicher einiges anders machen.

Aber bei aller Selbstkritik bleibt festzuhalten, dass Patientenvertretung ohne Stimmrecht hier nur eine bestenfalls beratende Funktion wahrnehmen kann. Erst wenn diese von den Bänken Ernst genommen wird und nicht einzig Feigenblatt-Funktion hat, können Patienteninteressen in solchen Gremien wirklich Berücksichtigung finden.

Es bleibt die Hoffnung, dass die politisch Verantwortlichen und die Fachverbände die Auswirkungen der Richtlinien in der Praxis eng und kritisch begleiten. Sollte sich tatsächlich herausstellen, dass die Richtlinien dazu beitragen dass nur wenige oder keine neuen Ambulanzen entstehen und so der Wille des Gesetzgebers nicht oder nur bruchstückhaft umgesetzt wird, muss es schnell zu einer Änderung der Richtlinien kommen.

Marco Jesse, Dirk Schäffer

Ein „Ja, aber“ der Drogenbeauftragten

Dyckmans lässt G-BA-Richtlinien zur Diamorphinvergabe passieren

FOTO: WWW.DYCKMANS.DE/

Sie hat bis zum letzten Tag gewartet um die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Diamorphingestützten Substitutionsbehandlung, 8 Wochen nach der Verabschiedung, in Kraft treten zu lassen. Dieses „Ja“ wurde aber mit einigen deutlichen Hinweisen versehen.

So weist das Bundesministerium mit Nachdruck darauf hin das der nach zwei Jahren geplante Bericht des G-BA zu den Auswirkungen der Richtlinien bereits nach 15 Monaten dem Plenum des G-BA vorgelegt werden soll.

Hierbei sollen insbesondere die Auswirkungen der Anzahl von Arztstellen (3,0) sowie die 12 stündige Öffnungszeit einer Prüfung unterzogen werden.

Darüber hinaus teilt das BMG mit, dass diese Vorgabe dahingehend auslegt wird, das Ihr auch Rechnung getragen wird, wenn das ärztliche Personal im Wesentlichen zur Vergabe des Arzneimittels sowie bei Untersuchungen und sonstigen Arzt-Patienten-Kontakten persönlich anwesend ist und **die Anwesenheit im Übrigen auch im Wege der Rufbereitschaft sichergestellt wird**.

Ferner regt das BMG an, dass die in § 10 des Richtlinienentwurfs formulierten Anforderungen zur Qualitätssicherung insgesamt einer kritischen Prüfung unterzogen werden sollten.

Hiermit soll verhindert werden, dass sich diese Anforderungen negativ auf die Versorgungssituation auswirken. Eine Beteiligung aller Einrichtungen sowie deren Träger bei der Beurteilung der Versorgungsstrukturen im Rahmen der Erstellung des Berichtes wird angeregt.

Nun kann man zu einer unterschiedlichen Bewertung kommen. Die einen sagen, dass die Drogenbeauftragte bzw. das BMG bei dieser Vielzahl von kritischen Anmerkungen die Richtlinien hätte nicht in Kraft treten lassen dürfen. Dies wäre mit einer so genannten „Ersatzvornahme“ möglich gewesen.

Die anderen sagen, dass eine solche Ersatzvornahme mit anschließenden gerichtlichen Auseinandersetzungen die Realisierung neuer Ambulanzen zur Diamorphinvergabe um viele Monate verschoben hätte – und dies bei einem offenen Ende.

Der Brief der Drogenbeauftragten lässt an Deutlichkeit nichts vermissen. Alle Akteure sind nun sensibilisiert und werden die Entwicklungen der nächsten 1,5 Jahre sowie die Auswirkungen der Richtlinien sehr kritisch betrachten.

Wenn es tatsächlich so sein sollte, dass einige Vorgaben der Richtlinien das Entstehen neuer Einrichtungen und erforderlicher Versorgungsstrukturen behindern, wird es zu einer Anpassung der G-BA Richtlinien kommen müssen.

Der JES Bundesverband und seine Kooperationspartner wie der Elternverband, die Deutsche Aids Hilfe und Akzept werden diesen Prozess kritisch begleiten.

Dirk Schäffer

Heroinvergabe: Stuttgart, Karlsruhe und Mannheim stehen in den Startlöchern

Stuttgarter Zeitung 29.05.2010

„Arbeitsgemeinschaft Substitution“ sieht in den Großräumen Freiburg, Heilbronn, Singen, Ulm, Ravensburg und Tübingen/ Reutlingen Zentren für die Diamorphinabgabe.

Stuttgarter Zeitung 29.05.2010

Saarbrücken: Land prüft Diamorphin-Behandlung. Gesundheitsministerium steht einer Diamorphin-Regelung positiv gegenüber.

Sr-online.de 29.03.2010

Düsseldorf: Heroinabhängige bekommen bald reines Heroin

Westdeutsche Zeitung 09.04.2010

RIOTT STUDIE: Kontrollierte Heroinabgabe senkt Beikonsum

wissenschaft-online.de 28.05.2010

19. Mai – Welt-Hepatitis-Tag

JES und PARTNER fordern Bundesregierung zum Handeln auf

Nationale/bundesweite Hepatitisstrategie längst überfällig

Das AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH fordert die Bundesregierung zum Handeln auf.

In Deutschland sind ca. eine Mio. Menschen von Hepatitis B und C betroffen. Da viele Menschen keine Kenntnis von ihrer Infektion haben wird die Dunkelziffer wesentlich höher eingeschätzt. Hepatitis B und C werden als stille Epidemien bezeichnet, da sie vielfach symptomlos verlaufen und Betroffene erst in einem späteren Stadium von ihrer Infektion erfahren. DrogenkonsumentInnen sind eine der Hauptbetroffenengruppe von Hepatitis B und C Infektionen. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass bis zu 80% der intravenös Drogen konsumierenden Menschen von Hepatitis C Infektionen betroffen sind.

‚Das Bewusstsein für diese lebensbedrohliche, aber oft heilbare Hepatitis C Infektion muss sowohl bei politisch Verantwortlichen, in Teilen der Drogenhilfe als auch bei Ärzten deutlich erhöht werden', erläutert Prof. Heino Stöver vom Aktionsbündnis. Die Erfolgsraten der Interferonbehandlung bei Substituierten sind mit ca. 65% ebenso hoch wie bei Nicht- Opiatabhängigen. Dennoch ist die Quote der Interferonbehandlungen bei chronisch HCV infizierten DrogengebraucherInnen mit etwa 10% deutlich zu gering.

Das Aktionsbündnis fordert ferner ein verstärktes Engagement in der Prävention von Hepatitis A und B Infektionen. Durch praxisnahe Impfkampagnen können Hepatitis A und B Infektionen verhindert werden. Anders als viele unserer europäischen Nachbarn verfügt Deutschland über kein nationales Strategiepapier oder einen Aktionsplan zum Thema Hepatitis. Die Erfahrungen beim Thema HIV/AIDS zeigen, dass über einen Aktionsplan und die Einbeziehung von Fachleuten aus Medizin, Wissenschaft, Praxis und von Betroffenen Erfolge in der Prävention und Behandlung von Infektionserkrankungen zu erzielen sind.

Anlässlich des Welt-Hepatitis-Tages fordert das AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH die Bundesregierung auf bundesweite zielgruppenspezifische Kampagnen zu initiieren um über die Übertragungswege aufzuklären und die Impfquote bei riskierten Gruppen zu erhöhen, erläutert Dirk Schäffer von der Deutschen AIDS-Hilfe.

Mit der Einsetzung einer Expertenkommission zur ‚Entwicklung einer nationalen HCV-Strategie' würde die Bundesregierung am Welt-Hepatitis-Tag ein wichtiges Signal setzen. ‚Denn Hepatitis C ist in den meisten Fällen heilbar', so Prof. Heino Stöver.

Für das AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH:
Prof.Dr. Heino Stöver, akzept e.V., Dirk Schäffer, Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

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

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch

Mit dem Slogan „BIN ICH DIE NUMMER 12" macht die World Hepatitis Alliance anlässlich des Welt-Hepatitis-Tags am 19. Mai auf die Tatsache aufmerksam, dass weltweit jeder 12. Mensch Hepatitis B oder Hepatitis C infiziert ist. Viele wissen hierbei nichts von ihrer Infektion.

Das **AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH** bemüht sich seit vielen Jahren darum in Deutschland das Bewusstsein für Hepatitis Infektionen bei Drogengebrauchern – die Hauptbetroffenengruppe von HCV Infektionen – zu erhöhen.

Der Hauptadressat ist hierbei die Bundesregierung, die durch JES und deren Partner im Aktionsbündnis aufgefordert wird die Prävention von HEPATITIS endlich dringlich zu behandeln.

Je nach untersuchter Gruppe sind in Deutschland ca. 50–90 % der iv DrogengebraucherInnen HCV infiziert. Aufgrund der Tatsache, dass infektiologische Aspekte auch in der Substitutionsbehandlung nachrangig sind, wissen viele Betroffene nichts von ihrer HCV-Infektion und werden nicht behandelt.

21. Juli 2010 – Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige

„Heroin für alle die es brauchen“ Motto des 12. Gedenktages

Am 21. Juli 2010 wird nun bereits zum 12. Mal der Gedenktag für verstorbene Drogengebraucher bundesweit ausgerichtet. Wie in den vergangenen Jahren hoffen Eltern und JES als Initiatoren auf eine zahlreiche Beteiligung von Einrichtungen der AIDS-, Drogen- und Jugendhilfe sowie der Selbsthilfe.

In diesem Jahr steht die Umsetzung der Diamorphinvergabe – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – im Mittelpunkt. Unser Ziel ist, dass all jene Drogengebraucher die sich für den Weg der Diamorphinbehandlung entscheiden auch die Möglichkeit zur Behandlung erhalten. Denn die substitutionsgestützte Behandlung rettet Menschenleben – jedes Jahr, jeden Monat und jeden Tag.

Selbstverständlich besteht die Möglichkeit auch andere Themen denen ggf. eine größere kommunale Bedeutung zukommt in den Fokus zu stellen.

Von Gladbeck in die weite Welt

Wir möchten Sie und euch motivieren sich an diesem einzigartigen Ereignis zu beteiligen. So hat sich der Gedenktag für verstorbene Drogengebraucher von einer singulären kommunalen Veranstaltung zu einem Internationalen Trauer-Gedenk und Aktionstag mit mehr als 50 Veranstaltungen entwickelt.

Die Art der Beteiligung (Demo, Infostand, Präventionsaktion, Messe, Theaterstück, Diskussionsrunden, Fachtag, Baumpflanzung, Installation einer Gedenktafel u.v.m) bleibt völlig in eurer Hand. Alle Veranstaltungen werden in einer Sonderausgabe des DROGENKURIER per Bild und Text (soweit vorhanden) dokumentiert.

Ein bundesweites Flugblatt ist in den nächsten Tagen unter www.akzeptierende-eltern.de und unter www.trio-media.de/ jesjournal/ sowie www.jes –netzwerk.de zu finden

Dies hat dramatische Folgen für die Prävention und vor allem für den Betroffenen selbst. Denn über eine frühzeitige Behandlung lassen sich die Behandlungserfolge erhöhen und gesundheitliche Schädigungen vermeiden.

Daher fordert das Aktionsbündnis ein bundesweit abgestimmtes Vorgehen bei Information, Testung, Impfung und Behandlung.

Welt-Hepatitis-Tag in Deutschland: HCV bei Drogengebrauchern nur am Rand ein Thema

Allerdings stellen wir uns als JES-Bundesverband die Frage warum die Deutsche Leberhilfe, der Hauptakteuer des Hepatitis Tages in Deutschland, das Thema „Drogengebrauch und Hepatitis“ beharrlich nur ganz am Rande thematisiert. Dies ist leider nichts Neues, aber wir fragen uns warum dies so ist? Soll die Hepatitis Infektion die ebenfalls viele zehntausend Bürger aus der Normalbevölkerung betrifft nicht mit Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden?

Die Beweggründe dieser Strategie bleiben uns rätselhaft. Eines ist klar sie helfen uns nicht die Risikogruppen klar zu definieren und gemeinsam die Bundesregierung zur Übernahme von Verantwortung zu bringen.

JES-Bundesverband

FOTO: WWW.DYCKMANS.DE/

Drogenbeauftragte steht für JES Rede und Antwort

Wie bereits die ehemaligen Inhaberinnen des Amtes der Drogenbeauftragten der Bundesregierung hat sich auch die neue Drogenbeauftragte Frau Mechthild Dyckmans bereiterklärt sich den Leserinnen und Lesern des DROGENKURIER vorzustellen und die Fragen des JES Bundesverbands zu beantworten.

Frau Dyckmans, viele der Leserinnen und Leser des DROGENKURIER kannten Sie bisher nicht. Möchten Sie sich unseren Lesern kurz vorstellen?

Ich bin 59 Jahre alt, verheiratet und habe zwei erwachsene Kinder (Zwillinge). Von Beruf bin ich Richterin und war zuletzt am Hessischen Verwaltungsgerichtshof in Kassel tätig. Seit 2005 bin ich Bundestagsabgeordnete und Mitglied der FDP-Fraktion. Im November 2009 wurde ich zur Drogenbeauftragten der Bundesregierung ernannt.

Sie sind nun einige Monate im Amt und haben sich einen Einblick in das Aufgabenspektrum verschaffen können. Was sind Ihre zentralen Themen für die aktuelle Legislaturperiode als Drogenbeauftragte?

Ein großer Schwerpunkt sind die in Deutschland weit verbreiteten legalen Suchtmittel wie Alkohol und Tabak, aber auch neue Suchtprobleme wie die Online-Spielsucht. Beim Alkohol machen mir die exzessiv trinkenden Kinder und Jugendlichen große Sorgen und auch das Thema Sucht im Alter ist ein noch zu wenig beachtetes Themenfeld.

Im Bereich der illegalen Drogen ist es mir ein großes Anliegen, dass die diamorphingestützte Behandlung praktikabel umgesetzt und wir bei Cannabis als Medizin im Sinne der betroffenen Menschen voran kommen.

Als JES-Bundesverband haben wir uns über viele Jahre mit der heroingestützten Substitutionsbehandlung auseinandergesetzt und u.a. als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss für eine praxisnahe Versorgung gekämpft.

Wie bewerten Sie die aktuellen Richtlinien des G-BA zur kassenfinanzierten Diamorphinsubstitution?

Ich halte es für notwendig, dass das Gesetz zur diamorphingestützten Behandlung entsprechend der Intention des Gesetzes praktikabel umgesetzt wird und diese Behandlungsform überall dort angeboten werden kann, wo ein Bedarf dafür besteht. Die Anforderungen an die Behandlungseinrichtungen müssen einerseits eine sichere und qualitativ hochwertige Behandlung gewährleisten, dürfen aber andererseits nicht zu hoch angesetzt werden.

Die Forderung an die Anwesenheit des ärztlichen Personals über einen Zeitraum von täglich 12 Stunden in der Praxis halte ich für problematisch, weil sie dazu führen könnte, dass die Behandlung ausschließlich in wenigen, großen Einrichtungen in Deutschland angeboten wird.

Die FPD steht u.a. für die Autonomie der Bürger in einer liberalen Gesellschaft. Die JULIS (Junge Liberale) sowie einige Staaten diskutieren aktuell die Entkriminalisierung von Erwerb/Besitz und Konsum geringer Mengen Cannabis für den Eigenkonsum. Wie stehen Sie zum Thema „Entkriminalisierung geringer Mengen zum Eigenkonsum"?

Auch in Deutschland hat die Staatsanwaltschaft das Recht, Strafverfahren wegen des Erwerbs oder Konsums geringer Mengen Cannabis einzustellen. Aber es muss immer erst geprüft werden, ob tatsächlich die Voraussetzungen (geringe Menge, Eigenkonsum usw.) vorliegen, bevor das Verfahren eingestellt werden kann. Diese Praxis hat sich bewährt und ermöglicht einen angemessenen Umgang mit diesen Fällen.

Die akzeptierende Drogenselbsthilfe JES hat in Deutschland eine mehr als 20 jährige Tradition. Haben Sie schon einmal von JES gehört und wie stehen zur Selbstorganisation von Betroffenen nach dem Beispiel von JES.

Die Selbsthilfe der „Junkies, Ehemaligen und Substituierten-JES" kenne ich sowohl durch das Magazin des JES-Bundesverbands – den DROGENKURIER *–, aber auch durch die von mir unterstützte Förderung des Relaunch der JES-Homepage durch das BMG. Selbsthilfeorganisationen sind im Gesundheitsbereich insgesamt von großer Bedeutung. Das gilt für die Suchthilfe insgesamt, aber natürlich auch für die Drogenselbsthilfe wie sie JES verkörpert. Das BMG fördert deshalb auch das Projekt KOSMOS/EXJUSE, das die Förderung der Sucht- und Drogenselbsthilfe im Bereich der russisch-sprachigen Migrantinnen und Migranten zum Ziel hat.*

Sie sind in den letzten Wochen dafür kritisiert worden, dass Sie für das Jahr 2009 keinen Drogen und Suchtbericht veröffentlichen. Auch wir waren etwas überrascht, dass dieser wichtige Arbeitsnachweis der Bundesregierung nun einfach entfällt. Welche Beweggründe lagen Ihrer Entscheidung zugrunde und wie sehen sie die Zukunft des Drogen- und Suchtberichtes der Bundesregierung?

Einen Drogen- und Suchtbericht wird es auch im kommenden Jahr wieder geben. Diese Tradition werde ich fortführen. Dieses Jahr arbeite ich an einer „Neuen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik", die den Anforderungen an eine moderne Drogen- und Suchtpolitik entspricht und zum Beispiel auch die „neuen" Süchte wie die Onlinesucht berücksichtigt. Noch in diesem Jahr wollen wir die aktuelle Strategie vorlegen. Ich habe den Drogen- und Suchtbericht über das Jahr 2009 ausfallen lassen, weil ich in ihm nur über die Arbeit der Vorgängerregierung hätte berichten können.

Am 19. Mai war der Welt Hepatitis Tag. Drogenkonsumenten gehören zu einer der Hauptbetroffenengruppen. JES versucht seit vielen Jahren, gemeinsam mit anderen Partnern die Politik dazu zu bewegen einen „nationalen Aktionsplan Hepatitis" zu installieren. Der „Aktionsplan HIV und Aids" ist ein gutes Beispiel welche positiven Effekte ein abgestimmtes strategisches Vorgehen haben kann. Wie sehen Sie die Bedrohung durch Hepatitis B und C und welche Maßnahmen schlagen sie vor um Neuinfektionen zu vermindern und Test- und Behandlungsraten zu erhöhen?

Die Zahl der Neuinfektionen mit Hepatitis C ist in den letzten Jahren nicht mehr angestiegen. Das ändert aber nichts an der wichtigen Aufgabe, im Bereich der Prävention und Behandlung von Hepatitis C gerade bei intravenös Drogenkonsumierenden etwas zu tun. Das Bundesministerium hat deshalb das Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch in den letzten Jahren regelmäßig gefördert. Damit wurde eine interdisziplinäre Plattform zum Wissensaustausch geschaffen, an der sich neben einer wachsenden Zahl von Verbänden und Einrichtungen u.a. die Deutsche Leberstiftung und das RKI beteiligen.

Frau Dyckmans, sie haben sich bereiterklärt die Schirmherrschaft des 12 Gedenktages für verstorbene Drogenabhängige zu übernehmen. Hierfür möchten wir Ihnen schon jetzt danken. Können wie Sie bei einer unserer Veranstaltungen persönlich begrüßen?

Die Schirmherrschaft habe ich gerne übernommen. Dieser Gedenktag ist wichtig, um zusammen mit den Angehörigen und Freunden an die Menschen zu erinnern, die durch Ihre Drogenabhängigkeit gestorben sind. Dieser Tag mahnt uns, alles zu tun, damit möglichst viele Drogentodesfälle verhindert werden. Jeder Drogentote ist einer zu viel.

Vielen Dank, dass Sie sich für dieses Interview etwas Zeit genommen haben. Wir wünschen Ihnen für Ihre Amtszeit viel Erfolg.

Zur Situation der Virushepatitis B, C in Deutschland

Robert Koch-Institut veröffentlicht aktuelle Daten aus 2009

Überblick über die Situation weltweit

Die Hepatitis B ist eine der häufigsten Infektionskrankheiten. Weltweit hat nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) etwa ein Drittel der Weltbevölkerung (2 Milliarden) eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht und etwa 5 % der Weltbevölkerung (350 Millionen) sind chronisch mit Hepatitis-B-Virus (HBV) infiziert.

Etwa 3 % der Weltbevölkerung hatten Kontakt mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV). Von diesen können rund 170 Millionen Menschen als chronisch infiziert gelten.

Eine Million HBV-/HCV-Todesfälle pro Jahr

Im Hinblick auf mögliche Folgeerkrankungen bei chronischer Hepatitis B oder Hepatitis C wird angenommen, dass weltweit 57 % aller Fälle von Leberzirrhose auf Hepatitis B (30 %) oder Hepatitis C (27 %) und 78 % der Fälle von hepatozellulärem Karzinom auf Hepatitis B (53 %) oder Hepatitis C (25 %) zurückzuführen sind.

Pro Jahr wird weltweit mit bis zu einer Million Todesfällen infolge von Hepatitis-B- oder Hepatitis-C bedingten Leberzirrhosen oder Leberzellkarzinomen gerechnet.

Hepatitis B Fallmeldungen 2009

Im Jahr 2009 wurden mit insgesamt 1.692 Fällen von akuter Hepatitis B 8,6 % weniger Fälle als 2008 übermittelt (1.852, Datenstand: 1.3.2010).

Seit 2001 wird tendenziell ein Rückgang der übermittelten Hepatitis-B-Erkrankungen bzw. der jährlichen Inzidenz beobachtet (s. Abb. 1). Dieser lässt sich vermutlich vorwiegend auf einen verbesserten Impfschutz in der Bevölkerung sowie eine Verbesserung der Datenqualität – insbesondere den Ausschluss chronischer Infektionen – zurückführen.

Übertragungswege:

Bei 625 (83,6 %) der übermittelten Fälle lagen Angaben (definiert als mindestens eine Ja- oder Nein-Antwort) zu möglichen Expositionen vor der Diagnosestellung vor. Mehrfachnennungen waren möglich. Der Stellenwert der angegebenen Expositionen ist im Hinblick auf einen Kausalzusammenhang allerdings fraglich.

Sexuelle Expositionen wurden bei 259 Fällen (41,4 %) – und damit am häufigsten – angegeben, von diesen waren 43 (16,6 %) Männer, die Sex mit Männern haben *(MSM)*.

Wohngemeinschaften mit einem Hepatitis-B-Virusträger wurden bei 41 Fällen (6,6 %), operativ-diagnostische Eingriffe bei 40 Fällen (6,4 %), ein Erhalt von Blutprodukten bei 14 Fällen (2,2 %) und i.v. Drogengebrauch bei 10 Fällen (1,6 %) als Infektionswege genannt. Von den 10 Fällen, bei denen i.v. Drogengebrauch genannt wurde, waren 9 (90,0 %) männlichen Geschlechts.

Prävention bei i.v. Drogengebrauchenden:

Personen mit i.v. Drogenkonsum sind aufgrund des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen durch Infektionen mit HIV, HBV und HCV stark gefährdet. *Es wird angenommen, dass etwa 50–60 % der i.v. Drogengebrauchenden eine Hepatitis-B Infektion durchgemacht haben*. Insgesamt 3–5 % der i.v. Drogengebrauchenden gelten als chronisch mit dem HBV infiziert und stellen somit ein Reservoir für die Virusübertragung dar. Koinfektionen mit HCV oder HIV kommen bei i.v. Drogengebrauchenden nicht selten vor. Trotz dieser Kenntnisse ist die Impfprävalenz nach derzeitigem Wissensstand in dieser Risikogruppe unbefriedigend. Ein eingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung und mangelhaf-

Abb. 1: An das RKI übermittelte Hepatitis-B-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Meldejahr, Deutschland, 1997–2009 (in den Säulen: Anzahl d. Fälle absolut)

te Compliance stellen sicher erschwerende Gründe hierfür dar. In diesen Fällen kann ein alternatives, verkürztes Impfschema erwogen werden (z. B. 0–7–21 Tage, ggf. spätere Auffrischimpfung). Ein verbesserter Impfschutz sollte in dieser Gruppe dringend angestrebt werden.

Hepatitis C

Fallmeldungen 2009:

Für das Jahr 2009 wurden insgesamt 5.412 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt (siehe Abb. 5 Datenstand: 01.03. 2010). Darunter waren 6 Fälle an Hepatitis C oder den Folgeerkrankungen verstorben.

Die bundesweite Inzidenz betrug 6,6 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Damit lag die ermittelte Inzidenz an Erstdiagnosen niedriger als die des Jahres 2008 (7,6) bzw. als der Median der Jahre 2004 bis 2008 (9,1). Der zeitliche Verlauf wies keine Saisonalität auf. Seit 2005 weist die bundesweite, jährliche Inzidenz übermittelter Fälle einen sinkenden Trend auf. (s. Abb. 5).

Übertragungswege:

Über die Unterschiede in der alters und geschlechtsspezifischen Inzidenz von Hepatitis-C-Erstdiagnosen hinausgehend, die bereits auf bestimmte Übertragungswege hindeuten, lagen für 3.938 Fälle (72,8 %) Angaben zu vorangegangenen Expositionen (mindestens eine Ja- oder Nein-Antwort) vor. Das Vorliegen einer Exposition kann in den 6 der Diagnosestellung vorangegangenen Monaten ebenso wie ihr Vorliegen zu irgendeinem früheren Zeitpunkt oder aber in beiden Zeiträumen übermittelt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Allerdings kann der kausale Stellenwert von Expositionen für eine Hepatitis-C-Infektion allein anhand einer solchen deskriptiven Nennung nicht bestimmt werden.

Intravenöser Drogengebrauch, der mit großer Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.342 Fälle *(34,1 % der Fälle mit Expositionsangaben)* am häufigsten übermittelt. Unter den 20- bis 29-jährigen Männern wurde i.v. Drogengebrauch 402mal genannt *(71,7 % der Männer dieser Altersgruppe mit Expositionsangaben)*.

Sexuelle Expositionen wurden bei 1.245 Fallmeldungen (31,6 %) angegeben. Eine sexuelle Übertragung von Hepatitis C ist zwar grundsätzlich möglich, stellt aber einen vergleichsweise ineffektiven Übertragungsweg dar. Inwieweit Hepatitis-C-Infektionen bei *MSM* vorkommen und welche Risikofaktoren im Einzelnen hierbei vorliegen, ist derzeit Gegenstand wissenschaftlicher Studien. Es scheint jedoch, dass Hepatitis-C-Infektionen durch riskante sexuelle Praktiken unter MSM vorkommen können, wie dies insbesondere für HIV-positive MSM belegt ist. Von den auf sexuelle Expositionen zurückzuführenden Hepatitis-C Fällen waren 112 MSM (9,0 %) und damit weniger als im Jahr 2008.

Prävention bei i.v. Drogengebrauchenden:

Drogenkonsumierende sollten möglichst frühzeitig über potenzielle Übertragungswege des Hepatitis-C-Virus informiert werden.

Den i.v. Drogenkonsumierenden sollte der Zugang zu sterilem Injektionsmaterial ermöglicht werden. Bei Drogenkonsumierenden sollte, sofern keine Hepatitis-C-Infektion bekannt ist, in *mindestens jährlichen Intervallen ein HCV-Antikörpertest durchgeführt werden. Drogenkonsumierende sollten gegen Hepatitis A und B geimpft werden, falls keine Immunität besteht.*

Zusammenfassende Einschätzung

Im Jahr 2009 ist die Inzidenz übermittelter Hepatitis-C Erstdiagnosen weiter gesunken. Ähnlich wie in den Vorjahren lag die Inzidenz bei Männern deutlicher höher als bei Frauen, mit jeweils einem Inzidenzgipfel im jüngeren Erwachsenenalter.

Die Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden stellt einen großen Teil der Hepatitis-C-Erstdiagnosen.

In Deutschland kommt der Prävention von Hepatitis C unter Jugendlichen allgemein und speziell unter i.v. Drogenkonsumenten höchste Priorität zu. Die epidemiologischen Daten bezüglich Hepatitis C verdeutlichen, dass dringender Handlungsbedarf im Hinblick auf Surveillance, ergänzende epidemiologische Studien und gezielte Präventionsmaßnahmen in der Risikopopulation der i.v. Drogengebraucher, aber auch anderen Risikogruppen besteht.

Hierunter fällt zum einen die Entwicklung von präventiven Konzepten im weitesten Sinne wie auch ein großzügiges Angebot von Screening-Tests für i.v. Dro-

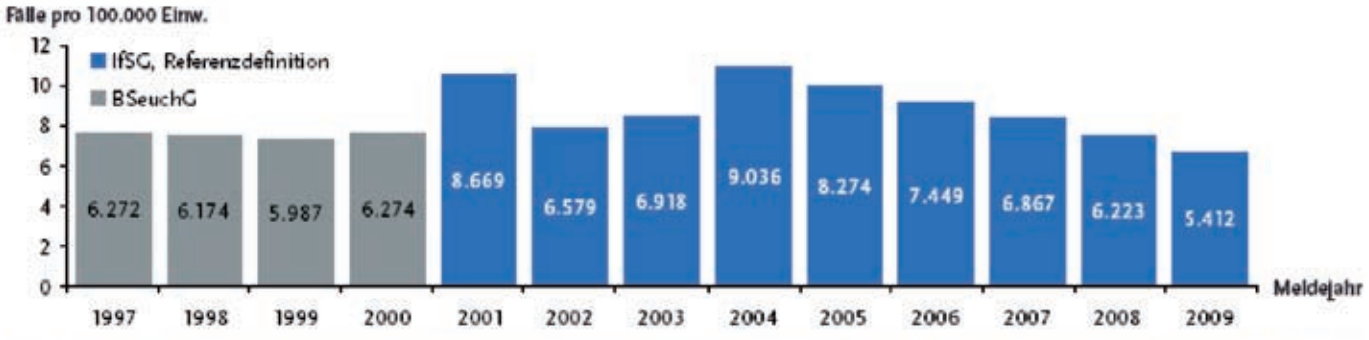


Abb. 5: An das RKI übermittelte Hepatitis-C-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Meldejahr, Deutschland, 1997–2009 (in den Säulen: Anzahl d. Fälle absolut)

genkonsumenten, wie dies von der WHO empfohlen wird, sowie deren Beratung und gegebenenfalls Behandlung. Eine bevölkerungsbezogene Bestimmung, des Anteils an Hepatitis-C Infektionen durch sexuelle Übertragungen sind nur durch gezielte Studien möglich.

Um den – durch die Hepatitis-C-Epidemie entstehenden – Herausforderungen zu begegnen, sollten Personen mit erhöhtem Risiko für eine Hepatitis-C-Infektion Zugang zu einer Testung haben oder bekommen. Bereits Infizierte sollten beraten werden, um zusätzlich schädigende Einflüsse, wie Alkohol oder Koinfektionen meiden zu können. ***Nicht immune Hepatitis-C-Infizierte sollten gegen Hepatitis A und B geimpft werden. Neben medizinischen Gesichtspunkten in der Beurteilung einer Behandlungsindikation für HCV-Infizierte müssen schließlich auch gesundheitsökonomische Aspekte in die Ressourcenallokation einfließen.***

Die Einschätzungen des RKI decken sich somit zu fast 100% mit dem Forderungen des JES-Bundesverbandes sowie vieler anderer Akteure der Aids und Drogenarbeit. Neben bundesweit abgestimmten Präventionskonzepten steht JES dafür die Screening- und Impfmöglichkeiten zu erweitern und nah an die Szene Drogen gebrauchender Menschen anzubinden.

Es bleibt abzuwarten inwieweit sich die politisch Verantwortlichen von den Einschätzungen des RKi dazu bewegen lassen endlich Schritte zu einem Aktionsplan Hepatitis zu unternehmen.

Das gesamte Epidemiologische Bulletin ist unter http://rki.de/ zu finden.

Dirk Schäffer

Ein wichtiger Schritt oder gar ein Quantensprung?

Neue Richtlinien der Bundesärztekammer zur Substitution

Die Bundesärztekammer hat neue Richtlinien zur Substitution beschlossen. Dabei sind Gesetzesänderungen, Forschungsergebnisse und Anforderungen einer veränderten Versorgungslandschaft mit eingeflossen.

Seit der erstmaligen Verabschiedung der „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ im Jahr 2002 haben sich die Rahmenbedingungen für diese Behandlungsform in vielerlei Hinsicht geändert. Insbesondere veränderte gesetzliche Vorgaben, neue Erkenntnisse aus der Forschung sowie Veränderungen der Versorgungslandschaft machten eine Novellierung der Richtlinien erforderlich. Diese neuen Richtlinien beinhalten folgende Änderungen:

Eine substitutionsgestützte Behandlung ist nun nicht nur zur schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz, sondern auch zur Unterstützung der Therapie einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung sowie zur Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit bei Schwangerschaft beziehungsweise nach einer Geburt möglich.

Neben der Abstinenz sind weitere Therapieziele zulässig

Die Ziele der Behandlung sollen sich mehr als vorher an der individuellen Situation der Patienten orientieren und können sowohl der Überlebenssicherung, der Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel, der gesundheitlichen Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen, der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben als auch Opiatfreiheit dienen.

Mit diesen Änderungen berücksichtigen die neuen Richtlinien, dass die Substitution in der Mehrzahl der Fälle eine Dauerbehandlung schwerkranker Patienten bedeutet, die nicht nur auf das Oberziel „Abstinenz“ auszurichten ist.

In den novellierten Richtlinien wird auch auf die PSB Bezug genommen. So können Arzt und Drogenhilfe auch zu dem Ergebnis kommen, dass eine PSB nicht erforderlich ist. Zudem wird in den neuen Richtlinien festgestellt, dass eine Substitution überbrückend und zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren ausnahmsweise auch ohne PSB erfolgen kann. Bei einer Substitution mit Diamorphin ist die PSB in den ersten sechs Monaten hingegen obligat.

Wöchentliche Kontakte nicht mehr notwendig

Während bislang mindestens einmal pro Woche ein Arzt-Patient-Kontakt erforderlich war, reicht es nun, wenn dieser – entsprechend der Vorgaben von § 5 Abs. 2, 5. BtMVV – „in der Regel“ einmal wöchentlich durchgeführt wird. Lediglich im Rahmen einer Take-home-Verordnung ist der wöchentliche Arztkontakt weiterhin verpflichtend.

Fristen für TAKE HOME VERSCHREIBUNG fallen

Mit den neuen Richtlinien entfallen die bislang gültigen formalen Fristenregelungen für eine Verschreibung des Substitutionsmittels bis zu sieben Tagen (Take-home-Verordnung – § 5 Abs. 8 BtMVV), da sie einer wissenschaftlichen Absicherung entbehren. An ihre Stelle treten qualitative, am individuellen Behandlungsverlauf orientierte Kriterien. Diese verlangen insbesondere, dass die Einstellung auf das Substitutionsmittel abgeschlossen und der Patienten klinisch stabil sein muss. Zudem ist eine Selbst- oder Fremdgefährdung so weit wie möglich auszuschließen. Ein Konsum anderer gefährdender Substanzen darf nicht vorliegen und erforderliche Kontakte zum Arzt und zur PSB müssen wahrgenommen worden sein.

Die Regelung der 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) vom 25. März 2009 ermöglicht eine Verschreibung von Substitutionsmitteln für bis zu zwei Tagen pro Woche außerhalb der strengen Auflagen einer Take-home-Verordnung (§ 5 Abs. 8 BtMVV). Außerdem schafft sie eine Vertretungsmöglichkeit im Urlaubs- oder Krankheitsfall durch einen Arzt ohne suchtmedizinische Qualifikation (§ 5 Abs. 3 BtMVV). Diese Regelungen wurden ebenfalls in die neuen Richtlinien der BÄK übernommen.

Verpflichtung zu unangemeldeten Urinkontrollen enfällt

Die bisherigen Richtlinien verlangten vom substituierenden Arzt die Durchführung unangemeldeter, stichprobenartiger Kontrollen auf einen Gebrauch anderer Suchtmittel. Studien zeigen jedoch, dass dadurch kein Rückgang des Beigebrauchs erzielt werden kann, weshalb nach den neuen Richtlinien die Verpflichtung zu unangemeldeten Kontrollen entfällt. Diese sind vielmehr vom Behandlungsverlauf abhängig zu machen.

Bisher führte ein Wechsel des Patienten in eine stationäre Behandlungseinrichtung oder in eine Einrichtung des Strafvollzuges häufig dazu, dass die eingeleitete Substitutionsbehandlung nicht oder nicht in geeigneter Form fortgesetzt wurde. Die novellierten Richtlinien legen daher ausdrücklich fest, dass „bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung [...] die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen“ ist.

Während die bisherigen Richtlinien lediglich Kriterien für einen Abbruch der Substitution aufgrund von Regelverstößen des Patienten festlegten, werden in der novellierten Fassung ergänzend auch ein gemeinsam von Arzt und Patient vereinbartes Behandlungsende sowie eine Beendigung bei Versagen der Therapie thematisiert.

Von der durchgeführten Novellierung erhofft man sich, dass die Bereitschaft der Ärzteschaft zur Teilnahme an diesem schwierigen Versorgungssegment erhöht, die Überlebensmöglichkeiten und die Gesundheit betroffener Opiatabhängiger verbessert und gleichzeitig ein hohes Maß an Betäubungsmittelsicherheit erhalten bleibt.

Der JES-Bundesverband begrüßt die Novellierung der Richtlinien und fordert ebenfalls eine Angleichung der ehemaligen BUB Richtlinien die die Richtlinien für die Finanzierung der Substitution regeln. Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung.

JES-Bundesverband

Mitten im Leben – ehemalige Drogengebraucher/innen und Substituierte im Arbeitsleben

Der Film MITTEN IM LEBEN ist kostenlos über die Deutsche Aids Hilfe zu beziehen

Der (Wieder-)Einstieg in Arbeit und Beschäftigung ist für viele Substituierte und ehemalige Drogengebraucher/innen ein zentrales Element auf dem Weg zu sozialer Integration, Eigenständigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe.

Der Film „Mitten im Leben“ stellt ihre Erfahrungen bei der Jobsuche und im Arbeitsalltag anhand von drei Beispielen dar. Zwei Frauen und ein Mann berichten auf sehr persönliche Weise, was Arbeit und Beschäftigung für sie bedeuten, wie sie den Umgang mit Arbeitsuchenden – insbesondere jenen mit Suchtproblemen – wahrnehmen und wie sich der Kontakt mit Arbeitgebern und Kolleg(inn)en gestaltet. Sie liefern damit wichtige Hinweise, wie der Weg (zurück) ins Erwerbsleben erleichtert und verbessert werden kann.

Unser Film lässt ebenso Arbeitgeber zu Wort kommen, die den Alltag mit substituierten und ehemals Drogen gebrauchenden Beschäftigten aus ihrer Sicht beleuchten.

Mit diesem Projekt wollen wir dazu beitragen, die Aufmerksamkeit für das Thema „Drogengebrauch/Sucht und Arbeit“ zu wecken bzw. zu erhöhen. Unser Film ermöglicht es allen, die mit der Beratung und Vermittlung von Arbeitsuchenden betraut sind, sich über die Lebensverhältnisse, Wünsche und Erfahrungen einer speziellen Zielgruppe zu informieren. Darüber hinaus kann er Einrichtungen der Aids- und Drogenarbeit dabei unterstützen, mit Arbeitsvermittlern, Fallmanagern und potenziellen Arbeitgebern ins Gespräch zu kommen und so die (Re-)Integration von Substituierten und ehemaligen Drogengebraucher(inne)n ins Arbeitsleben zu befördern.

JES / Deutsche Aids Hilfe

Bundesgerichtshof spricht Recht !!!

Der Fall liegt einige Jahre zurück als in Bremen der mutmaßliche Drogendealer Laye-Alama C. aus Sierra Leone am 27. Dezember 2004 von einer Zivilstreife der Bremer Polizei verdächtigt worden war, mit Drogen zu handeln und bei der Kontrolle Kokain-Kügelchen heruntergeschluckt zu haben.

Der nachfolgende Polizeieinsatz und insbesondere das dilettantische ärztliches Handeln, das nach Ansicht des bundesweiten JES-Netzwerks einer Folter gleichkam, endete mit dem Tod von Laye Alama Condé.

Der Bundesgerichtshof (BGH) in Leipzig hat den Freispruch eines Bremer Polizeiarztes aufgehoben und die Sache zur Neuverhandlung an das Landgericht Bremen zurückverwiesen. Die Richter des in Leipzig ansässigen 5. Strafsenats begründeten ihre Entscheidung mit der mangelhaften Beweiswürdigung der Bremer Richter, die den Arzt vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen hatten.

Die damaligen Bremer Richter konstatierten, dass sich der Arzt zwar vieler Pflichtversäumnisse schuldig gemacht habe, aber mangels Qualifikation nicht vorhersehen und erkennen konnte, dass sich der Gesundheitszustand des betroffenen Afrikaners lebensbedrohlich verschlechterte.

Allein diese Begründung muss selbst dem neutralen Beobachter die Zornesröte ins Gesicht treiben.

Das von JES damals veröffentlichte Gedächtnisprotokoll des hinzu gerufenen Notarztes machte die menschenunwürdige Behandlung sowie das geringe Interesse der Beteiligten deutlich. Zur Erinnerung an die damaligen Ereignisse hier noch einmal einige Passagen der abscheulichen Dokumentation ärztlichen Fehlverhaltens:

... Der Mann lag ohne sich zu äußern an den Füßen mit Kabelbindern gefesselt da. Die linke Hand war mit einer Handschelle an der Untersuchungsliege fixiert. Der Mann wirkte sehr erschöpft. Der Kollege versicherte, er habe da Erfahrung, dieses Klientel würde immer so tun als seien sie bewusstlos. ...

... Der Kollege legte dem Mann eine Magensonde und befüllte diese mittels einer sehr großen (100 bis 200 ml) Spritze mit Leitungswasser. Er füllte drei oder vier Spritzen hinein und ich erkundigte mich, ob er das Wasser auch wieder ablassen wolle. Er antwortete, er werde den Magen soweit mit Wasser befüllen, bis der Patient erbricht. Sowohl der Kollege wie auch die beiden Polizeibeamten vermittelten den Eindruck als sei dies ein absolut übliches Standardvorgehen. Der Mann wehrte sich gegen das Einführen der Magensonde durch Hin- und Herdrehen des Kopfes. ...

... Hatte der Mann erbrochen wurde die Magensonde danach wieder gelegt und der Magen mit Wasser befüllt bis erneut Erbrechen auftrat.

... Einmal versuchte der Kollege auch mit der Rückseite (also der stumpfen Seite) einer Pinzette durch Manipulation im Rachen das Erbrechen zu provozieren.

... einem der Polizisten fiel auf, das er nur noch sehr flach, fast gar nicht mehr atmete. Hierauf veranlasste ich die Neuanlage der EKG-Elektroden, welche wegen der großen Wassermengen, die der Mann erbrochen hatte, nicht mehr klebten. ...

... Zu diesem Zeitpunkt habe ich die Betreuung des Patienten übernommen. ... Ich habe 0,5 mg Atropin intravenös verabreicht Dies hatte keinen unmittelbaren Effekt, das EKG verschlechterte sich eher in dem Sinne, das

nun keine p-Wellen mehr erkennbar waren und die Bradykardie sich verstärkte.

... mir war jetzt unmittelbar klar dass hier eine hypoxische Reaktion des Herzens vorlag. Die Kontrolle der Pupillen ergab maximal weite lichtstarre Pupillen und der Patient entwickelte eine Asystolie. Ein Rettungsassistent der RTW-Besatzung begann mit der Herzdruckmassage, ich versuchte eine Beutelbeatmung, jedoch stand der Mund des Patienten voller Wasser. Inzwischen hatte der Patient 0,5 mg Suprarenin intravenös erhalten, ebenfalls ohne erkennbaren Effekt auf die Herzleistung. Einzig die zügige Wiederherstellung der Sauerstoffversorgung über die Lunge konnte jetzt helfen. Hierzu musste der Patient intubiert werden. Diese Maßnahme gelang mir jedoch erst nach relativ langer Zeit, da aus dem Ösophagus (Speiseröhre) und der Trachea (Luftröhre) Unmengen an Wasser den Rachen immer wieder füllten. ...

... Der Patient erhielt nochmals 0,5 mg Suprarenin und 1 mg Atropin intravenös ohne Effekt. Während der gesamten Zeit ab etwa 2:38 wurde eine Herzdruckmassage durchgeführt lediglich unterbrochen während meiner Versuche den Patienten zu intubieren. Dies gelang erst im dritten Anlauf. Nachdem der Patient intubiert und endotracheal abgesaugt war, also die Sauerstoffversorgung wieder gewährleistet war, entwickelte sich sofort ein tastbarer Puls und der Kreislauf war dann ohne weitere Maßnahmen stabil. Ich legte dann erneut eine Magensonde über die noch schätzungsweise 1 bis 2 Liter Wasser auf den Fußboden abliefen. Auf mein Bitten wurde Zellstoff auf den Boden gelegt um das Wasser aufzusaugen. Gegen 03:05 Uhr Abtransport des Patienten ins Krankenhaus St. Joseph-Stift. Hier waren in den Sekretbeutel an der Magensonde nochmals etwa 500 ml Wasser abgelaufen. Die weitere Versorgung wurde auf der internistischen Intensivstation des Hauses vorgenommen. Bei Übergabe hatte der Patient immer noch weite, lichtstarre Pupillen, ein Zeichen für einen schweren Hirnschaden durch Sauerstoffmangel. Ein erster Hustenreflex zeigte sich während der Anlage eines ZVK durch den diensthabenden Internisten ...

... Am 31.12 habe ich mich nach dem Befinden des Patienten erkundigt und erfahren, dass dieser wahrscheinlich Hirntod sei. ...

Interessierte finden die gesamten Aufzeichnungen des Notarztes unter http://jes.aidshilfe.de/media/de/Drogenkurier62.pdf

Wie im nachfolgenden Kommentar von Wolfgang Janisch beschrieben, ist dies ein Armutszeugnis für die damals verantwortlichen Richter beim Landgericht Bremen.

Der JES-Bundesverband wird die neuerliche Verhandlung gegen den damals diensthabenden Arzt genau verfolgen.

Dirk Schäffer

BGH zu Brechmittel-Einsatz
Beschämende Nachhilfe

■ Ein Kommentar von Wolfgang Janisch

Ein Polizeiarzt hat einem Drogendealer Brechmittel verabreicht, bis der Mann starb. Dass selbst die Staatsanwaltschaft Freispruch beantragt hatte, ist mehr als peinlich.

Der Fall stammt weder aus einem anderen Land, noch aus einer anderen Zeit, sondern er trug sich in Bremen zu, vor gut fünf Jahren. Ein mutmaßlicher Drogendealer aus Sierra Leone soll - wie das damals in Deutschland gebräuchlich war - mit einem Brechmittel um die verschluckten Kokainkügelchen erleichtert werden.

Er wird an einen Stuhl gefesselt, damit man die Magensonde legen kann, der Polizeiarzt flößt ihm literweise Wasser ein, der Mann hat Schaum vorm Mund, wird bewusstlos - und der Arzt macht weiter, bis der 35-Jährige "innerlich ertrinkt". Das klingt nach dem berechtigen "water boarding". Nur dass US-Schergen wohl professioneller sind.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat nun den Freispruch des offenkundig völlig überforderten Polizeiarztes aufgehoben. Nachdem der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte vor vier Jahren dem brutalen Brechmitteleinsatz in Deutschland ein Ende bereitet hatte, erinnert das Urteil des 5. Strafsenats in Leipzig nun daran, dass menschenunwürdige Behördenpraktiken immer auch eine individuelle Komponente haben: Es gibt keine Schläge, wenn keiner schlägt, keine Quälereien, wenn keiner quält, keine unmenschliche Behandlung, wenn jeder den Mindeststandard menschlichen Umgangs einhält.

Der Arzt wird nun wohl mit einer Verurteilung rechnen müssen, womöglich sogar wegen vorsätzlicher Körperverletzung mit Todesfolge. Dass das Landgericht Bremen dafür der Nachhilfe des BGH bedurfte, ist mindestens peinlich. Dass aber die Angehörigen des toten Afrikaners den Fall selbst als Nebenkläger zum BGH tragen mussten, weil sogar die Staatsanwaltschaft Freispruch beantragt hatte - das ist beschämend.

Süddeutsche Zeitung 30.04.2010

Blei im Gras?

Die chemische Analyse illegaler Rauschmittel kann Menschenleben retten, ist aber politisch nur schwer durchsetzbar. Eine Berliner Initiative versucht es trotzdem ■ **von Martin Schwarzbeck**

Drogen können gefährlich sein. Das weiß jedes Kind. Oft sind die Beimischungen allerdings noch gefährlicher. Ende letzten Jahres starben europaweit acht Menschen an Milzbrand, Ursache war mit der Krankheit verseuchtes Heroin. 2007 mussten sich in Leipzig 35 Menschen mit Bleivergiftung im Krankenhaus behandeln lassen, nachdem sie gestrecktes Cannabis geraucht hatten. Gras, Ecstasy, Speed, Heroin, Kokain – gesundheits- schädliche Beimischungen finden sich überall. Die Liste der absichtlich oder durch unprofessionelle Herstellung beigemischten Stoffe ist lang. Neben Blei und Milzbrand kommen auch zahlreiche Substanzen vor, deren Wirkung auf den Menschen bisher noch überhaupt nicht untersucht wurde.

Eine Möglichkeit, Drogen auf potenzielle Verunreinigungen untersuchen zu lassen, gibt es derzeit in Deutschland nicht. Apotheken können zwar Proben entgegennehmen und zur Analyse weiterleiten, aber Verunreinigungen die über eine Vermischung gängiger Drogen, wie beispielsweise Ecstasy mit Speed, hinausgehen, können nicht nachgewiesen werden.

Auch die Mitarbeiter des autonomen Drogeninfostandes, die auf Partys in Berlin die Überprüfung von Drogen anbieten, können mit der verwendeten Marquis-Reagenz keine Schadstoffe aufspüren. Wirklich Bescheid über die auf dem Markt erhältlichen Drogen und ihre Zusammensetzung weiß nur die Polizei. „Die ist aber nicht bereit, ihre Erkenntnisse zur Schadensminimierung zu veröffentlichen, das hat sich europaweit gezeigt“, erklärt Tibor Harrach, Pharmazeut und Mitglied der Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg.

Die Initiative hat es sich zum Ziel gemacht, die ausführliche Analyse illegaler Rauschmittel in Deutschland wieder möglich zu machen. 1995/96 führte der Verein Eve and Rave in Zusammenarbeit mit der Charité bereits solche Tests gegen eine Gebühr durch. Tauchten gefährliche Zusammensetzungen auf, wurde über Flyer, Mailinglisten und Webseiten davor gewarnt. Dann kam die Polizei, durchsuchte die Vereinsräume und auch die Labors der Charité. Im Gerichtsverfahren wurde das Verfahren zwar für zulässig erklärt, dennoch traute sich lange Zeit niemand, das heiße Eisen wieder anzufassen.

Nun fordert die **Drugchecking-Initiative** eine Neuauflage. Vertreter der Linken, der Grünen, des Bezirksamts Friedrichshain-Kreuzbergs, **der Deutschen Aids-Hilfe** und verschiedener Suchthilfeeinrichtungen sind dabei und „hoffen, in der nächsten Legislaturperiode bereits ein wissenschaftlich begleitetes Modellprogramm auf die Beine stellen zu können“, sagt Tibor Harrach. Das Drugchecking hat jedoch auch Gegner. Deren Hauptargument: Die Analyse würde eine Scheinsicherheit vermitteln, die Hemmschwelle die „geprüften“ Substanzen zu nehmen, würde fallen. Laut Harrach sind die Bedenken unsinnig: „Man raucht ja nicht Gras, weil man denkt, es wäre bleifrei.“

www.drugchecking.eu

Einstieg zum Ausstieg

20 Jahre Erfahrung in der

Suchttherapie

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

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

sanofi aventis
Das Wichtigste ist die Gesundheit

AVS 506 06 061a-013872

Legalisierung von Drogen

Die Prohibition ist gescheitert

Die repressive Drogenpolitik ist gescheitert – weltweit. Statt Mafia und Drogenkartelle weiterhin mit dieser Politik zu unterstützen, sollten die Regierungen über eine Legalisierung nachdenken. Davon könnten sogar die Volkswirtschaften profitieren.

Vor 100 Jahren in Shanghai wurde erstmals auf multinationaler Ebene versucht, den weltweiten Opiumhandel einzuschränken, vor 40 Jahren rief Richard Nixon den „War on Drugs" aus, und vor zwölf Jahren beschloss die UN-Generalversammlung das Ziel einer drogenfreien Welt und die „völlige oder signifikante Reduktion des illegalen Anbaus von Drogenpflanzen" bis zum Jahr 2008. Die Realität des Jahres 2010 zeigt: Diese Versuche waren erfolglos.

Diese Politik hat verheerende Folgen für die Konsumenten illegalisierter Drogen, die Menschen in den Anbau- und Transitländern sowie die Rechtsstaatlichkeit der meisten Nationen weltweit. Das Versagen dieser Politik führt in Afghanistan zur Finanzierung von Taliban und Warlords sowie zur Korrumpierung des labilen Staates. In Mexiko sterben direkt hinter der Grenze zu den USA täglich mehr als 20 Menschen im offenen Krieg der Drogenkartelle untereinander und gegen den mexikanischen Staat.

200 Millionen Menschen konsumieren illegale Drogen

Mit dem Drogenverbot haben wir uns für einen unkontrollierbaren Schwarzmarkt entschieden, denn Drogen werden konsumiert, darauf hat die Repression keinen empirisch nachweisbaren Einfluss – auch wenn sich Politiker gern etwas anderes einreden wollen. 200 Millionen Menschen bzw. fünf Prozent der erwachsenen Bevölkerung der Erde konsumieren illegalisierte Drogen und schaffen einen Markt mit einem jährlichen Umsatz von mehr als 300 Milliarden Euro.

Natürlich kann man, wie Antonio Maria Costa, der Leiter des UN-Drogenbüros, behaupten, dass ohne diesen Versuch einer Kontrolle weitaus mehr Menschen ihr Leben verloren hätten. Was aber, wenn sich Cannabis, Ecstasy und Heroin wie Alkohol und Tabak auf einem legalen Markt regulieren ließen und die Drogenprohibition ein riesiger politischer Fehler war? Was wäre, wenn wir unsere Nachfrage legal befriedigen könnten und den drogenproduzierenden Bauern statt Hass auf den Westen ein vernünftiges Einkommen bescheren würden? Was, wenn in Deutschland nicht Mafia und Hells Angels, sondern der Arbeitsmarkt und der Staatshaushalt von den Umsätzen profitieren würden? Wenn wir nicht Milliarden Euro jährlich für Rauschgiftdezernate verschwenden, sondern das Geld für eine aktive Sozialpolitik und Förderung von Drogenmündigkeit nutzen würden?

Drogenforscher wie der ehemalige oberste Drogenberater der britischen Regierung, David Nutt, weisen regelmäßig darauf hin, dass die Unterteilung in legale und illegale Drogen unter einer medizinischen Betrachtungsweise willkürlich ist. Die niederländischen Drogenforscher Schippers & Cramer zeigten auf, dass ein signifikanter Anteil der Konsumenten von sogenannten „harten Drogen" einen unauffälligen und kontrollierten Gebrauch praktiziert.

Für eine ideologiefreie Drogenpolitik

Die Legalisierung aller Drogen sowie eine starke Regulierung wären zwar kein Königsweg, denn es gäbe auch weiterhin Drogenmissbrauch, aber es wäre die insgesamt weniger schädliche Lösung. Mit der Entkriminalisierung der Konsumenten aller Drogen und der Einführung von lizenzierten Fachgeschäften für Drogen wie Cannabis können wir die ersten wichtige Schritte gehen.

Vielleicht erscheint diese Vision zu optimistisch, gar naiv. Aber allein die Möglichkeit, dass eine alternative Drogenpolitik mehr Probleme lösen könnte, als sie neue schafft, sollte uns zum Nachdenken bringen. Angesichts der verheerenden Bilanz der bisherigen Drogenpolitik sollten wir einen ideologiefreien und wissenschaftlich fundierten Neubeginn wagen. Das sind wir den Opfern der Prohibition schuldig.

Von Maximilian Plenert

Erfolge bei erster KISS-Gruppe im JES-Netzwerk

Das Angebot der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., die Ausbildung zum KISS Trainer finanziell zu unterstützen, gab uns bei VISION e.V. die Gelegenheit, unseren Besuchern ein strukturiertes Gruppenangebot zum Thema selbstkontrollierter Konsum anzubieten.

Es wurde schnell deutlich, dass sich insbesondere Substituierte mit einem teilweise problematischen Beikonsum von KISS angesprochen fühlten. Ihr Ziel war diesen Beikonsum zu reduzieren.

Nach den ersten Infogesprächen im September fanden sich rasch die ersten neun Teilnehmer (acht männliche und eine weibliche), die die erste Kölner JES/VISION's KISS Gruppe bildeten.

Die Einführung in das Führen des Konsumtagebuchs bildete die Grundlage um sich in der Folge ein genaueres Bild über Konsummenge und -muster machen zu können.

Schließlich folgte die Gruppenphase, die aus zwölf Einheiten zu je 2 ½ Stunden bestand. Jede Sitzung hatte dabei einen anderen thematischen Schwerpunkt.

Die Teilnehmer waren sehr motiviert und zeigten mit durchschnittlich 92 %iger Anwesenheit bei den Gruppensitzungen eine große Zuverlässigkeit. Zwei Teilnehmer verließen die Gruppe dennoch vor dem regulären Abschluss. Die Gründe waren gesundheitlicher Natur sowie ein Termin zur Entwöhnungsbehandlung.

Die Rückmeldungen der Teilnehmer zu KISS waren überaus positiv. So gab es ein großes Interesse an einer Fortführung der Treffen – auch nach Beendigung der eigentlichen KISS Gruppe.

Unsere Erfahrungen bei VISION zeigen, dass dieses Gruppenangebot für drogengebrauchende und substituierte Menschen eine wichtige Unterstützung bieten kann um Konsum zu vergegenwärtigen, zu kontrollieren oder zu reduzieren. Darüber hinaus können von einer funktionierenden Gruppe vielfältige soziale und zwischenmenschliche Effekte ausgehen.

Marco Jesse

Aussagen von TeilnehmerInnen

„Durch KISS habe ich es geschafft, einige Tage in der Woche nicht zu konsumieren und werde dies auch weiterhin beibehalten. Ich würde jedem Konsumenten, egal ob von Drogen, Tabletten oder Alkohol empfehlen, an einer KISS-Gruppe teilzunehmen."

„Es ist erstaunlich, wie sehr dieses Tagebuch die Sichtweise auf mein eigenes Konsumverhalten verändert hat."

„Es lohnt sich! Es hilft! Es macht Spaß!"

Drogenselbsthilfe wird zum Betreiber des zehnten Spritzenautomaten in Köln

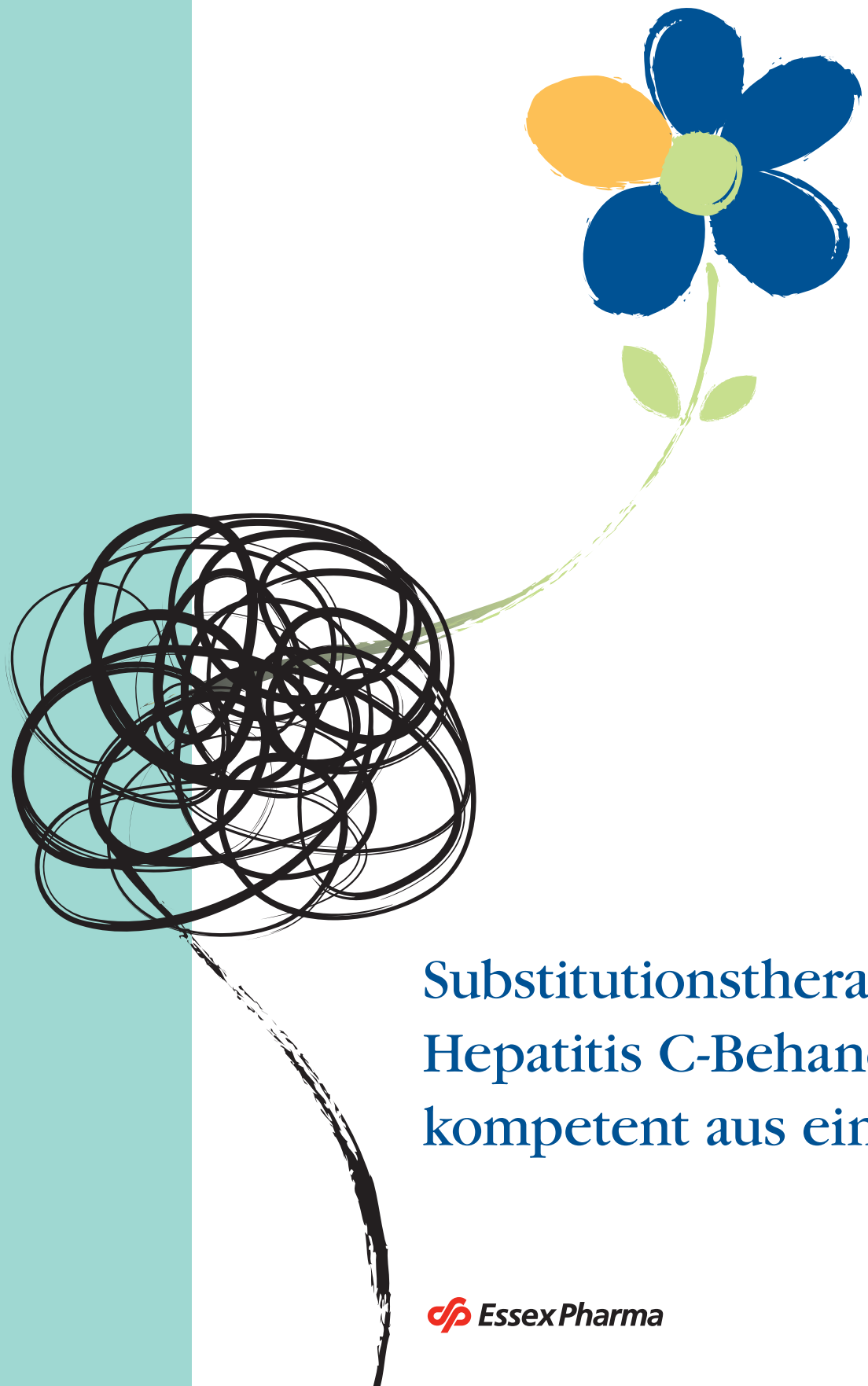
Nach langem Vorlauf konnte jetzt der zehnte Kölner Spritzenautomat in Betrieb genommen werden. VISION e.V. als Betreiber des Automaten freut sich darüber, dass nun auch der Stadtteil Humboldt Gremberg wieder mit einer 24 Std. Möglichkeit der anonymen Versorgung mit sterilen Spritzen versehen ist.

Nach dem Umzug des Junkie Bund Köln von Humboldt Gremberg nach Kalk war ein Teil der Gremberger Drogengebraucher von der Versorgung mit sterilen Spritzen abgeschnitten. Dies ist künftig nicht mehr der Fall.

Besonders Stolz sind wir darauf die erste Selbsthilfe Gruppe zu sein, die durch die Bereitstellung eines Automaten eine solche Möglichkeit anbietet.

← *Der neue Spritzenautomat an der Ecke Deutzer Ring/Kannebäcker Strasse.*

Für eine verantwortungsvolle Substitutionstherapie



Substitutionstherapie und Hepatitis C-Behandlung kompetent aus einer Hand

Essex Pharma

Fixerstuben sollen Drogentote verringern

Andere Länder sammelten Erfahrungen mit kontrollierter Heroin-Abgabe Fixerstuben sollen Drogentote verringern

NÜRNBERG ■ Um die Einführung von Drogenkonsumräumen in Nürnberg im Speziellen und Bayern im Allgemeinen ging es in der jüngsten Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses. Fazit: Drogenkonsumräume senken bundesweiten Studien zufolge die Zahl der Rauschgifttoten und erleichtern ihnen den Zugang zu spezialisierten Angeboten der Suchthilfe.

Die Drogen-Experten auf dem Podium waren sich einig: Konsumräume – auch Gesundheits- oder Druckräume genannt – sind in Bayern längst überfällig. Jetzt sei der Landtag gefragt, die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Andere Bundesländer haben diesen Weg schon vor Jahren beschritten. Derzeit gibt es 25 Drogenkonsumräume in 16 Städten, verteilt auf sechs Bundesländer. Die Erfahrungen mit diesen Einrichtungen hat Professor Heino Stöver von der Universität Frankfurt in einer Studie gesammelt.

Extreme Sterberate

Die Ausgangsbasis, so Stöver, sei die extrem hohe Sterberate von Heroinabhängigen in den 90er Jahren gewesen, die sich auf hohem Niveau einpendelte. In den Bahnhofsvierteln großer Städte, aber auch in Grünanlagen und auf öffentlichen Plätzen habe es massive Störungen der Öffentlichkeit aufgrund des offenen Konsums der Suchtkranken gegeben.

Die Einführung der Gesundheitsräume sorgte für eine Zäsur. „Die Sterberate ging signifikant zurück, ebenso der Konsum in der Öffentlichkeit und die damit verbundenen Störungen." Die Infektionsrate für Krankheiten wie Aids oder Hepatitis C, die unter Abhängigen massiv auf dem Vormarsch waren, ließ sich deutlich senken. Es sei zudem gelungen, so der Drogenexperte, Betroffenen durch den Kontakt mit den Mitarbeitern der Fixerstuben psychosoziale Hilfen anzubieten. Man habe auf einmal einen Zugang zu dieser schwer erreichbaren Personengruppe gefunden.

172 Nürnberger Junkies sind in Frankfurt registriert

Jürgen Klee, Leiter des Drogenhilfezentrums „La Strada" der Aids-Hilfe Frankfurt, untermauerte die wissenschaftlichen Ergebnisse mit eigenen Erfahrungen aus 20 Jahren Drogenhilfe. An „La Strada" ist ein Drogenkonsumraum angeschlossen. Dort sind auch 172 Konsumenten aus Nürnberg und Umgebung registriert. Man mache den Abhängigen in „La Strada" Angebote der Grundversorgung und gebe praktische Überlebenshilfe mit dem Ziel der Schadensminimierung, erläuterte Klee. „Erst wenn die Lebensumstände passen, können sich Süchtige überhaupt Gedanken über einen Ausstieg machen.«

In Frankfurt bekommen die Nutzer der Gesundheitsräume für den Konsum sterile Utensilien zur Verfügung gestellt. Drogen dürfen weder erworben noch geteilt werden, auch Hilfe bei der Injektion ist strikt untersagt. Wer zuwiderhandelt, fliegt raus.

280 Menschen das Leben gerettet

Sämtliche Notfälle – ausgelöst durch Überdosierungen oder verunreinigten Stoff –, die sich in den vergangenen Jahren in der Einrichtung abgespielt haben, seien analysiert worden, erzählte Klee. „Wir können mit Gewissheit sagen, dass 280 Menschen ohne unsere Hilfe definitiv nicht überlebt hätten." Polizeihauptkommissar Torsten Christ betonte, dass die Abhängigen auf dem Weg zur Fixerstube keine polizeilichen Repressalien zu erwarten hätten. Allerdings nur, wenn sie sich in der unmittelbaren Umgebung der Einrichtung aufhalten. 500 Meter seien noch tolerierbar, doch fünf Kilometer definitiv zu weit entfernt. Gegen Dealer hingegen werde massiv vorgegangen, egal ob sie vor oder in der Einrichtung tätig werden. Zwischen den „La-Strada«-Mitarbeitern und den sechs zuständigen Beamten bestehe ein Vertrauensverhältnis.

Keine Legalisierung

Der Nürnberger Oberstaatsanwalt Wolfgang Gründler steckte den rechtlichen Rahmen für die Einführung von Drogenkonsumräumen in Bayern ab. Gefragt, was er persönlich von der Einführung von Drogenkonsumräumen halte, sagte er: „Ich bin nicht per se dagegen, es käme auf die gesetzliche Ausgestaltung an." Er warnte jedoch vor einer pauschalen Legalisierung harter Drogen.

Bertram Wehner, Leiter der Nürnberger Drogenhilfe Mudra, und sein Stellvertreter Klaus Thieme verwiesen erneut auf die hohe Zahl der Drogentoten in Nürnberg. Diese sei zuletzt kontinuierlich gestiegen. Von 19 im Jahr 2008 auf 21 im Jahr 2009. In diesem Jahr starben bereits sechs Suchtkranke an einer Überdosis. Im Falle eines politischen Beschlusses sei die Mudra bereit und räumlich wie personell in der Lage, einen Drogenkonsumraum zu unterhalten.

Doch bevor das Thema im Landtag behandelt wird, muss sich der Stadtrat damit auseinandersetzen. Aufgeschlossen zeigte sich neben den Grünen auch die FDP sowie die SPD.

Nürnberger Nachrichten 11.05.2010

Bundesweite Internetseite:
www.jes-netzwerk.de
Aktuell und lesenswert:
www.trio-media.de/jesjournal/

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
info@jesbielefeld.de
www.jesbielefeld.de
Ansprechpartner: Mathias Häde (JES-Vorstand)
(0521/398 86 66)

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

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

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

VISION (vorm. Junkie Bund Köln)
Neuerburgstr. 25
51103 Köln
Tel.: 0221/62 20 81
Fax: 0221/62 20 82
E-mail: info@vision-ev.de
www.vision-ev.de
Marco Jesse (JES-Vorstand)
Jochen Lenz (JES-Vorstand)

JES Minden
c/o Dirk Engelking
Laxburg 5
32423 Minden

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

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

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

JES-Wanne-Eickel
Guido Truszkowski
Landgrafenstr. 27
44651 Herne
Tel.: 02325 586207
E-mail: bushshit666@yahoo.de

JES Wuppertal
c/o Gleis 1
Döppersberg 1
42103 Wuppertal
Tel.: 0202/47 868-43 (JES)
Tel.: 0202/242 90 18
Fax: 0202/47 828-21
(mit Vermerk: für JES)
E-mail: jes-team-wuppertal@t-online.de

JES-Nordschiene

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

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

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

JES Hannover e. V.
c/o Ilona Rowek
Döbbeckehof 2
30 659 Hannover
Tel: 0511/541 45 07
Mobil: 0173/907 43 08
E-mail: JESHannover@aol.com

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

JES Kiel
c/o Tobias Plage
Hasselmannstr 9
24114 Kiel
Tel: 0421/364 07 69

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

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES- Lippstadt
c/o Klaus Mollenhauer
Unter den Eichen 3
59602 Rüthen

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

JES Peine
c/o Drogenberatung Peine
Werderstr. 28
31226 Peine

JES Rostock
c/o Anne Franke
Am Wendländer Schilde
18055 Rostock

JES-Südschiene

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

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES-Bodensee
Janka Muffler
Roseneggweg 7
78244 Gottmadingen
Dreamside@aol.com

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

JES Frankfurt Ost
c/o BASIS e. V.
Musikantenweg 22
60316 Frankfurt am Main
Tel.: 069-75893605

JES Frankfurt
c/o Ch. und G. Holl
Wittelsbacher Allee 34
60316 Frankfurt
E-mail: dieholls@hotmail.de

JES-Jugend-, Drogen und AIDS-Hilfe Gunzenhausen e. V.
91710 Gunzenhausen
Berliner Str. 2
Tel.: 09831/61 98 67
Fax: 09831/31 02 76
E-mail: JES-ML@t-online.de
Ansprechpartnerin: Monika Lang

JES Marburg
c/o Thomas Bierbaum
Am Mehrdrusch 9
35094 Lahntal-Gossfelden
Tel.: 01520/6 26 94 57
E-mail: Jes@freenet.de

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES Lörrach
c/o C. Droste
Spitalstr 68
79539 Lörrach

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

Junkie Bund Nürnberg
c/o Norbert Spangler
Bulmannstr. 43
90459 Nürnberg

Bitte teilt uns eventuelle Adressänderungen mit !!!

(Stand der Adressen: 1. Juni 2010)

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

JES Stuttgart
Schlosserstr 28a
(Hinterhaus)
70178 Stuttgart
E-mail: jesinitiative@yahoo.de
Tel.:0711 / 76165419

JES-Bundesvorstand Mailingliste

vorstand@jes-bundesverband.de

JES-Netzwerk Mailingliste

jes_netzwerk@yahoogroups.de

Weitere wichtige Adressen

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

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

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

Mitglied werden im JES-Bundesverband e.V.

Bereits in der letzten Ausgabe dieses Magazins haben wir Sie und euch darüber informiert, dass sich das bundesweite JES-NETZWERK nach 20 Jahren entschlossen hat die Bundesebene in eine Rechtsform zu überführen.

Parallel hierzu fand eine Neukonzeption des JES-Logos statt. Ihr folgt eine neue Internetpräsenz, die in wenigen Monaten fertiggestellt sein wird.

jes bundesverband
leben mit drogen

Der neue Bundesvorstand hat bereits seine Arbeit aufgenommen und die Gemeinnützigkeit für unseren neuen Verein JES-BUNDESVERBAND e. V. erwirkt.

Als Leserinnen und Leser des DROGENKURIER möchten wir Ihnen und euch die Möglichkeit bieten durch eine Mitgliedschaft im JES-Bundesverband die Selbsthilfe und Selbstorganisation Drogen gebrauchender Menschen zu unterstützen.

Als Drogenselbsthilfe sind wir selbstverständlich bestrebt vorrangig aktuell Drogen gebrauchende Menschen, Substituierten und Ehemaligen z. B. aus JES-Gruppen und Initiativen als ordentliche Mitglieder zu gewinnen Ärzte, MitarbeiterInnen in AIDS und Drogenhilfen, WissenschaftlerInnen/ Wissenschaftlerin, sowie alle die sich als nicht selbst Betroffene/r mit den Zielen und Haltungen des JES-Bundesverbands identifizieren können, möchten wir als Fördermitglieder gewinnen. Eine Fördermitgliedschaft beinhaltet einen Förderbeitrag der selbst bestimmt werden kann und schließt das Stimmrecht aus.

Die Lobby und Selbstorganisation Drogen gebrauchender Menschen unterstützen! Mitglied bei JES werden!

Ein Mitgliedsantrag liegt dieser Ausgabe des DROGENKURIER bei – Die Satzung ist unter www.jes-netzwerk.de einsehbar.

Den Preis für die

SAUEREI DES MONATS

erhalten jene so genannten Dealer, die durch die Beimengung von gefährlichen Strecksubstanzen (u. a. Blei) in Cannabis, die Gesundheit Drogen gebrauchender Menschen vorsätzlich schädigen.

Solche Dealer brauchen wir nicht !!!

jes
leben mit drogen

Junkies – Ehemalige – Substituierte
Bundesweites Drogenselbsthilfenetzwerk
JES-Bundesverband e. V.
c/o Deutsche AIDS-Hilfe 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-netzwerk.de