

DROGENKURIER

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

MÄRZ 2012

NR. 89

JUNKLES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE



Meine Behandlung Meine Wahl

Meine Behandlung Meine Wahl

Man muss für sich selber herausfinden, was für einen am Besten ist.

Katrin
Deutschland

IMPRESSUM

Nr. 89, März 2012

Herausgeber des
DROGENKURIER:

JES*-Bundesverband e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 030/69 00 87-56
Fax: 030/69 00 87-42
Mobil: 0175/6 68 86 87
Mail: vorstand@
jes-bundesverband.de
www.jes-bundesverband.de

Das Redaktionsteam:

Mathias Häde
Katrin Heinze
Marco Jesse
Jochen Lenz
Fabrice Olivet
Claudia Schieren

Mitarbeit: Dirk Schäffer

Titelfoto: meinebehandlung-
meinewahl.eu

Layout, Satz: Carmen Janiesch

Druck: AZ Druck
Sportfliegerstr. 6
12487 Berlin

Auflage: 1.600 Exemplare

Der DROGENKURIER wird
unterstützt durch
Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Reckitt & Benckiser
Sanofi Aventis

* Junkies, Ehemalige,
Substituierte

Die Nennung von Produktnamen
bedeutet keine Werbung.

LIEBE LESERINNEN UND LESER DES DROGENKURIER, LIEBE FREUNDINNEN UND FREUNDE DES JES-BUNDESVERBANDS!

► **MEINE BEHANDLUNG MEINE WAHL**, so lautet der Slogan der ersten europäischen Informationskampagne von Opiatkonsumenten für Opiatkonsumenten. Welche Behandlungsform ist für mich die richtige? Will ich mich überhaupt in Behandlung begeben? Welche Möglichkeiten bietet mir das Hilfesystem als Opiatkonsument? Auf diese und viele andere Fragen versucht die neue Kampagne Antworten zu finden. Für den deutschsprachigen Raum hat der JES-Bundesverband maßgeblich an der Entwicklung dieser Kampagne mitgewirkt. Das wirklich besondere an diesem Projekt ist aber, dass wir erstmals die Erfahrungen von Opiatkonsumenten aus Deutschland und anderen europäischen Ländern mit verschiedenen Behandlungen in Wort und Bild festgehalten haben. Darüber hinaus berichten Eltern und Angehörigen in Videospots von ihren Erfahrungen.

Eine mutige und frische Kampagne wie wir finden, aber macht euch in unserem Leitartikel einfach euer eigenes Bild von **MEINE BEHANDLUNG MEINE WAHL**.

► Dass es auch um die Weihnachtszeit keinen Stillstand an neuen Themen und Berichten gab, spiegelt sich insbesondere in unserer Rubrik **LEBEN MIT DROGEN** wieder. So berichten wir in dieser Ausgabe von der Anhörung im Bundestag zu Cannabis Social Clubs. Eine aktuelle Studie bildet erstmals die Versorgungslage zu Angeboten in den Bereichen Safer Use und Safer Sex ab und den Abschluss bildet ein Beitrag zum neuen Bericht der Bundesopiumstelle über neue Entwicklungen in der Substitutionsbehandlung.

► Ein Blick nach Frankreich erweitert unsere neue Serie **DROGENSELBSTHILFE INTERNATIONAL** und stellt das französische Drogenselbsthilfenetzwerk **ASUD** vor.

► Wir als Redaktionsteam würden uns sehr freuen, wenn ihr in Leserbriefen zu einzelnen Beiträgen oder Einschätzungen des JES-Bundesverbandes Stellung beziehen würdet. Wir versprechen euch, dass wir die ersten Leserbriefe alle abdrucken werden!!!

Das Redaktionsteam



meinebehandlungmeinewahl

Ein Informationsportal von und für Opiatkonsumenten

Neutrale und wertfreie Informationen sind vielfach die Voraussetzung, um über die eigene Situation nachdenken und gegebenenfalls Veränderungen anstreben zu können.

Aus diesem Grund haben wir, der JES-Bundesverband, diese neue Webseite erstellt. Dies mit dem Ziel Opiatkonsumenten und Substituierten nützliche Informationen über die Optionen zu geben, die es zur Behandlung der Heroinabhängigkeit gibt.

Unser Ziel ist es zu informieren. Wichtig ist uns, dass Du als Opiatgebraucher und als Substituierter selbst entscheiden musst. JES stellt unterschiedliche Behandlungsoptionen vor, die dazu beitragen können den Konsum zu kontrollieren oder eine bestehende Abhängigkeit zu behandeln.

 **MBMW**
(Meine Behandlung meine Wahl)
ein europäisches Gemeinschaftsprojekt

Neben der Tatsache, dass dies das erste Internetportal ist, das Behandlungsoptionen

speziell für Opiat gebrauchende Frauen und Männer darstellt, kommt einem anderen Umstand eine ebenso große Bedeutung zu. Erstmals haben sich führende europäische Usergruppen mit dem Ziel zusammengefunden hochwertige Informationen zum Opiatkonsum und den in Europa zur Behandlung zur Verfügung stehenden Optionen bereitzustellen.

Neben Deutsch steht **Meine Behandlung meine Wahl** in folgenden Sprachen zur Verfügung:

-  Dänisch,
-  Englisch,
-  Finnisch,
-  Griechisch,
-  Italienisch,
-  Niederländisch,
-  Norwegisch,
-  Portugiesisch,
-  Schwedisch und
-  Spanisch.

Was ist das Neue?

Wir haben das Ziel mehr Menschen, sowohl Betroffene als auch Angehörige und Freunde, über die verschiedenen Möglichkeiten des Umgangs und der Behandlung einer Opiatabhängigkeit zu informieren. Genau dieses Ziel verfolgt das neue Portal. Aber was ist daran das neue, denn es gibt viele Seiten die Infos über die Substitution vorhalten.





Johannas* Geschichte



Stefans und Andreas* Geschichte



Das Menü zum Bereich „Medikamente“

Videoclips

Diese Seite ist anders, denn sie begnügt sich nicht mit den üblichen Informationen zur Substitution. MBMW gibt sowohl Betroffenen als auch Angehörigen die Möglichkeit über Videoclips über ihre ganz persönlichen Erfahrungen zu berichten.

Natürlich gibt es nicht nur Erfahrungsberichte aus Deutschland. Drogengebraucher und Angehörige aus der ganzen Welt beeindruckt mit ihren Geschichten über ein Leben mit Heroin sowie ihren vielfältigen Versuchen Risiken zu reduzieren oder abstinent zu werden. Übrigens sind alle Erfahrungsberichte mit deutschen Untertiteln ausgestattet worden.

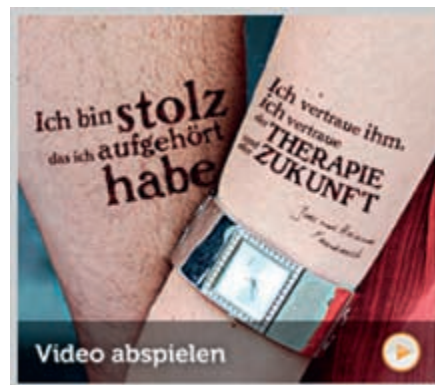
Von der Nichtbehandlung bis zur Abstinenztherapie

Bisher bestehende Seiten zeigen sich eher monothematisch. Diese Seite ist anders, denn sie zeigt Informationen zu fast allen Behandlungsoptionen für Opiatkonsumenten – einschließlich der Option zur Nichtbehandlung – denn jeder weiß am besten selbst, wann die Zeit reif ist für eine Behandlung.

Die Seite bietet Informationen zur ambulanten und stationären Therapie, sowie zum motivational Interviewing als eine der neuen erfolgreichen Methoden der Reduzierung von Beikonsum. Darüber hinaus geht's um das Thema Entgiftung, die medikamentengestützte Rückfallprävention sowie ganz grundsätzliche Möglichkeiten der medikamentengestützten und medikamentenfreien Therapie. Viel mehr kann ein Internetportal nicht bieten.

Substitution als Erhaltungstherapie im Blickpunkt

Natürlich steht das Thema Substitutionsbehandlung im Blickpunkt. Alle in Europa zur Verfügung stehenden Medikamente werden mit ihren Potentialen und Nachteilen vorgestellt. Hierbei haben wir darauf geachtet, dass die Nutzer nicht mit Informationen übersättigt werden. Nach einigen Kerninfos, bietet jeder Bereich ein weiteres Untermenü mit Detailinfos. Hierbei haben wir besonderen Wert darauf gelegt das bestehende Mythen, die in Drogenszenen kursieren, aufgegriffen und widerlegt werden.



Beispiele für Originalzitate der Mitwirkenden

Cooler Layout

Eigenlob stinkt – aber wir sind dennoch vom Layout und der Menüführung der neuen Internetpräsentation www.meine-behandlungmeinewahl.eu überzeugt. Die als Tätowierungen gestalteten Aussagen der Modelle unterstützen den modernen Look unserer Seite.

...aber woher kommt das Geld für meinebehandlung-meinewahl.eu?

Klar ist, dass weder JES oder irgendeine andere europäische Userorganisationen die finanziellen Mittel hat um ein solches Projekt zu realisieren. Allein die Übersetzung in aktuell zehn Sprachen kostet beim Umfang dieser Seiten viele tausend Euro.

Vielen wird der Name Reckitt Benckiser nichts sagen. Wenn wir aber den Namen Subutex oder Suboxone ins Spiel bringen, werden viele von euch sicher eine Ahnung haben. Reckitt Benckiser ist ein weltweit tätiges Unternehmen, das auch im pharmazeutischen Bereich tätig ist und die bei-



ser neuen Webseite bekommen. Dies ist die Grundlage das OpiatgebraucherInnen einen authentischen Überblick über ein vielfältiges Behandlungsspektrum erhalten.

Jetzt nach mehr als einem Jahr können wir sagen, dass diese Zusammenarbeit hervorragend funktioniert hat.

Eine europäische Imagekampagne

Wenn über Drogenkonsumenten berichtet wird, so sind Meldungen über positive Entwicklungen die absolute Seltenheit. Auch die Substitution selbst hat in der Öffentlichkeit zu Unrecht ein sehr negatives Image. Dies wird maßgeblich durch die Medien geschürt, denn Erfolgsmeldungen zählen nicht Skandale hingegen schon.

Daher verstehen wir dieses Projekt auch als eine Imagekampagne für OpiatgebraucherInnen und für die substituionsgestützte Behandlung, als erfolgreichste Behandlungsform für Opiatkonsumenten.

Neben dem Internetportal beinhaltet **Meine Behandlung Meine Wahl** (MBMW) unterschiedliche Medien, die zum Zeitpunkt des Drucks dieser Ausgabe des DROGENKURIER bereits in vielen eurer Drogenhilfen und bei euren Ärzten ausliegen sollten. Wir haben darauf geachtet, dass es ein umfangreiches und differenziertes Medienpaket mit Postern, Postkarten, Broschüren und Kurzinformationen gibt, die eure unterschiedlichen Bedarfe aufgreifen. ●

► Schaut einfach mal auf die Seiten der Deutschen AIDS-Hilfe unter <http://aidshilfe.de/de/shop> oder werft einen Blick auf die Internetseiten des JES-Bundesverbands unter www.jes-bundesverband.de



den Medikamente SUBUTEX und SUBOXONE vertreibt.

Jetzt werden einige sicher fragen: „Ist es denn okay, dass JES sich als Selbsthilfeorganisation eine solche Seite von einer Pharmafirma finanzieren lässt, die doch sicher ihre ganz eigenen Interessen hat“. Ihr habt selbstverständlich recht, Reckitt Benckiser als Sponsor verfolgt seine Interessen als Unternehmen. Wir haben aber festgestellt, dass in vielen Bereichen unsere Ziele und Interessen ähnlich oder gar Deckungsgleich sind. So wollen Selbsthilfe und Industrie die Rahmenbedingungen der Substitution verbessern. Wir als JES-Bundesverband haben unsere Zusagen an eine Zusammenarbeit bei diesem Projekt immer davon abhängig gemacht, dass wir immer den letzten Blick auf Texte und Veröffentlichungen haben und nichts ohne unser Wissen freigegeben wird. Wir haben selbstverständlich darauf geachtet, dass alle Substitute gleichberechtigt genannt werden und auch Behandlungsformen außerhalb der Substitution ihren Platz auf die-



Beispiel eines Flyers, Posters und einer Postkarte

Angebot und Verbreitung von Safer Use Maßnahmen in Deutschland

Eine Bestandsaufnahme des IFT im Auftrag des BMG

Der injizierende Drogenkonsum stellt eine der wichtigsten Ursachen für schwerwiegende Gesundheitsprobleme unter Drogenkonsumenten (v.a. Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS und Hepatitis C) dar. Die Prävention und Minimierung dieser Gesundheitsschäden ist sowohl auf europäischer Ebene als auch in Deutschland ein ausdrücklich formuliertes Ziel der Drogenpolitik.

Zu den bedeutendsten schadensminimierenden Maßnahmen in diesem Bereich zählen so genannte Spritzentauschprogramme. Die Versorgung von Drogenkonsumenten mit sterilem Injektionsbesteck soll dabei vor allem die Verbreitung von Infektionskrankheiten reduzieren, aber auch als Möglichkeit für eine Weitervermittlung in Behandlung, die Vermittlung von „Safer-Use“- und „Safer-Sex“-Informationen sowie zur Kontaktaufnahme mit einer ansonsten schwer zu erreichenden Zielgruppe genutzt werden.

In den letzten Jahrzehnten sind Angebote zum Spritzentausch (häufig in Verbindung mit anderen „Safer Use“- oder „Safer Sex“-Maßnahmen) auch in Deutschland ausgebaut worden. Es liegen aber kaum systematische Informationen zu Art, Umfang und Qualität der Aktivitäten vor. Bundesweite Statistiken über die exakte Zahl der Vergabestellen oder die Zahl verteilter Spritzen, Kanülen, Kondome etc. stehen bislang nicht zur Verfügung.

Darüber hinaus existieren nur wenige Informationen zu den Strukturen/Rahmenbedingungen der bestehenden Angebote (z. B. wer über die Einführung und Aufrechterhaltung von Programmen entscheidet, wer diese finanziert, ob die Programme evaluiert werden oder ob es systematische Schnittstellen zu anderen Beratungs-/ Behandlungsangeboten gibt).

Ziel dieser vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Untersuchung war vor diesem Hintergrund die systematische Zusammenstellung verfügbarer Informationen zu Maßnahmen und Vorgehensweisen im Bereich „Safer Use“ auf Bundes- und Landesebene sowie in ausgewählten Städten Deutschlands. Darüber hinaus wurden bei den Experten auch Informationen zu Angeboten im Bereich „Safer Sex“ erfragt.

Keine systematischen Daten

Eine Bezifferung der in Deutschland existierenden Angebote zu „Safer Use“ und „Safer Sex“ für Drogenkonsumenten war auf der Grundlage der erhobenen Informationen im Rahmen der Untersuchung nicht möglich.



Safer Use Broschüre der Deutschen AIDS-Hilfe

Die Datenlage zu den Mengen abgegebener/ verkaufter und getauschter „Safer Use“ Utensilien ist auf Einrichtungsebene allerdings relativ gut (zahlreiche Jahresberichte, Einrichtungsstatistiken). Es existieren jedoch keine systematischen Daten zur Nutzung der „Safer Use“ Maßnahmen durch die Zielgruppe.

Insgesamt fehlen sowohl bei den Angeboten zum „Safer Use“ als auch zu „Safer Sex“ (bei Drogenkonsumenten) belastbare Daten zum existierenden Bedarf, die eine notwendige Voraussetzung zur Bewertung der Angebote darstellen. Übergreifende Standards zur Durchführung von „Safer Use“ und/oder „Safer Sex“ Maßnahmen konnten nicht identifiziert werden.



Basierend auf der Einschätzung der befragten Experten aus den Bundesländern wird das Gesamtangebot von „Safer Use“ Maßnahmen mehrheitlich als unzureichend beurteilt. Einschränkend muss man anmerken, dass das Wissen der Experten der Suchthilfe zur Verfügbarkeit von „Safer Use“ Angeboten auf Landesebene ausgesprochen heterogen ist. Dabei sind (im Bereich der Suchthilfe) die auf Landesebene verfügbaren Informationen zu „Safer Use“ Maßnahmen noch umfangreicher als im Bereich „Safer Sex“.

Deutliches Stadt/Land Gefälle

Hinsichtlich der Verfügbarkeit von „Safer Use“ Angeboten existiert ein deutliches Stadt-Land Gefälle, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Mehrheit der injizierenden Drogenkonsumenten vermutlich in Ballungszentren lebt. Dennoch werden von den Experten insbesondere im ländlichen Raum zum Teil deutliche Versorgungsdefizite benannt. Die Verfügbarkeit von Informationsmaterial zum „Safer Use“ wird grundsätzlich positiv beurteilt.

Die Durchführung von Trainings zum „Safer Use“ stellt die absolute Ausnahme dar. Aus Expertensicht besteht ein Versorgungsdefizit im Strafvollzug, verfügbare Maßnahmen beschränken sich hier praktisch ausschließlich auf die Abgabe von Informationsmaterial.

Zeitlich unbefristete Versorgung nur durch Spritzenautomaten

Eine zeitlich unbefristete Versorgung mit Injektionsutensilien ist praktisch nur durch Automaten (oder Apothekennotdienste) gewährleistet (sofern sie jederzeit öffentlich zugänglich sind). Aus diesem Grund ist in denjenigen Bundesländern, in denen keine Automaten zum Verkauf von Spritzen existieren in der Regel Nicht von einem zeitlich unbefristeten Zugang zu Spritzbestecken auszugehen.

Vor dem Hintergrund, dass z. B. in Berlin etwa 40 % der von der Suchthilfe zur Ver-



Spritzenautomat in München

fügung gestellten Spritzen über Automaten abgegeben werden, erscheint eine ausreichende Versorgung der Betroffenen in Regionen ohne Automaten auch aus Sicht der befragten Experten fraglich zu sein, da die Identifikation und das Aufsuchen der jeweils diensthabenden Nachtapotheke(n) für die Zielgruppe vermutlich eine erhebliche Hemmschwelle darstellt.

Gesamtangebot von „Safer Use“-Maßnahmen wird mehrheitlich als unzureichend beurteilt

Mit Ausnahme einer kleinen Minderheit der Sucht-/Drogenbeauftragten der Länder werden unabhängig vom Charakter der jeweiligen „Safer Use“ Maßnahmen (Training, Spritzentausch, Informationsmaterial) sowohl auf Landesebene, den Experten aus den neun Städten, den anderen eingeschlossenen Institutionen und sporadisch auch durch die ausgewählten befragten Einrichtungen der Suchthilfe (die nicht um eine Bewertung gebeten wurden) immer wieder konkrete Defizite bei Safer Use Maßnahmen identifiziert, die z. B. in einer mangelnden Versorgung insbesondere im ländlichen Raum, im Strafvollzug sowie in fehlenden oder nicht gesicherten personellen und finanziellen Ressourcen zur Aufrechterhaltung von „Safer Use“ Maßnahmen gesehen werden.

Vergleichsweise positiv sehen die Vertreter der Bundesländer die Verfügbarkeit von Informationsmaterialien zum „Safer Use“, wobei auch hier noch deutlicher Verbesse-

rungsbedarf insbesondere im Hinblick auf die flächendeckende Verfügbarkeit identifiziert wird.

Die Materialien an sich existieren vielerorts, deren (aktive) Weitergabe an die Betroffenen scheint jedoch nicht in allen Fällen gewährleistet zu sein. Insbesondere in diesem Zusammenhang wird auch auf die Möglichkeit verwiesen, neben den „klassischen“ Angeboten für Drogenkonsumenten (Beratungsstellen, niedrigschwellige Angebote) auch Ressourcen

wie Arztpraxen und Apotheken stärker als bisher in die Aufklärungsarbeit einzubeziehen.

Was ist zu tun?

Schätzungen zur Anzahl der injizierenden Drogenkonsumenten und die Klärung der Bedürfnisse dieser Klientel hinsichtlich der Nutzung von „Safer Use“ und „Safer Sex“ Angeboten stellen eine notwendige Voraussetzung dar, um eine fundierte Beurteilung der Nutzung und Angemessenheit der Versorgungsangebote vornehmen zu können.

Derartige Daten liegen allerdings sowohl auf Landes- als auch kommunaler Ebene nicht vor.

Fehlende Standards und Bedarfsklärung

Das Fehlen von Standards zur Durchführung von „Safer Use“ und „Safer Sex“ Angeboten erschwert die Vergleichbarkeit der gewonnenen Informationen erheblich. Bereits die Versorgung der Zielgruppe mit sauberen Injektionsmaterialien erfolgt nach völlig unterschiedlichen Standards (z. B. freie Vergabe, Tausch nur gegen gebrauchte Utensilien, Verkauf, parallele Angebote), die völlig offen lassen, nach welchen Kriterien, mit welchem Ziel und welchem Effekt die jeweiligen Strategien zur Anwendung kommen.

Es wird daher empfohlen, für die Durchführung von Trainingsmaßnahmen inhaltliche und strukturelle Mindeststandards (mindestens: Schriftliche Konzepte zur

Durchführung) zu entwickeln, die eine Vergleichbarkeit und Bewertung dieser Angebote ermöglichen.

Aktive Einbeziehung der Zielgruppe

Das Gesamtangebot von Maßnahmen zum „Safer Use“ bedarf in zahlreichen Regionen des weiteren Ausbaus. Dabei ist insbesondere Wert auf die Implementierung von Angeboten zu legen, die die Zielgruppe aktiv einbeziehen (Training) und/oder die be-

reits an vielen Orten grundsätzlich verfügbaren Materialien (Informationsmaterial) aktiv weitergeben und ggf. mit persönlicher Informationsvermittlung verbinden.

Finanzielle Sicherheit

Die Umsetzung und Aufrechterhaltung von Angeboten insbesondere im Bereich „Safer Use“ bedürfen (z. B. mit dafür ausgewiesenen Mitteln) der strukturellen finanziellen Sicherheit. In diesem Zusammenhang ist die Entwicklung von Mindeststandards zur

Schaffung von Qualitätssicherungsmerkmalen ein wichtiger Beitrag zur Schaffung der notwendigen Transparenz bei der Umsetzung der jeweiligen Maßnahmen.

Stärkere Einbeziehung von Ärzten und Apotheken

Vor dem Hintergrund ihres Beitrags zur Versorgung injizierender Drogenkonsumenten sollten Ärzte und Apotheker eine aktivere Rolle bei der Wissensvermittlung zu „Safer Use“ und „Safer Sex“ einnehmen. ●



Kommentar: Bisher gab es die Einschätzung, dass die Bereitstellung von Utensilien zum risikoreduzierten Drogenkonsum in Deutschland zufriedenstellend bis gut ist. Die Ergebnisse dieser wichtigen Erhebung lässt uns an dieser Einschätzung nun zweifeln. „Eine Bezifferung der in Deutschland existierenden Angebote zu „Safer Use“ und „Safer Sex“ für Drogenkonsumenten war im Rahmen der Untersuchung nicht möglich. Belastbare Daten zum existierenden Bedarf fehlen“. So das Fazit der Autoren der Studie.

Deutschland ist somit eines der wenigen Länder in Europa, dass sich nicht in der Lage sieht eine realistische Schätzung von Standorten der Spritzenvergabe vorzunehmen – ein Armutszeugnis wie JES findet.

Wir möchten die Gelegenheit nutzen um uns beim Studienleiter Herrn Tim Pfeiffer-Gerschel und seinem Team zu bedanken. Ohne ihr Engagement wären selbst diese Ergebnisse nicht zustande gekommen.

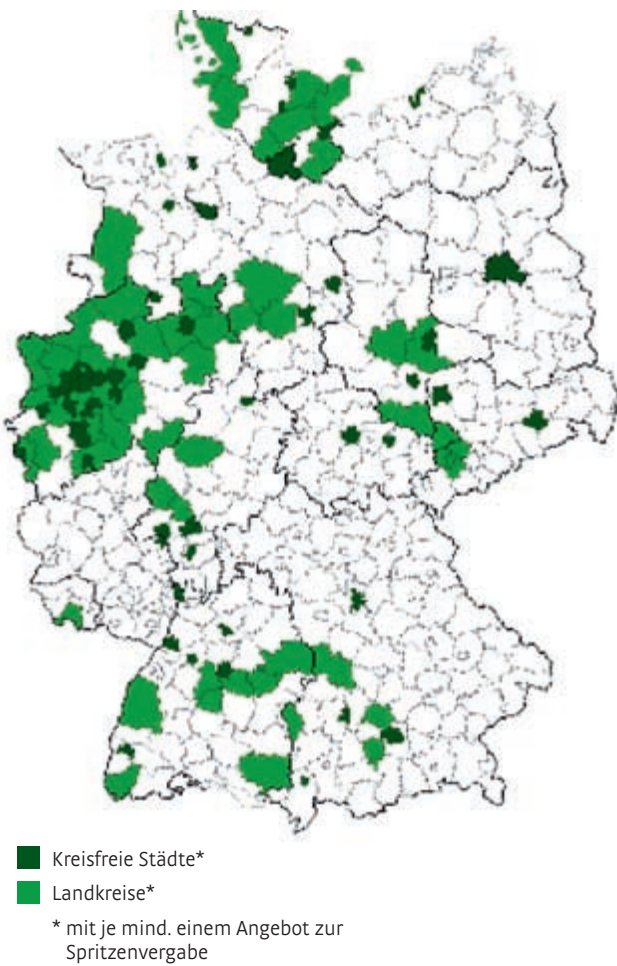
Besonders enttäuschend ist aus unserer Sicht, die ausgesprochen geringen Kenntnisse zur Safer Sex und Safer Use Situation bei den Drogen- und Suchtbeauftragten der Länder. Allein die Tatsache, dass nur von ca. der Hälfte der angeschriebenen Landesdrogenbeauftragten ein ausgefüllter Bogen vorliegt und vielfach keinerlei Informationen zu den Fragestellungen existierten, lässt die Vermutung zu, dass dem Thema Safer Use kein hoher Stellenwert eingeräumt wird.

Während andere Studien im Rahmen von Pressekonferenzen einer breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt werden, verschwand diese Studie mit ihren für die politisch Verantwortlichen enttäuschenden Ergebnissen, in den Tiefen des Internets. So findet man die Kurzfassung und den Abschlussbericht eher zufällig auf der Internetseite der Drogenbeauftragten. Ja, die Ergebnisse sind wahrlich kein Ruhmesblatt für die international angepriesene Harm Reduktion Politik Deutschlands.

Wir fordern die Bundesregierung und die Drogenbeauftragte auf, die in den Empfehlungen beschriebenen Schritte zu veranlassen bzw.

die entsprechenden Fachorganisationen mit entsprechenden Finanzmitteln auszustatten, damit Bedarfe erhoben, Versorgungsdefizite behoben und Qualitätsstandards erarbeitet werden können.

Tab.1: Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Spritzenvergabe (inklusive Automaten) auf kommunaler Ebene auf Basis der Angaben der Länderexperten sowie einer ergänzenden Internetrecherche.



Cannabis legalisieren – Cannabis Social Clubs einführen

Einblicke und Einschätzungen zur öffentlichen Anhörung im Bundestag

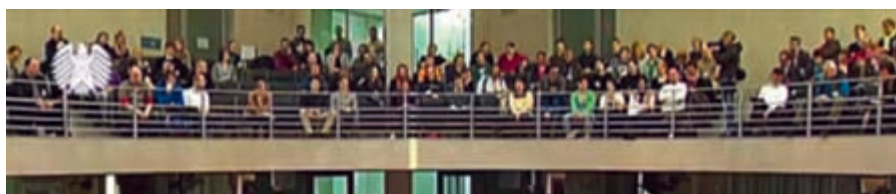
Am 25. Januar 2012 fand auf Antrag der Fraktion „DIE LINKE“ im Deutschen Bundestag eine Anhörung zum Thema „Legalisierung von Cannabis durch Einführung von Cannabis-Social-Clubs“ statt. Der Antrag der Linken geht in großen Teilen auf eine Petition des Deutschen Hanfverbandes zurück, die von über 31.000 Menschen unterschrieben wurde.

DHV
 **31.000**
Unterschriften
für die Petition
des DHV

Worum ging es im Antrag der Linken?

Der Antrag der Linken fordert neben der Einrichtung von Cannabis Social Clubs, dass der Besitz von bis zu 30 Gramm Cannabis zum Eigenkonsum keine Straftat mehr darstellt und dass wissenschaftlich nachvollziehbare THC-Grenzwerte für den Straßenverkehr eingeführt werden.

Aus Sicht des JES Bundesverbandes ist diese Anhörung auch als Ergebnis eines verstärkten Engagements von Frank Tempel, dem drogenpolitischen Sprecher der Fraktion „DIE LINKE“ im Bundestag und seinem Team zu sehen. Unterstützt durch den Deutschen Hanfverband, die Drug Checking Initiative, Harald Terpe (MdB, GRÜNE) und vielen anderen werden Themen wie die Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten, Legalisierung und Harm Reduction intensiver und öffentlicher diskutiert als bisher.



Gut gefüllte Zuschauerränge- Beleg für die Relevanz des Themas

Selbstverständlich ist es hier nicht möglich die Vielzahl von Statements abzubilden. Dennoch wollen wir versuchen einige interessante, erstaunliche und ärgerliche Statements der Experten vorzustellen.

Jugendschutz ist unter den Bedingungen des Schwarzmarktes nicht möglich

Als fachlich überragend müssen die Statements von Frau Dr. Nicole Krumdiel (Uni Bremen) gewertet werden, die den Anwesenden in eindrucksvoller Weise die Folgen des Cannabisverbots vor Augen führte. Sie machte deutlich, dass das BTMG kein Instrument des Jugendschutzes ist, sondern als Ultima Ratio eingesetzt werden sollte. „Jugendschutz ist unter Bedingungen des Schwarzmarktes nicht möglich“, so Krumdiel weiter. So seien die Schwankungen hinsichtlich Reinheit und Stärke eine Folge des strikten Umgangsverbotes und können somit nicht Begründung des BTMG angeführt werden.



Dr Nicole Krumdiel

In einem interessanten Beispiel führte Frau Krumdiel die Absurdität des BTMG vor Augen. Hierbei erwähnte sie ein Gesetz das Jugendlichen den Besuch von Solarien verbietet, da die Strahlung der Sonnenbänke für die Haut von Jugendlichen schädlich ist. Niemand würde hier auf die Idee kommen alle Besucher von Solarien zu bestrafen. Genau dies passiert beim Cannabis. Zum vermeintlichen Schutz einer besonders gefährdeten Gruppe (Jugendliche) werden alle Konsumenten kriminalisiert.

„Alles okay“ in niederländisches Coffieshops!

Auch wenn man sich die Frage stellen muss warum neben Dr. Gassmann dem aktuellen Geschäftsführer der DHS, auch dessen heute im Ruhestand befindlicher Vorgänger Herr Hüllinghorst bei der Anhörung zugegen war, verblüffte Herr Hüllinghorst mit dem Hinweis, dass die Niederländischen Coffieshops gut geführt seien, sich an bestehende Gesetze halten und das dort „alles okay“ sei.

Herr Gassmann über die Wirkungslosigkeit der Cannabisprohibition

Das die Äußerungen von Herrn Gassmann zur Wirkungslosigkeit der Prohibition zu Kopfschütteln bei den Prohibitionsbefürwortern führte, sei hier nur am Rande bemerkt. Herr Gassman belegte anhand von Studien der europäischen Drogenbeobachtungsstelle, dass ein Nachweis für positive



Dr. Raphael Gassmann (DHS)

Wirkungen der Cannabisprohibition fehlt. „Stattdessen liegen inzwischen viele Erklärungen auch namhafter Herkunft vor, die das Scheitern der Jahrzehnte währenden repressiven Drogenpolitik belegen“ so Gassmann weiter mit Hinweis auf die Stellungnahme der Global Commission on Drugs. <http://globalcommissionondrugs.org/>

Nach Einschätzung von Herrn Gassmann, sind bedingt durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen keine wirklichen Maßnahmen zur Cannabisprävention, anders als z. B. in den Niederlanden, möglich und existent.

„Ich sehe keine massive Kriminalisierung von Cannabiskonsumenten in meinem persönlichen Umfeld“

Jens Spahn (CDU/CSU-Fraktion)

Für diese überaus fachlichen und sachlichen Einlassungen von Herrn Gassmann möchten wir uns als Interessenvertretung von Drogengebrauchern bedanken. Aus unserer Sicht sind gerade solche Einschätzungen von Personen für eine Weiterentwicklung der bundesdeutschen Drogenpolitik wichtig, die nicht im Verdacht stehen zur Gruppe der „Unbelehrbaren“ oder der „Drogenfreunde“ zu gehören.

Auch vor dem Hintergrund, dass viele Mitglieder der DHS sicher zu einer anderen Bewertung der Prohibition kommen, ist diese Einschätzung mutig, ehrlich und wichtig.

... und es galt Mythen zu brechen

Auch in dieser Anhörung wurde wieder einmal mit der zunehmenden Potenz und somit Gefährlichkeit von Cannabis argumentiert. Mit Hinweis auf die Statistiken des Bundes-

kriminalamts, gelang es Frau Krumdiek diesen Mythos zu zerstören. Laut BKA gibt es seit 1997 keinen steigenden THC Gehalt beim beschlagnahmten Stoff. Der Gehalt von Cannabis harz ist hingegen sogar rückläufig.

100.000 Strafverfahren pro Jahr wegen konsumbezogener Cannabisdelikte (ohne Handel!)

Georg Wurth bestach durch seine sehr praxisnahen und authentischen Einblicke hinsichtlich der Folgen der Prohibition. Er widersprach der Behauptung, dass durch die „Geringe-Menge-Regelungen“ in den Bundesländern faktisch eine Entkriminalisierung erreicht wäre. Er unterstrich dies durch Schilderungen von Hausdurchsuchungen, entwürdigende körperliche Untersuchungen, erkennungsdienstliche Behandlungen, hohe Geldstrafen oder Haftstrafen. Zudem wies er darauf hin, dass die „Geringe Menge“ in den meisten Bundesländern mittlerweile mit 6 Gramm so niedrig angesetzt sei, dass viele Konsumenten diesen Wert überschreiten, obwohl sie nie Cannabis an andere abgeben haben.



Georg Wurth (DHV)

Georg Wurth erläuterte weiter, dass sich das Führerscheinrecht zu einer Art Ersatzstrafrecht entwickelt hat. So wird völlig nüchternen Personen der Führerschein entzogen ohne dass sie ein Fahrzeug geführt haben. Diese massive Ungleichbehandlung gegenüber Alkoholkonsumenten, lässt sich seiner Ansicht nach nur als Strafmaßnahme gegen Cannabiskonsumenten verstehen.

Hier wird ein riesiger Aufwand bei Polizei und Justiz betrieben, um harmlose Bürger in Schwierigkeiten zu bringen. ●

JES-Bundesverband

JES-Kommentar: Auch wenn in dieser Legislaturperiode eine Veränderung des Betäubungsmittelrechts an der christlich-liberalen Mehrheit im Bundestag scheitern wird, war diese Anhörung aus Sicht des JES-Bundesverbands wichtig und wegweisend da sie Argumentationslinien aus unterschiedlichen Blickwinkeln aufzeigte. Fortwährende Falschinformation und Mythen wurden entzaubert und die Folgen der Prohibition in medizinischer und sozialer Hinsicht verdeutlicht. Einmal mehr gelang es darzustellen, dass das Betäubungsmittelstrafrecht nicht geeignet ist um Jugendliche vor Cannabis zu schützen sowie auf die Quantität einzuwirken. Es gilt zu konstatieren, dass wir Jugendliche nicht schützen können aber Millionen erwachsene Konsumenten kriminalisieren. Wenn es mittelfristig nicht gelingt die zentnerschweren Rucksäcke gefüllt mit Vorurteilen, subjektiven aber nicht wissenschaftlichen Sichtweisen und „Moralin“ abzuschütteln, wird es schwer werden einen neuen Weg in der Drogenpolitik zu beschreiten. Diese Anhörung bietet aber auch Anlass zur Hoffnung. Hiermit sind natürlich nicht die ewiggleichen Einlassungen von Herrn Thomasius zur Gefährlichkeit von Cannabis gemeint, die u.a. dazu beitragen die Betten seiner Einrichtungen kontinuierlich zu belegen. Wir stützen unsere Hoffnung auf Sichtweisen wie sie von angesehenen Wissenschaftlern und Medizinern aus dem In- und Ausland, sowie von Politikern und Betroffenenverbänden sowie Fachverbänden artikuliert werden.

Deutschland gab nach Schätzungen der EMCDDA in den 90er Jahren ca. 1,6 Mrd. Euro für Repression aus. (rund 43 % der gesamten europäischen Ausgaben für Drogenrepression).

Deutschland verwendet 84 % seines Drogenbudgets für Repressionen und hat damit den geringsten Anteil für präventive Maßnahmen freigestellt (vgl.: EMCDDA: „The research on public expenditure in the field of drugs“.

► <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1357EN.html>.

„Ernsthaft über Drogenpolitik diskutieren“

EIN GESPRÄCH MIT FRANK TEMPEL

Schon vor der Bundestagsanhörung am heutigen Mittwoch zur Drogenpolitik haben sich rechte Politiker und diverse Medien über Ihren Vorschlag ereifert, „Kifferklubs“ einzurichten, in denen legal Cannabis geraucht werden kann – getrocknete Hanfblüten also. Wie stellen Sie sich das konkret vor?

Zunächst einmal ist es für uns wichtig, dass endlich ernsthaft über Drogenpolitik geredet wird, statt permanent uralte Vorurteile zu bemühen. Davon gibt es ja eine Reihe, wie etwa die Behauptungen, Cannabis sei eine „Einstiegsdroge“, oder eine Liberalisierung führe zwangsläufig zu mehr Drogentoten.

Da ein liberalerer Umgang mit Cannabis ohnehin in unserem Programm steht, haben wir uns in Europa umgesehen und festgestellt, dass uns am besten gefällt, wie Spanien damit verfährt. Dort existieren solche Clubs schon, in Belgien übrigens auch. Es muss doch möglich sein, Drogenpolitik anders zu betreiben als mit Restriktionen und Strafen. Da es in Deutschland dreieinhalb bis vier Millionen Konsumenten gibt, kann es also gar nicht mehr um die Frage gehen, ob wir Cannabis wollen – es ist nämlich schon längst da.

Wie soll denn dieser Kifferklub praktisch aussehen?

Etwas anders als die Coffee-Shops in Holland. Wir stellen uns das so vor, dass Leute, die das Zeug unbedingt rauchen wollen, erst einmal Mitglied in einem solchen Verein werden. Der könnte dann unter fachkundiger Leitung Hanf anbauen, ernten, verarbeiten und den Mitgliedern – und nur denen! – nach Bedarf zuteilen. Auf diese Weise wird der illegale Handel unterbunden und vermieden, dass giftige Zusatzstoffe in das Endprodukt gemischt werden. In Leipzig z. B. hatte ein Dealer die gepressten Hanfblüten mit einer bleihaltigen Substanz vermischt, um das Verkaufsgewicht zu



FOTO: BUNDESTAG.DE

Frank Tempel ist drogenpolitischer Sprecher der Linksfraktion im Bundestag

erhöhen. Rund 100 Menschen wurden anschließend mit Bleivergiftung ins Krankenhaus eingeliefert.

Andere europäische Länder gehen mit dem Thema Cannabis weit entspannter um als Deutschland. Woran liegt das, dass bei uns der Widerstand so groß ist?

Ich bin weit davon entfernt, Cannabis als harmlos einzustufen. Aber es fällt doch auf, dass Fachleute darüber ganz anders diskutieren als die meisten Politiker. Ende des Jahres habe ich in Hamburg z. B. an einer dreitägigen Konferenz der Hauptstelle für Suchtfragen teilgenommen, dort ging es fast ausschließlich um eine Umkehr in der Drogenpolitik. Kaum bin ich zurück in Berlin, werden mir gleich wieder ebenso uralte wie falsche Behauptungen um die Ohren gehauen, wie die Sache mit der Einstiegsdroge: Wer einen Joint raucht, nimmt irgendwann härtere Sachen und ist dann bald tot.

Inwieweit haben Ihre beruflichen Erfahrungen als Polizist Ihre Vorstellungen be-

einflusst, die Sie heute zum Thema Drogenpolitik entwickeln?

Sehr stark, ich war ja in der Drogenfahndung tätig und habe mit der Zeit festgestellt, dass Verbote das Problem nicht aus der Welt schaffen. Als Fahnder trifft man immer wieder auf dieselben Konsumenten, hin und wieder wird ein Dealer festgenommen, für den kurz darauf ein anderer in die Bresche springt – geändert wird dadurch aber überhaupt nichts. Der Staat hat bei dieser Art von Drogenpolitik keinen Einfluss darauf, ob vielleicht überzüchtete Sorten aus Holland verkauft werden, ob der Cannabis mit Streckmitteln vergiftet wird, wie sich der Schwarzmarkt und die damit verbundene Kriminalität entwickeln. Das alles wird billigend in Kauf genommen – wobei sich der eine oder andere Polizist fragt, welchen Sinn das machen soll. So mancher Jugendliche wird bei der gegenwärtigen Drogenpolitik in eine kriminelle Laufbahn gedrängt – ein schlimme Fehlentwicklung.

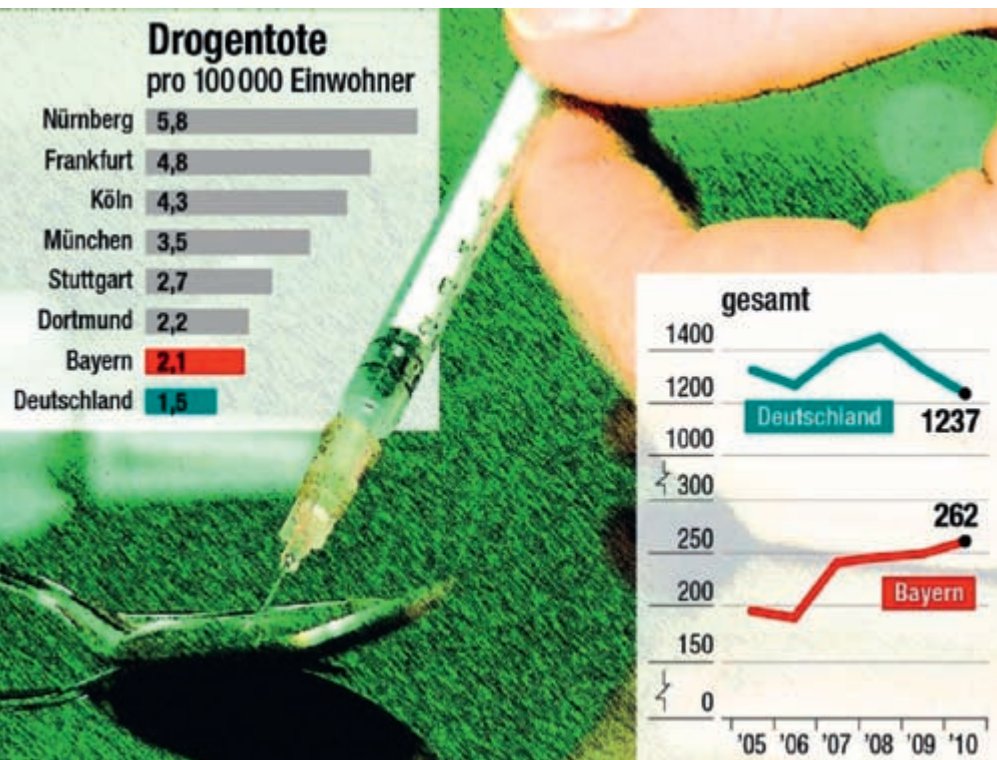
Das ist übrigens keine Einzelmeinung von mir – an meiner Bürotür hängt z. B. ein Plakat der Gewerkschaft der Polizei in NRW, mit dem neue Wege in der Drogenpolitik gefordert werden. Darauf sind zwei Polizisten mit Hanfpflanzen zu sehen.

Haben Sie selbst denn schon mal einem Joint gezogen?

Nein, ich habe 1989 mit dem Rauchen aufgehört, erst in den Jahren danach wurde Cannabis in meiner Heimat Thüringen zum Thema. Ich habe nicht das geringste Bedürfnis, es einmal zu probieren. Ich trinke nicht einmal stärkere Alkoholsorten. Ganz drogenfrei bin ich natürlich nicht – ich trinke Unmengen Kaffee, und bei einem Fußballspiel gönne ich mir auch gerne mal ein Bier. ●

Interview: Peter Wolter

Junge Welt 25.01.2012 <http://www.junge-welt.de/2012/01-25/054.php>



Bayern gegen Fixerstuben – kein Raum für die Sucht

FIXERSTUBEN ZIEHEN DEALER AN, SAGT DER FREISTAAT BAYERN. FIXERSTUBEN RETTEN LEBEN, KONTERN SOZIALARBEITER. DOCH BISLANG BLEIBT DIE STAATSREGIERUNG HART – OBWOHL ANDERE BUNDESLÄNDER GUTE ERFAHRUNGEN MIT SOLCHEN RÄUMEN GEMACHT HABEN. UND OBWOHL SEIT JAHREN BAYERISCHE STÄDTE DIE STATISTIK DER MEISTEN DROGENTOTEN ANFÜHREN.

Im ersten Moment, als Jennys Freund die Augen schloss, mit einem leisen Stöhnen, das auch ein Zeichen von Wohlbefinden hätte sein können, da hat sie nicht einmal aufgeschaut. Sie kannte das ja. Jenny und ihr Freund hatten sich gerade Spritzen gesetzt.

Und wer Mitte zwanzig ist und alles zu sich nimmt, was knallt, sei es Heroin, Crack oder Alkohol, der glaubt das eben zu kennen, erzählt Jenny: Man erwischt ein bisschen viel. Man nickt ein bisschen ein. Man wacht wieder auf. „Ich habe mich nur gefragt: Wie lange döst er jetzt?“ Der Freund hatte nicht nur ein bisschen viel erwischt. Und er wäre, nachdem die Überdosis Heroin sich in seinem Blutkreislauf verteilt und das Herz zu schlagen aufgehört hatte, auch nicht wieder aufgewacht – wenn nicht wenige Minuten später ein Notarzt sein Hemd aufgerissen und ihm das Medikament Naloxon gespritzt hätte, das die Wirkung von Heroin aufhebt.

Jenny, die in Wahrheit anders heißt, erzählt diese Geschichte mit einigen Jahren Abstand, in weich dahin rollendem Fränkisch. Sie bittet ihre kleine Tochter ein paar Mal, das Gespräch nicht zu stören und zum Papa ins Wohnzimmer zu gehen. Jenny ist weg von den Drogen, sie arbeitet in der Verwaltung der Nürnberger Drogenhilfseinrichtung Mudra. Ein Bürojob, ein Traumjob, wie sie sagt.

Die Familie wohnt in einem sehr bürgerlichen Viertel von Nürnberg. Die Nachbarn kennen ihr Vorleben nicht – und also auch nicht die Geschichte, wie Jennys früherer Lebensgefährte einmal fast gestorben wäre und wie Jenny damals lernte, was im Umgang mit einer Überdosis das Wichtigste ist: dass man sie überhaupt als solche erkennt.

Die Rettung war damals nah, zum Glück: Jenny und ihr Freund hatten sich ihre Spritzen in einem Drogenkonsumraum im Frankfurter Bahnhofsviertel gesetzt, wo Süchtige unter Aufsicht konsumieren konnten. Deshalb wurde schnell Alarm geschlagen, obwohl Jenny den Ernst der Lage verkannt hatte. In den kritischen Minuten, bis die Notärzte eintrafen, massierten zwei Sozialarbeiter das Herz von Jennys Freund. So kam es, dass der junge Mann an diesem Tag

nicht in die Statistik der Drogentoten einging. Das Pärchen verließ bald darauf die Stadt und zog zurück nach Mittelfranken. Vom wilden Frankfurter Bahnhofsviertel ins vergleichsweise beschauliche Nürnberg – das klingt wie ein Umzug in ruhigere Gefilde. Doch der Schein trügt: Für Drogenabhängige kann Nürnberg sogar noch um einiges gefährlicher sein als Frankfurt.

Nirgendwo sterben mehr Menschen an Drogen als in Nürnberg

In Nürnberg starben im Jahr 2010 fast sechs Menschen pro 100.000 Einwohner im Zusammenhang mit Drogen. Nirgends in Deutschland ist diese Zahl höher. Die vielen Drogentoten sind kein Problem allein von Nürnberg, sie sind ein Problem ganz Bayerns: Bis vor wenigen Jahren führte Augsburg die Statistik an.

2010 starben im Freistaat 262 Menschen an einer Überdosis, lediglich in Nordrhein-Westfalen waren es noch mehr. Während die Zahlen dort wie in den meisten Bundesländern jedoch rückläufig sind, zeigen sie in Bayern aktuell weiter nach oben.

Konsumräume, wo Sozialarbeiter den Notarzt alarmieren und mit Herzmassagen helfen können, gibt es in Bayern nicht. Räume, wo unter Aufsicht und mit sauberen Spritzen konsumiert wird, sind seit dem Jahr 2000 zwar grundsätzlich zulässig, jedes Bundesland hat die Möglichkeit, sie zu erlauben. Sechs Bundesländer – Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und das Saarland – haben das getan. Bayern jedoch nicht.

Es ist natürlich nur eine Vermutung, wenn Jenny heute sagt: In Bayern, wo es keine Konsumräume gibt, wäre mein Freund sicher an seiner Überdosis gestorben. Sicher beweisen lasse sich ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Konsumräumen und sinkenden Todeszahlen nicht, sagt Bertram Wehner, der Leiter der Nürnberger Drogenhilfseinrichtung Mudra. Aber es falle doch auf, dass die Zahl der Drogentoten dort zurückgehe, wo Konsumräume eröffnet würden.



Wenn die Politik die Junkies nicht auf der Straße stehenlassen würde, könnten Leben gerettet werden. So sehen das die Hilfsorganisationen. Die Staatsregierung dagegen befürchtet, dass Drogenkonsumräume Dealer anziehen und das Problem nur schlimmer machen würden. (© DPA)

„Wir dulden keine offenen Drogenszenen, die den Zugang zu Drogen erleichtern“

Die bayerische Landesregierung ist da skeptisch: Fixerstuben würden Drogendealer anlocken, das Problem also eher noch verschärfen, argumentiert das Innenministerium – und bleibt deshalb hart: „Wir dulden keine offenen Drogenszenen, die den Zugang zu Drogen erleichtern.“

Wehner kennt die Bedenken. „Es kann natürlich nicht sein, dass ein 16-Jähriger einfach vorbeikommt und harte Drogen konsumiert“, sagt er. Sozialarbeiter, die einen Konsumraum eröffneten, müssten hohe Standards wahren. Aber das würde man in Nürnberg ohne weiteres leisten können.

Wie es geht, hat zum Beispiel Jenny in ihrer Frankfurter Zeit erlebt: Am Eingang

der Fixerstube wurde jeder Besucher nach seinem Ausweis gefragt und danach, was er zu konsumieren gedenke. Es gab lange und kurze Nadeln zur Auswahl, Jenny entschied sich immer für kurze, weil sie in die Hände injizierte. Dazu bekam sie einen in Alkohol getränkten Wattebausch zum Desinfizieren. Und im Wartezimmer hingen die Regeln aus: Mit offenen Nadeln nicht durch den Raum gehen. Den eigenen Platz nach Gebrauch desinfizieren.

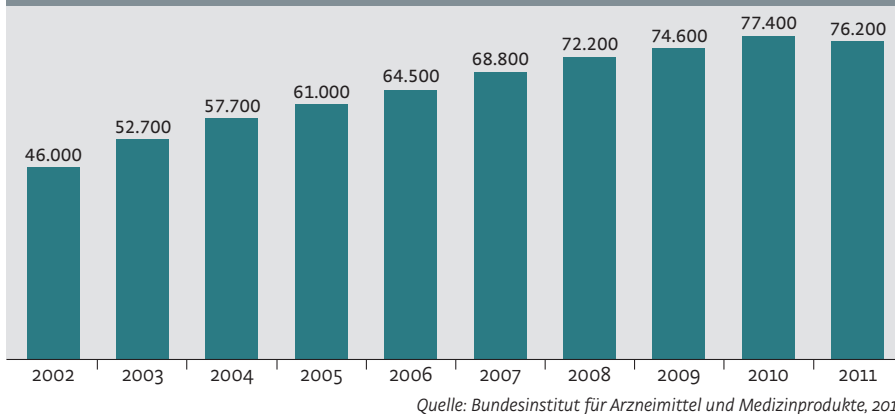
In München hört man inzwischen, dass sich Heroinabhängige selbst zu Gruppen zusammenschließen, die in festen Räumen konsumieren, wie Rainer Musselmann sagt, der Leiter der Münchner Drogenhilfseinrichtung Concept – „unter gegenseitiger Aufsicht“. ●

Süddeutsche Zeitung
09.02.2012

Von Frederik Obermaier
und Ronen Steinke

Zahl der Substituierten sinkt 2011 erstmals

Abb. 1: Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland 2002–2011 (jeweils Stichtag 1. Juli)



stituiert. 2011 ist die Zahl erstmals gesunken. So wurden am 1. Juli 2011 lediglich 76.200 Patienten behandelt (Abb. 1). Die Bundesopiumstelle merkt in ihrem Bericht allerdings an, dass es sich hierbei nicht um einen aktuellen Rückgang handeln müsse, da im Jahr 2011 überdurchschnittlich viele Ärzte ihre Datenbestände nachträglich korrigierten, so dass z. B. versäumte Abmeldungen nachträglich registriert wurden.

Rund 90.000 Patientencodes wurden erfasst

2011 wurden rund 90.000 An-, Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes beim Substitutionsregister erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich u.a. dadurch, dass dieselben Patienten – entweder durch denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte – mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden. Gründe hierfür können sowohl bei den Patienten (z. B. Wechsel des behandelnden Arztes, längere Klinik- oder JVA-Aufenthalte) als auch bei den Ärzten (z. B. ärztlicher Personalwechsel in Substitutionsambulanzen) liegen.

Abb. 2: Anzahl der im Substitutionsregister registrierten Ärzte 2003–2011



Abermals kein Anstieg von substituierenden Ärzten

2011 haben 2.703 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten und registrierten suchttherapeutisch qualifizierten Ärzte (2011: ca. 8.100) liegt deutlich höher als die Zahl der substituierenden Ärzte (Abb. 2).

Art und Anteil der Medikamente zur Substitution

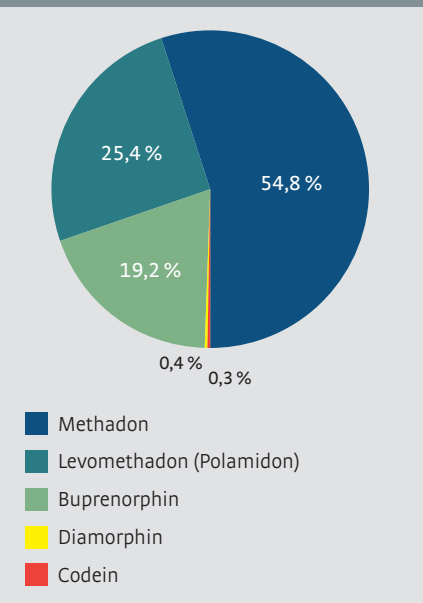
Das überwiegend verschriebene Substitutionsmittel ist immer noch Methadon. Allerdings ist seit mehreren Jahren der Anteil von Buprenorphin und Levomethadon zum Nachteil von Methadon angestiegen.

Die Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) führt für die Bundesländer das so genannte „Substitutionsregister“. Zu den Aufgaben des Substitutionsregisters gehören insbesondere die frühestmögliche Verhinderung der Mehrfachverschrei-

bungen von Substitutionsmitteln und die Feststellung der Erfüllung der Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation der Ärzte.

Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht bis 2010 kontinuierlich angestiegen. Zum 1. Juli 2010 wurden 77.400 Patienten sub-

Abb. 3: Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel 2011



So fiel der Anteil der mit Methadon behandelten Patienten in den letzten 10 Jahren von 72% auf aktuell 54,8%. Demgegenüber ist für den gleichen Zeitraum ein Anstieg der Patienten die mit Levometha-

don (Polamidon) behandelt werden von 16% auf 25% zu verzeichnen. Gleiches gilt für den Anteil mit Buprenorphin behandelten Patienten. Hier ist ein Anstieg von 10% auf 19% zu verzeichnen.

Der Anteil der mit Suboxone (Buprenorphin und Naloxon) behandelten Patienten wird nicht näher ausgewiesen und dürfte in der Gruppe „Buprenorphin“ inkludiert sein. Er dürfte aber bei unter 1% liegen.

Wirft man einen Blick in die Daten zur Anzahl gemeldeter Patienten und Ärzte in den Bundesländern, so wird deutlich, dass in Nordrhein Westfalen mit über 24.000 Substituierten etwa ein Drittel aller Patienten behandelt werden. (Abb. 4)

Zwischen den einzelnen Bundesländern variiert die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten pro substituierendem Arzt stark; bundesweit beträgt sie 28. Während Hamburg mit 46 und Hessen mit 43 Patienten die höchste durchschnittliche Zahl von Substituierten je Arzt aufweisen, werden in Mecklenburg Vorpommern und in Thüringen durchschnittlich 9,8 bzw. 7,3 Patienten je Arzt behandelt. ●

Abb. 4: Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern

Bundesland	gemeldete Patienten Stichtag 01.10.2011	substituierende Ärzte in 2011
Baden-Württemberg	10.055	441
Bayern	8.043	316
Berlin	4.859	151
Brandenburg	95	13
Bremen	1.877	69
Hamburg	4.528	98
Hessen	7.059	219
Mecklenburg-Vorp.	265	27
Niedersachsen	7.527	277
Nordrhein-Westfalen	24.255	765
Rheinland-Pfalz	2.160	81
Saarland	817	19
Sachsen	708	34
Sachsen-Anhalt	751	36
Schleswig Holstein	3.250	125
Thüringen	447	32

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Recherchedatum 03.01.2012)



Kommentar: Die Anzahl substituierter Patienten ist gesunken. Ob dies nun tatsächlich in der nachträglichen Korrektur der Daten durch behandelte Ärzte begründet ist oder sich in diesen Zahlen erste Auswirkungen einer immer brüchiger werdenden Versorgungssituation zeigen, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Wirft man aber einen Blick auf die Zahl jener Ärzte die über die formale Qualifikation für eine Substitutionsbehandlung verfügen und jenen die tatsächlich Opiatabhängige behandeln, so wird deutlich, dass hier die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Bundesärztekammer sowie die Krankenkassen gefordert sind Ärzte für die Substitutionsbehandlung zu gewinnen. Während in den letzten 2 Jahren knapp 1000 Ärzte eine suchtmmedizinische Qualifikation erworben haben, ist die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärzte um 3 (in Worten DREI!!!) gestiegen.

Aber wer will es jungen Medizinern verdenken, dass sie sich zwar suchtmmedizinisch fortbilden aber keine Opiatkonsumenten behandeln wollen? Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitution sind alles andere als einladend und die ausschließlich negative Berichterstattung über Praxisdurchsuchungen, Regressforderungen der Kassen, staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen und Verurteilungen von Ärzten wegen hundertfachen Verstößen gegen das BTMG (u.a. wegen der Mitgabe aus der Praxis) sind mehr als kontraproduktiv. Schlimmer noch, hier wird ein Zerrbild der Substitution gezeichnet, denn der überwiegende Teil der Ärzte führen die Substitution im Rahmen der strengen und die Therapie einengenden Richtlinien durch.

Bereits die vor einigen Jahren erhobenen Daten zum hohen Altersdurchschnitt substituierender Ärzte wird bei weiterhin ausbleibendem „Nachwuchs“ dazu führen, dass wir bald eine glasklare Erklärung für die Abnahme der Patientenzahlen haben ...

Suboxone Film? Wer glaubt es ginge um Videofilme,



Suboxone Sublingual Film
(buprenorphine and naloxone) ©

Die substitutionsgestützte Behandlung zählt seit der Gründung des JES-Netzwerks im Jahr 1989 zu unseren wichtigsten Themen. In den letzten 20 Jahren haben wir viel erreicht. Die Palette der zur Verfügung stehenden Substitute hat sich deutlich erweitert. Fast 78.000 Opiatkonsumenten werden substituiert.

Der JES-Bundesverband hat es sich zur Aufgabe gemacht über neue Medikamente zur Substitution oder neue Applikationsformen zu berichten. Auch jetzt tut sich wieder etwas Neues an der „Substitutionsfront“.

Suboxone Film hat nichts mit einem Film zu tun, sondern stellt eine Weiterentwicklung der bereits bekannten Suboxone Tablette dar. Suboxone Film (Bild 1) ist ein dünner Filmstreifen (vielleicht zu vergleichen mit Tesafilm) der sublingual (unter der Zunge) angewandt wird. Suboxone Film wird heute schon in Amerika und Australien in der Substitutionsbehandlung angewandt.

Welche Eigenschaften haben Buprenorphin und Naloxon?

Buprenorphin ist ein stark wirksames Schmerzmittel (Analgetikum) aus der Gruppe der Opiode, das zur Behandlung ausgeprägter Schmerzen eingesetzt wird. Es gilt im höheren Alter aufgrund seines guten Sicherheitsprofils als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung starker chronischer Schmerzen.[6] Darüber hinaus wird Buprenorphin hochdosiert seit circa Mitte der 1990er Jahre als Substitutionsmittel in der Therapie einer Abhängigkeit von Opioiden verwendet, 2006 wurde es für diese Anwendung in die Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation aufgenommen. **Buprenorphin wird halbsynthetisch aus dem Opium-Alkaloid Thebain gewonnen.**

Naloxon wird in der Notfallmedizin bei Opiatüberdosierung durch entsprechende Drogen bzw. Medikamente, wie z. B. Heroin verwendet. Im Zusammenhang mit Atemdepression bzw. Atemstillstand angewandt, wirkt Naloxon (bei intravenöser Gabe) innerhalb von Sekunden. In der Anästhesie kann es auch bei relativer Opiatüberdosierung zur Beschleunigung der Aufwachphase und Aufhebung einer Atemdepression eingesetzt werden



Bild 1

Suboxone Film enthält ebenso wie die Suboxone Tablette sowohl Buprenorphin als auch Naloxon im Verhältnis 4:1 (2,0 mg Buprenorphin/0,5 mg Naloxon und 8,0 mg Buprenorphin/2,0 mg Naloxon).

Was sind die Vorteile?

Ähnlich wie bei Suboxone Tabletten soll diese neue Darreichungsform die mißbräuchliche Anwendung wie z. B. sniefen und intravenös weiter reduzieren.

Ein Blick in „Expertenforen“ wie www.bluelight.ru reicht aus, um zu sehen, dass ideenreiche Drogenuser bereits Möglichkeiten gefunden haben auch Suboxone Film, intravenös zu konsumieren, sodass das enthaltene Naloxon unwirksam bleibt und die „guten“ Wirkstoffe ihre Wirkung entfalten.

Wir wollen allerdings darauf hinweisen, dass der nicht bestimmungsgemäße Konsum von Substituten immense Gefahren birgt.

Wir haben einige Infoseiten zu Suboxone Film durchforstet und sind auf folgende Punkte gestoßen, die als positiv bewertet werden.

Schnelles Auflösen

- Anders als Suboxone Tabletten lösen sich die hauchdünnen Filmstreifen wesentlich schneller auf. Um diesen Prozess zu beschleunigen wird empfohlen

liegt falsch

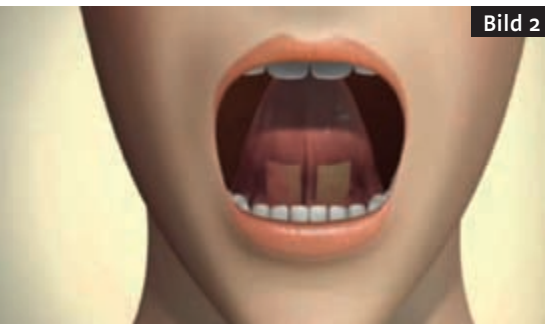


Bild 2

vor der Einnahme etwas zu trinken um den Mundraum zu befeuchten.

- Sollten Patienten höhere Dosen benötigen, so bietet Suboxone Film die Möglichkeit der Einnahme von zwei Filmstreifen (siehe Bild 2)
- Wichtig erscheint der Hinweis, dass man während der Einnahme nicht kauen, schlucken oder sprechen sollte

Verbesserter Geschmack

- In einer Befragung äußerten 71% der Teilnehmer, dass Suboxone Film einen besseren Geschmack hat als Suboxone Tabletten. Auch wenn dies als nicht wesentlich scheint, kommt dem Geschmack bei einem Medikament mit täglicher Einnahme eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu.

Verbesserter Transport

- In einer klinischen Studie kamen die Teilnehmer zu der Einschätzung, dass insbesondere auf Reisen Suboxone Film Vorteile gegenüber der Tablettenform birgt.

In einigen Foren wird darauf hingewiesen, dass man den Filmstreifen nur mit trockenen Händen bzw. Fingern anfassen soll. Da sich der Filmstreifen relativ schnell auflöst soll so vermieden werden, dass sich wirk-

same Bestandteile an den Fingern und nicht im Mund befinden.

Es handelt sich hier also nicht um ein neues Medikament. Suboxone Film stellt lediglich eine Weiterentwicklung dar. Bisher ist Suboxone Film in Deutschland noch nicht zur Substitution zugelassen. Daher war es sehr schwierig deutschsprachige Informationen zu erhalten. Dies soll sich aber wohl noch in diesem Jahr verändern, denn Suboxone Film soll 2012 in Deutschland zugelassen werden.

Für wen ist Suboxone Film geeignet?

Natürlich sind wir keine Ärzte aber wir meinen, dass Suboxone Film in erster Linie für Substituierte geeignet ist, die jetzt bereits mit Suboxone Tabletten behandelt werden und die die Vorteile des Filmstreifens kennenlernen wollen. Ein Wechsel zwischen Suboxone Tabs und Film ist völlig unproblematisch, da es gleiche Wirkstoffe und Wirkstoffmengen sind.

Dann könnte Suboxone Film für alle die, die meinen nicht das für sie optimale Substitutionsmedikament zu erhalten eine Alternative sein.

Solltet ihr mit eurem jetzigen Medikament zufrieden sein oder der Ansicht sein, dass eure Behandlung für euch völlig okay läuft, dann macht keine Experimente und vermeidet einen Wechsel der Substanz. ●

Quelle: www.suboxone.com

Schlaglicht HAUSÄRZTE STEIGEN AUS

Im „Südkurier“ vom 28. Januar 2012 macht der Mediziner Frank Matschinski, der in seiner Ravensburger Schwerpunkt-Praxis für Suchtmedizin 180 Substitutionspatienten betreut, die zur Substitution erforderliche Zusatzausbildung sowie die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung dafür verantwortlich, dass mangelndes Interesse an der Substitution herrscht.

JES-KOMMENTAR: *Es kann nicht sein, dass wir beginnen die Zusatzausbildung der Ärzte als Hindernis zum Eintritt von neuen Ärzten in die Substitutionsbehandlung verantwortlich machen. Ohne Fachkenntnisse, die über eine Zusatzausbildung erlernt werden, geht es nicht – so zumindest unsere Meinung. Darüber hinaus ist Preis und Umfang dieser „Ausbildung“ sehr überschaubar. Der Blick ist vielmehr auf die Verschreibungspraxis zu richten, sowie die negative Berichterstattung in den Medien. Hier werden bis auf wenige Ausnahmen nur Negativbeispiele abgebildet und dies wirkt sicherlich sehr hemmend. Welcher Arzt hat schon Lust immer Angst haben zu müssen die Polizei bzw. den Staatsanwalt in der Praxis stehen zu haben.... also Kräfte bündeln zur Veränderung der BtmVV und die Erfordernis einer suchtmmedizinischen Qualifikation unangetastet lassen.*

Hannover: Methadon und seine Nebenwirkungen

DIE BALLUNG VON PATIENTEN IM UMFELD EINIGER METHADON-AUSGABESTELLEN FÜHRT ZU PROBLEMEN MIT ANWOHNERN. ÄRZTEKAMMER UND STADT ARBEITEN AN EINER LÖSUNG, OHNE DIE PRAXEN ZU GEFÄHRDEN.

Die Stadt versucht derzeit mit intensiven Gesprächen, die Probleme an einigen hannoverschen Methadon-Ausgabestellen zu entschärfen. In den Arztpraxen wird der Heroinersatzstoff an Süchtige verteilt, um den Betroffenen ein Leben in Legalität zu ermöglichen. Immer wieder aber kommt es zu Ärger mit den Anwohnern, weil die Klientel im Umfeld der Praxen teilweise sehr massiv anzutreffen ist.

Hannovers Drogenbeauftragter Alfred Lessing spricht von „Sozialverträglichkeitsproblemen“. Immer mehr Methadonpatienten würden ins Stadtgebiet Hannover regelrecht „hineinfluten“, weil die Honorarpolitik der Kassenärztlichen Vereinigung qualifizierte und flächendeckende Methadonangebote im Umland verhindere. Die Ballung der Problemgruppen im Umfeld einiger Straßen werde inzwischen auffällig.

KV weist Vorwürfe zurück

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) allerdings weist Vorwürfe zurück. Tatsächlich habe es über einige Jahre die Tendenz gegeben, dass Methadonpraxen insbesondere in ländlichen Gebieten aufgegeben hätten. In den vergangenen beiden Jahren aber habe man gegengesteuert, sagt KVN-Sprecher Detlef Haffke: 40 zusätzliche

Praxen landesweit seien als Methadon-Ausgabestellen angeworben worden. Damit sei eine verbesserte Verteilung gewährleistet.

Das Problem beginnt offenbar in den Praxen selbst. Um als Ausgabestelle für den Drogensatzstoff zugelassen zu werden, müssen hohe medizinische und organisatorische Anforderungen erfüllt werden. Ärzte sprechen davon, dass sie wegen der schwierigen Rechtssituation „stets mit einem Bein im Gefängnis“ stünden. Zudem scheint es kaum möglich, dass die Süchtigen sich mit normalen Patienten ein Wartezimmer teilen. In Hannover haben mehrere Praxen die Konsequenz gezogen und die Methadonabgabe zum Schwerpunkt gemacht – was zur Ballung führt. In ländlichen Bereichen dagegen reicht die Patientennachfrage oft nicht für eine derartige Spezialisierung. Um Konflikte zu vermeiden, müsste zeitversetzt gearbeitet werden – was sich für viele Praxen nicht lohnt.

Zahl der Ärzte sinkt – Patientenzahlen steigen an

Fakt ist: Die Zahl der Methadon verabreichenden Ärzte ist in Niedersachsen von 2003 bis 2010 von 276 auf 250 zurückgegangen, während die Zahl der Patienten von 5162 auf 7069 zugenommen hat. Das entspricht einem Praxenrückgang um rund zehn Prozent bei einem Patientenanstieg um deutlich mehr als 30 Prozent. „Weil die Versorgung in der Stadt relativ gut gewährleistet ist, ziehen immer mehr Methadonpatienten nach Hannover“, sagt der Drogenbeauftragte Lessing. Die Stadtverwaltung führe Gespräche auf „hochrangiger Ebene“ mit der KVN, heißt es im Rathaus.

Ziel sei, dass der „Patientendruck“ auf einige Stadtteile nachlasse, ohne die Praxen zu gefährden.

Wegen des sensiblen Inhalts wollen sich weder KVN noch Stadtverwaltung zu den

Gesprächen äußern. KVN-Sprecher Haffke beziffert aber die aktuelle Verteilung von Praxen und Patienten.

Aktuell gibt es in Hannover 42 Praxen, in denen Methadon ausgegeben werden darf. In diesen Praxen werden derzeit 1358 Patienten betreut. Die Praxis mit den meisten Patienten liegt in der Deisterstraße und hat laut KVN 155 Methadonpatienten.

Stadt-Region-Land

In der weiteren Region gibt es rund 15 Praxen. Eine Ballung gibt es mit fünf Einrichtungen in Sehnde. Wunstorf hat drei, Garbsen und Isernhagen haben je zwei Ausgabestellen. In Barsinghausen, der Wedemark und in Lehrte können sich Süchtige in jeweils einer Ausgabestelle mit dem Drogensatzstoff versorgen.

In Niedersachsen gibt es derzeit weitere 134 Methadonpraxen. Die Praxis mit der absolut höchsten Zahl an Patienten befindet sich in Lüneburg, sagt Haffke. „Man kann nicht sagen, dass es eine Konzentration im großstädtischen Bereich gibt“, sagt der KVN-Sprecher. Es gebe aber „die Tendenz, dass Ärzte in Großstädten reine Methadonpraxen betreiben. Auf dem Lande hingegen versuchten sich Ärzte „häufiger in Mischkalkulationen“. In Hannover sind Probleme im Umfeld von Methadonpraxen vor allem aus der Deisterstraße (Linden) bekannt. Auch in der Hildesheimer Straße/Ecke Feldstraße (Südstadt) hatte es häufig Ansammlungen von Methadonpatienten an der U-Bahn-Treppe Schlägerstraße gegeben. Diese Praxis ist inzwischen aufgelöst. Viele Patienten sind zur Praxis im Bereich Marienstraße gezogen, was wiederum zu Problemen auf dem Gartenfriedhof führt. ●

HAZ 15.02.2012

Conrad von Meding und Rüdiger Meise

Einstieg zum Ausstieg

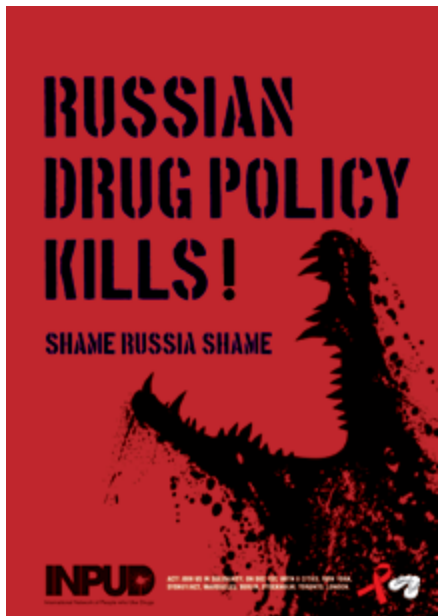
20 Jahre Erfahrung in der

Suchttherapie

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

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

SANOFI 



Protestplakat: Russische Drogenpolitik tötet!



Die rote Schleife als Zeichen der Anteilnahme

SHAME RUSSIA SHAME

JES-Bundesverband unterstützte die weltweite Kampagne am Welt-Aids-Tag

Fast 40 Prozent der rund 1,7 Millionen Menschen in Russland, die intravenös Drogen konsumieren, sind mit HIV infiziert, in einigen Gegenden sogar 75 Prozent. Als

Zeichen des Protests und des Gedenkens an die Opfer der russischen Drogenpolitik fanden rund um den Welt-Aids-Tag am 1. Dezember weltweit Aktionen vor russischen Botschaften statt. Aufgerufen dazu hat das Internationale Netzwerk von Menschen, die Drogen gebrauchen (INPUD).

Drug user Organisationen in Canberra, New York, Berlin, Stockholm, Chisinau, London und anderen Städten wiesen so auf die katastrophale Situation hin. In anderen Ländern liegt die Rate dank Spritzenaustausch- und Substitutionsprogrammen unter fünf Prozent.

„Die russische Regierung stellt sich aus ideologischen Gründen gegen Maßnahmen, die nachweislich die gesundheitlichen und sozialen Schäden des Drogenkon-

sums reduzieren und sich international bewährt haben“, sagt Claudia Schieren, JES-Bundesvorstand. „Diese Drogenpolitik ist brutal, menschenverachtend und für tausende Tote verantwortlich.“

JES forderte zusammen mit der Deutsche AIDS-Hilfe, dem DPWW, akzept e.V., Fixpunkt Berlin und anderen die russische Regierung auf, endlich die Gesundheit und das Leben von Drogenkonsumenten zu schützen, anstatt sie zu verfolgen, ins Gefängnis zu stecken und ihnen wirksame Mittel zum Schutz vor HIV und zur Behandlung vorzuenthalten. „Russland muss unverzüglich Spritzenaustauschprogramme und die lebensrettende Substitutionsbehandlung einführen und die Versorgung mit HIV-Medikamenten auch für Drogenkonsumenten sicherstellen“, forderte Dirk Schäfer vor der russischen Botschaft. ●



Protest vor der russischen Botschaft in Berlin

Claudia Schieren

Weiteres HIV/HCV Schnelltestprojekt für Drogenkonsumenten erfolgreich beendet

Drogenkonsumenten auf der offenen Szene sind von Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis besonders betroffen. In der Drogenhilfe gehört dieses Thema aber nicht zum üblichen Beratungsangebot, und zum medizinischen Hilfesystem haben viele Drogengebraucher kaum Zugang. Viele wissen daher gar nicht, dass sie infiziert sind, und lassen sich auch nicht behandeln.

Wie aber kann man HIV- und Hepatitis-Tests für Drogenkonsumenten so anbieten, dass sie auch wahrgenommen werden? Es ist noch nicht so lange her, da galten Angebote eines HIV und/oder Hepatitis-schnelltests für die Gruppe der Drogengebraucher als nicht geeignet.

Mit einem ersten Modellprojekt trat die Deutsche AIDS-Hilfe in Kooperation mit der AIDS-Hilfe Dortmund den Gegenbeweis an. HIV Schnelltests, die für einige Zielgruppen unabwiesbare Vorteile gegenüber üblichen Testverfahren bieten, wurden von vielen Drogenkonsumenten sehr interessiert angenommen. Wurden im gesamten Jahr 2009 nur 21 HIV-Tests mit den üblichen Verfahren durchgeführt, waren es von Januar bis Ende September 2010 schon 179 mit dem Schnelltestverfahren.

Die Ergebnisse in Dortmund machten Mut die Intervention in einer weiteren Stadt und Einrichtung anzubieten. Mit Mitteln des MAC AIDS Fund gelang es der Deutschen AIDS-Hilfe ein weiteres Projekt mit dem Verein Fixpunkt in Berlin umzusetzen. Neben einem HIV Schnelltest würde das Angebot um einen HCV Schnelltest erweitert.

Das Projekt wurde soeben abgeschlossen. Die Ergebnisse bestätigen vorherige positive Erfahrungen.

Neben dem Test in einem vertrauten Umfeld, hoben die teilnehmenden Drogengebraucher insbesondere die kurze Dauer vom Test bis zur Mitteilung des Ergebnisses hervor. Darüber hinaus entfällt die bei

IVDU oftmals problematische Blutabnahme aus der Vene, denn beim Schnelltest wird lediglich ein Tropfen Blut aus der Fingerkuppe benötigt. Aktuell laufen die Vorbereitungen um TEST IT in einer dritten Stadt – Wuppertal – durchzuführen. ●

Dirk Schäffer

Neue JES-Gruppe in Osnabrück

Osnabrück gehörte über viele Jahre zu einer der Hochburgen des JES-Engagements. So erhielt die damalige JES-Gruppe im Jahr 2000 den Celia Bernecker Preis für besondere Verdienste um die Belange Drogengebrauchender Menschen.

Durch Krankheit und Tod zerbrachen die damaligen Gruppenstrukturen und die eigenen Räumlichkeiten mussten aufgegeben werden.

Wir freuen uns, dass es nach einigen Jahren wieder Bemühungen gibt eine neue JES-Gruppe in Osnabrück zu implementie-



Lena und Uli von JES-Osnabrück

ren. „Klein aber fein“ so oder so ähnlich könnte die Überschrift lauten, denn mit Uli, Bernhard und Lena haben sich 3 Menschen gefunden um JES in Osnabrück ein Gesicht zu geben. Unterstützt werden sie durch das Cafe Connection, einem Kontaktladen mit niedrigschwelligem Angeboten in Osnabrück.

Wir wünschen euch alles Gute und können euch nur zurufen. „Am Ball bleiben und nicht aufgeben wenn es mal schwer wird.“ ●

JES-Bundesvorstand



Treffen des JES-Bundesvorstands mit JES-Bielefeld

Im Rahmen der Sitzung des JES Bundesvorstands in Bielefeld fand am Abend ein Treffen mit den Mitgliedern von JES Bielefeld statt. Im Mittelpunkt des Treffens stand eine Diskussion zu den Bestrebungen von JES-Bielefeld über die Anmietung eigener Räumlichkeiten unterschiedliche Projektideen realisieren zu können. Der Bundesvorstand zeigt sich durchaus beeindruckt von den konzeptionellen Überlegungen der Gruppe in Bielefeld. Da das Treffen des JES-Bundesvorstands bereits in den angemieteten Räumlichkeiten stattfand, konnten sich alle Anwesenden von der Eignung der Räume überzeugen.

Drogenselbsthilfe international

FRANKREICH

MIT DIESER NEUEN SERIE WOLLEN WIR EINEN ÜBERBLICK ÜBER DROGENSELBSTHILFEGRUPPEN IN ANDEREN LÄNDERN GEBEN. UNTERSCHIEDEN SICH DIE ZIELE UND ANGEBOTE VON DROGENSELBSTHILFEGRUPPEN IN EUROPA UND AUSTRALIEN? STEHT DIE NETZWERKARBEIT, WIE Z. B. BEI JES IM VORDERGRUND? WIE LEBEN UND ARBEITEN DRUGUSER-AKTIVISTEN IN ANDEREN LÄNDERN MITEINANDER? DIESE UND WEITERE FRAGEN WOLLEN WIR MIT DIESER SERIE BEANTWORTEN.

Nachdem wir in der letzten Ausgabe den Blick nach Dänemark gewandt haben um die Bruger Foreninger (die Dänische Gebrauchervereinigung) näher kennenzulernen, liegt der Fokus dieser Aufgabe auf Frankreich und der dort aktiven Gruppe ASUD.

ASUD ist die Abkürzung für l'Auto Support des Usagers de Drogues. Frei übersetzt heisst dies schlicht „Selbsthilfe für Drogengebraucher“.

Auch in Frankreich dienten die „Junkiebonds“ aus den Niederlanden als Vorbild für den Aufbau einer Selbsthilfeorganisation für Drogengebraucher.



So schlossen sich im Jahr 1992 einige interessierte Drogengebraucher mit dem Ziel zusammen ein Magazin zu erarbeiten, das auf die Probleme Drogen gebrauchender Menschen aufmerksam macht und eigene Sichtweisen, Forderungen und Haltungen vorstellte. Auf diese Weise entstand die erste Ausgabe des ASUD-Journals, ein Magazin, das heute noch Bestand hat.

Erst ein Jahr später (1993) formierte sich die erste richtige ASUD-Gruppe.

Im Mittelpunkt standen fortan Forderungen zum Ausbau von Harm Reduction Angeboten in Frankreich. Ein zentraler Stellenwert kommt bei ASUD auch dem Thema „Menschenwürde von Drogenkonsumenten“ zu.

Neben der ASUD-Gruppe Paris, bildeten sich ASUD-Selbsthilfevereinigungen auch in fünf weiteren Städten wie Marseille, Nîmes, Orléans, Nantes und Evreux. ASUD hat also ähnlich wie JES eine Netzwerkstruktur in der die regionalen Gruppen autonom sind.

Allerdings gab es dort keine Trennung zwischen Opiatkonsumenten und Cannabiskonsumenten, wie in anderen Ländern z. B. in Deutschland. Dieser Umstand hat maßgeblich zur Stabilität der Gruppenstrukturen beigetragen. Über die Jahre entwickelten sich die ASUD-MitarbeiterInnen zu Harm Reduction Spezialisten, die bei Konferenzen sprachen, eigene Fortbildungen anboten und sich in die fachpolitische Diskussion einmischten.

So kam es nicht zufällig, dass drei der ASUD Gruppen ähnliche Angebote wie klassische Drogenhilfen vorhalten, allerdings auch mit einer adäquaten Finanzierung, die in vielen anderen Ländern, wie z. B. in Deutschland die absolute Ausnahme darstellt oder gar nicht vorhanden ist.

Safer Use Broschüre und ein Titel des ASUD-Magazins



ASUD-Gruppenmeeting

Staatliche Förderung ist eher Regel denn Ausnahme

Obwohl sich der französische Staat in Sachen Harm Reduction eher schwer tut und die hiesige Drogenpolitik eher als traditionell zu bezeichnen ist, zeigen sich die Verantwortlichen in Sachen Förderung von akzeptierender Drogenselbsthilfe als weit-sichtig und großzügig.

So beträgt das jährliche Budget von ASUD-France etwa 350.000€. Vielleicht liegt es an der (Drogen-)Geschichte der Stadt Marseille (French Connection), dass die dortige ASUD-Gruppe mit etwa 800.000€ per Anno überaus gut ausgestattet ist und vielen Drogengebranchern und Substituierten eine berufliche Zukunft bieten kann.

Ich hatte selbst die Möglichkeit mich im Rahmen der ersten europäischen Harm Reduction Konferenz mich von der Arbeit und den Räumlichkeiten von ASUD-Marseille zu überzeugen. Insbesondere fiel mir die Herzlichkeit auf, mit der uns die Mitglieder willkommen hießen. Nach einer hausgemachten Bouillabaisse (Buja-

bäs), eine reichhaltige Fischsuppe mit Meeresfrüchten sowie Gemüse die als Spezialität Marseilles gilt, gab es Gelegenheit die Peer Worker beim Streetwork zu begleiten.

Vor dem Hintergrund der unglaublichen Armut, die in weiten Teilen Marseilles herrscht, wurde uns mitgeteilt, dass Heroin weitgehend aus Marseille verschwunden ist, da es eh kaum jemand bezahlen kann. Stattdessen versorgt sich die überwiegende Mehrzahl der Drogenkonsumenten mit Buprenorphin, das in Frankreich nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt und wahlweise gespritzt oder gesniffelt wird und so eine heroïnähnliche Wirkung erzeugt.

„Bloody“ – ASUDs treuer Begleiter

Beschäftigt man sich ein wenig mit ASUD und seiner Geschichte so stößt man unweigerlich auf „Bloody“ ein völlig verkommenen, polytoxikomanen Punker, der als Comicfigur einer der treuen Begleiter von ASUD ist.

Allerdings steckt hinter „Bloody“ viel mehr. Mittels „Bloody“ gelingt es ASUD auf die Folgen eines risikoreichen Konsums in drastischer



„Bloody“ – das ASUD-Maskottchen

aber zugleich liebenswürdiger Weise hinzuweisen.

So hat „Bloody“ seinen festen Platz in den Safer Use Broschüren von ASUD sowie im ASUD-Journal. Eine tolle Idee mit „Bloody“ eine große Nähe zur Zielgruppe herzustellen. Er ist „Transporteur“ von Informationen zu Drogenwirkungen, Konsumformen und Infektionsgefahren.

Unser Dank geht an Fabrice Olivet, einem „alten Hasen“ in der Drogenselbsthilfe, der uns für diesen Beitrag mit Rat zur Seite stand. Fabrice Olivet bemühte sich gemeinsam mit den ersten JES-Koordinator Werner Herrmann um die Aufbau europäischer Drogenselbsthilfestrukturen. An seinem Beispiel wird deutlich, dass die Politik bei der entsprechenden Kontinuität und einer einzigartigen Fachlichkeit nicht umhin kommt Drogengebraucher in Entscheidungsgremien einzubeziehen. Fabrice ist ASUD-Sprecher und Mitglied der französischen Drogen-Kommission. Ein Gremium, das vielleicht mit dem Drogen- und Sucht-rat der deutschen Drogenbeauftragten vergleichbar ist.

Wir als JES-Bundesverband wünschen ASUD, als unverzichtbarer Bestandteil der Selbsthilfebewegung für Drogengebraucher in Europa, auch für die nächsten Jahre viel Erfolg. ●

Dirk Schäffer und JES-Bundesvorstand



NEUES VOM JES-BUNDESVERBAND

„Prohibition tötet!“

„Prohibition tötet!“ so schlicht und gleichsam grausam lautet die Botschaft des neuen Aufklebers des JES-Bundesverbands. Wir wollen mit diesem neuen Medium auf die schlimmste Auswirkung der Prohibition aufmerksam machen. Seit 1990 sind in Deutschland über 33.000 Menschen drogenbedingt verstorben. Viele dieser Todesfälle waren vermeidbar.

Menschen die sich aufgrund des bis 1992 gültigen Verbots der Vergabe und des Tauschs von Spritzen mit HIV infizierten. Drogengebraucher die aufgrund von schwankender Stoffqualität einen einsamen Tod in öffentlichen Toiletten, Parks oder sonstigen menschenunwürdigen Bedingungen starben.



Wir könnten viele Beispiele von Todesfällen nennen die nicht infolge der Substanz eintraten sondern die Folge der gültigen Drogenpolitik waren und sind. Dieser Aufkleber soll mit Bild und Text jenen Gedanken die heute nicht mehr unter uns sind und gleichsam als Signal dienen, dass wir uns mit diesen Bedingungen nicht abfinden werden. JES wird, wie in den letzten 23 Jahren, gegen die Prohibition kämpfen und

sich für eine Politik einsetzen die den Menschen wirklich in den Mittelpunkt stellt.

Alle die, die diesen Aufkleber tragen unterstützen unser Vorhaben auf sichtbare Weise.

Diamorphin für alle die es brauchen

Die Modellprojekte zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung sind längst ein alter Hut. Ein Gesetz zur Diamorphinbehandlung für Opiatkonsumenten seit mehr als drei Jahren Realität. Dennoch gibt es bis heute keine Ambulanz oder Einrichtung in der eine solche Behandlung durchgeführt wird (mit Ausnahme der Einrichtungen die bereits am Modellprojekt teilnahmen).



Die Potentiale von Diamorphin in der Behandlung der Opiatabhängigkeit sind unstrittig. Von der bisherigen Substitution mit Methadon und Buprenorphin profitieren viele Patienten nur unzureichend. Für viele wäre Diamorphin eine gute Alternative. Die Krankenkassen bezahlen diese Behandlung unter bestimmten Bedingungen. Genau diese Bedingungen stehen im Blickfeld unserer Kritik. Ein falsches Verständnis

von Qualität und eine grundsätzliche Abneigung gegen diese Behandlungsform sind die Gründe warum heute nur 400 Personen mit Diamorphin behandelt werden.

JES macht mit diesem Aufkleber klar, dass wir uns als Interessenvertretung von Opiatkonsumenten mit diesem Ergebnis nicht zufrieden geben. Unser Ziel lautet daher, dass Diamorphin für jeden eine Behandlungsoption darstellen muss, der diese Behandlung für sich wählt.

Unterstützt dieses Ziel indem ihr dem Aufkleber sichtbar tragt!

► Beide Aufkleber sind kostenlos beim JES-Bundesverband beziehbar. Eine Mail an vorstand@jes-bundesverband.de reicht aus.



JES goes facebook

Ja, es hat einen Moment länger gedauert bis wir als JES-Bundesverband den Nutzen des neuen sozialen Netzwerks auch für unsere Arbeit erkannt haben. Aber besser spät als nie. JES goes Facebook – NOW!!! Natürlich befinden wir uns noch in der Anfangsphase mit unserem Facebookauftritt. Aber ein Besuch auf unserem Profil lohnt sich bereits jetzt. Für euch heißt es ab jetzt „DAUMEN HOCH – GEFÄLLT MIR“. Teilt unsere Infos mit euren Freunden. So tragt ihr dazu bei, dass JES mit seinen Zielen und Haltungen eine noch breitere Öffentlichkeit erreicht.



NEUE CHANCEN DURCH DIE SUBSTITUTION



Das Gefängnis ist eine kleine Welt für sich mit eigenen Gesetzen und Regeln. Man braucht Zeit, um sich hier zurechtzufinden – besonders, wenn man zum ersten Mal „hinter Gittern“ ist. Nicht mehr frei und von Freunden und Angehörigen getrennt zu sein, kann ziemlich hart sein. Das gilt erst recht, wenn man HIV-positiv ist und das vielleicht erst durch einen HIV-Test bei

der Zugangsuntersuchung erfahren hat. Neben allen anderen Problemen muss man sich dann auch noch mit dem Testergebnis auseinandersetzen. In dieser Situation gibt es wahrscheinlich viele Fragen:

Gibt es Sonderregelungen für HIV-positiv Gefangene? Wird man im Gefängnis medizinisch gut versorgt? Bekomme man HIV-Medikamente? Wie oft dürfen Angehörige und Freunde zu Besuch kommen? Darf man Post bekommen und telefonieren? Kann man vorzeitig aus der Haft entlassen werden?

Antworten auf diese und weitere Fragen findet man in diesem kleinen Ratgeber.

► Eine pdf Version der neuen Broschüre ist hier zu finden. http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Brosch%C3%BCre_PIH-DE_2011.pdf



Eine neue Medienserie der Deutschen AIDS-Hilfe stellt in authentischer Weise die Potentiale der Substitutionsbehandlung für junge Konsumenten bzw. an Konsumjahren junge Opiatgebraucher dar.

Wirft man einen Blick in die Statistiken so wird deutlich, dass die Substitutionsbehandlung vorrangig für ältere Konsumenten bzw. für Opiatkonsumenten die bereits viele Jahre konsumieren eine Behandlungsoption darstellt.

Jüngere Konsumenten werden von vielen Beratungsstellen zuerst einmal in die Entgiftung mit anschließender Langzeitrehabilitation (6-12 Monate) vermittelt. Aus den Erfahrungen wissen wir, dass 9 von 10 Opiatkonsumenten diese Behandlungsformen abbrechen bzw. ohne dauerhafte Abstinenz wieder verlassen.

Aber was steht denn eigentlich hinter dieser Haltung bei Drogengebratern?

Will man jungen Konsumenten erst einmal die Chance zur Abstinenz geben? Dann muss man folgende Gegenfrage stellen: Bietet die Substitution nicht die Möglichkeit zur Abstinenz?

Insbesondere für junge Konsumenten oder für Menschen die erst kurzzeitig konsumieren bietet die Substitution eine her-

vorragende Grundlage um mittels einer temporären Substitution abstinent zu werden.

Demgegenüber wissen wir aus der Praxis, dass auch nach fristgerechter Beendigung der Reha viele Drogengebraucher wieder rückfällig werden. Hierbei erleben viele, aufgrund der fehlenden Opiattoleranz lebensbedrohliche Situationen durch Atemdepressionen infolge von Überdosierungen. Eine nicht geringe Anzahl der Drogentodesfälle sind nach Haft und Therapieaufenthalten zu verzeichnen.

Die Serie der Deutschen AIDS-Hilfe will Drogenberater ermutigen auch für junge Konsumenten eine Substitution als Behandlungsform in Erwägung zu ziehen.

Die authentischen Poster bilden Berliner Substituierte im Alter von 26 und 30 Jahren ab. Mit der Abbildung eigener Aussprüche zeigen sie die Potentiale und Effekte der Substitution für sie persönlich auf.

Der begleitende Flyer soll jungen Konsumenten die wichtigsten Informationen zur Substitution vermitteln.

► Poster und Flyer sind kostenfrei über die Deutsche AIDS-Hilfe zu beziehen. <http://aidshilfe.de/de/shop>



Fahrerlaubnis für Substituierte – ein Buch mit sieben Siegeln?

Hört man Berichte von Substituierten, die quer durch die Republik versuchen ihre Fahrerlaubnis wiederzulangen, so stehen einem manchmal die Haare zu Berge. So bieten wenig seriöse „Institute“ für viel Geld angeblich eine Vorbereitung auf die MPU die zu 100% Erfolg verspricht.

Andere wiederum berichten von Ärzten die ihnen als Substitutionspatienten mit einer gültigen Fahrerlaubnis das Führen eines Fahrzeugs per Behandlungsvertrag untersagen ... wird eigentlich anderen Patienten die opiathaltige Schmerzmittel erhalten auch verboten ein Fahrzeug zu führen?

Wiederum gibt es unglaublich klingende aber wahre Berichte von Substituierten, die mit einem bloßen Antrag an die Straßenverkehrsbehörde ihren Führerschein zurückerhalten haben – ohne MPU, ohne erneute Fahrstunden ohne Überprüfung. Die drei Beispiele, die sich beliebig erweitern ließen, machen deutlich, dass es einen Bedarf an seriösen Informationen gibt, die substituierten Patienten und ihren Ärzten bei dem Unterfangen „Fahrerlaubnis“ Unterstützung bieten.

Denn die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis ist vielfach der Schlüssel für Arbeit und Beschäftigung und der Rückgewinnung einer Tagesstruktur, die sich sehr positiv auf die Substitution und die soziale Situation von Opiatkonsumenten auswirken kann.

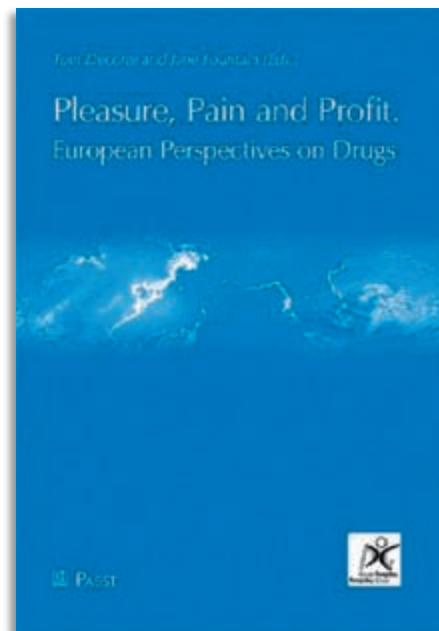
Die neue Broschüre von Dr. Sabine Weinmann-Schmitz, einer ausgewiesenen Expertin in Sachen „Substitution und Fahrerlaubnis“, bietet Ärzten aber auch Drogenberatern und Patienten einen kurzen aber prägnanten Einblick in das Verfahren. Hierbei macht die Autorin deutlich, dass es für Substituierte unter bestimmten Bedingungen berechnete Hoffnung gibt, wieder ein Fahrzeug führen zu dürfen. Gleichsam erhalten (eure) Ärzte Informationen über zwingend erforderliche vorbereitende und flankierende Maßnahmen. Aber, schaut einfach selbst rein.

Dirk Schäffer

► Die Broschüre erhaltet ihr ab sofort kostenlos bei der Deutschen AIDS-Hilfe versand@dah.aidshilfe.de

Drogen werden häufig ohne Abhängigkeit genossen – und ohne Therapie wieder abgesetzt

Im Buch „Pleasure, pain and profit: European perspectives on drugs“ werden die Themen Genuss, Leid und Profit des Drogenkonsums in der Europäischen Gesellschaft aufgegriffen. In neun kurzweiligen Essays und Berichten bekommt man einen Einblick in Aspekte der Drogenforschung, die selten thematisiert werden. Nicht nur auf die dunklen Seiten des Drogenmilieus wird Bezug genommen,



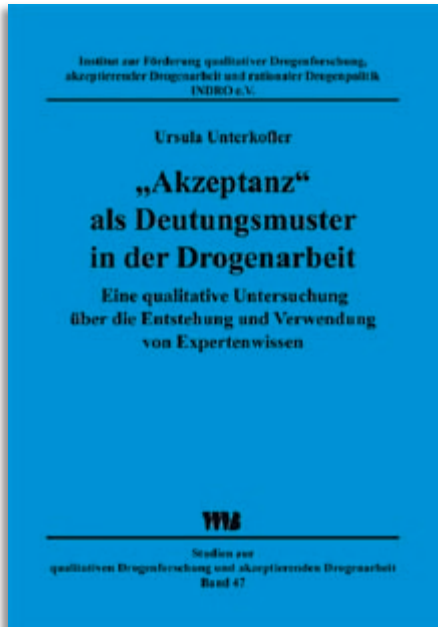
sondern auch darauf, dass Konsumenten nicht zwangsläufig unaufgeklärte Individuen sind, die den Substanzkonsum als Copingstrategie verwenden. Vielmehr wird darauf eingegangen, dass Drogenkonsum verschiedensten Motivationen unterliegt.

Im zweiten Kapitel des Buches wird zum Beispiel von Patrik Karlsson erläutert, dass Präventionsprogramme gegen jugendlichen Drogenkonsum oftmals gerade den Genuss als einen entscheidenden Faktor ignorieren.

Auch im Beitrag von Tom Nabben zeigt sich, dass eine Nulltoleranzpolitik nicht zwangsläufig eine effektive Methode ist, gegen illegalen Drogenkonsum vorzugehen, sondern teilweise auch ungewollte Gefahren der Verbraucher mit sich bringt.

Pleasure, pains and profit schafft es auf eine unterhaltsame und interessante Art und Weise, einen Einblick in und eine Übersicht über die Thematik zu geben und durch qualitative Methoden ein tieferes Verständnis dafür zu verleihen."

► Tom Decorte, Jane Fountain (Eds.) *Pleasure, pain and profit: European perspectives on drugs.* Pabst, Lengerich/Berlin 154 Seiten, ISBN 978-3-89967-654-9



„Akzeptanz“ als Deutungsmuster in der Drogenarbeit

Eine qualitative Untersuchung über die Entstehung und Verwendung von Expertenwissen.

In diesem 47. Band der Reihe „Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit“ untersucht die Autorin das Expertenwissen, auf welches Sozialarbeiter im Zuge ihres Handelns in der Praxis akzeptierender Drogenarbeit zurückgreifen. Dabei widmet sie sich der Frage, welche Formen von „Akzeptanz“ in Einrichtungen akzeptierender Drogenarbeit von den dort tätigen Experten als angemessen betrachtet werden. Untersucht wird, inwieweit diese dabei auf in der Professionsliteratur vorhandenes theoretisches Wissen über „Akzeptanz“ zurückgreifen, ob sie dieses im Rahmen ihrer alltäglichen Arbeitsanforderungen modifizieren oder gar verwerfen und ob auf Grund praktischer Erfahrungen neues Wissen über „Akzeptanz“ entwickelt wird.

Die Fragen werden auf Grundlage einer qualitativen Untersuchung geklärt. Im Rahmen dieser wird das in der Professions-

literatur vorhandene Wissen über „Akzeptanz“ untersucht und eine Deutungsmusteranalyse in der Praxis akzeptierender Drogenarbeit durchgeführt, um dann die jeweiligen Ergebnisse gegenüberzustellen.

Die Autorin zeigt, welche unterschiedlichen Ausprägungen das Deutungsmuster „Akzeptanz“ als zentrales handlungsleitendes Wissen der Sozialarbeiter in der Praxis hat. Des Weiteren wird deutlich, dass einerseits in hohem Maße auf professionsliterarisch fixiertes Wissen zurückgegriffen wird, dieses andererseits aber durch typische Praxisanforderungen stellenweise modifiziert und ergänzt wird.

► Ursula Unterkofler: Verlag für Wissenschaft und Bildung. Band 47 der INDRO-Buchreihe. Berlin 2009, 152 Seiten, Preis: 26,00 EUR

Über'm Berg – (Sehn)Sucht nach Leben

Ist es möglich, im Abstand von nur ganz wenigen Wochen an drei der härtesten und längsten Bergläufe der Welt teilzunehmen und insgesamt 278 Kilometer Laufstrecke mit 12.620 Höhenmetern zu überwinden? Welche Motivation treibt jemanden, sich diesen Anstrengungen zu stellen? Was ist der Sinn eines solchen Unterfangens? Was bedeutet es, sich auf den Weg zu machen, neue Grenzen zu entdecken, mit dem Wissen, dass es keine Garantie für das Gelingen gibt?

Das Besondere an den Teilnehmern ist, dass sie noch vor wenigen Jahren suchtmittelabhängig waren. Eine gesunde und konstruktive Lebensgestaltung war in ihrem früheren Leben nicht gegeben. Das Leben mit der Sucht war ein permanenter



Ritt auf der Rasierklinge. Nach dem völligen Absturz folgte der Versuch des Ausstiegs, und die Sehnsucht nach Leben wurde gegenwärtig.

Das Laufen wurde zur Herausforderung, seine Grenzen neu zu erkunden, Niederlagen und Erfolge ohne Alkohol und Drogen bewusst zu erleben.

Die vier Läufer stellten sich den folgenden Herausforderungen:

- 8. Juli 2006 – Zermatt Marathon, 42,195 km, 1.800 Höhenmeter
- 29. Juli 2006 – Swiss Alpin, 78 km, 2.320 Höhenmeter
- 25.–27. August 2006 – Tour du Mont Blanc, 158 km, 8.500 Höhenmeter

Die Kamerateams begleiteten die Protagonisten durch alle Höhen und Tiefen, nicht nur der grandiosen schweizerischen Alpenlandschaft, sondern auch durch die ihrer psychischen und physischen Verfassung.

Ein Film für ExtremsportlerInnen, BergliebhaberInnen und Menschen, die Laufen als Alternative zum Rauschmittelkonsum für sich entdecken wollen.

J. FAIS, A. BERG

► DVD, Spielzeit: 66 Min., ISBN 978-3-87581-266-4

Smoke it

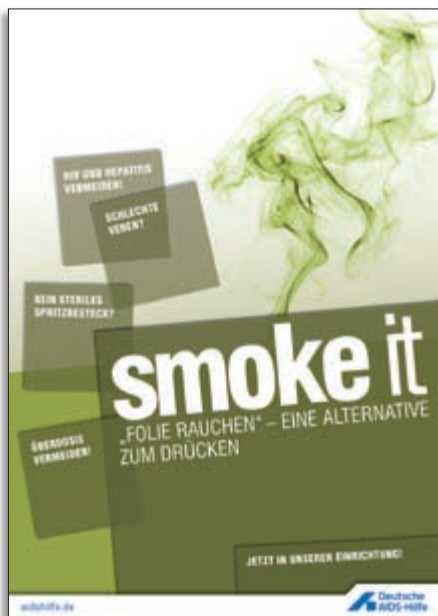
Kann der Rauchkonsum eine Alternative sein?

Dieser Frage geht ein Modellprojekt unter der Leitung von Prof. Dr. Heino Stöver in Kooperation mit fünf Drogenkonsumräumen in Frankfurt, Berlin, Hamburg und Dortmund und der Deutschen AIDS-Hilfe nach.

Der Bericht der Deutschen Drogenbeobachtungstelle (dbdd) weist in den letzten fünf Jahren einen leichten aber kontinuierlichen Anstieg des Rauchkonsums zu Ungunsten des intravenösen Konsums aus. Diese erfreuliche Tendenz will eine modellhafte Intervention der Deutschen AIDS-Hilfe näher untersuchen.

- Gelingt es mittels attraktiver Tools (Rauchfolien) sowie einer direkten Ansprache mit Elementen des motivational Interviewing diesen Trend zu verstärken?
- Ist es möglich das i.v. Konsumenten gänzlich zu einem inhalativen Konsum umsteigen?
- Unter welchen Bedingungen kann der Rauchkonsum eine Alternative darstellen?

Diese Fragestellungen werden im Blickpunkt einer ab April 2012 beginnenden Intervention in vier Städten stehen.



Evaluation von Safer Use Infos in Spritzenschachteln

Deutschland verfügt etwa über 170 Standorte von Spritzenautomaten. Deutschlandweit werden jährlich mehr als 400.000 Spritzen über Automaten erworben. Hiervon werden 100.000 dieser Schachteln allein in Berlin über Spritzenautomaten abgegeben.

Geht man davon aus, dass zumindest ein Teil der Käufer dieses Angebot aus Gründen der Anonymität in Anspruch nehmen und vergleichbare Angebote der Drogenhilfe meiden, so kommt einer Vermittlung von Informationen zur Risikominderung eine große Bedeutung zu.

In Kooperation mit FIXPUNKT e.V. in Berlin werden Automaten-schachteln mit so genannten „Beipackzetteln“ mit Safer Use Informationen bestückt. Nutzern wird auf unterschiedlichen Wegen die Möglichkeit geboten ihre Meinung zu diesem neuen Angebot kundzutun.

Hierbei stehen folgende Fragen im Mittelpunkt:

- stellen die Informationen einen Mehrwert für den Nutzer dar?
- stellen die Informationen einen Mehrwert für andere Drogengebraucher dar?
- welche Informationen sind besonders wichtig? (Mehrfachnennungen sind möglich)

► **Teilnahmemöglichkeit unter:**
www.umfrage.fixpunkt.org

Mecklenburg-Vorpommern: Keine Kennzeichnung HIV-positiver Gefangener mehr

In einem Erlass vom 7. Februar hat das Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern angewiesen, die Kennzeichnung „Blutkontakt vermeiden“ nicht mehr im Justizvollzug anzuwenden.



Die Landesflagge Mecklenburg-Vorpommerns
(Quelle: wikipedia.de)

Das bisherige Verfahren, etwa HIV-positive Gefangene in den Akten sowie Computersystemen mit dem Hinweis „Blutkontakt vermeiden“ zu kennzeichnen, sei datenschutzrechtlich bedenklich, heißt es in dem Schreiben, das der Deutschen AIDS-Hilfe vorliegt. Außerdem gebe es „keine durchgreifenden medizinischen Gründe für diesen Vermerk – er täusche vielmehr eine Sicherheit vor, die es nicht gebe. Stattdessen müsse man allen Gefangenen so gegenüber treten, als seien sie potenzielle Überträger von Infektionskrankheiten, und stets entsprechende Vorsichtsmaßnahmen ergreifen.“

Das Justizministerium in Schwerin folgt damit der Argumentation der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH). „Es tut sich was im Justizvollzug“, sagt Bärbel Knorr vom DAH-Arbeitsbereich Drogen und Strafvollzug. „Die Mehrheit der Bundesländer achtet jetzt das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Gefangenen.“ (hs)

► www.aidshilfe.de



Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik: „Der Mensch im Mittelpunkt“

17.2.2012 ■ Die Bundesregierung hat am Mittwoch die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ beschlossen. Im Zentrum: zielgruppenspezifische Suchtprävention, Gesundheitsförderung und Frühintervention.

Die Strategie stelle die Suchtpolitik auf eine moderne Grundlage und nehme sich neuer Herausforderungen wie der Online-sucht und der zunehmenden Bedeutung von Suchterkrankungen im Alter an, erklärte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mechthild Dyckmanns. „Der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen steht bei unseren Aktivitäten im Mittelpunkt, nicht seine Abhängigkeit“, so Dyckmanns.

Insgesamt biete das deutsche System der Prävention und Suchthilfe gute Voraussetzungen, um den Herausforderungen zu begegnen, in einigen Bereichen gebe es aber Optimierungs- und Weiterentwicklungsbedarf. So müsse sich die Prävention noch stärker als bisher auf „Risikogruppen“ konzentrieren, die verschiedenen Träger und Netzwerke müssten stärker zusammenarbeiten und Beratungs- und Behandlungsangebote passgenauer zugeschnitten werden, etwa für Menschen mit Migrationshintergrund, Ältere oder Behinderte.

Für die HIV- und Hepatitis-Prävention sind vor allem die Aussagen im Abschnitt „F. Illegale Drogen“ interessant. Hier wird auf das Modellprojekt „FiP-C – Frühintervention zur Prävention von Hepatitis C“ der DAH-Mitgliedsorganisation Fixpunkt e.V. verwiesen, dessen Ergebnisse auf weitere Kommunen übertragen werden sollten. Außerdem verfolge die Bundesregierung aufmerksam, wie sich die diamorphingestützte Behandlung entwickle. Gefordert wird darüber hinaus, auch in Haft eine dauerhafte Substitutionsbehandlung zu ermöglichen. (hs)

Online Journal von INDRO e.V.

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work ist ein kostenlos zugängliches, interdisziplinäres Online-Journal mit Beiträgen zum Schwerpunkt „Akzeptanzorientierte Drogenarbeit“/„harm reduction“, die auf der Basis gutachterlicher Beurteilung veröffentlicht werden.

Von Autoren werden keine Gebühren erhoben! Veröffentlicht werden Beiträge in deutscher und englischer Sprache: Forschungsberichte, Überblicksarbeiten, Erfahrungsberichte/Praxisreflexion, Kommentare, Bücherrezensionen und Tagungsberichte. Auch Briefe an den Herausgeber sind willkommen. Diese Beiträge müssen nicht notwendiger Weise „Mainstream orientiert“ sein. Auch kritische Arbeiten sind durchaus erwünscht.

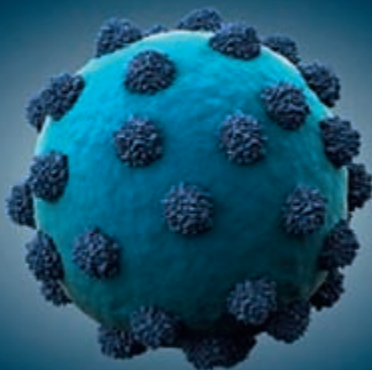
► Jeder akzeptierte Beitrag wird sofort als Download im PDF-Format auf der Internetseite www.indro-online.de/journal.htm publiziert.



21. Juli Bundesweiter Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige

KONTROVERSE UM ZUSATZNUTZEN VON HEPATITIS-C-PRÄPARAT

KÖLN/NEUSS (eb). ■ Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat seine frühe Nutzenbewertung für Telaprevir (Incivo®) veröffentlicht. Das Arzneimittel ist seit September in Europa als Teil einer Dreifachkombination zusammen mit der bisherigen Standardmedikation aus Peginterferon alfa und Ribavirin zur Therapie bei chronischer Hepatitis C vom Genotyp 1 zugelassen.



Modell eines Hepatitis-C-Virus. © Sebastian Schreier / Springer Verlag

Im Gutachten sieht das IQWiG den Zusatznutzen von Telaprevir für hochvirämische nicht vorbehandelte Patienten als belegt an. Verschiedene Patientengruppen mit einer chronischen Hepatitis-C-Infektion vom Genotyp 1 haben, so das Gutachten, Vorteile durch den neuen Wirkstoff.

Dabei variiert allerdings nicht nur die Wahrscheinlichkeit, sondern auch das Ausmaß des Zusatznutzens. Bei vorbehandelten Patienten mit Rückfall (Relapsen) konnte das Institut trotz hoher Heilungsraten in Studien keinen Zusatznutzen beziffern.

DISKREPANZ AUCH BEIM THERAPIEZIEL HEILUNG

„Wir sehen die neue Therapieoption als Durchbruchsinnovation bestätigt“, so Dr.

Thomas Stark von Janssen-Cilag in einer Pressemitteilung des Unternehmens. Es sei jedoch bedauerlich, dass das IQWiG bei Relapsen zu keiner Bewertung kommen konnte. „Aufgrund der sehr guten Ergebnisse für die Relaps-Population hat die europäische Zulassungsbehörde EMA bei diesen Patienten sogar die Möglichkeit einer verkürzten Therapie genehmigt“, betont Stark.

Auch beim zentralen Therapieziel Heilung besteht eine Diskrepanz zwischen den Einschätzungen von IQWiG sowie von Unternehmen und Fachkreisen. In der Forschung wird Heilung mit dauerhaftem virologischen Ansprechen (sustained virologic response, SVR) gleichgesetzt; das Virus wird eliminiert und ist auch sechs Monate nach Ende der medikamentösen Therapie nicht mehr nachweisbar.

Das IQWiG erkennt aber jetzt erneut in einer Bewertung einer Hepatitis-C-Therapie den Endpunkt SVR als nicht unmittelbar patientenrelevant an.

HEPATITIS C: HEILUNG AUCH OHNE INTERFERON MÖGLICH

ANN ARBOR/MICHIGAN ■ Die Behandlung der Hepatitis C könnte in Zukunft effektiver, einfacher und besser verträglich werden. Im New England Journal of Medicine (2012; 366: 216-224) berichten US-Hepatology, dass die Kombination aus zwei direkt wirksamen antiviralen Arzneistoffen (DDA) auch dann ein anhaltendes virologisches Ansprechen (SVR) erzielen kann, wenn die Standardtherapie der letzten beiden Jahrzehnte versagt hat.

Alle Hepatologen sind sich einig, dass die Einführung der DAA (directly acting antivirals) die Behandlung der Hepatitis C verändern wird. Die Therapie wird künftig wie bei der HIV-Infektion aus der Kombination mehrerer DAA bestehen und nicht mehr auf dem Einsatz von unspezifischen Wirkstoffen wie Interferon oder Ribavirin basieren.

Die ersten beiden DAA Victrelis (Wirkstoff: Boceprevir) und Incivo (Wirkstoff: Telaprevir) wurden bereits im letzten Jahr eingeführt.

Boceprevir und Telaprevir werden in Kombination mit der derzeitigen Standardtherapie aus Peginterferon und Ribavirin eingesetzt.

Einer der beiden Wirkstoffe, Asunaprevir ist (wie Boceprevir und Telaprevir) ein NS3-Protease-Inhibitor. Im ersten Teil der Studie wurden 11 Patienten – alle Therapieversager unter der Standardtherapie aus Peginterferon und Ribavirin – mit einer Kombination aus Asunaprevir plus Daclatasvir behandelt. Bei allen kam es zu einer deutlichen Suppression der Viruslast.

Bei vier Patienten war nach dem Ende der 12-wöchigen Therapiephase und nach weiteren 12 Wochen ohne Therapie kein Virus mehr im Blut nachweisbar. Sie hatten das Kriterium der SVR (sustained virological response) erfüllt. Für diese Patienten besteht damit eine realistische Chancen auf eine Heilung. Bemerkenswert ist auch, dass die Heilung ohne den fortgesetzten Einsatz von Peginterferon und Ribavirin erzielt wurde.

Die Patienten entgehen damit auch zahlreichen Nebenwirkungen. Peginterferon und Ribavirin sind schlecht verträglich und die Zahl der Therapieabbrüche ist hoch. Die Kombination könnte die Therapie deshalb erträglicher für die Patienten machen, auch wenn eine hohe Rate von Diarrhö, Fatigue, Kopfschmerzen und Übelkeit zeigen, dass die DAA nicht gerade nebenwirkungsfrei sind.

Trotz des Erfolgs bei den vier Patienten dürfte die orale Kombination aus Asunaprevir plus Daclatasvir nicht die Therapie der ersten Wahl werden. Bei den anderen sieben Patienten kam es nämlich zu einem „Durchbruch“ der Virusreplikation. Nur bei zweien konnte die Infektion dann durch eine Rescue-Therapie (Viererkombination aus Peginterferon alfa-2a, Ribavirin, Asunaprevir und Daclatasvir) längerfristig unterdrückt werden.

Im zweiten Teil der Studie wurden zehn Patienten von Anfang an mit einer Viererkombination behandelt. Dadurch wurde ein „Durchbruch“ der Virusreplikation von vornherein vermieden. Alle 10 Patienten erzielten eine SVR. Nur bei einem Patienten kam es in Woche 48 zu einem leichten Anstieg der Viruslast.

© rme/aerzteblatt.de, Ärzteblatt 19. Januar 2012 (gekürzter Beitrag)

VERFAHREN GEGEN ALLGÄUER ÄRZTE WEGEN VERSTOSSES GEGEN BETÄUBUNGSMITTELGESETZ

Im Visier des Staatsanwaltes

DROGENSÜCHTIG ■ Bei vielen seiner 90 Patienten, sagt der Mann am Schreibtisch seines Behandlungszimmers, würde man das als Außenstehender nie vermuten: „75 Prozent stehen im Berufsleben, haben ein normales Umfeld, Familie.“ Der Mann am Schreibtisch ist Arzt, Hausarzt. Zugleich kümmert er sich in seiner Praxis um Süchtige, verschreibt ihnen Drogensatzstoffe – also zum Beispiel Methadon. Rund 300 solcher Substitutionsärzte sind in Bayern tätig, im Allgäu gibt es nur eine Handvoll. Und auch das könnte bald der Vergangenheit angehören, befürchtet der Mediziner. Denn ein Arzt aus Kaufbeuren und einer aus Kempten sind inzwischen ins Visier der Staatsanwaltschaft geraten.

AKTEN BESCHLAGNAHMT

Zweimal fanden bei ihm Hausdurchsuchungen statt, so der Mediziner weiter. Kistenweise seien Patientenakten beschlagnahmt worden. Ermittelt werde wegen vorsätzlicher unerlaubter Verschreibung von Betäubungs-

mitteln – juristisch befänden sich die Mediziner ständig auf einer Gratwanderung. Und so würden immer mehr Substitutionsärzte aufgeben. Die ihm zufolge drohenden Folgen: Mehr Drogenkriminalität.

Katrin Eger, die Sprecherin der Kemptener Staatsanwaltschaft bestätigt, dass Verfahren gegen die beiden Substitutionsärzte laufen. Im Zuge von Ermittlungen in der Drogenszene sei man auf die Mediziner aus Kempten und Kaufbeuren aufmerksam geworden. Parallelen gebe es – aber keine direkte Verbindung.

Während gegen den Kemptener noch ermittelt werde, sei gegen den Kaufbeurer Arzt Anklage erhoben – wegen 458 Fällen der vorsätzlichen unerlaubten Abgabe von Betäubungsmitteln und 783 Fällen der vorsätzlichen unerlaubten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Der Fall werde vor dem Kaufbeurer Amtsgericht verhandelt, dem Arzt drohten Geld- oder Freiheitsstrafe sowie ein Berufsverbot. In beiden Fällen hätten die Mediziner „zu viel verschrieben und zu wenig kontrolliert“. Da könne man nicht wegsehen.

Bei den aktuellen Ermittlungen, so Eger, seien ebenfalls Ersatzstoffe weitergereicht worden – beziehungsweise habe es Patienten gegeben, die zusätzlich Drogen konsumierten. In solchen Fällen müsse der Arzt die Behandlung stoppen.

Die andere Seite dagegen spricht von einem Dilemma. „Ist das Methadon zu niedrig dosiert, nehmen die Patienten zusätzlich Heroin“, sagt ein weiterer Kemptener Arzt. Statt aber die Dosis dann hochzusetzen, müsste der Mediziner die Behandlung auf der Stelle abbrechen. „Schuld ist das Betäubungsmittelgesetz“, meint der Mediziner.

„UNVERZICHTBARER BAUSTEIN“

Von einem „unverhältnismäßigen Vorgehen“ gegen Substitutionsärzte spricht Peter Ziegler. Der Leiter des „Talk Inn“, des Caritas-Kontaktladens für Drogenabhängige in der Kemptener Brennergasse, hat seit Jahren Erfahrung mit Süchtigen. „Substitution ist ein unverzichtbarer Baustein in der Behandlung“, sagt er. Zumal Ärzte ohnehin „einigen Idealismus“ bräuchten, um sich in diesem Bereich zu engagieren. Zu diesem Schluss kommt auch das Bayerische Ärzteblatt. Auf dem Land gebe es „eine gravierende Unterversorgung“ mit Substitutionsärzten. Eine gewisse Bedeutung von Drogensatz-Programmen bestätigt auch die Kaufbeurer Kripo. Allerdings beobachte die Polizei bei Methadonsubstituierten häufig auch den bereits angesprochenen Beigebruch von illegalen Drogen, so Christian Abenthum, stellvertretender Leiter der Kaufbeurer Kriminalpolizei.

(sh/az)

Allgäuer Zeitung, 28.01.2012



Kommentar: Die Jagd auf substituierende Ärzte scheint kein Ende zu nehmen. Wir fragen uns wann die Politik endlich die Probleme erkennt und die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung verändert. Ein Ziel muss sein eine Mitgabe aus der Praxis zu ermöglichen. Dieses so genannte Dispensierrecht (die Vergabe von Medikamenten durch Apotheker) wird gerade für die Palliativmedizin verändert. Dort wird Ärzten die Schmerzpatienten betreuen gestattet das Medikament aus der Praxis mitzugeben. Die Äußerungen der Justizsprecherin deuten darauf hin, dass wir es hier wiederholt mit fehlender Fachkompetenz der Justiz zu tun haben. Selbstverständlich muss eine Behandlung nicht beendet werden wenn der Patient neben dem verschriebenen Substitut auch nicht verschriebene psychoaktive Substanzen konsumiert.

JES regt daher einen „runden Tisch“ bzw. ein Spitzengespräch zwischen der Justiz und den Dachverbänden substituierender Ärzte an. Ziel muss ein Verständnis für die Situation substituierender Ärzte zu schaffen. So kann es keinesfalls weitergehen. Ansonsten haben wir in einigen Regionen bald eine solche Unterversorgung, die sich sicherlich auf die Kriminalstatistiken negativ auswirken wird.

PROBLEM DES ÄRZTEMANGELS NIMMT AUCH IN WILHELMSHAVEN ZU Eine politische Aufgabe

Die Substitutionsbehandlung umfasst eine kombinierte medizinische und psychosoziale Behandlung. Für die gefährdete medizinische Behandlung ist die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KV) zuständig.

Die psychosoziale Begleitung ist Kreisangelegenheit und wurde an die Diakonie delegiert. „Dieser Teil funktioniert“, so die Verantwortlichen. „Das Landratsamt ist sehr darum bemüht, die dezentrale Versorgung der substituierten Menschen auch auf der medizinischen Seite sicherzustellen“, sagt Robert Schwarz, Sprecher im Landratsamt FN. Ärz-

te hätten aber auf Anschreiben nicht reagiert. Parallel dazu würden Modelle wie Gemeinschaftspraxis oder medizinisches Versorgungszentrum diskutiert. „Alle Bemühungen führten bislang nicht zum Erfolg. Es zeigte sich, dass die Behandlung von Substitutionspatienten für die Ärzte mit Hemmschwellen verbunden ist.“ Nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigung sei die Situation im Bodenseekreis nicht besorgniserregend, zitiert Schwarz die KV. Schwarz: „Damit geben wir uns natürlich nicht zufrieden und suchen weiter nach Lösungen.“

In Ravensburg gibt es mit finanzieller Förderung der Kommunen und des Landkreises eine Schwerpunktpraxis für Substitutionspatienten. Sie ist an ihrer Kapazitätsgrenze angelangt.

Auch im Kreis Sigmaringen nimmt die Zahl der Ärzte, die zur Substitution von Opiatabhängigen zur Verfügung stehen, ab, sagt Sozialdezernent Frank Veser. Der Arbeitskreis Substitution bemühe sich um die Gewinnung weiterer Ärzte. Ein Gegensteuern in Zeiten von allgemeinem Ärztemangel im ländlichen Raum sei schwierig.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg teilt auf Anfrage mit: „Derzeit bemühen wir uns landesweit darum, weitere Ärzte für die Substitution zu gewinnen.“ Vize-Vorsitzender Johannes Fechner ist überzeugt, „dass die Methadonbehandlung Drogenkranke eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, also im Verbund mit Kreisen, Städten und Gemeinden anzugehen ist.“ (shi)

Südkurier 21.01.2012

DEN STAATSANWALT IM NACKEN

Nur 120 bis 150 Drogenabhängige im Landkreis – so die Zahlen laut Aids- und Drogenseelsorger Wolfram Kaier – nehmen am Drogensubstitutionsprogramm teil. Der Bedarf ist höher, doch fehlen die Ärzte.

Viele Drogenabhängige müssen deshalb in die Nachbar-Landkreise ausweichen, nach Ellwangen oder Heilbronn. Aber auch dort gibt es lange Wartelisten. „Es kann sich auch nicht jeder leisten, täglich so weit zu fahren“, so Kaier.

Die Drogen-Patienten müssen ihre Dosis täglich, auch am Wochenende, einnehmen und dazu in der Praxis des Arztes erscheinen, zumindest in den ersten Monaten der Therapie. In Crailsheim gebe es keinen einzigen, in Schwäbisch Hall gibt es nur einen kurz vor der Pension stehenden Arzt, der Drogen substituiert. Bei ihm seien fast 100 Abhängige in Behandlung, für den Rest würden fünf bis zehn Ärzte im Landkreis zur Verfügung stehen, die jeweils drei Patienten versorgen, so schreiben Eltern, die in der Selbsthilfegruppe „Raphael“ organisiert sind, in einem Protestbrief an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Baden-Württemberg. Das seien eindeutig zu wenig Ärzte.

Auch die Bemühungen des Drogenbeauftragten Herbert Obermann und der Kreisvorsitzenden der Haller Ärzte Dr. Elisabeth Koberer-Kröll hätten bisher keinen Erfolg. „Wir stellen uns ein Ärztehaus vor, das sich nur mit Drogensubstitution beschäftigt. Das konnte auch eine Praxis im Gesundheitsamt sein“, meint eine Frau aus Hall (Name ist der Redaktion bekannt), die kürzlich mit ihrem Sohn einen Substitutionsplatz gesucht hat. Ein Arzt habe zu ihr gesagt, ihr Sohn solle doch weitermachen wie bisher und sich seine Drogen illegal besorgen. So eine Antwort sei menschenverachtend, klagt sie. Sie versteht nicht, dass man den drogenabhängigen Menschen „so viel Steine in den Weg legt, wenn sie schon von sich aus bemüht sind, von den Drogen los zu kommen“.

Ihre Bekannte von der Selbsthilfegruppe, deren Sohn seit vier Jahren substituiert wird, sieht das ähnlich. Egal ob auf dem Arbeitsamt oder in der Apotheke, ihr Sohn werde oft wie ein Mensch zweiter Klasse behandelt. Oft müsse er von Apotheke zu Apotheke rennen, weil die Tabletten nicht vorrätig sind. Besonders am Anfang der Therapie, als er mehrmals in der Woche beim Arzt sein Rezept abholen musste, sei das „Stress hoch drei“ gewesen, erinnert sie sich.

In ihrem Antwortbrief gesteht die KV das Dilemma ein, für die Substitution verantwortlich zu sein, aber die ärztliche Versorgung nicht sicherstellen zu können. Kaier hat Verständnis für Ärzte, die zum einen Vorbehalte gegen dieses Klientel haben, und zum anderen auch noch „den Staatsanwalt im Nacken haben“, wenn sie drogenabhängige

Patienten etwa übers Wochenende mit Drogensersatzstoffen versorgen. Es gebe nämlich kaum Apotheken, bei denen sich die Patienten am Wochenende das Medikament holen könnten. „Die Ärzte gelten dann gleich als Dealer“, gibt Kaier zu Bedenken.

Info 500 bis 700 Drogenabhängige, die auf eine Substitutionstherapie warten, leben im Landkreis, so Wolfram Kaier.

*Südwest Presse 3.12.2011,
Sigrid Bauer (gekürzter Beitrag)*

BODENSEEKREIS ÄRZTEMANGEL: ERSATZ- DROGEN-PROGRAMM STARK GEFÄHRDET

Im Bodenseekreis herrscht akuter Ärztemangel im Programm für Substitutionspatienten. Die Bereitschaft zur Arbeit mit der schwierigen Klientel tendiert gegen Null.

Noch, muss man sagen. Noch funktioniert die Arbeit mit Opiatabhängigen im Bodenseekreis gut. Das sieht man daran, dass man sie nicht sieht, in der Öffentlichkeit nicht wahrnimmt. Zumindest nicht jene 90 bis 120 Männer und Frauen, die sich in einem Substitutionsprogramm Ersatzdrogen geben lassen. ... dank der Substitutionsmittel sind sie wieder in der Lage, einem einigermaßen geregelten Alltag nachzugehen. Das könnte sich aber bald ändern. Denn es gibt immer weniger Ärzte, die im Programm mitarbeiten und sich dieser Klientel annehmen. Demnächst wird es nur noch eine einzige Ärztin im Kreis geben.

Entweder man zwingt die Leute dann, zu weit entfernten Ärzten zu fahren, was in deren Alltag praktisch nicht möglich ist. Oder die Abhängigen werden rückfällig. Oder sie besorgen sich die Ersatzdrogen illegal. Die Perspektive ist jedenfalls düster.

„Subutex verdanke ich, dass ich noch am Leben bin.“ Ein 45-Jähriger aus Tettngang hat vor gut fünf Jahren über das Ersatzmittel Subutex die Rückkehr in die Legalität gefunden.

Jetzt schildert er, wie wichtig das Substitutionsprogramm für ihn ist. Den Grund dafür, dauerhaft aufzuhören, gab ihm die Ersatzdroge Methadon, später Subutex. Er kehrte zurück in seine Heimat an den Bodensee, „ich lernte eine tolle Frau kennen und habe mit ihr heute ein zweijähriges Kind. Und ich mache eine zweite Ausbildung in einem Beruf, der mir Spaß macht“. Auf das Substitutionsmittel und damit auf Opiate ganz zu verzichten, getraue er sich nicht.

Vor einem Jahr gab es im Bodenseekreis noch vier Ärzte, die bereit dazu waren, Drogenabhängige mit Substitutionsmitteln zu versorgen. Aktuell sind es noch zwei, wie Robert Schwarz, Pressesprecher im Landratsamt, mitteilt. Sie kümmern sich um rund 80 Patienten. Und ab Frühjahr wird es nur noch eine Ärztin in Friedrichshafen geben, die sich aber beileibe nicht um alle kümmern kann und dies auch nicht darf, sondern maximal um 50 Patienten. Blieben also mindestens 30 auf der Strecke.

Alle 250 niedergelassenen Ärzte im Bodenseekreis wurden angeschrieben und zu einer Informationsveranstaltung eingeladen. Kein einziger kam.

21.01.2012 Südkurier

POLIZEIPRÄSIDENT FÜR LEGALISIERUNG VON DROGEN

MÜNSTER ■ Münsters Polizeipräsident setzt sich für die staatliche kontrollierte Abgabe von Haschisch und anderen Drogen ein. Nur so könnten Konsumenten entkriminalisiert werden, sagte Wimber in einem Interview. Es sei sinnlos, als Polizei ständig hinter Drogenkonsumenten herzulaufen. Die vergangenen Jahre hätten gezeigt, dass Repression nicht helfe.

Das Innenministerium wollte die Forderungen nicht kommentieren. Die Pressestelle des Polizeipräsidenten unterstrich, Wimber orientiere sich in seinem polizeilichen Handeln an der Rechtslage, habe aber in der Fachdiskussion persönlich eine andere Meinung als einige seiner Kollegen.



Polizeipräsident Hubert Wimber fordert erneut einen deutlich liberalisierten Umgang mit Drogen.

GEWINNSPANNE VON 80 BIS 90 PROZENT

Wimber hält sowohl die Straffreiheit für den Konsum weicher Drogen, als auch die staatlich kontrollierte Abgabe für einen Ausweg aus der Drogenkriminalität mit ihren Begleiterscheinungen, beispielsweise der Beschaffungskriminalität. Erhöhte Repression bewirke höhere Preise, „doch beim Drogenhandel gibt es eine Gewinnspanne von 80 bis 90 Prozent“.

Diese Preise bei gleichzeitig schlechter Qualität der Drogen treibe Konsumenten in die Kriminalität. Ein staatlich kontrollierter Handel mit Drogen lasse dagegen die Qualität steigen, den Preis sinken und damit Menschen nicht in die Verelendung absinken. Vorbild könnte der staatlich kontrollierte Handel mit Alkohol in skandinavischen Ländern.

Die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen nennt Wimber „willkürlich“. Das Oktoberfest sei mithin aufgrund seines Alkohol- und Nikotinkonsums die „größte offene Drogenszene der Welt“.

Münstersche Zeitung 4.12.2011
Stefan Bergmann

VIEL MEHR EINBRÜCHE IN KASSEL: SIND ES WIRKLICH JUNKIES? Kassels Sozialdezernentin zweifelt an Erklärung der Polizei

Die Zahl der Wohnungseinbrüche in Stadt und Landkreis Kassel ist im vergangenen Jahr drastisch angestiegen. In der Stadt haben sich die Einbrüche auf 715 Fälle fast verdoppelt, im Landkreis gab es einen Anstieg um 70 Prozent auf 332 Fälle.

Die Polizei hatte bei der Präsentation der Kriminalstatistik eine Erklärung für diese rasante Entwicklung: Die Bekämpfung der Drogenkriminalität und die Zunahme der Kontrollen unter Süchtigen hätten einen Anstieg der Beschaffungskriminalität zur Folge. Würden einem Abhängigen die illegalen Drogen abgenommen, müsse er sich irgendwo Geld für neue besorgen. Die Zahl der Rauschgiftdelikte habe sich in der Stadt von 930 Fällen (2010) auf 1072 im vergangenen Jahr erhöht, sagt Polizeidirektor Uwe Papenfuß.

Sozialdezernentin Anne Janz (Grüne) stimmt dieser Theorie der Polizei nicht zu. „Aus kommunaler Sicht können wir das nicht bestätigen.“ Die Drogenproblematik in Kassel habe sich durch Kontrollen am Lutherplatz nicht verschärft und die Szene sei auch nicht größer geworden. Janz geht von 1000 bis 1500 Konsumenten illegaler Drogen in der Region aus. Der Anstieg der Einbrüche sei möglicherweise auch auf die Personalknappheit bei der Polizei zurückzuführen, mutmaßt Janz.

Papenfuß kontert: 56 Prozent der Tatverdächtigen bei Wohnungseinbrüchen stammen aus dem Drogenmilieu. „Unsere Kunden vom Lutherplatz sind aber nicht zwingend die Wohnungseinbrecher.“ Nicht alle Abhängigen, die der Beschaffungskriminalität nachgingen, hielten sich im öffentlichen Raum auf. Suchtkranke kämen nur aus der Illegalität heraus, wenn ihre Krankheit behandelt werde, sagt der Kasseler Arzt, Autor und Suchtspezialist Dr. Bernd Weber. In seiner Praxis betreut er etwa 100 der 550 Patienten, die in Kassel Ersatzdrogen bekommen.

HNA 18.02.2012
Von Ulrike Pflüger-Scherb

JES-BUNDES- VERBAND E.V.

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

Den JES-Bundes- vorstand erreicht man unter:

vorstand@jes-bundesverband.de

JES-Nordschiene

JES Berlin

c/o Claudia Schieren
Heidenfeldstr. 9
10249 Berlin
E-mail: claudi39@arcor.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

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES Göttingen

c/o Cora Meister
Robert Bosch Breite 1c
37079 Göttingen

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)
E-mail: 2-katrin@gmx.de

JES Hannover e.V.

c/o Ilona Rowek
Döbbekkehof 2
30 659 Hannover
Tel: 0511/541 45 07
Mobil: 0157/74 65 45 84
E-mail: JESHannover@aol.com

JES Kassel e.V.

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 Schack-
mar, Michael Schertel

JES Leipzig

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

JES Oldenburg e.V.

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

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES Osnabrück

c/o Ulrich Thesing
Bramscher Str 139
49088 Osnabrück

JES Peine

c/o Drogenberatung Peine
Werderstr. 28
31226 Peine

JES Rostock

c/o Anne Franke
Am Wendländer Schilde
18055 Rostock

JES-Westeschiene

JES Bielefeld e.V.

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

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

JES Münster

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

**Bitte teilt uns
eventuelle Adress-
änderungen mit !!!**

(Stand der Adressen:
10. März 2012)

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

**Bundesweite Internetseite:
www.jes-bundesverband.de**

**Aktuell und lesenswert:
www.jesbielefeld.de/jesjournal/**

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

JES-Bodensee

Janka Muffler
Roseneggweg 7
78244 Gottmadingen
Dreamside@aol.com

JES Donauwörth

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

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.: 01522/ 6 53 33 21
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

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

JES-Stuttgart

Schlosserstr 28a
(Hinterhaus)
70178 Stuttgart
E-mail: jesinitiative@yahoo.de
Tel.: 0711/76 16 54 19

JES-Netzwerk Mailingliste

jes_netzwerk@yahoogroups.de

Weitere wichtige Adressen

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

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

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit

c/o Jürgen Heimchen
Ravensberger Str. 44
42117 Wuppertal
Tel.: 0202/42 35 19
E-mail: akzeptierende.eltern@
t-online.de

akzept e. V.

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



Mitglied werden im JES-Bundesverband e.V.

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

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

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

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

Ein Krieg gegen Drogen ist ein Krieg gegen Menschen



Junkies – Ehemalige – Substituierte
Bundesweites Drogenselbsthilfenetzwerk
JES-Bundesverband e. V.

Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: vorstand@jes-bundesverband.de

www.jes-netzwerk.de