

DROGENKURIER

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

DEZ. 2010

NR. 84

JUNKIES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE



**Kokainflut
über Europa?**

IMPRESSUM

Nr. 84, Dezember 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

Redaktion:

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

Mitarbeit:

Mathias Häde
Katrin Heinze
Marco Jesse
Jochen Lenz
Claudia Schieren
Urs Köthner
Janka

Titelfoto, Layout, Satz:

Caja

Druck:

?????????
?????????
?????????????

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!

Der JES-Bundesverband hat ein arbeitsreiches Jahr hinter sich gebracht. Nachdem wir bereits über die Gründung des JES-Bundesverbands informiert, wollen wir in dieser Ausgabe die inhaltlich und grafisch aktualisierten Medien des JES-Bundesverbands vorstellen.

Wir haben uns auch „in Sachen Internet“ noch mal auf den Weg begeben und freuen uns, dass unsere neue Webseite www.jes-bundesverband.de auf viel Zustimmung stößt.

Auch in dieser Ausgabe sind wir am Thema „heroingestützte Behandlung“ drangeblieben und haben den stockenden Verlauf um die Realisierung neuer Standorte begleitet.

Unsere Mitgliedsorganisation VISION in Köln hat vor wenigen Wochen ihr 20-jähriges Jubiläum gefeiert. Grund genug um die tolle Entwicklung einer Selbsthilfeorganisationen in dieser Ausgabe zu dokumentieren.

Wie sieht die aktuelle Drogensituation in Deutschland aus? Wie rein ist der Stoff und was kostet er? Auf diese und weitere Fragen findet unser großer Bericht anlässlich der Veröffentlichung des Deutschen Drogenberichtes für die EMCDDA in Lissabon Antworten.

Aus den vielen Rückmeldungen zu unserem Magazin können wir sehen, dass sich der DROGENKURIER zu einem interessanten und thematisch vielfältigen Medium entwickelt hat, dass sowohl Drogenkonsumenten als auch Mitarbeiter aus AIDS- und Drogenhilfen sowie Ärzte anspricht.

Unser Ziel ist es diese Qualität auch im nächsten Jahr zu erreichen.

Das Team des
DROGENKURIER



v.l.n.r.: Tim Pfeiffer-Gerschel (DBDD), Mechthild Dyckmanns (BMG) und Wolfgang Götz (EBDD)

Drogen in Deutschland

Vor wenigen Wochen wurde im Rahmen einer Pressekonferenz der Bericht zur Drogensituation in Deutschland von Herrn Tim Pfeiffer-Gerschel (DBDD), Frau Mechthild Dyckmanns (BMG) sowie Herrn Wolfgang Götz (EBDD) vorgestellt. Dieser Bericht wird der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zur Verfügung gestellt und fließt in den europäischen Drogen und Suchtbericht ein. Nachfolgend wollen wir einige Daten und Fakten des Berichtes vorstellen. Aufgrund der Tatsache dass der Gesamtumfang des Berichtes weit über 300 Seiten beträgt können wir im DROGENKURIER keine Gesamtübersicht anbieten. Wir haben uns dazu entschieden auf Themen und Daten zu fokussieren.

Der deutsche und der europäische Gesamtbericht können auf der Seite www.dbdd.de heruntergeladen werden.

Tabelle 4.1 Schätzung der Prävalenz problematischen Opioidkonsums von 2005 bis 2009 (Anzahl in 1.000, Altersgruppe 15-64 Jahre)

Datenquelle	Referenzjahr					Prävalenz pro 1.000
	2005	2006	2007	2008	2009	
Behandlung	155-184	136-162	131-156	155-184 ¹⁾	²⁾	2,8-3,4
Polizeikontakte	128-166	117-159	108-149	99-137	89-127	1,6-2,3
Drogentodesfälle ³⁾	79-96	103-130	99-113	117-178	91-119	1,7-2,2

1) Neue Berechnungsgrundlage: Einrichtungsregister der DBDD (N=1 332 ambulante Einrichtungen)

2) Vgl. Kapitel 4.2.1 zur fehlenden Berechnung der auf Behandlungsdaten basierenden Schätzung für 2009.

3) Die Vorjahreswerte der Schätzwerte aufgrund der Drogentodesfälle wurden methodisch überarbeitet und angepasst.

DBDD 2010, spezielle Berechnung

Vorbemerkung:

Bereits in der Pressekonferenz machten die Herausgeber des Berichtes darauf aufmerksam, dass die hier erhobenen Daten nur als grobe Annäherung zu verstehen sind und eher Minimalschätzungen darstellen.

Problematischer Konsum von Opioiden

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 78.000 und 184.000 Personen (wenn man für die Behandlungsdaten die Schätzung des Jahres 2008 zugrunde legt) (s. Tab. 4.1).

Seit 2005 wurde unverändert eine Anzahl von insgesamt N=934 ambulanten Einrichtungen für die Schätzung zugrunde gelegt, die auf einer letzten Erhebung aus dem Jahr 2004 stammte. Es ist davon auszugehen, dass die unveränderte Fortschreibung der Anzahl von N=934 Einrichtungen zwischen 2005 und 2008 eine **systematische Unterschätzung** darstellt, die den Ausbau des Versorgungssystems während der vergangenen Jahre nicht berücksichtigt.

Aktualisierte Berechnungen auf der Basis der Behandlungsdaten des Jahres 2008, die Klienten mit Kokain- und Amphetaminproblemen mit einbeziehen, ergeben eine Prävalenz von 197.000–234.000. Dies entspricht einer Prävalenz von 3,6–4,3 (pro 1.000 Einwohner) und liegt damit höher als im Vorjahr (wobei auch dieser Anstieg vermutlich größtenteils durch die o.g. angepasste Berechnungsgrundlage für die Behandlungsdaten erklärt werden kann).

Reichweite des Hilfesystems

Basierend auf Daten der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) haben Hildebrand und Kollegen (2009) Schätzungen zur Erreichungsquote der ambulanten und stationären Suchthilfe-einrichtungen berichtet. Demnach kann das spezialisierte Suchthilfesystem zwischen 45 % und 60 % der geschätzten Personen mit einem schädlichen Gebrauch oder einer Abhängigkeit von Opioiden erreichen.

Tabelle 5.4 Drogenapplikationsform (DSHS ambulant, 2009)

Substanz	Applikationsform					Gesamt
	Injektion	Rauchen	Oral	Schnupfen	Andere	
Heroin	58,7%	26,4%	4,7%	9,8%	0,3%	18.456
Methadon	2,5%	1,2%	95,3%	0,5%	0,6%	8.312
Buprenorphin	3,8%	2,6%	86,2%	5,8%	1,6%	1.716
And. Opiode	12,0%	9,0%	72,6%	4,0%	2,4%	2.014
Kokain	19,3%	21,2%	1,1%	57,5%	0,9%	9.822
Crack	7,2%	82,3%	1,6%	9,0%	0,0%	1.155
Amphetamine	1,2%	10,3%	36,0%	50,8%	1,7%	8.003

1) Mehrfachnennungen möglich.
 2) TDI-Tabelle 17.1 (Ausnahme: TDI differenziert nicht zwischen Buprenorphin anderen Opiaten)
 Pfeiffer-Gerschel et al. 2010e.

Konsumformen- Heroin wird deutlich öfter geraucht

Nach wie vor wird Heroin von mehr als der Hälfte der Konsumenten injiziert, wobei sich der Trend fortsetzt, dass der intravenöse Gebrauch von Heroin seit 2003 zu Gunsten des Rauchens sinkt (2003 wurde Heroin noch in zwei Drittel aller Fälle injiziert). Intravenöser Konsum findet sich auch bei etwa jedem fünften Kokainkonsumenten. Alle anderen Substanzen werden überwiegend oral konsumiert, geschluckt (v.a. Kokain) oder geraucht (v.a. Crack). Am stärksten diversifiziert ist die Art des Konsums bei den Amphetaminen.

Substitution- kontinuierlicher Anstieg der Patientenzahlen

Die vorliegende Stichtagserhebung des Substitutionsregisters erlaubt eine Aussage über die Zahl erreichter Personen am Stichtag, jedoch nicht im Laufe des Jahres. Die Zahl der am Stichtag 01.07. jedes

Kalenderjahres in Substitution gemeldeten Personen ist seit Einführung des Systems kontinuierlich und deutlich von 46.000 im Jahr 2002 auf 74.600 in 2009 angestiegen (BOPST 2010).

Laut Register des BfArM waren 2009 7.233 (2008: 6.919) Ärzte zur Durchführung von OST registriert. Unter Versorgungsgesichtspunkten ist die Tatsache, dass im Jahr 2009 nur 2.700 (2008: 2.673) Ärzte Meldungen an das Substitutionsregister gemacht haben, jedoch erheblich relevanter. Diese Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte stagniert seit 2006 auf praktisch unverändertem Niveau.

In der Substitution hat sich der Anteil der zum Einsatz kommenden Substanzen (insbesondere zwischen 2002 und 2007) deutlich zugunsten von Buprenorphin verschoben, das 2009 in etwa jeder fünften Behandlung zum Einsatz gekommen ist. Seit 2007 stagniert der Anteil der mit Buprenorphin durchgeführten OST (Tabelle 5.10).

Tabelle 5.10 Art und Anteil der an das Substitutionsregister gemeldeten Mittel (2002-2009)

Substitutionsmittel	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Methadon	72,1%	70,9%	68,3%	66,2%	64,1%	61,4%	59,7%	58,9%
Levomethadon	16,2%	14,8%	15,0%	15,8%	17,2%	19,0%	20,6%	21,8%
Buprenorphin	9,7%	12,9%	15,6%	17,2%	18,0%	18,6%	18,9%	18,6%
Dihydrocodein	1,7%	1,2%	0,9%	0,7%	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%
Codein	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Diamorphin						0,4%	0,3%	0,3%

BOPST 2010.

HIV Infektionen –Rückgang bei i.v. Drogenkonsumenten (Meldedaten des RKI)

Bis zum 01.03.2010 wurden dem RKI für das Jahr 2009 insgesamt 2.856 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Gegenüber dem Jahr 2008 (N=2.843) bedeutet dies keine nennenswerte Veränderung bei der Gesamtzahl der HIV-Neudiagnosen.

Bei Konsumenten intravenös verabreichter Drogen ging die Zahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen um 20 % zurück (von 125 auf 100). Der Anteil der Personen, die eine HIV-Infektion wahrscheinlich über i.v. Drogengebrauch erworben haben, geht auf 3,5 % zurück.

Die meisten Neudiagnosen erfolgten mit 51 Fällen in Nordrhein-Westfalen. Lokale Erfahrungen mit Testangeboten für Drogenkonsumenten zeigen, dass entsprechende Angebote angenommen werden und die Inanspruchnahme von Tests ansteigt.

Hepatitis C (Meldedaten des RKI)

Für das Jahr 2009 wurden insgesamt 5.412 Fälle von erstdiagnostizierter Hepatitis C übermittelt. Die bundesweite Inzidenz betrug 6,6 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner und ist damit weiter gesunken. 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 402-mal genannt (71,7 % der Männer dieser Altersgruppe mit Expositionsangaben). Grundsätzlich muss die Interpretation angegebener Expositionen vorsichtig erfolgen, zumal einzelne Expositionen Ausdruck anderer Risiken sein können und somit nicht automatisch eine kausale Beziehung zwischen Exposition und Hepatitis-C-Infektion angenommen werden kann. (RKI 2010c; RKI 2010e).

Drogenbezogene Todesfälle – Überdosierung von Heroin mit 70 % der Drogentodesfälle die häufigste Todesursache

Die Verlässlichkeit der Angaben zu drogenbezogenen Todesfällen hängt stark davon ab, ob Obduktionen und toxikologische Gut-

achten zur Validierung der ersten Einschätzung von Drogentod herangezogen wurden. Die Obduktionsrate aller drogenbezogenen Todesfälle lag im Berichtsjahr 2009 im Mittel bei 66% wobei die einzelnen Länder teilweise deutlich nach oben oder unten von diesem Wert abweichen (BKA 2010a).

Die Gesamtzahl der Drogentodesfälle ist 2009 auf den drittniedrigsten Stand der letzten zehn Jahre gesunken. Insgesamt kamen 1.331 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben, ein Rückgang um acht Prozent im Vergleich zum Vorjahr (1.449).

Die Überdosierung von Heroin (inkl. des Konsums von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen) stellt mit 930 Fällen nach wie vor die häufigste Todesursache dar (70%; 2008: 66%; 2007: 65%; 2006: 65%).

Drogentodesfälle – Steigender Anteil älterer Drogengebraucher

Betrachtet man die Altersverteilung der drogenbezogenen Todesfälle im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre, lässt sich seit einigen Jahren ein steigender Anteil älterer Drogenkonsumenten beobachten. Die Altersgruppen zwischen 40 und 59 Jahren erreichten 2008 erneut höhere Anteile als jemals zuvor seit Beginn der Datenerhe-

bung im Jahr 1998. Gleichzeitig sinkt seit Jahren der Anteil der jüngeren Altersgruppen ab, besonders der der Altersgruppe der 20-24-Jährigen. Diese Veränderungen können in Verbindung mit dem ebenfalls seit einigen Jahren steigenden Durchschnittsalter der Opioidkonsumenten in ambulanter Behandlung als weiterer Hinweis dafür gesehen werden, dass die Zahl der „nachwachsenden“ Heroinkonsumenten zurückgeht.

Safer Use? Nicht immer und überall

In der bundesweiten Szenebefragung unter Drogenkonsumraumnutzern finden sich auch Daten zum Risikoverhalten der Konsumenten. Das Teilen von Spritzen bzw. Spritzutensilien findet dort in einem erheblichen Maße Anwendung.

- 45,5% der Befragten geben an, in den letzten 30 Tagen Spritzen mehrfach verwendet zu haben,
- 13,8% haben Spritzen und/oder Utensilien geteilt,
- 9,8% haben Drogen aus einer Spritze geteilt.
- 60,2% der Crackraucher haben sich beim Konsum die Crackpfeife mit anderen Konsumenten geteilt.

Im Städtevergleich zeigen sich teilweise große Unterschiede im Risikoverhalten. Ein Vergleich der beiden Städte mit häufigem Crack-Konsum, Frankfurt und Hamburg, zeigt, dass die gemeinsame Nutzung von Pfeifen in Frankfurt häufiger ist als in Hamburg. Im Gegensatz zu Hamburg ist der Konsum von Crack im Frankfurter Konsumraum La Strada nicht möglich. Das schlechtere Safer-Use-Verhalten der Befragten aus Frankfurt kann insofern durch eine zwangsläufig schlechtere Aufklärung der Konsumenten über Risiken der gemeinsamen Nutzung von Crackpfeifen erklärt werden, da der Crackkonsum häufiger außerhalb der Räumlichkeiten der Drogenhilfe stattfindet und die Mitarbeiter der Einrichtung es somit schwerer haben, vor Ort entsprechende Safer-Use-Tipps zu erteilen.

Drogenbezogene Kriminalität

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 235.842 Rauschgiftdelikte erfasst (2008: 239.951), davon rund 170.000 allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und etwa 51.000 Handelsdelikte. Die Zahl der Rauschgiftdelikte sank damit gegenüber dem Vorjahr insgesamt um 1,7% ab (BMI 2010).



FOTO: THOMAS REINACHER/PIXELIO.DE

BLICKPUNKT FRANKFURT AM MAIN

Nachdem sich in den vergangenen Jahren insgesamt eine deutliche Tendenz zu einer größeren Bedeutung von Heroin in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt/M. gezeigt hatte, stagnierte der Konsum im Jahr 2009 laut Experteneinschätzung offenbar auf vergleichsweise hohem Niveau.

Heroin ist demnach in Frankfurt weiterhin in vergleichsweise hoher Qualität zu relativ niedrigen Preisen erhältlich. Dies wird offenbar dadurch begünstigt, dass der Heroinhandel nach wie

vor von mazedonisch-bulgarischen Dealern dominiert wird. Diese bieten die Droge unverändert in vergleichsweise hoher Qualität an – es wurden Wirkstoffanteile bis über 20% ermittelt, nachdem die „Reinheit“ in früheren Jahren (bzw. auch aktuell in anderen deutschen Städten) bei unter 5 bis maximal 10% liegt bzw. gelegen hatte. Der Preis ist dabei offenkundig gleichbleibend niedrig; nach wie vor gibt die Polizei einen Durchschnittspreis von 20 Euro an (wobei zu beachten ist, dass der Preis für Klein- bzw. Kleinstmengen durchaus deutlich höher liegen kann; vgl. u. a. Werse et al. (2009)). Da die Preise augenscheinlich so niedrig wie in keiner anderen urbanen oder regionalen Szene sind, werden verstärkt Auswärtige aus den angrenzenden Bundesländern angezogen, die sich in Frankfurt mit Heroin zum Eigenbedarf und/oder Weiterverkauf versorgen. Diese „konzurrenzlose“ Situation hängt wohl auch damit zusammen, dass sich die mazedonische Dealergruppe, die sich im Übrigen offenbar weiterhin ihren Kunden gegenüber vergleichsweise freundlich verhält, weitestgehend auf den Handel im Raum Frankfurt/Offenbach beschränkt. Zwar wurden im Jahr 2009 durchaus viele Vertreter dieser Gruppe verhaftet, dies scheint aber keine nennenswerten Auswirkungen auf das Ausmaß des Handels oder den Heroinpreis zu haben (Werse et al. 2010).

Tabelle 10.1 Sicherstellungsmengen illegaler Drogen in Deutschland 2008 und 2009

Substanz	2008	2009	Veränderung
Heroin	502,8 kg	758,4 kg	+50,8 %
Kokain	1.068,6 kg	1.707,0 kg	+59,7 %
Crack	8,2 kg	4,6 kg	-43,9 %
Amphetamine (davon Crystal)	1283,2 kg (4,2 kg)	1.382,7 kg (7,2 kg)	+ 7,8 % (+71,4 %)
Ecstasy	751.431 KE	521.272 KE	-30,6 %
Haschisch	7.632,3 kg	2.220,0 kg	-70,9 %
Marihuana	8.932,2 kg	4.298,0 kg	-51,9 %
LSD	12.875 Tr.	20.705 Tr.	+60,8 %
Khat	29.488,6 kg	24.004,5 kg	-18,6 %
Pilze	17,6 kg	12,2 kg	-30,7 %

BKA 2010e.

Menge und Anzahl von Beschlagnahmungen illegaler Drogen

Im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 stiegen die Beschlagnahmungen von Heroin, Kokain und LSD sehr stark und von Amphetaminen leicht an, während die Si-

cherstellungsmengen von Haschisch, Marihuana, Crack (bei vergleichsweise geringer Gesamtmenge), Pilzen, Ecstasy und Khat stark sanken. Hauptgrund für diese Schwankungen sind große Einzelbeschlagnahmungen.

Tabelle 10.4 Preise verschiedener Drogen 2008 - 2009 (alle Preise in €)

		Heroin	Kokain	Crack	Ecstasy	Amphetamine	Marihuana	Cannabisharz	LSD
Kleinhandel ¹⁾	2009	36,9	62,4	58,3	6,6	10,5	7,9	6,8	8,4
	2008	36,2	61,6	53,3	6,7	12,3	7,9	5,9	9,0
	Änderung	2%	1%	9%	-1%	-15%	0%	15%	-7%
Großhandel ²⁾	2009	19.214	41.115	--	1.936	4.040	3.702	2.654	--
	2008	18.011	36.818	--	1.909	4.307	3.400	2.453	--
	Änderung	7%	12%	--	1%	-6%	9%	8%	--

1) Preis pro Gramm.

2) Preis pro Kilogramm.

BKA SO 51, persönliche Mitteilung 2010.

Tabelle 10.5 Wirkstoffgehalt verschiedener Drogen 1998 bis 2008 (Median) in Prozent

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Amphetamine	7,0	3,3	5,0	6,0	7,5	7,9	7,7	7,1	6,2	5,4	4,8
Kokain Straßenhandel	49,4	35,5	42,6	38,5	32,0	34,5	34,2	24,6	32,0	40,4	33,8
Kokain Großhandel	69,1	69,1	73,8	73,9	76,7	75,0	68,8	72,2	75,8	70,6	66,7
Heroin Straßenhandel	14,7	20,4	19,5	14,5	16,0	19,9	15,0	15,6	20,3	18,2	21,7
Heroin Großhandel	29,2	35,1	45,8	27,0	7,3	48,8	36,5	38,1	46,5	51,1	60,3

Preis / Reinheit von illegalen Drogen auf Wiederverkaufsebene

Bei den vom BKA übermittelten Drogenpreisen hat sich von 2008 nach 2009 nur wenig geändert. Im Kleinhandel blieben die Preise für Heroin (+2%), Kokain (+1%), Marihuana (+0%) und Ecstasy (-1%) praktisch stabil. Die Preise von Haschisch (+15%) und Crack (+9%) stiegen im Bundesdurchschnitt leicht an, die von Amphetaminen (-15%) und LSD (-7%) sanken hingegen.

Der durchschnittliche Straßenpreis für ein Gramm Crystal lag im Jahr 2009 bei 71,3 € (2008: 59,3 €; 2007: 50,6 €) und stieg wie im Vorjahr erneut deutlich (2008-2009: +20%). Auf Großhandelsebene ist nur der Preis von Amphetaminen leicht gesunken (-6%), während sich Kokain (+12%), Marihuana (+9%), Haschisch (+8%), Heroin (+7%) und Ecstasy (+1%) etwas verteuerten (BKA SO 51, persönliche Mitteilung 2010).

Reinheit / Wirkstoffgehalt von illegalen Drogen

Wirkstoffgehalt vom Heroin nimmt zu. Deutsche Abnahme bei Amphetaminen

Grundlage der Angaben zum Wirkstoffgehalt von Amphetaminen, Cannabis, Ecstasy, Heroin und Kokain sind Auskünfte der Kriminaltechnik des BKA auf Anfrage der DBDD.

Tabelle 10.5 bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Wirkstoffgehalte für Amphetamine, Kokain und Heroin seit 1999.

Der Wirkstoffgehalt von Amphetaminen ist seit 2003 kontinuierlich gesunken und erreicht nicht mal mehr den halben Wert von 1997. Der Wirkstoffgehalt von Kokain im Großhandel ist seit zehn Jahren relativ stabil, auch wenn 2009 ein Tiefstwert erreicht wurde. Der Wirkstoffgehalt des Heroins ist seit 1999, von Ausreißern abgesehen, im Großhandel deutlich und im Kleinhandel leicht gestiegen. Im Straßenhandel hat sich der Wirkstoffgehalt von Heroin in den letzten drei Jahren bei ca. 20 % eingependelt. ●

Quelle: Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD (redaktionell bearbeitet)

JES-Bundesvorstand / Dirk Schäffer

Freigabe aller Drogen „Wir müssen radikal umdenken“

Die repressive Drogenpolitik nützt nichts, meint Grünen-Politiker Tom Koenigs. Mit news.de sprach er über die Profite der Rauschgiftmafia, fehlende Aufklärung und darüber, warum er selbst harte Drogen wie Heroin legalisiert sehen will.

Herr Koenigs, in einem Zeitungsbeitrag haben Sie die Legalisierung aller Drogen gefordert. Halten Sie Heroin für ungefährlich?

Tom Koenigs: Im Gegenteil – ich halte Heroin und alle anderen Drogen für sehr problematisch. Gerade deswegen bin ich der Meinung, dass man das Problem durch die Kriminalisierung nicht noch vergrößern darf. Die Drogenwirtschaft muss aus dem Schatten geholt und staatlich reguliert werden. Nur dann können wir erfolgreich gegen die Beschaffungskriminalität vorgehen. Nur dann können wir die Ansteckungsgefahr mit Aids eindämmen. Und nur dann wird den Drogenkartellen die Geschäftsgrundlage entzogen.

Besteht nicht die Gefahr, dass die gesellschaftliche Akzeptanz der Drogen steigt, wenn man sie freigibt – und dann der Konsum zunimmt?

Koenigs: Eine Entkriminalisierung führt nicht zu mehr, sondern zu weniger Drogenkonsum und Drogentoten. Portugal hat als erstes europäisches Land 2001 den Besitz und Konsum aller Drogen entkriminalisiert – in der Folge sank die Rate jugendlicher Konsumenten und auch die HIV-Infektionszahlen im Vergleich zu EU und USA deutlich.

Wie weit Rauschmittel gesellschaftlich akzeptiert sind, hängt vor allem von der Aufklärung ab. Und da müssen wir mehr tun. Wir brauchen eine massive Kampagne auf allen Ebenen.

In Deutschland wird nicht genug über Drogen aufgeklärt?

Koenigs: Wir verschwenden enorme Ressourcen für Polizei, Gerichtsverfahren und Gefängnisse. Allein 2006 wurden für den



Tom Koenigs (geboren 1944) sitzt für die Grünen im Deutschen Bundestag. Er ist Vorsitzender des Ausschusses für Menschenrechte und humanitäre Hilfe und Mitglied des Verteidigungsausschusses.

Strafvollzug im Zusammenhang mit Drogendelikten rund 850 Millionen Euro ausgegeben. Dazu kommen hohe Kosten für Zeugenschutzprogramme, Observationen, Telefonüberwachung und so weiter. Trotzdem konnte die Drogenkriminalität dadurch kaum gedämpft werden. Wir sollten diese Mittel lieber in Aufklärung investieren.

Warum ist die Drogenbekämpfung so wenig erfolgreich?

Koenigs: Die bisherige Drogenpolitik treibt die Preise für Rauschgift in die Höhe. Durch die Prohibition wird das Produkt Droge künstlich verknappt, obwohl es wie Kaf-

fee eigentlich in unbegrenzter Menge produzierbar ist. Und das schafft Profite, um die auf Leben und Tod gekämpft wird. Wir müssen radikal umdenken. Eine repressive Politik nützt nichts. Denken Sie an die Prohibition in den USA in den 1920er Jahren: Die hat am Alkoholkonsum überhaupt nichts verändert – sondern nur die Gangsterkartelle hervorgebracht, von denen jetzt noch Filme schwärmen. Nur wenn jedes Element der Drogenwirtschaft – von der Produktion über den Handel bis zum Konsum – entkriminalisiert und staatlich überwacht wird, schrumpfen die Gewinne. Und dann verschwinden die Banden.

Tatsächlich? Die Kriminellen werden sich nicht einfach in Luft auflösen.

Koenigs: Die Militarisierung der Drogenbekämpfung hat in vielen Staaten nur zu einer grotesken Aufrüstung geführt, zu unzähligen Toten, schweren Menschenrechtsverletzungen und nur vereinzelt zu Erfolgen. Weltweit gab es nie so viel Drogenhandel wie heute – trotz der weltweiten Kriminalisierung.

Glauben Sie, Sie können mit einem so radikalen Vorschlag durchdringen? Werden wir in absehbarer Zeit die Legalisierung aller Drogen erleben?

Koenigs: Ich will die Entkriminalisierung, ich will Aufklärung, und ich will die massiven Menschenrechtsverletzungen und Drogenkriege beenden. Ich glaube, das ist möglich. Und da muss es mutige Leute geben, die der offiziellen Meinung entgegengetreten. Die darüber aufklären, dass wir diesen Krieg mit militärischen und polizeilichen Mitteln nicht gewinnen können. ●

Christoph Heinlein, news.de 21.11.2010

Heroinvergabe – wann entstehen endlich die ersten neuen Ambulanzen?...

... Das ist eine mehr als berechnete Frage die viele aktuelle Drogengebraucher, Substituierte, Ärzte, Mitarbeiter aus Aids- und Drogenhilfen und viele Eltern und Angehörige stellen.

Bundesweit warten tausende von Opiatkonsumenten auf diese Behandlungsform und auf Diaphin als Medikament um ihre gesundheitliche und soziale Situation endlich zu verbessern. Sie verbinden einfach große Hoffnungen mit der Diamorphin-Substitution und für viele ist Diamorphin schlicht Überlebenswichtig

Sieht man die Ergebnisse der Modellprojekte sind diese Hoffnungen verständlich und nicht unbegründet. Leider scheinen fast alle anderen Beteiligten die Dringlichkeit der Entstehung neuer Standorte zur Diamorphinbehandlung nicht zu sehen, denn anders ist die mehr als zähe Entwicklung in dieser Hinsicht nicht nachzuvollziehen. **Was sind die Gründe hierfür?**

Überhöhte Anforderungen müssen verändert werden

Der in der letzten Ausgabe des DROGENKURIER erschienene Bericht zur Entstehung der Richtlinien des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ hat viele Leserinnen und Leser interessiert, dies wurde aus verschiedenen Rückmeldungen deutlich.

Der JES-Bundesverband und die Deutsche AIDS-Hilfe haben direkt nach Bekanntwerden der Richtlinie auf die teilweise hohen Hürden und die hieraus zu erwartenden Schwierigkeiten für die Einrichtung neuer Heroinambulanzen hingewiesen.

Unsere besonderen Kritikpunkte lagen in der Regelung, dass jede Einrichtung mindestens drei ärztliche Vollzeitstellen vorhalten muss und dies unabhängig von der Anzahl der zu behandelnden Patienten. Die beschriebene räumliche Ausstattung macht eine Durchführung der Substitution mit Diamorphin in ärztlichen Praxen quasi unmöglich. Trotz unserer erheblichen Bedenken als Patientenvertreter haben die Mitglieder des GB-A die Richtlinien zur Substitution mit Diamorphin verabschiedet.

Es ist müßig an dieser Stelle über die Beweggründe genau dieser Entscheidung zu diskutieren. Sollte es das Ziel gewesen sein, durch hohe Hürden die Anzahl neuer Behandlungspunkte zu verhindern, um so letztendlich Geld einzusparen, so ist dieses Ziel erreicht worden.

Bevor eine Genehmigung bei der KV beantragt werden kann, muss eine Genehmigung der Landesbehörde eingeholt werden. In der Regel sind dies die Landespolizeibehörden. Diese stellen bestimmte Anforderungen an die bauliche Beschaffenheit der Praxis/Einrichtung.

Ärzte, die im Rahmen eines Modellprojektes mindestens sechs Monate tätig waren, gelten im Sinne der Richtlinie des GB-A als qualifiziert. Gegenüber der KV ist ein Nachweis über Kenntnisse der diamorphingestützten Behandlung zu erbringen. Werden weitere Substitutionen ausschließlich mit anderen Mitteln vorgenommen sind diese Patienten organisatorisch von den mit Diamorphin behandelten Patienten zu trennen, beispielsweise durch verschiedene Vergabezeiten.

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 hat der Bewertungsausschuss die Aufnahme der diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger in den EBM beschlossen. In den Abschnitt 1.8 des EBM (Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit) wurden zwei neue Leistungen aufgenommen:

- Für die Vergabe des Diamorphins, Alkoholatemtest (Nr. 32148) vor jeder Diamorphinabgabe, die Überwachung nach jeder Diamorphinabgabe und dem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erhält der behandelnde Arzt

je Behandlungstag 765 Punkte.(unabhängig davon ob Patienten einmal, zweimal oder dreimal täglich in die Ambulanz kommen.

- Für die Behandlung an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember erhält der Arzt zusätzlich 470 Punkte je Behandlungstag. Ist neben der Behandlung mit Diamorphin zusätzlich eine Methadonvergabe notwendig – zumeist zur Überbrückung von Entzugserscheinungen zur Nacht – ist diese ebenfalls nicht gesondert berechnungsfähig

Kosten lassen viele zögern

Spricht man mit den Verantwortlichen vor Ort, so sind die Deckung der Kosten für die baulichen Voraussetzungen ebenso entscheidend für ihr zögerliches Verhalten wie die Rekrutierung und Bezahlung der in der Richtlinie beschriebenen Anzahl von drei ärztlichen Vollzeitstellen. Die Rechnung ist hier einfach und nachvollziehbar. Da unabhängig von der Anzahl der Patienten drei ärztliche Vollzeitstellen vorgehalten werden müssen, ist eine anfängliche Patientengruppe von 20 oder 30 Personen schlicht nicht kostendeckend.

Einrichtungen sollen befragt werden

Auf Drängen der Bundesdrogenbeauftragten sollen Einrichtungen nach 15 Monaten Praxisphase dahingehend befragt werden ob die Richtlinien den praxisbedarf widerspiegeln oder eher Hemmnisse darstellen.

Leider ist diese Befragung aus Sicht des JES-Bundesverbands nicht ausreichend um die Fragen der Bundesdrogenbeauftragten zu beantworten. Sicherlich kann es so sein, dass z. B. die baulichen oder personellen Richtlinien den Betrieb bereits bestehender Einrichtungen behindern. Aber dies ist nicht das Thema. Ziel des Gesetzes und der hieraus resultierenden Richtlinien war, eine bedarfsgerechte Diamorphinbehandlung bundesweit zu realisieren.

Um die Wirkung der Richtlinien dahingehend zu überprüfen müsste der Fragebogen von Verantwortlichen in jenen Regionen beantwortet werden, die sich für eine Diamorphinsubstitution interessieren. Denn nur dort wird man wichtige Hinweise auf die Untauglichkeit dieser Richtlinien erhalten.

JES fordert die Drogenbeauftragte daher auf darauf hinzuwirken, dass der Fragebogen an weitere Adressaten z. B. in Wuppertal, Stuttgart gesandt wird. Nur so wird ein authentischer Einblick in die Wirkung der GB-A Richtlinien möglich sein. ●

JES-Bundesverband und Dirk Schäffer



So macht die Suchthilfe St. Gallen Werbung für die kontrollierte Heroinabgabe.

Kritik an Heroinwerbung

Mit einem Flyer macht die St. Gallener Suchthilfe unverblümt Werbung für die staatliche Heroinabgabe. Eine Elternvereinigung und Politiker sind schockiert.

Der Flyer der Suchthilfe St. Gallen sieht auf den ersten Blick aus wie ein harmloses Inserat am schwarzen Brett. Doch der Inhalt ist alles andere als harmlos: „Wir behandeln dich mit Heroin – Freie Plätze“, steht da ganz salopp, als wäre nichts dabei.

Die Vereinigung Eltern gegen Drogen bringt der Flyer in Rage. „Auf der Gasse die Werbetrommel für Heroin zu rühren, ist zutiefst verantwortungslos“, sagt Präsidentin Sabina Geissbühler, die den Flyer von

einer besorgten Mutter einer jungen Heroinabhängigen erhalten hat. „Anstatt den Süchtigen zu helfen, werden ihnen Drogen regelrecht angedreht“, findet Geissbühler. Auch Politiker finden die Art, wie die Suchthilfe Werbung macht für die Heroinabgabe, problematisch. Eine „Sauerei“ findet es zum Beispiel SVP-Stadtparlamentarier René Frommenwiler. Schockiert war auch seine Ratskollegin Michaela Hänggi-Graber von der EVP: „Die Drogenabgabe kann schon helfen, aber man muss doch dafür keine Werbung machen.“

Jürg Niggli, Geschäftsleiter der Suchthilfe, verteidigt den Flyer. „Das war eine zeitlich befristete Aktion, weil es ausnahmsweise freie Plätze in der Heroinabgabe gab.“ Zudem sei der Flyer nur an Abhängige abgegeben worden. „Ich würde es wieder machen“, so Niggli. ●

Quelle: 20Minuten Online: Simon Städeli 17.11.2010



„Scheinheilig und wenig konsequent“, das ist die Meinung des JES-Bundesverbands zur Auseinandersetzung um die „Werbung“ der Suchthilfe St. Gallen um die Heroingestützte Behandlung.

„Hier handelt es sich um eine hoch-effiziente Behandlungsform von der viele Opiatkonsumenten profitieren können. Daher ist es nur legitim und richtig, dass die Suchthilfe mit einem Aushang oder Flyer auf freie Plätze aufmerksam macht. Denn so erhalten Opiatkonsumenten, die sich für diese Behandlungsform interessieren, die wichtigen Infos über freie Plätze und einen möglichst zeitnahen Behandlungsbeginn“, so Claudia Schieren vom Bundesvorstand.

„Die Aussagen der Elternvereinigung sind unfachlich und moralisierend, denn niemand will jemandem das Heroin „andrehen“. Da kann man froh sein, dass der deutsche Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit hier konsequent das Überleben ihrer Kinder in den Mittelpunkt stellt und nicht eigene Meinung“, so Claudia Schieren vom JES-Bundesvorstand weiter.

Verordnung von Benzodiazepinen an substituierte Patienten

■ von Rainer Ullmann, Facharzt für Allgemeinmedizin, Hamburg



Konsum von Benzos in der Substitution? Das riecht nach Ärger

Viele von uns konsumieren neben ihren Substitut nichtverordnete Benzos. Nicht selten ist dieser Konsum Ausgangspunkt für endlose und unerfreuliche Diskussionen mit dem substituierenden Arzt. Werden Benzos durch Urinkontrollen festgestellt erfolgen nicht selten Sanktionen die bis zur sofortigen Beendigung der Substitutionsbehandlung gehen können. Hiermit werden unsere Probleme nicht gelöst, denn es gibt Gründe warum viele von uns Benzodiazepine einwerfen- auch in Dosierungen die nicht guttun oder gar gesundheitsgefährdend sind.

Die Auseinandersetzung über die Verschreibung oder Nichtverschreibung von Benzodiazepinen hat auch innerhalb der Ärzteschaft dazu geführt, dass diejenigen Ärzte die ihren Patienten Benzos verschreiben Kopfschütteln und verständnislose Blicke ernten.

Der vielen von euch bekannte und geschätzte Suchtmediziner Dr. Ullmann aus Hamburg hat sich nun in einer etwas anderen Art und Weise mit diesem Thema auseinandergesetzt und seine Haltung im „subletter“ veröffentlicht.

Anbei findet ihr den- gekürzten Beitrag von Herrn Ullmann aus Hamburg. Vielleicht hilft euch seine Argumentation für euer nächstes Gespräch mit eurem Arzt wenn mal wieder ne UK in Bezug auf Benzos positiv ausfallen sollte.

JES-Bundesvorstand

Es wäre schön, wenn wir Krankheiten mit einer Therapie ohne Nebenwirkungen heilen könnten. Leider sind wir jedoch oft gezwungen, das kleinere von zwei Übeln zu wählen. Manchmal muss auch die Abhängigkeit von dem verordneten Medikament in Kauf genommen werden. So ist es bei der Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit, deren Einführung zum Schaden der Patienten und der Gesellschaft jahrzehntelang verhindert wurde.

Benzodiazepinverordnung oft unumgänglich

Opiate und Benzodiazepine (BD) haben ein ähnliches Wirkungsspektrum: In niedrigen Dosen lösen sie Angst und Hemmungen, in höheren dämpfen sie Emotionen und sedieren. Zudem lindern BD Heroinentzugssymptome.

Wenn mit BD Heroinentzugssymptome gemildert werden, werden sie durch eine ausreichende Dosierung des Substitutionsmedikaments überflüssig. Sie können dann abgesetzt oder – wenn sich eine Abhängigkeit entwickelt hat – entzogen werden.

Viele Heroinabhängige konsumieren Benzodiazepine, um ihre **Depression, Angst- oder Persönlichkeitsstörung** mit illegal erworbenen BD selbst zu behandeln. Wer-

den diese Krankheiten vom Arzt erkannt, muss er die Therapie einleiten. Zumindest übergangsweise ist dann oft eine Benzodiazepinverordnung nötig. In diesem Kontext zeigt sich, wie dringend notwendig es ist, dass mehr niedergelassene Psychiater bereit sind, substituierte Patienten zu untersuchen und zu behandeln. Bei der gegebenenfalls notwendigen Behandlung mit BD sind genaue Absprachen mit dem substituierenden Arzt nötig.

Erst nach Besserung der Symptome ist ein BD-Entzugsversuch realistisch. Wie bei Alkohol- und Opiatentzügen sind oft mehrere Entzugsversuche notwendig. In der Zwischenzeit muss das BD weiter verordnet werden – genau wie das Opiat bei der Opiatabhängigkeit.

Manche Suchtmediziner tolerieren keinen BD-Konsum. Einige Qualitätssicherungskommissionen fordern bei länger-dauerndem BD-Konsum (verordnet oder nicht verordnet), die Behandlung zulasten der GKV zu beenden. Das verweist die Patienten auf den Schwarzmarkt und schließt psychiatrisch komorbide Heroinabhängige von der Behandlung aus. Diese Forderung ist nur mit der (oft falschen) Vorstellung zu erklären, der BD-Konsum sei ein reiner Genusskonsum.

etwas tun für die innere sicherheit.
 drug checking jetzt! denn aktuelle infos zu drogeninhaltsstoffen helfen, notfälle zu vermeiden! mehr auf www.drugscouts.de

wer rausch zu 100% kontrollieren will, konsumiert systemkonform.

drugscouts.de

Umgang mit BD ähnlich dem mit Methadon

Bei der Verordnung von Benzodiazepinen besteht das Risiko, dass eine zu hohe Dosis verordnet und der Überschuss auf dem Schwarzmarkt verkauft wird. Um dieses Risiko zu mindern, sollen BD vorsichtig dosiert, langsam reduziert und – wie das Substitutionsmedikament – tages- bis wochenweise abgegeben oder auch unter Kontrolle eingenommen werden.

Wie bei der Heroinabhängigkeit gelernt wurde, ist die Abhängigkeit von einem verschriebenen Opiat – auch von verschriebenem Heroin – besser als die von illegal erworbenem Heroin. Es ist wahrscheinlich, dass das auch für die Abhängigkeit von Benzodiazepinen gilt.

Fazit

Zur Frage nach dem Effekt der BD-Verordnungen gibt es bis heute keine wissenschaftlich begründeten Antworten. Bisher wurde nicht untersucht, welche Behandlungsziele mit oder ohne BD-Verordnungen besser erreicht werden und wie gut es den behandelten bzw. nicht behandelten Patienten geht. Ich bin mir nicht sicher, ob es immer sinnvoll ist, –Diazepam durch mehrere Antidepressiva und Neuroleptika bei einem substituierten Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer langjährigen Suchterkrankung zu ersetzen. ●

(gekürzter Text)



Hier werden Abszesse gespalten

Drogenkonsumräume retten Menschenleben

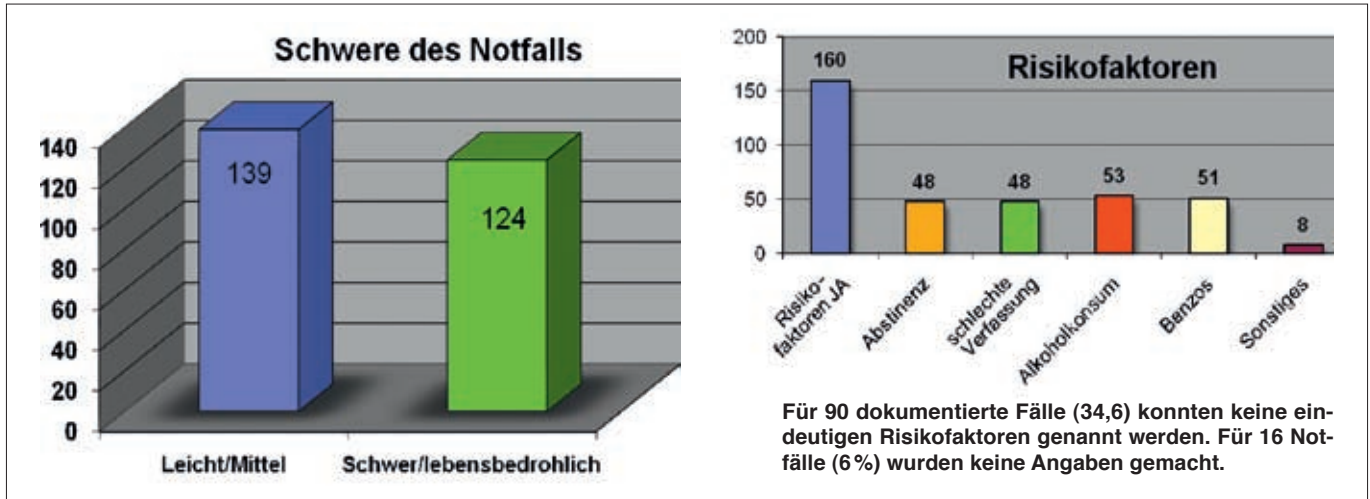
Die Zahl der gemeldeten drogenbedingten Todesfälle spielt bei der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Drogenproblems in Deutschland eine große Rolle. Sie wird häufig als Indikator des Erfolgs bzw. des Misserfolgs gesundheitspolitischer Maßnahmen verwendet.

Im Jahr 2009 kamen nach Angaben der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 1.331 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen ums Leben. Dies Auch wenn die Drogentodesfälle –nimmt man die letzten 15 Jahre als Grundlage- deutlich gesunken sind, befinden sie sich weiter auf einem extrem hohen und nicht zu akzeptierenden Niveau.

Prävention von Drogentodesfällen in Drogenkonsumräumen

Mit 26 Drogenkonsumräumen in 16 Städten verfügt Deutschland über die weltweit höchste Anzahl von Drogenkonsumräumen. Mit der Einrichtung von Konsumräumen in

Deutschland werden gesundheitspräventive, sozialpolitische sowie drogentherapeutische Ziele verbunden: Neben der hygienische Applikation von mitgebrachten Drogen unter medizinischer Aufsicht, die das Risiko sogenannter drogenassoziierter wie Hepatitis und HIV reduzieren, kommt Drogenkonsumräumen die Aufgabe der Verhinderung von Überdosierungen bzw. deren (lebensbedrohlichen) Folgen zu. Die ständige Überwachung der Konsumvorgänge ermöglicht eine sofortige Erste Hilfe bei Überdosierungen oder anderer Notfällen (Bewusstlosigkeit, Atemsuppression, Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Stillstand, Shake, epileptische Anfälle, Angstzustände, Halluzinationen etc.).



Fremdbestimmte Abstinenz (z. B. Haft, Therapie) sind Risikofaktoren für Drogennotfälle

Um Daten bezüglich der Potentiale von Drogenkonsumräumen hinsichtlich der Vermeidung von Drogentodesfällen zu erhalten, wurde im Zeitraum Juli bis Dezember 2009 eine bundesweite Erfassung von Drogennotfällen in Drogenkonsumräumen durch die Deutsche AIDS Hilfe durchgeführt.

An dieser Evaluation beteiligten sich 13 Einrichtungen aus 11 Städten. Also die Hälfte aller in Deutschland existierenden Konsumraumangebote.

Während der 6-monatigen Projektphase wurden insgesamt 266 Drogennotfälle dokumentiert.



Notfallkoffer

Schwere des Notfalls

139 dokumentierte Notfälle wurden als leicht/mittelschwer eingestuft. Für 124 Drogennotfälle wurde der Schweregrad als „schwer/lebensbedrohlich“ angegeben. Das heißt, dass jene Personen in einem anderen Setting (z. B. in der eigenen Wohnung, im öffentlichen Raum) diese Situation mit großer Wahrscheinlichkeit nicht überlebt hätten. Abb2. MitarbeiterInnen in Drogenkonsumräumen haben in diesen Fällen mit ihrem schnellen und fachlichen Eingreifen Leben gerettet.

Risikofaktoren für Drogennotfälle

Für 160 Fälle (60%) konnten Risikofaktoren festgestellt werden die in maßgeblicher Weise für den Drogennotfall verantwortlich waren. Vielfach wurden Risikofaktoren durch die Konsumenten selbst benannt.

Maßgebliche Risikofaktoren waren:

Alkoholkonsum	53 (33%)
Benzodiazepinkonsum	51 (32%)
Abstinenz	48 (30%)
Schlechte Verfassung	48 (30%)

Aus diesen Daten wird deutlich, dass Drogenkonsum nach Abstinenz (Haft/Therapie) einer der maßgeblichen Faktoren für Drogennotfälle in Deutschland ist.

Ausschlaggebend für die deutlich erhöhten Drogentodesfallrisiken von Haftentlassenen sind die gesunkene Toleranz des Körpers

nach temporärer Abstinenz, ein verändertes Drogenkonsumverhalten und soziale Stressoren infolge eines Haftaufenthaltes wie Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit und fehlende soziale Bezüge.

Vermeidung von Drogentodesfällen nach Haftentlassung

Das im deutschen Strafvollzugsgesetz festgeschriebene Angleichungsprinzip beinhaltet auch die Angleichung der medizinischen Versorgung in Haft an die fachlichen Standards der Drogenhilfe in Freiheit.

- Die Substitution im Gefängnis kann eine stabilisierende, überlebenssichernde Maßnahme sein, die ein Risiko der Überdosierung nach der Haftentlassung drastisch minimiert
- Sollte eine Substitution während des Haftaufenthaltes nicht möglich sein, gilt es zumindest im Rahmen der Entlassungsvorbereitung eine Substitution zu initiieren um so die Opiattoleranz zu erhöhen.
- Der sichtbare Erfolg erster Naloxonvergabeprojekte in Deutschland gibt Anlass, die Mitgabe des Antidots bei Haftentlassung zu diskutieren.
- Ein Ausbau der Schulungsangebote für professionelle Suchthelfer wie Vollzugsbedienstete wäre sinnvoll um ihnen die Vermittlung eines effizienten Safer-Use-Trainings zu ermöglichen. ●

Dirk Schäffer

+++ neue Serie +++ neue Serie +++ neue Serie +++ neue Serie +++ neue Serie +++



Drogenkonsumräume in Deutschland

Mit dieser kleinen Serie wollen wir unterschiedliche Modelle von Drogenkonsumräumen in Deutschland vorstellen. Drogenkonsumräume sind ein in dieser Form und Vielfältigkeit weltweit einmaliges Angebot. So tragen Drogenkonsumräume maßgeblich zur Vermeidung von Drogento-desfällen infolge von Überdosierungen bei. Über die Bereitstellung steriler Spritzen und Utensilien haben sie ferner HIV und Hepatitis präventive Effekte. In dieser Ausgabe wollen wir den DKR Bochum näher vorstellen.

Der Drogenkonsumraum in Bochum

Ausgangspunkt für die niedrigschwellige und akzeptierende Drogenarbeit der Krisenhilfe e.V. Bochum ist seit 1982 das Kontaktcafé an der Viktoriastraße. Es ist als ein kommunikatives, versorgendes und beratendes Angebot angelegt.

Seit 2000 haben wir an den Kontaktladen eine Drogentherapeutische Ambulanz (DTA) angegliedert um eine medizinische

Grundversorgung anbieten zu können und die Einrichtung eines Drogenkonsumraumes vorzubereiten. Für die medizinische Betreuung der DTA läuft eine gut funktionierende Kooperation mit einer niedergelassenen Ärztin. Die Ärztin ist täglich für eine Stunde während der Öffnungszeiten anwesend und kann neben Behandlungen auch Rezepte, Überweisungen, Einweisungen ausstellen und Weiterbehandlung besprechen und veranlassen. Darüber hinaus ist zu den gesam-

ten Öffnungszeiten eine Krankenschwester anwesend die notwendige medizinische Behandlungen, Beratungen und Notfallversorgungen durchführt.

Im Oktober 2002 konnte endlich, nach fünfjähriger, politischer, juristischer, konzeptioneller und baulicher Vorarbeit in mühsamen Abstimmungsprozessen mit den Ordnungspartnern in Bochum auch den zweiten Angebotszweig einer DTA realisiert werden. Die Bereitstellung eines Drogenkonsumraumes (DKR). Im DKR können erwachsene Drogenabhängige aus Bochum unter hygienischen Bedingungen und Aufsicht selbst mitgebrachte Drogen konsumieren. Erlaubt sind die Drogen Heroin, Kokain, Amphetamine und deren Derivate. Injektionsutensilien und Materialien für einen hygienischen risikoärmeren Konsum in einer angst- und stressfreien Atmosphäre werden von der Einrichtung zur Verfügung gestellt. Die Integration des DKR in die bestehenden niedrigschwelligen Angebote stellt sicher das weiterführende Hilfen „just in time“ bereit stehen oder eingeleitet werden können.

Inzwischen ist hier ein niedrigschwelliges Hilfe- und Kontaktzentrum entstanden dessen Angebote vor allem die „Schadensminimierung und Überlebenshilfe“ (harm reduction) für Drogenkonsumenten im Blick hat und gut vernetzt ist mit weiterführenden Hilfen.

Zahlen, Daten, Fakten

- Café, DTA, DKR sind Wochentags von 9:00–13:00 Uhr geöffnet.
- Während bis 1999 noch 40–80 Besucher den Kontaktladen nutzten, haben sich mit der Einrichtung der DTA die täglichen Besucherzahlen auf 150–200 erhöht, bei allerdings gleichbleibenden Personalressourcen.
- Im Laufe des ersten Jahres Konsumraumarbeit hat sich die Inanspruchnahme von medizinischer Behandlung und Beratung um 60 % gesteigert (ca. 2500 jährlich).
- Für den Drogenkonsumraum haben 1.342 Personen eine Nutzungsvereinbarung unterschrieben. Durchschnittlich nutzen 185 unterschiedliche Personen den Drogenkonsumraum mindestens einmal im Monat.
- 60–130 Konsumvorgänge täglich.
- seit der Eröffnung wurden bis Ende 2009 insgesamt 105.715 Konsumvorgänge getätigt.
- Seit 2002 konnte bei 270 schweren Drogenotfällen das Überleben gesichert werden.

Alkohol erlaubt

Die Angebotspalette im niedrighschwelligem Bereich hat sich im Laufe der Jahre erheblich verändert und spezialisiert und wird im Rahmen der Möglichkeiten beständig dem erkennbaren Bedarf angepasst und weiterentwickelt.

So haben wir beispielsweise, mit sehr guten Erfahrungen, im Kontaktladen seit Ende 2008 den Konsum von selbst mitgebrachtem Alkohol erlaubt. Seit Jahren sind wir mit dem zunehmenden Alkoholkonsum unserer Besucher konfrontiert. Die Fortsetzung einer reinen Verbotsstrategie hätte die Mitarbeiter überproportional häufig mit Ordnungsaufgaben und Hausverboten beschäftigt und zunehmend unsere akzeptierende Kontaktarbeit konterkariert.

Zugang für Substituierte

Die langjährigen Erfahrungen in der Drogenkonsumraumarbeit zeigen eine Häufung von Problemen bei/mit Personen, die wir aufgrund der Rechtsverordnung von der Nutzung des DKR ausschließen müssen, hier vornehmlich Substituierte und Drogenkonsumenten, welche Heroin-Ben-

zodiazepin-Cocktails intravenös konsumieren. Schließen wir sie von der Nutzung eines Drogenkonsumraums aus, verhindern wir in der Regel nicht den Konsum. Was wir verhindern, sind hygienische und kontrollierte Konsumbedingungen sowie eine Kontakt- und Interventionschance.

Dementsprechend haben wir mit anderen DKR in Nordrhein-Westfalen zusammen beantragt die Zugangskriterien und zugelassenen Drogen im DKR entsprechend zu erweitern.

Der Betrieb von niedrighschwelligem Einrichtungen auch nach 10 Jahren Drogenkonsumraum-Gesetzgebung ein juristischer Drahtseilakt in dem alle Beteiligten (Drogenkonsument, Betreiber der Einrichtung und Strafverfolgungsbehörden) potentiell gefährdet sind straffällig zu werden.

Drogen- oder Drogenpolitikprobleme?

Viele positive Entwicklung im Rahmen der akzeptierenden Drogenarbeit können aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele der heutigen Hilfsangebote nur deshalb notwendig sind weil die, vornehmlich auf Prohibition setzende, Drogenpolitik so viele Gefahren und Schäden produziert und potenziert.

Viele der so genannten „Drogenprobleme“ sind eher „Drogenpolitikprobleme“. Sie haben mehr mit der Prohibition und gesellschaftlicher Ausgrenzung zu tun, und weniger mit den konsumierten Substanzen und Suchtdynamiken. Die Verbotspolitik ist natürlich nicht umsonst, sie kostet viel Geld – Geld was bei Hilfsangeboten fehlt, insbesondere angesichts der finanziellen Lage der Kommunen und den Kürzungen im Sozialbereich. Ein Ende der Prohibition steht auf der Tagesordnung – das haben leider nur noch nicht alle begriffen.

Um in diesem Sinne an der Weiterentwicklung der Drogenpolitik mitzuwirken und letztlich dadurch auch die Rahmenbedingungen hier in Bochum zu verbessern, engagieren wir uns seit Jahren in bundesweiten Netzwerken, Arbeitskreisen und vor allem bei akzept e.V., dem Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und Drogenpolitik. ●



Uwe Täubler ist tot

Mit Sprachlosigkeit und Trauer haben wir auf die Nachricht vom Tod unseres Kollegen Uwe Täubler reagiert. Uwe hat über fast zwei Jahrzehnte in der Palette in Hamburg gearbeitet und war vielen von uns als engagierter KISS Trainer bekannt.

In dieser Funktion haben wir Uwe als einen herzlichen und empathischen Menschen kennengelernt.

Wir werden ihn vermissen.

JES-Bundesvorstand

Urs Köthner



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



Klaus Blaumeiser ist tot

*04.10.1955 – †18.11.2010

Klaus war über viele Jahren einer der charismatischen Aktivisten in unserem Netzwerk. Mit seiner überaus humorvollen Art verstand er es die Arbeit von JES immer wieder mit Spass und Freude zu füllen. Ebenso haben wir an Klaus seine unbeugsame Haltung und direkte Art gegenüber Verantwortungsträgern in Politik, Aids- und Drogenhilfe geschätzt.

Seine gesundheitlichen Probleme haben ihn nicht daran gehindert mit der Unterstützung der Aids Hilfe Duisburg und dem JES Netzwerk eine eigene Anlaufstelle für JES in Duisburg aufzubauen.

Innerverbandliche Entscheidungen die die Schließung seines Duisburger Projektes nach nur einem Jahr zur Folge hatten, sowie die Schließung des JES Kontaktladens in Düsseldorf, hinterließen gesundheitlich und psychisch solch tiefe Spuren, dass sich Klaus vom JES Netzwerk abwandte.

Als leidenschaftlicher Motorradfahrer konnte er in einer Gruppe gleichgesinnter einen anderen Traum Wirklichkeit werden lassen.

Welch tiefen Eindruck Klaus bei vielen von uns hinterließ wurde unter anderem daran deutlich, dass viele JES Mitglieder immer wieder nach Klaus fragten. Sein plötzlicher Tod mit 55 Jahren lässt uns trauernd zurück. Wir haben mit Klaus Blaumeiser einen Freund, leidenschaftlichen Mitstreiter und Motivator verloren.

Methadon-Behandlung: Bonner Arzt geht gegen Approbations-Entzug vor

Über 50 heroinabhängige Patienten soll ein Bonner Arzt mit einer Drogensatztherapie behandelt haben – illegal, meint unter anderem die Staatsanwaltschaft. Nachdem er seine Praxis und die Approbation verloren hat, will er nun vor Gericht ziehen. Die Staatsanwälte ermitteln unterdessen weiter gegen ihn.

Der Arzt kann den Verlust seiner ärztlichen Zulassung nicht verstehen: „Ich sehe

ten die Präparate „ohne ausreichende Kontrolle“ überlassen haben, heißt es in einer Mitteilung vom 17. November. Auch bei der vorgeschriebenen psychosozialen Betreuung der Patienten soll es gemangelt haben. Ein besonderer Dorn im Auge ist den Ermittlern die Take-Home-Verschreibung. Er soll den Patienten Methadon und L-Polamidon teilweise für mehrere Tage mit nach Hause gegeben haben. ●

Ärzte Zeitung online, 19.11.2010



L-Polamidon zur Substitutionstherapie: In Bonn wehrt sich ein Arzt gegen die Vorwürfe, er habe diese Behandlungen illegal durchgeführt.

keinen neuen Grund, warum man mir jetzt die Approbation entziehen will“, sagte er dem in Bonn erscheinenden „General Anzeiger“. Er will nun vor dem Verwaltungsgericht gegen die Entscheidung der Ärztekammer klagen. Der niedergelassene Arzt soll in seiner Praxis über 50 heroinabhängige Patienten im Rahmen einer Substitutionstherapie etwa mit Methadon behandelt haben. In 3755 Fällen soll er dem Bericht zufolge Heroinersatzstoffe verabreicht haben.

Für die Staatsanwaltschaft waren die Therapien illegal. Sie hat am 27. Oktober Klage gegen ihn eingereicht. Der Vorwurf: Er habe die Patienten, zeitweise bis zu 300, entgegen den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes und der Substitutionsrichtlinien der BÄK behandelt. Der Arzt soll den Patienten



„Wir vermissen Positivbeispiele“

Wieder einer der mittlerweile schier unzähligen Fälle in denen gegen substituierende Ärzte ermittelt wird oder sie gar angeklagt werden. Zur Richtigkeit der Vorwürfe will und kann sich der JES Bundesverband nicht äußern. Klar ist hingegen, dass die ausnahmslos negative Berichterstattung zur Substitutionsbehandlung nicht dazu beitragen wird, dass neue junge Ärzte für diese Behandlungsform gewonnen werden. (Wann gab es eigentlich die letzte positive Meldung zur Substitutionsbehandlung bei der die Potentiale und gesundheitlichen und sozialen Effekte dieser erfolgreichsten behandlungsform der Opiatabhängigkeit thematisiert wurden?). Mehr als 50% der substituierenden Ärzte befinden sich in den nächsten Jahren im Rentenalter und werden ihre Praxen aufgeben. Dies könnte für die Patienten im Chaos enden. Völlig unabhängig davon ob dieser Arzt gegen Vorschriften verstößt hat, sollten wir alle dazu beitragen die mehr als einseitig negative Darstellung der Substitution zu verändern.

Die richtige Dosis finden

Welche Dosis ist die richtige für mich? Über diese Frage gehen die Meinungen von Ärzten und Substituierten oftmals weit auseinander. Während in Deutschland vielfach Dosierungen für die Substitution eingesetzt werden die dem unteren oder mittleren Dosisbereich zugeordnet werden können, gehen andere Länder hier einen anderen Weg.

Klar ist, dass ein Hauptfaktor für eine wirksame Behandlung der Opiatabhängigkeit eine „angemessene“ Dosis des Substitutionsmittels wie z. B. Methadon, Buprenorphin oder Polamidon ist. Studien zeigen, dass Behandlungen mit **höheren Durchschnittsdosen** hinsichtlich der Haltequote und der Reduzierung des Beigebrauchs von Heroin bessere Ergebnisse erzielen.

Aus vielen Praxiserfahrungen wissen wir, dass Dosierungen von 50 -75mg Polamidon oder entsprechend 100-150mg Methadon vielfach die obere Grenze der verschriebenen Menge darstellen. Dem Wunsch von Substituierten diese Dosis zu erhöhen wird nur selten entsprochen.

Die Folge einer subjektiv wahrgenommenen nicht ausreichenden Dosierung ist ein teilweise erheblicher Opiatbeikonsum. Viele Substituierte fühlen sich auch aufgrund der fehlenden Rauschwirkung nicht ausreichend abgedeckt und konsumieren Heroin, Benzos und weitere nichtverschriebene Substanzen um jenes Maß der Sedierung zu erreichen sodass kein Verlangen nach Heroin (Craving) mehr auftritt.

Aufgrund der variablen Prozesse der Arzneimittelwirkung sollten Ärzte bestrebt sein für jeden Patienten die passende Dosis zu finden. Wie aber findet man die richtige Dosis?

ODAS?

Opiate Dosage Adequacy Scale

Nun wurde ein Instrument erarbeitet, das dem Arzt die systematische Bestimmung der „angemessenen“ Dosis ermöglicht.

Aus praktischer Sicht gilt eine Dosierung als „angemessen“ wenn der Patient:

- Kein Heroin oder nur gelegentlich Heroin nimmt;
- keine Anzeichen und Symptome eines Entzugs sichtbar sind
- kein häufiges „Craving“ (Heroinhunger) nach Heroin auftritt
- der Patient im Falle von Heroingebrauch nicht die damit verbundenen subjektiven Wirkungen aufweist („narkotische Blockade“ oder Kreuztoleranz (*Wirkung verringert sich bei gleichbleibender Dosierung*))
- der Patient keine Symptome keiner Überdosierung aufweist

Aus diesem Grunde wurde die ODAS, ein systematisches Instrument (Interview*) zur Bestimmung einer „angemessene“ Dosierung entwickelt, das in Spanien und Italien bereits seit vielen Jahren erfolgreich angewendet wird.

Was sollen Patienten tun?

Diskussionen oder gar Auseinandersetzungen um die angemessene Dosis eures Substituts gibt es immer wieder. Wir empfehlen euch, dass ihr euren behandelnden Arzt auf dieses neue Instrument hinweist und ihn bittet den Fragebogen bei euch anzuwenden.

Sicherlich werden viel eurer Ärzte sagen, dass sie noch nie etwas von ODAS gehört haben. Dies kann durchaus sein.

Die Nutzung von Google oder einer anderen Suchmaschine mit dem Suchbegriff „O.D.A.S. – Bewertungsskala für eine angemessene Dosierung von Opiaten“ wird euer Arzt sicherlich generelle Informationen und Hinweise zur Anwendung finden. Viele Informationen sind auf jenen Seiten zu finden die nur Ärzten vorbehalten sind. Daher nicht enttäuscht sein, wenn ihr im Netz nicht so viel über ODAS erfahrt. ●

Dirk Schäffer

* Dieses Interview besteht aus 10 Punkten dauert ungefähr 10 bis 15 Minuten.



Thomas Friedrich ist tot

In der Nacht vom 21. zum 22. September 2010 ist Thomas Friedrich, Vorstandsmitglied von JES Bielefeld seit 2005 und Vorstandsmitglied von JES NRW seit 2006, nach langer und schwerer Krankheit verstorben.

In seiner ruhigen Art wird Thomas vielen von uns als zuverlässiger Mitstreiter in Erinnerung bleiben.

Bereits seit längerer Zeit waren Friedrich Thomas seine schweren Krankheiten deutlich anzumerken. Dennoch ist er seinen diversen Verpflichtungen innerhalb des JES-Netzwerks bis zum Schluss nach Kräften nachgekommen.

Diese Kraft hat dann am 22.09.10 nicht mehr gereicht und Thomas ist zuhause in seinem Bett endgültig eingeschlafen. Genau so hat er sich seinen Tod immer gewünscht. Noch wenige Stunden vor Thomas' Ableben haben wir miteinander telefoniert. Ich sollte alle JES'er ganz lieb von ihm grüßen, sagte er mir da.

Auch dies sei hiermit posthum geschehen.

Mathias Häde

Drogenentzug mit NES – Wundermittel oder Windeei?

Entzug!!! Für viele Drogengebraucher ist dies der Horror schlechthin. Wer kennt nicht die endlosen Nächte auf psychiatrischen Abteilungen. Muskelschmerzen, Brechreiz und Durchfall sind ständige Begleiter während dieser Zeit.

Die Zeiten in denen Kalt – also ohne jegliche medikamentöse Unterstützung – entzogen wurde sind vorbei. Moderne Entgiftungen sind heute medikamentengestützt und sie bieten bereits im Entzug Beschäftigung, Sport, Massagen und therapeutische Begleitmaßnahmen. Doch, der Entzug ist und bleibt unangenehm. Dies ist der Grund warum viele User gar nicht erst den Weg in die Reha finden, sondern aus dem Krankenbett zurück auf die Szene gehen.

Seit einigen Monaten gibt es auch in Deutschland ein „neues“ Verfahren das den Entgiftungsprozess durch die Förderung der körpereigenen Opiatausschüttung erheblich lindern soll.



Die Ärztin Meg Patterson mit Pete Townsend

Das NES-Verfahren, also die Neuro-Elektrischen Stimulation ist nicht neu. Die Ärztin Meg Patterson machte 1970 erste Erfahrungen mit der so genannten Elektro-Akupunktur und entwickelte dieses Verfahren über Jahrzehnte weiter. Die Literatur besagt, dass dieses Verfahren bei vielen Prominenten wie Keith Richards von den Rolling Stones, Eric Clapton oder Pete Townsend von The Who erfolgreich angewandt wurde.

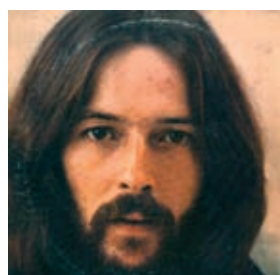


Was heißt NES

NES ist die Abkürzung für **Neuro-Elektrische Stimulation**. Bei der NES wird mit einem speziellen Gerät über zwei Klebe-Elektroden hinter den Ohren ein schwacher elektrischer Impuls ausgesendet. Die NES wird speziell für den Entzug bei Abhängigkeit (z. B. von Nikotin, Opiaten, Kokain, aber auch bei anderen Formen der Sucht) eingesetzt.

Was bewirkt NES ?

NES sorgt für die Wiederherstellung der natürlichen Situation im Gehirn, speziell in Bezug auf das Belohnungssystem, das durch die Zuführung der Suchtmittel beeinträchtigt wurde. Dieser Vorgang, also das Reaktivieren unseres Belohnungssystems, dauert ohne NES etwa 1 Jahr, durch die NES-Anwendung wird der Vorgang auf wenige Tage bzw. Wochen reduziert. Zudem wird die Entgiftung durch die hohe Endorphin-Produktion deutlich schmerz- und beschwerdefreier.



Die Patienten Keith Richards, Eric Clapton und Pete Townsend

Warum hat sich NES bisher nicht durchgesetzt

Nach Ansicht der Anwender war Geldmangel die Hauptsache. Weder Regierungen noch Pharmafirmen waren bereit, Forschungsmittel zur Verfügung zu stellen, u. a. auch, weil Drogenmedizin noch immer, auch hier und heute als „dirty medicine“, als „Schmuddelmedizin“ angesehen wird.

Welche Nebenwirkungen hat die NES ?

Die NES hat keine wesentlichen Nebenwirkungen. NES führt lediglich häufig zu Müdigkeit. Dadurch ist einerseits z. B. die Fahreignung für die Zeit der Behandlung beeinträchtigt, andererseits ist diese Müdigkeit für den Entzug von Vorteil, da dadurch die quälenden Schlafstörungen beseitigt werden. In seltenen Fällen führen die Elektrodenpflaster zu lokalen Rötungen oder zu kleinen Bläschen, die jedoch nach wenigen Tagen wieder verschwunden sind. Ausgeprägt sind dagegen die bekannten positiven Begleiteffekte wie Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens.

Wie lange dauert die Anwendung von NES?

Die Wirksamkeit von NES setzt in der Regel schon nach wenigen Minuten ein. Wie lange das Gerät getragen werden muss, hängt von der physischen und psychischen Konstitution, vom Suchtmittel selbst und der Art, Menge und Dauer des Konsums. Nikotinpatienten sind nach 2-3 Tagen beschwerde-

frei, bei härteren Drogen wie Opiaten dauert es meistens 4-5 Tage.

Gibt es bei NES Entzugserscheinungen?

Zu erwarten, dass man mit NES keine Entzugssymptome verspürt, ist falsch. Individuell unterschiedlich wird in den ersten 2-3 Tage ein Tal durchlaufen. Dabei stehen erfahrungsgemäß eine ausgeprägte Müdigkeit, Schwitzen, Appetitlosigkeit im Vordergrund.

Aber ausschließlich alle (!) Patienten berichten, dass die Symptome im Vergleich zu herkömmlichen Entgiftungen nur sehr schwach vorhanden sind. Letztlich sind die meisten Patienten bereits am 3. oder 4. Tag über den Berg und leben plötzlich richtig auf. Das Erfolgserlebnis für die Klienten aber auch für uns als Begleiter ist jedes Mal wieder enorm.

Wo liegen die Grenzen von NES

Grenzen bestehen

- bei nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (z. B. Spielsucht),
- wenn neben der Suchterkrankung eine gravierende weitere psychiatrische Erkrankung besteht (z. B. schizophrene Psychose)
- bei Suchtstoffen, bei denen der Entzug lebensbedrohlich werden kann (z. B. bei Alkohol)
- bei extrem hohem Konsum

Vielleicht konnte euch dieser Bericht einen ersten Einblick in das NES Entzugsverfahren geben. Wir wollen an dieser Stelle aber anmerken, dass die hier geschilderten Effekte und Erfahrungen vom Anbieter vorgestellt werden. Aufgrund der Tatsache das die Kosten dieses Verfahren nicht von den Krankenkassen übernommen werden müssen alle Kosten selbst bezahlt werden.

Bei etwa 2000 € für einen 5-tägigen Entzug (in einem Hotel inkl. Zimmer, Verpflegung und fachlicher medizinischer Betreuung) wird NES für viele Drogengebraucher nicht realisierbar sein.

Informiert euch einfach auf der Seite www.opiat-frei.com selbst über NES. Wir jedenfalls wünschen euch bei euren Bemühungen um einen erfolgreichen Entzug und bei einem Leben ohne Drogen viel Erfolg. ●

JES-Bundesverband

20 Jahre JES in Köln! Vom Junkie Bund zu VISION

Ein Bericht über ein einzigartiges Projekt

Ohne Übertreibung kann man sagen, dass die JES-Gruppe in Köln, die seit einiger Zeit den Namen VISION trägt, das Vorzeigeprojekt des JES-Netzwerks ist. VISION hat vor wenigen Wochen sein 20-jähriges Jubiläum gefeiert. Diesen Anlass wollen wir nutzen um die Geschichte von VISION – ehemals JUNKIE BUND KÖLN – abzubilden.

Aids Hilfe als Wegbereiter

Wie viele andere JES-Gruppen wurden die ersten Schritte auf dem Weg zu einer eigenen JES-Gruppe in Kooperation mit und unter dem Dach der Kölner AIDS Hilfe getan. Dort fanden im Februar 1990 die ersten „echten“ Gruppentreffen statt. Bereits damals galt es für JES die Lebensbedingungen Drogen gebrauchender Menschen zu verbessern und das Bild von Drogenkonsumenten in der Öffentlichkeit zu verändern.

Schnell entstand der Wunsch nach einer eigenen Anlaufstelle die in Eigenregie geführt werden sollte.

Die Hassliebe zur Nachbarstadt Düsseldorf hielt die JES'ler der ersten Stunde nicht davon ab sich beim Junkie Bund Düsseldorf, der in Düsseldorf ebenfalls an einem eigenen Konzept für einen Kontaktladen strickte, wichtige Informationen einzuholen

Mit der Unterstützung der AIDS-Hilfe NRW und in Kooperation der JES-Gruppen in Bonn und Dortmund wurden konkrete Verhandlungen mit



Spritzenautomat von VISION

der Landespolitik aufgenommen. Nach anfänglicher Skepsis stießen die Aktivisten hier auf Zuhörer, die sie von ihrer Idee einer Kontakt- und Anlaufstelle von Junkies für Junkies überzeugen konnten.

Der erste eigene Kontaktladen

Die Suche nach einer geeigneten Immobilie führte am 1. Mai 1994 zur Anmietung der Räume einer ehemaligen Beratungsstelle des Arbeitskreis Drogenhilfe in der Berliner Straße im rechtsrheinischen Köln

Mülheim. Der Junkie Bund Köln expandierte: Präventionsveranstaltungen, ein Zeitungsprojekt, regelmäßige Öffnungszeiten mit Frühstück und Mittagessen und regelmäßige Kontakte zu anderen Junkie Bündeln/JES-Gruppen machten den





Die erste eigene Anlaufstelle in der Berliner Straße

Kölner Junkie Bund zu der Informationsbörse für Drogen Gebrauchende. HIV und Harm Reduktion standen im Mittelpunkt des Tagesgeschäfts.

Der Laden „brummte“ und erste Personalstellen konnten mit Ehemaligen und Substituierten besetzt werden, die sich fortan dem Problem gegenübersehen die Hausordnung gegen Freunden und Bekannte durchsetzen zu müssen.

Junkies und Profis gemeinsam beim Junkie Bund Köln

Die Akzeptanz des Junkie Bund bei Ämtern und Medien stieg. Ein Ergebnis dieser Entwicklung war, dass das Gesundheitsamt im Junkie Bund die Substitution durchgeführte und eine medizinische Sprechstunde anbot. Gewissermaßen im Gegenzug wurde eine PSB- Stelle zur Substitution für den Junkie Bund genehmigt.

Die Entscheidung für diesen Weg brachte dem Junkie Bund viel Kritik aus den ei-

genen Reihen und aus dem JES-Netzwerk ein. Rückblickend führte dieser Schritt sicherlich dazu, dass der Kölner Junkie Bund als einziger „Überlebender“ des Kontaktladenmodells noch heute arbeitet und wächst.

Mit Ablauf der Vertragslaufzeit erfolgte 1999 auf Druck des Gesundheitsamtes der Umzug des JBK nach Köln Kalk. Dieser abgelegene Standort war mehr als ungeeignet für ein niedrigschwelliges Angebot. Zeitweise wurde sogar ein Shuttle Service eingerichtet, um die User zu einem Besuch der Einrichtung zu motivieren.

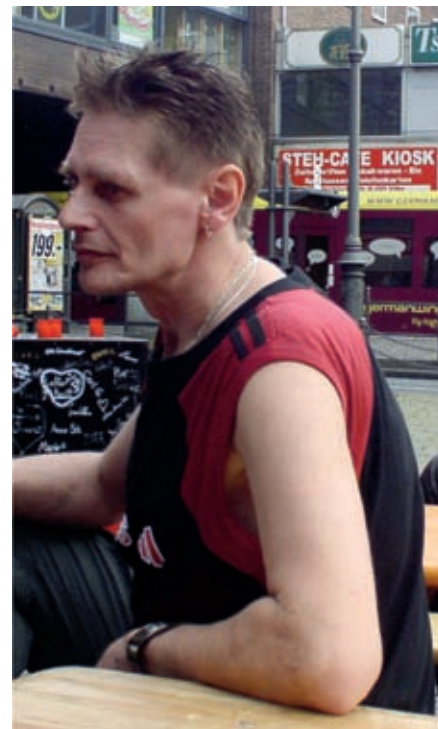
Ihre Hoffnung bezogen die Kölner JES-Jungs und -Mädels aus dem Plan für ein rechtsrheinisches Drogen- und Gesundheitszentrums (DRUGS). Das Konzept eines Arbeits- und Beschäftigungsprojekts mit einem Drogenkonsumraum wurde schließlich alleine durch die AIDS-Hilfe Köln und nur zu einem kleinen Teil umgesetzt

Die Suche nach geeigneten Räumen begann schon lange vor Ablauf des Mietvertrags. Gegen den Willen des Junkie Bunds Köln fiel die Wahl letztlich 2003 auf die Taunusstraße. Die nötige Szenenähe war dort gegeben und die Besucherzahlen stiegen schnell an. Die zeitgleich stattfindende Szenezerschlagung führte dazu, dass sich die Konsumenten entlang der Taunusstraße neue Treffpunkte suchten.

Die ersten Bürgerproteste gegen den Junkie Bund ließen nicht auf sich warten. Dialogangebote wurden ausgeschlagen und es kam zu Sachbeschädigungen und rechtsradikaler Hetze gegen das JES-Projekt und die Räumlichkeiten des Junkie Bund Köln.



In den letzten 20 Jahren trat JES in Köln mit unterschiedlichen Logos auf



Bernd Lemke

Bernd Lemke ist tot

Viel härter als diese Proteste traf den Verein Anfang 2006 die Nachricht von der Krebserkrankung seines Mitbegründers und Geschäftsführers Bernd Lemke. Bernd verstarb im Oktober an den Folgen dieser Erkrankung und JES musste sich endgültig von ihm verabschieden. Dies bedeutete für alle das Ende einer Ära.

Allen war klar, dass die Geschäftsführung so schnell wie möglich wieder von einem Menschen aus dem JES-Netzwerk besetzt werden musste. Mit der Wahl auf Marco Jesse gelang Anfang 2007 ein Glücksgriff und es begann ein neuer Abschnitt in der Vereinsgeschichte.

Das neue Domizil

Zwischenzeitlich war die Diskussion um den Standort so weit eskaliert, dass der Rat der Stadt Köln Verlagerung beschlossen hatte. Nach 1,5 Jahren bezog der Junkie Bund einen Containerbau in Kalk. Es gab die Chance, die zur Verfügung stehende Fläche nach eigenen Bedürfnissen zu gestalten. Die lange gewünschte Dusche wurde ebenso berücksichtigt, wie eine behindertengerechte Ausstattung und Büros.



Aushangplakat von VISION



Festschrift zum Jubiläum von VISION

Aus Junkie Bund Köln wird VISION

Mit dem Umzug im Oktober 2008 in die neuen Räumlichkeiten an der Neuerburgstraße war der Zeitpunkt einer Namensänderung besonders günstig.

Es galt mit der Namensänderung u. a. der Tatsache Rechnung zu tragen, dass es im Selbstverständnis von Drogengebranchern große Veränderungen gab. Ein weiterer Aspekt war, dass ein großes Arbeits- und Be-

schäftigungsprojekt betrieben wurde und Zeugnisse für TeilnehmerInnen mit dem Namen Junkie Bund sollten kein „Zwangsoouting“ sein sollten.

Wirklich wichtig ist hingegen nur, dass Inhalte und Philosophien von JES in Köln weiterhin ihren Bestand haben und VISION nach wie vor eine lebensstilakzeptierende Selbsthilfeeinrichtung ist. VISION ist ein einzigartiges Projekt in dem die Kombination aus Selbsthilfe und professioneller Hilfe erfolgreich praktiziert wird.

Angefangen mit Bernd Lemke, dem Gründer des Junkie Bund und ersten hauptamtlichen Mitarbeiter sind es bis mehr als 50 Personen die sich hauptamtlich für die Vereinsziele engagiert haben. Hinzu kommen unzählige Ehrenamtliche und Praktikanten, die damals den Junkie Bund und heute VISION geprägt haben

Ohne VISION und seine Idee für ein menschenwürdiges Leben von Drogengebranchern wäre der JES-Bundesverband und die deutsche Drogenhilfandschaft ein gutes Stück ärmer. ●

Dirk Schäffer

+++ Mitglied werden im JES-Bundesverband e.V. +++ Mitglied werden +++

Selbsthilfe fördern

Der JES-Bundesverband ist nun bereits ein Jahr alt. Wir haben für unseren neuen Verein viel erreicht.

Neben eines neuen Logos, sowie einer neuen Webseite haben wir unsere Medien inhaltlich überarbeitet und sie auch grafisch einer „Frischzellenkur“ unterzogen.

Der JES Bundesverband hat inzwischen mehr als 70 Mitglieder. Selbstverständlich bleibt JES, wie seit mehr als 20 Jahren, eine Plattform für aktuelle Drogengebrancher, Ehemalige und Substituierte die sich für ihre Rechte und die Rechte anderer User einsetzen wollen.

Nichtsdestotrotz steht JES auch Menschen offen die JES als „SOLIDARISCHE“ unterstützen wollen.

Mit einer „Fördermitgliedschaft“ bietet der JES Bundesverband e.V. Ärzten, Wissenschaftlern, Menschen aus Sozialberufen und vielen anderen die mit den Zielen und Inhalten von JES übereinstimmen die Möglichkeit der Teilhabe.

Wir erlauben uns hier den Luxus, dass „Fördermitglieder“ ihren monetären Förderbeitrag selbst bestimmen können-wo gibt es das schon.

Selbstverständlich geht dieser Aufruf ebenso an jene JES'ler, die bereits seit vielen Jahren bei JES engagiert sind. Werdet Mitglied im JES-Bundesverband und tragt so dazu bei, dass die Drogenselbsthilfe in Deutschland nicht übersehen und überhört werden kann.

Auf unserer neuen Internetseite findet ihr die Satzung des JES-Bundesverbands e.V. sowie einen Mitgliedsantrag. (Bitte „Mitmachen“ anklicken). Ein weiterer Mitgliedsantrag sollte auch dieser Ausgabe des DROGENKURIER beiliegen.

Die Lobby und Selbstorganisation Drogengebrauchender Menschen unterstützen! Mitglied bei JES werden!

+++ www.jes-bundesverband.de +++ www.jes-bundesverband.de +++



Das Team von JES-Bodensee

JES am Bodensee – jetzt geht's los!!!

Nachdem wir im Internet auf JES aufmerksam geworden sind und es in unserer Region leider noch keine JES-Gruppe gab, haben wir uns im August 2009 entschlossen, uns auch bei JES zu engagieren. Wir nannten die Gruppe JES Bodensee, weil der Bodensee überregional bekannt ist, unsere hiesige Kleinstadt Singen jedoch eher nicht.

Bisher sind wir leider erst zu dritt. Es ist schwierig, hier in der Kleinstadt neue Leute zu finden, die Lust haben sich drogen- und gesundheitspolitisch bei JES zu engagieren. Da hier die Drogenpolitik auch sehr repressiv ist, denke ich, dass viele auch Angst haben sich öffentlich zu ihrer Sucht zu bekennen und sich in der Öffentlichkeit für die Ziele von JES einzusetzen. Wir sind der Ansicht, dass es hier in der Region viel zu tun gibt.

Als erstes würden wir uns wünschen, dass sich die Lebens- und Konsumbedingungen für Drogengebraucher verbessern. Es gibt hier weder eine Stelle, wo man Spritzen tauschen könnte, auch keine Automaten oder Konsumräume. Es gibt auch keinen Raum, wo sich Betroffene treffen und austauschen könnten. Es gibt nur die Drogenberatung vom Landkreis und direkt in Singen vier Substitutionsärzte, von denen einer nur mit Subutex substituiert. Andere Ärzte wollen einem das Substitutionsmittel vorschreiben, „sonst kannst Du wieder gehen“, heißt es, wenn man nach einem anderen Medikament fragt. Es ist oft schwer, einen Platz für die Behandlung zu finden und manche Leute müssen jeden Tag kilometerweit fahren, um ihre Medikamente einzunehmen. Diese weiten und kostenintensiven An- und Abreisen entstehen weil in ihren Heimatstädten keine Ärzte gibt oder

die Wartelisten sehr lang sind. Die Verbesserung der Versorgung von Opiatkonsumenten im ländlichen Raum ist daher eines unserer Kernziele.

Auch Singen soll irgendwann wohl am Diamorphin-Programm teilnehmen. JES-Bodensee begrüßt dies. Da Singen in unmittelbarer Nähe zur Schweizer Grenze liegt und schon seit den 70er Jahre für viele Drogengebraucher bekannt ist, gibt es hier sicher genug Bedarf für eine heroingestützte Behandlung.

Bisher waren wir einmal in der Öffentlichkeit. Der Anlass war der Gedenktag für verstorbene Drogengebraucher am 21. Juli, zu dem wir kurzfristig in Kooperation mit der Aidshilfe Konstanz e.V. einen Stand in der Singener Fußgängerzone organisierten. Die Leitung der hiesigen Drogenberatung hat wegen angeblich schlechter Erfahrungen in der Vergangenheit Vorbehalte gegenüber JES. So scheint eine Kooperation erst einmal nicht wahrscheinlich. Das öffentliche Interesse war am Gedenktag sehr gering. Wir lassen uns dadurch jedoch nicht entmutigen und man darf nicht vergessen, dass wir in einer Stadt mit 40.000 Einwohnern leben, wo lieber alles tot geschwiegen wird.

Das der Singener Bürgermeister versucht haben soll, über eine Klage das Diamorphin



JES am Gedenktag 21. Juli 2010

Programm am Standort Singen zu verhindern, zeigt deutlich, dass es hier viel zu tun gibt. Wir hoffen in Zukunft noch weitere Leute zu finden, die auch Lust haben sich bei JES mit uns zusammen für die Interessen Drogengebrauchender Menschen stark zu machen. ●

Janka

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

Neuer JES-NRW Landesvorstand gewählt

► Im Rahmen der Mitgliederversammlung des JES-Landesverbands Nordrhein-Westfalen am 21. November 2010 in Köln wurde u. a. ein neuer Landesvorstand gewählt.

Der JES-NRW-Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:

- Christa Skomorowsky, Bonn
- Renate Hermanns, Düsseldorf
- Hartmut Organiska, Köln
- Rolf-Dieter Kuchler, Neuwied
- Guido Truszkowski, Wanne-Eickel
- Dirk Meyer, Köln
- Mathias Häde, Bielefeld

Der JES-Bundesvorstand gratuliert dem neuen Vorstandsteam ganz herzlich und wünscht viel Erfolg bei der Arbeit im Land NRW. Das sich 7 Personen aus 6 unterschiedlichen JES-Gruppen bzw. Standorten zur Wahl gestellt haben ist sicher auch für die bundesweite Arbeit ein positives Signal.

JES-Bundesvorstand

Marco Jesse neuer Vorstand im Akzept Landesverband

► Wir freuen uns, dass mit Marco nach vielen Jahren erstmals wieder ein Mitglied unseres Verbandes im Vorstandsteam von AKZEPT NRW – einem unserer engsten Kooperationspartner – mitwirkt. Wir wünschen Marco an dieser Stelle viel Erfolg für seine Arbeit und wünschen ihm auch einen langen Atem um die Anliegen Drogen gebrauchender Menschen durchzusetzen.

Mitgliederversammlung des JES-Bundesverbands e.V.

► Ein Jahr nach der Gründung des JES-Bundesverbands stand Ende November in Köln die erste Mitgliederversammlung an. Zu unserer großen Freude wurde die Arbeit des neuen JES-Bun-

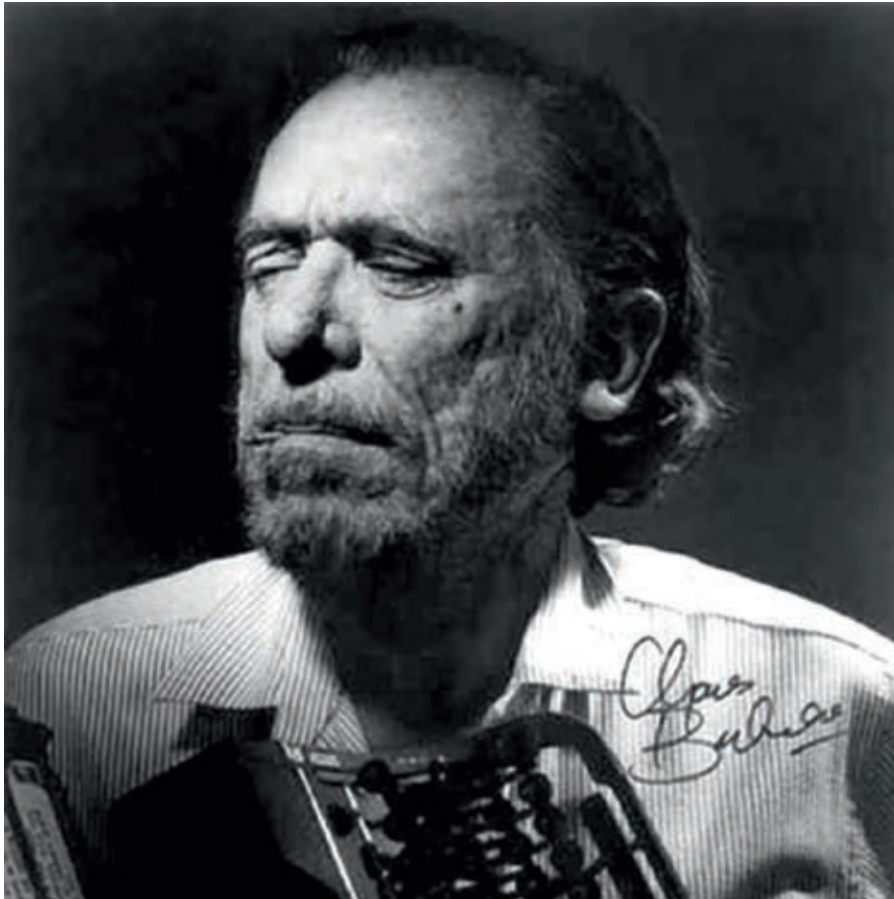
desvorstands positiv bewertet. Im Mittelpunkt der Arbeit des ersten Jahres stand die Entwicklung eines neuen Corporate Designs (Erscheinungsbild), das sich in einem neuen Logo, neuen Medien sowie einer neuen Internetpräsenz widerspiegelt. Darüber hinaus standen intensive Bemühungen um einer verstärkte Lobbyarbeit sowie eine inhaltlich-politische Arbeit im Zentrum der Arbeit des ersten Jahres.



Mitgliederversammlung des JES-Bundesverbands e.V.



Der Vorstand des JES-Bundesverbands e.V.



Literatur im Drogenkurier ...

... JA, WIR HABEN UNS DAZU ENTSCIEDEN. SICHERLICH WERDEN WIR MIT DIESEM BUKOWSKI TEXT NICHT DEN GESCHMACK ALLER LESERINNEN UND LESER DES DROGENKURIER TREFFEN. ABER WANN IST DAS SCHON MAL DER FALL?

WIR HABEN UNS DAZU ENTSCIEDEN ZUM START UNSERER „LITERATURREIHE“ MIT EINEM TEXT VON CHARLES BUKOWSKI ZU DEBÜTIEREN. UNSER DANK GEHT AN DIESER STELLE AN UNSEREN JES-AKTIVISTEN GUIDO AUS WANNE EICKEL, DER DIE RECHTE FÜR DEN ABDRUCK DIESES TEXTES EINGEHOLT HAT UND SICH FÜR EINEN ABDRUCK DIESES TEXTES EINGESETZT HAT. WIR WÜNSCHEN EUCH VIEL SPASS.

Der große Kiffer-Schwindel

Neulich abends ging ich zu so einem Treffen--was für mich gewöhnlich eine unangenehme Sache ist, denn eigentlich bin ich ein verschrobener alter Muffel, der sich lieber allein in seiner Bude besäuft und höchstens darauf hofft, dass im Radio was von Mahler oder Strawinski kommt. Aber da war ich nun mitten im Trubel. Es hatte einen bestimmten Grund, aber das ist wieder eine andere Geschichte, wahrscheinlich länger und noch konfuser als die hier... Jedenfalls, ich stand da alleine rum, trank meinen Wein, und um mich herum toste das Stimmengewirr und irgendwas von den Doors oder Beatles oder Jefferson Airplane, und dann wollte ich mir eine Zigarette anstecken und merkte, dass ich keine mehr hatte. Das passiert mir häufig. In meiner Nähe standen diese zwei Jungmänner und schlenkerten und wackelten mit sämtlichen Gliedmaßen, verrenkten die Hälse, ließen die schlaffen Hände baumeln--kurz und gut, sie waren zwei ausgeleierte, lang-und breitgezogene Gummipuppen, die sich immer mehr in ihre Bestandteile auflösten.

Ich ging zu ihnen hin. „Hey, hat einer von euch 'ne Zigarette?“ Das brachte sie nun völlig aus der Fassung. Sie vollführten richtige Wellenbewegungen. Flipp flapp. „Sowas rauchen wir nicht, Mann!...MANN, wir rauchen doch keine ZIGARETTEN!...“

„Nee, Mann, sowas rauchen wir nicht, Mann...“ Flipp, flapp, flippflapp. Gummi. „Wir gehn nach M-a-li-buuuuuh!“. „Yeah, Mann!“, „Yeah!“ Flippflapp und flappflapp.

Sie brachten es nicht fertig, mir einfach nur zu sagen, dass sie keine Zigaretten hatten. Nein, sie mussten auch noch ihre Masche dazugeben, ihre Religion. Zigaretten waren was für vierkantige Spießler. Sie gingen nach Malibu, in einen angeblich bedienten und lässigen Schuppen, um ein paar Stengel Gras abzubrennen.

Sie erinnerten mich in mancher Beziehung an die alten Jungfern, die an den Straßenecken stehen und den „Wachturm“ feilhalten. Die ganze LSD/STP/Marihuana/Heroin/Haschisch/Hustensaft-Clique leidet unter dem gleichen Juckreiz wie die vom „Wachturm“: entweder du bist einer von uns, Mann, oder du bist für uns gestorben.

Diese Haltung ist anscheinend ein permanentes Muss für alle, die den Stoff nehmen. Kein Wunder, dass sie immer wieder hopps genommen werden – sie können sich nicht mit dem Stoff in aller Stille vergnügen, sie müssen HINAUSPOSAUNEN, dass sie Mitglieder im Klub sind. Außerdem betrachten sie es als unerlässlichen Bestandteil von Kunst, Sex und Alternativgesellschaft. Ihr Acid-Gott Leary gibt das Kommando: „Steigt aus und folgt mir nach“, und dann mietet er hier in der Stadt einen Saal und lässt sie 5 Dollar blechen, dass sie ihm zuhören dürfen. Dann taucht Ginsberg im Windschatten von Leary auf. Und dann verkündet Ginsberg, dass Bob Dylan ein großer Poet ist. Eigenwerbung von Publicity-geilen Wichteln, denen der Pißpott noch am Hintern klebt. Amerika. Aber lassen wir das, denn das ist auch wieder eine andere Geschichte. Das Ding hat eine Menge Fangarme mit Saugnäpfen dran und nicht viel Grips im Kopf, und ich sag's wie es ist. Zurück zu den „Eingeweihten“, den Potheads. Und zu ihrer Sprache.

Groovy, Mann. Duft. Die Scene. Cool. In. Out. Spieß. Swinger. Schaff dich drauf. Baby. Daddy. Und so weiter, und so fort. Die gleichen Floskeln – oder wie immer man es nennen will – habe ich schon 1932 gehört, als ich 12 Jahre alt war. Wenn mir einer nach 35 Jahren immer noch mit dem gleichen Scheiß ankommt, macht er sich bei mir nicht sonderlich beliebt; erst recht nicht, wenn er sich dabei auch noch „hip“ vorkommt. Die meisten dieser Ausdrücke stammen von alten Koksern, von der Löffel- und Nadel-Clique, und zum Teil auch von alten schwarzen Jazzern. Die Typen, die wirklich „in“ sind, reden heute anders. Nur diese synthetischen Hipster, wie die beiden, die ich wegen einer Zigarette angehauen hatte, die reden immer noch, als hätten wir das Jahr 1932.

Und das Pot große Kunst erzeugt, sie, das ist noch die Frage. Und wie. DeQuincy brachte ein paar annehmbare Sachen zustande, und seine „Memoiren eines Opiumessers“ lesen sich ganz flott, obwohl stellenweise auch ganz schön abgedroschen. Es liegt numal in der Natur der meisten Künstler, dass sie alles ausprobieren müssen. Sie sind experimentierfreudig, verzweifelt

und selbstmordgefährdet. Aber bei denen kommt POT erst NACH der Kunst. Auf den Trichter sind sie schon vorher gekommen, von selber. Sicher, etablierte Künstler gehen dann oft dazu über, sich selbst abzufeiern und Pot-Parties sind dazu ein gutes Vehikel. Außerdem liefern sie dem Künstler auch verdammt gutes Material in Gestalt von Leuten, die dabei ihre geistigen Hosen runterlassen, oder wenn nicht runter, dann wenigstens da und dort mal eine Blöße.

In den dreißiger Jahren des vergangenen Jahrhunderts (dem 19.) waren Gaultiers Pot Parties und Sexorgien das Stadtgespräch von Paris. Dass er nebenher Gedichte schrieb, wusste man damals auch. Aber heute kennt man ihn nur noch wegen seiner Parties. Und um auch noch eine andere Seite dieses Dings abzuhaken: es würde mir sehr stinken, wegen des Genusses oder Besitzes von Gras verknackt zu werden. Das wäre ungefähr so, als würde ich bei jemand im Hinterhof an einem paar Schlüpfen schnuppern und deshalb wegen Vergewaltigung drankommen. Gras ist solche Schwulitäten einfach nicht wert. Ein großer Teil seiner Wirkung beruht darauf, dass man fest daran glaubt. Wenn man stattdessen ei-

gern zugeben, dass Alkohol nicht die gleiche Wirkung hat wie Mary. Von Gras kann man high werden, ohne dass es einem groß bewusst wird; bei Sprit weiß man in der Regel ziemlich genau, wann man einen Schlag hat. Ich bin in der Beziehung ein altmodischer Mensch: ich bin mir gern darüber im Klaren, wenn ich blau bin. Aber wenn einer lieber Gras oder Acid oder die Nadel will, dann soll er ruhig. Er wird schon wissen, was am besten für ihn ist. Das ist alles.

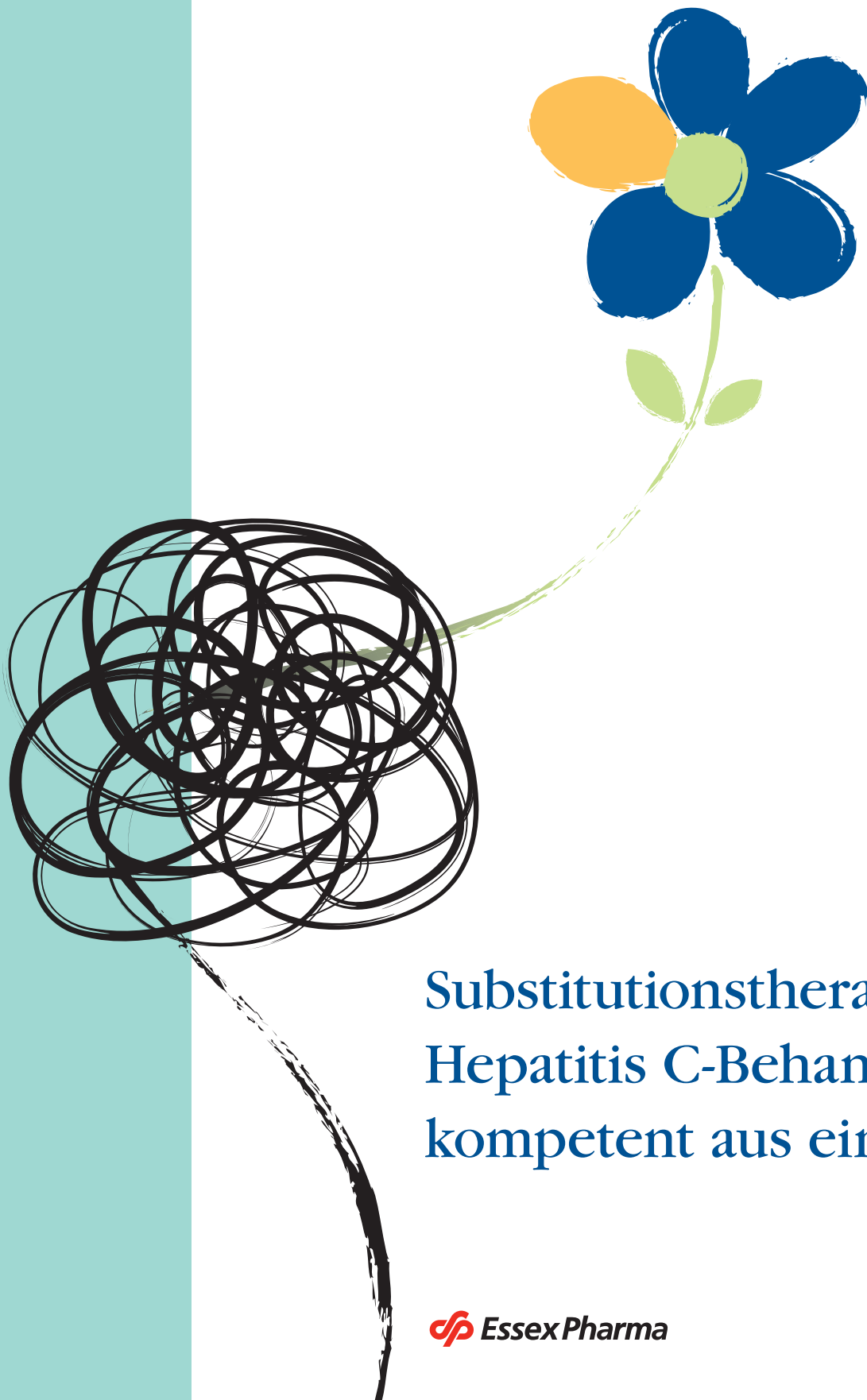
Wir haben schon genug Eierköpfe mit niedrigem Pegelstand, die ihren Kommentar dazu abgeben – warum soll ich hier meinen kostbaren Dotter verspritzen? Und wir kennen inzwischen alle dieses Altweibergewäsch von wegen „Oh, ich finde es einfach SCHRECKLICH, was diese jungen Leute mit sich anstellen, dieses ganze Rauschgift und so Zeug! Ich find es schrecklich“. Und dann sieht man sich diese Oma mal an: keine Augen, keine Zähne, kein Hirn, keine Seele, kein Arsch, kein Mund, keine Farbe, keine Action, kein Humor, nichts. Und man fragt sich, was SIE eigentlich gehabt hat von ihrem Tee und Spritzgebäck und ihrer Kirche und ihrem trauten Heim da unten an der Ecke. Auch alte Männer bringt das Treiben der Jugend gelegentlich auf die Palme – „Verdammt, ich hab mein ganzes Leben lang SCHWER gearbeitet!“ (die halten das für eine Tugend, dabei beweist es nur, dass sie blöde Arschlöcher waren) „Diese Bande will alles UMSONST! Die hocken rum und ruinieren sich mit dope und erwarten von uns, dass wir sie durchfüttern!“

Und dann sieht man sich den Opa mal an: Amen. Er ist bloß neidisch. er ist auf den Leim gekrochen und hat sich um die besten Jahre bescheissen lassen. In Wirklichkeit würde er selber gern einen draufmachen. wenn er nochmal jung sein könnte. Kann er aber nicht. Deshalb sollen alle anderen genauso zu leiden haben wie er. Und damit hat sich's auch schon. die Potheads machen zu viel Wirbel um ihr verdammtes Pot, und die Öffentlichkeit macht zu viel Wirbel darum, dass die sich damit amüsieren. und die Polente hat alle Hände voll zu tun, und die Potheads werden hopps genommen und zetern, dass sich die Balken biegen, und Alkohol ist legal, aber wenn man zu viel davon hat und aufgegriffen wird, lan-



nen synthetischen Stoff verabreichen würde, der genauso riecht, würde sich für die meisten überhaupt nichts ändern. *: „Hey, Baby, das ist GUTER STOFF! Echt bedient!“ Was mich angeht: ein paar Dosen Bier geben mir mehr. Ich lass den Stoff links liegen, nicht weil ich Angst vor der Polente habe, sondern weil er auf mich nicht besonders wirkt mich eher langweilt. Aber ich will

Für eine verantwortungsvolle Substitutionstherapie



Substitutionstherapie und Hepatitis C-Behandlung kompetent aus einer Hand

det man ebenfalls im Knast Schmeiß der menschlichen Rasse irgendwas hin und sie wird sich darum balgen und die Zähne fletschen und mit den Augen rollen. Wenn man Pot legalisiert, wird es in den USA ein bisschen gemütlicher zugehen, aber viel besser wird's nicht werden. Solange es Gerichte und Zuchthäusler und Rechtsanwälte und Gesetze gibt, wird es für sie immer was zu tun geben. Wenn sie verlangen, dass Pot legal wird, dann ist das genauso, als würden sie verlangen, dass man Handschellen erst mit butter einfettet, ehe man sie ihnen anlegt. Der Schuh drückt ganz woanders. deshalb braucht man Whisky oder Pot oder Lederpeitschen oder Anzüge aus Gummi oder ohrenbetäubende Musik, bei der das Gehirn abschnallt. Oder Irrenhäuser oder synthetische Fotzen oder 162 Baseballspiele pro Saison. Oder Vietnam oder Israel oder Angst vor Spinnen. Oder, dass sich deine Ische erst mal ihr vergilbtes Gebiss unterm Wasserhahn abschrubbt, eh du bei ihr drübersteigst. Es gibt antworten, die klare Verhältnisse schaffen, und es gibt welche, die nur die Oberfläche ankratzen. Wir kratzen immer noch an der Oberfläche. Weil wir noch nicht Mensch genug oder real genug sind, um zu sagen, auf was es uns wirklich ankommt. Ein paar hundert Jahre dachte man, der christliche Glaube sei die Antwort auf alles. Nachdem man die Christen den Löwen vorgeworfen hatte, ließ man sich von ihnen den Hunden vorwerfen. Dann sagte man sich, der Kommunismus sei vielleicht für den Bauch des Durchschnittsmenschen ein gewisser Fortschritt. Aber da ging wieder die Seele leer aus. Jetzt spielt man mit den Drogen herum und glaubt, da würde sich die ein oder andere Tür auftun. Die im Osten haben das Zeug schon lange vor der Erfindung des Schießpulvers gefressen. Sie kamen drauf, dass man weniger leidet und schneller stirbt. Pot oder nicht Pot., „Wir gehen nach M-a-li-buu, Mann! Yeah, wir gehn nach Mall-i-BU-UUH!“ Und jetzt entschuldigt mich. Ich dreh mir eine Bull durham. will mal einer ziehen? ●

Quelle: junimea.gds.ro

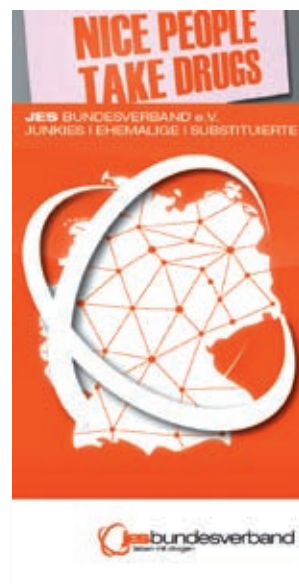
Neue Medien von JES

Mit einer Reihe neuer Medien wollen wir die Aufmerksamkeit für die Arbeit von Drogengebrauchenden Menschen, Ex-Usern und Substituierten erhöhen. Dies sowohl bei Betroffenen als auch bei MultiplikatorInnen der professionellen AIDS- und Drogenarbeit. Wir haben die Hoffnung ihnen mit diesen neuen Medien interessante und ansprechende Infomaterialien an die Hand geben zu können, damit eine vermehrte Verweisung an JES-Gruppen stattfindet. Denn Selbsthilfe zu fördern ist eine zentrale Aufgabe von MitarbeiterInnen im Drogenhilfesystem.

JES-Flyer

Der neue JES-Flyer ist sicher das ideale Medium um interessierte Drogenkonsumenten schnell über die Arbeit und die Ziele von JES zu informieren. Kurz und bündig werden hier der JES-Verband und die gesundheitspolitischen Ziele vorgestellt.

Wie alle anderen Medien auch kann der Flyer direkt beim JES-Bundesverband bestellt werden: Vorstand@jes-bundesverband.de, alternativ hierzu reicht auch eine Mail an den Versand der Deutschen AIDS-Hilfe mit Angabe der gewünschten Stückzahl versand@dah.aidshilfe.de



JES-Selbstverständnis

Wenn man etwas über JES erfahren will, dann dürfte das neue JES-Profil und Selbstverständnis von JES genau die richtige Lektüre sein. Hier werden detaillierte Einblicke in die Entwicklung von JES gegeben, die Stellung von JES im Drogenhilfesystem beschrieben und die Strukturen und Ebenen des JES-Netzwerks abgebildet.

JES-Aufkleber sind unverzichtbar

Zum Jahresende wird das mediale Angebot des JES-Netzwerks um zwei weitere Aufkleber erweitert. Aufkleber erfreuen sich großer Beliebtheit bei Drogengebrauchern sowie bei MitarbeiterInnen der Aids- und Drogenhilfe. Da einer der Aufkleber mit dem Slogan „Sag JA zur Legalisierung“ eine eindeutige gesundheitspolitische Botschaft trägt können Einrichtungen und Personen ihre Unterstützung mit diesem Aufkleber signalisieren.

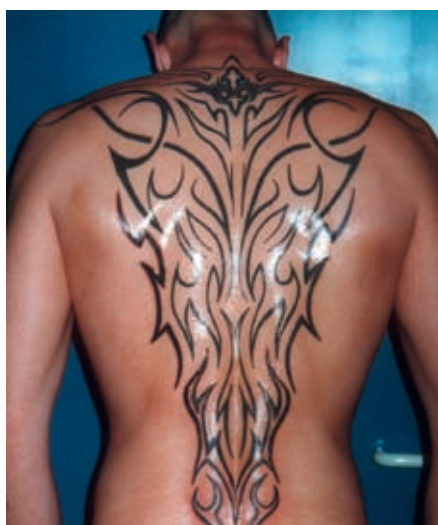
JES im Web

www.jes-bundesverband.de so lautet die neue Adresse von JES im Internet. Alle interessierten erwartet eine Seite ohne viel Schnick-Schnack mit klarer Navigation, klaren Inhalten und einer Vielzahl von Informationen. Wir freuen uns sehr, dass dieses Projekt mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit umgesetzt werden konnte. ●



TATTOO-TRÄGER HABEN DEUTLICH HÖHERES HEPATITIS-C-RISIKO

Menschen mit Tattoos haben ein stark erhöhtes Risiko für eine Hepatitis-C-Infektion. Das hat jetzt eine Metaanalyse ergeben, in der die Studiendaten aus 30 Ländern eingeflossen sind.



Für manche sind Tattoos ein schöner Hautschmuck, doch sie sind nicht ohne Nebenwirkungen.

Die Forscher um Dr. Jane Buxton aus Vancouver haben die Ergebnisse von 124 Studien analysiert (International Journal of Infectious Diseases online). Dabei stellte sich heraus, dass bei Menschen mit Tattoos die Rate der Hepatitis-C-Infektionen nahezu verdreifacht ist im Vergleich zu Zeitgenossen ohne diesen Hautschmuck. Besonders hoch ist das Infektionsrisiko offenbar bei Menschen mit Tattoos, die nicht injizierbare Drogen konsumieren. Bei ihnen war die Hepatitis-C-Rate nahezu um das Sechsfache erhöht. Auch bei drogenabhängigen Tattoo-Trägern, die sich die Drogen spritzten, war die Hepatitis-Rate dreimal so hoch wie bei nichttätowierten Menschen aus dieser Gruppe.

Das Risiko für eine Hepatitis-C ist somit bei Tattoo-Trägern unabhängig von weiteren Risikofaktoren erhöht. Die Forscher führen dies auf mangelnde Beachtung von Hygienevorschriften in manchen Tattoo-Studios zurück. Sie fordern daher eine stärkere Kontrolle der Betreiber.

HEPATITIS C: VIRUS-FREIHEIT AUCH OHNE INTERFERON

Auckland ■ Die Behandlung mit zwei neuartigen oral verfügbaren Hepatitis-C-Medikamenten hat in einer Studie im Lancet (2010; doi: 10.1016/S0140-6736(10)61384-0) die Viruslast innerhalb von zwei Wochen deutlich, teilweise sogar unter die Nachweisgrenze gesenkt. Ein Editoralist hofft auf den baldigen Beginn einer neuen Ära in der HCV-Behandlung.

Während in den letzten zwei Jahrzehnten nicht weniger als 24 neue Wirkstoffe gegen die HIV-Infektion eingeführt wurden, die sehr gezielt in die Virusreplikation eingreifen, basiert die Hepatitis-C-Behandlung weiterhin auf das unspezifische Virustatikum Ribavirin und Wirkstoffen, die sich von Interferon-alpha ableiten.

Die Entwicklung von spezifischen Medikamenten kam nur langsam voran. Nach Auskunft des Editoralisten David Thomas von der Johns Hopkins School of Medicine in Baltimore befinden sich derzeit aber fünf verschiedene Wirkstoffklassen in der klinischen Entwicklung.

Als erste Wirkstoffe könnten im nächsten Jahr Telaprevir und Boceprevir, zwei Protease-Inhibitoren, eingeführt werden. Beide haben, jeweils in Kombination mit einem pegylierten Interferon, bei bis zu 75 Prozent der Patienten eine dauerhafte Virussuppression erzielt. Sie waren auch beim schwierigen Genotyp 1 erfolgreich, wo die derzeitigen Standardtherapien häufig versagen.

Jetzt liegen erste Ergebnisse zu zwei weiteren Wirkstoffen vor: RG7128 ist ein Polymerase-Inhibitor von Pharmasset aus Princeton/New Jersey. Er blockiert die Synthese neuer HCV-RNA. Bei Danoprevir von Intermune aus Brisbane/Kalifornien handelt es sich um einen Protease-Inhibitor, der die Produktion der Viruskomponenten behindert.

Verschiedene Kombinationen aus den beiden Wirkstoffen, die beide oral verfügbar sind, wurden jetzt in einer ersten Dosis-Findungsstudie an 88 Patienten untersucht, die mit dem Genotyp 1 von HCV infiziert waren.

Endpunkt der Studie war die Virussuppression bis zum Tag 13. Hier wurden, wie Edward Gane von der New Zealand Liver Unit in

Auckland berichtet, erstaunlich gute Ergebnisse erzielt. Bei nicht vorbehandelten Patienten senkte die Kombination mit der höchsten Dosierung beider Wirkstoffe die Viruslast um 5,1 log₁₀ IU/ml.

Bei einigen Patienten sank die Viruskonzentration unter die Nachweisgrenze. Selbst bei Therapieversagern einer früheren Ribavirin/Peginterferon-Therapie ging die Viruslast um 4,9 log₁₀ IU/ml zurück, während es unter Placebo zu einem leichten Anstieg um 0,079 log₁₀ IU/ml kam.

Die Kombination wurde gut vertragen und es gab keine Hinweise auf eine Resistenzentwicklung. Dennoch ist es für eine abschließende Bewertung viel zu früh. Das SVT-Kriterium (Sustained Virologic Response) fordert, dass die Patienten mindestens 24 Wochen nach Ende der Therapie noch immer virusfrei sind.

Dem geht bei der derzeitigen Standardtherapie eine Therapie von mindestens 24 bis 48 Wochen voraus. Da alle Teilnehmer der Studie nach dem Ende der 14-tägigen Therapie mit Ribavirin/Interferon weiter behandelt wurden, bleibt die Frage nach der SVR-Rate der neuen Kombination künftigen Studien vorbehalten.

© rme/aerzteblatt.de
15.10.2010

NEUE MEDIKAMENTEN-KOMBINATION GEGEN HEPATITIS-C

Für Patienten mit der häufigsten und schwer zu behandelnden Form der Hepatitis-C-Infektion erweist sich eine neue orale direkt wirkende experimentelle Medikamentenkombination als sicher, gut verträglich und zeigt viel versprechende antivirale Aktivität. Am wichtigsten aber ist, dass das Virus bei einigen Patienten, die auf die Interferon-basierte Standardtherapie nicht reagieren, nach nur 13 Tagen Behandlung mit der Medikamentenkombination nicht mehr nachweisbar war. Die Autoren schlagen vor, dass 8 bis 12 Wochen dieser Therapie ausreichen sollten, viele Hepatitis-C-Patienten zu heilen, sofern sich keine Resistenz entwickelt. Die Ergebnisse wurden bereits vorab online veröffentlicht.

Weltweit sind mehr als 170 Millionen Personen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert, was ein ständig anwachsendes Problem für die öffentliche Gesundheit darstellt. Die Standardtherapie ist eine Kombination der antiviralen Medikamente Interferon und Ribavirin. Allerdings dauert diese Behandlung sehr lange (48 Wochen), hat signifikante Nebenwirkungen und hilft überdies nur der Hälfte der Patienten. Daher besteht eine dringende Notwendigkeit zur Entwicklung eines Behandlungsschemas direkt wirkender antiviraler Medikamente mit verschiedenen Mechanismen. Diese bremsen das Virus und setzen einer Resistenz höhere Grenzen, was Heilungsraten verbessern und die Behandlungsdauer verkürzen kann.

Die INFORM-1-Studie wurde entworfen, um Sicherheit, Verträglichkeit und antivirale Aktivität einer oralen Kombinationstherapie zu untersuchen. Hierzu wurden bei Patienten mit chronischer HCV zwei experimentelle Medikamente, RG7128 (ein Polymerase-Hemmer, der die Verlängerung der neuen HCV-RNA-Kette blockiert) und Danoprevir (ein Protease-Hemmer; blockiert ein Enzym, das das Virus zur Eigenreplikation benötigt) eingesetzt.

88 Patienten mit der häufigsten Form des Virus (Genotyp 1) wurden in eine von sieben Behandlungsgruppen eingeteilt und randomisiert, um dort verschiedene Dosierungen und Maßnahmenpläne einer Kombinationstherapie (74) oder eines Placebos (14) für bis zu 13 Tage zu durchlaufen. Einige Patienten wurden zuvor noch niemals behandelt, bei anderen hatte die Interferon-basierte Standardtherapie versagt. Änderungen der HCV-RNA-Konzentrationen (Virusbelastung im Blut) wurden zu Beginn der Studie und in regelmäßigen Intervallen während der Behandlung bis zum Tag 14 gemessen.

Die niemals zuvor behandelten Patienten, die die höchste Dosis der beiden Medikamente (zweimal täglich 1000 Milligramm RG7128 sowie 900 Milligramm Danoprevir) erhielten, zeigten nach 14 Tagen eine mittlere Verringerung der HCV-RNA-Konzentration von 5,1 log₁₀ IU pro Milliliter. Demgegenüber zeigten die Patienten, die auf eine vorherige Standardtherapie nicht reagierten, eine Reduktion von 4,9 log₁₀ IU pro Milliliter. Bei mit Placebo behandelten Patienten fand sich eine Steigerung von 0,079 log₁₀ IU pro Milliliter.

Die kombinierte Behandlung mit RG7128 und Danoprevir wurde allgemein gut vertragen, und brachte keine therapiebezogenen schweren Nebenwirkungen und sicherheitsrelevanten Unterbrechungen der Therapie mit sich.

Zudem gab es keine Hinweise auf Therapieresistenzen, im Gegensatz zur raschen Resistenzentwicklung bei einigen Klassen direkt wirkender antiviraler, als Monotherapie gegebener Medikamente.

Die Autoren folgern: „Die Kombination aus RG7128 und Danoprevir sollte weiter entwickelt werden und könnte für Patienten mit chronischer HCV-Infektion eine praktikable Interferon-freie orale Maßnahme darstellen.“

In einem Kommentar betont David Thomas von der Johns Hopkins School of Medicine in Baltimore, dass auch eine zu 100 Prozent wirksame Therapie viele dieser Infizierten nicht heilen wird, da „nur ein kleiner Anteil der geschätzten 170 Millionen Menschen mit chronischer Hepatitis-C-Infektion überhaupt weiß, dass er infiziert ist; und noch weniger jemals eine Behandlung beginnen.“

Der Kommentator fügt jedoch hinzu: „Andererseits, wenn die Interferon sparende Therapie sicherer, wirksamer und einfacher zu verabreichen ist, dann könnte ein solcher Ansatz Testläufe, Behandlungsaufnahmen und Behandlungswirkung merklich ausweiten, vergleichbar dem, als die Entwicklung von hochaktiven antiretroviralen Therapien zu ausgeweitetem Testen und Behandeln von HIV führte.“

Quelle: <http://www.thelancet.com>

OPIATE: IMPLANTAT MACHT BUPRENORPHIN- SUBSTITUTION VERLÄSSLICHER

Los Angeles ■ Subkutane Implantate könnten die Compliance der Opiatabhängigen bei der Buprenorphin-Substitution verbessern und einen Schwarzmarkt verhindern. Eine Phase-III-Studie im US-amerikanischen Ärzteblatt JAMA 2010; 304: 1576-1583) attestiert dem Präparat eines US-Herstellers jetzt eine passable Wirksamkeit.

In der Substitutionstherapie von Heroin-abhängigen ist Buprenorphin eine attraktive Alternative zu Methadon. Denn der partielle Opiat-Agonist ist weniger anfällig gegenüber Überdosierungen und auch außerhalb der großen Substitutionszentren verfügbar. In vielen Ländern ist die sublinguale Buprenorphin-Substitution deshalb sehr beliebt.

Es lässt sich allerdings kaum verhindern, dass das starke Opiat auf den Schwarzmarkt gelangt – selbst wenn es in vielen Ländern mit dem Antagonisten Naloxon versetzt ist. Bei einer unzuverlässigen Einnahme kommt es außerdem schnell zu Entzugssymptomen und die Rückfallquote der Patienten ist deshalb hoch.

Beide Probleme könnten durch subkutane Implantate gelöst werden, die den Wirkstoff über mehrere Monate kontrolliert freisetzen. Das Präparat eines US-Herstellers wurde jetzt an 18 Behandlungszentren des Landes in einer Phase-III-Studie untersucht. 108 Patienten – zu zwei Drittel Heroin-, zu einem Drittel Medikamentenabhängige – wurden jeweils vier 26 mm lange und 2,5 mm dicke Implantate in 2 bis 3 mm Tiefe ins Unterhautfettgewebe am Arm eingebracht.

Wenn notwendig konnten die Probanden ein fünftes Implantat erhalten. Nach 6 Monaten wurden alle Implantate entfernt, was einen kleinen chirurgischen Eingriff erfordert, der eine kurze Narbe hinterlässt. In einer Vergleichsgruppe von 55 Patienten wurden Implantate mit Placebo implantiert, was ethisch gerechtfertigt war, weil die Patienten in beiden Gruppen bei Bedarf zusätzlich Sublingualtabletten mit Buprenorphin erhalten konnten.

Wie Walter Ling von der Universität Los Angeles und Mitarbeiter berichten, erhöhten die Buprenorphin-Implantate den Anteil der negativen Urinkontrollen – als Hinweis auf einen fortgesetzten Drogenkonsum – von durchschnittlich 28,3 auf 40,4 Prozent.

Auch in den sekundären Endpunkten wurde eine Wirksamkeit nachgewiesen: Insgesamt 65,7 gegenüber 30,9 Prozent nahmen bis zum Schluss an der Studie teil. Auch die Häufigkeit von Entzugssymptomen wurde ebenfalls signifikant gesenkt.

Im Buprenorphin-Arm gab es keine Therapieversager: Alle kamen mit vier oder fünf Implantaten aus. Im Placebo-Arm wurden 30,9

Prozent der Patienten als Therapieversager eingestuft, weil sie häufiger als dreimal in der Woche Sublingualtabletten nachfragten.

Die Implantate lösten nur geringe Lokalreaktionen aus, wobei es zwischen Buprenorphin und Placebo keine Unterschiede gab. Der Hersteller führt derzeit eine zweite Phase-3-Studie durch und will sich nach deren Abschluss um eine Zulassung in den USA und in Europa bemühen.

© rme/aerzteblatt.de

DIAMORPHIN-THERAPIE IN HAMBURG NUN GESICHERT

Hohe Anforderungen stellt die Diamorphin-Behandlung Schwerstabhängiger.

HAMBURG (di). ■ Kassen und KV in Hamburg haben eine Honorarvereinbarung zur Behandlung schwerstkranker opiatabhängiger Patienten mit Diamorphin geschlossen).

Zuvor war die Diamorphin-Behandlung für Opiatabhängige, die mit herkömmlichen Methoden nicht therapierbar sind, vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Regelleistung der GKV in den Leistungskatalog aufgenommen worden. Dazu waren Erfahrungen aus Modellversuchen in verschiedenen Regionen ausgewertet worden.

Voraussetzungen für die Verordnung der Leistungen: Die Patienten müssen seit mindestens fünf Jahren abhängig sein, zwei erfolglos beendete oder abgebrochene Suchtbehandlungen hinter sich und das 23. Lebensjahr vollendet haben. Die Therapie muss mindestens sechs Monate durch eine psychosoziale Betreuung begleitet werden. Die Behandlung mit Diamorphin darf nur in speziell dafür geeigneten Einrichtungen stattfinden.

In Hamburg ist dies die Ambulanz Altona der Asklepios Klinik Nord. Hamburgs Gesundheitssenator Dr. Dietrich Wersich zeigte sich mit der Einigung zwischen KV und Kassen zufrieden. Hamburg hatte eine entsprechende Gesetzesänderung initiiert. Die Kosten für die begleitende psychosoziale Betreuung werden weiterhin durch Zuwendungen der Gesundheitsbehörde getragen.

Ärztezeitung
18.10.2010

JES-Bundesverband e.V.

Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 0175 6680687
Fax: 030 69008742
vorstand@jes-bundesverband.de
www.jes-bundesverband.de

JES-Westschiene

JES Bielefeld e.V.
c/o AIDS-Hilfe Bielefeld
Ehlentrupper Weg 45 a
33604 Bielefeld
Tel.: 0521/13 33 88
Fax: 0521/13 33 69
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 INDRÖ Münster
Bremer Platz 18-20
48155 Münster
Tel: 0251/601 23
Fax:0251/66 65 80
Ansprechpartner: Dennis
Reinhardt

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

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

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

**Bitte teilt uns
eventuelle Adress-
änderungen mit !!!
(Stand der Adressen:
1. Dezember 2010)**

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
Döbbekkehof 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 Rützen

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. 38
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. 8b
86663 Bäumenheim

JES Frankfurt Ost

Waldstr. 30
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

JES Lörrach

c/o C. Droste
Spitalstr 68
79539 Lörrach

Metha Job

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

Junkie Bund Nürnberg

c/o Norbert Spangler
Bulmannstr. 43
90459 Nürnberg

JES Würzburg

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

Drogenselbsthilfe 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

Bundesweite Internetseite:
www.jes-bundesverband.de

Aktuell und lesenswert:
www.trio-media.de/jesjournal/



Der JES-Bundesverband wünscht allen
Leserinnen und Lesern ein verschneites Weihnachtsfest!



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