

DROGENKURIER

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

JUNI 2012
NR. 90

NUR
DURCH-
SCHNITT?

SUBSTITUTION

GBA
beschließt
neue Richtlinien
zur Heroin-
vergabe

JUNKIES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

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

IMPRESSUM

Nr. 90, Juni 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,
Claudia Schieren

Mitarbeit: Dirk Schäffer,
H. Weimann, C. Müller, P. Möller,
T. Arnold

Titelfoto: unter Verwendung
eines Fotos von eyewave/
istockphoto.com

Layout, Satz: Carmen Janiesch

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

Auflage: 4.200 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.

► **Ist die Substitution nur durchschnittlich in Deutschland?** Wenn man sich die Ergebnisse einer zentralen Fragestellungen der aktuellen Befragung von über 700 Substituierten anschaut, könnte man zu diesem Schluss kommen.

Etwa 1/4 der Befragten gab an, dass sie nicht das Substitut ihrer Wahl erhalten und die ärztliche Behandlung wird von vielen Patienten nur sehr durchschnittlich bewertet. Wie in vielen anderen Bereichen auch, gibt es sehr gute Bewertungen der Substitutionsbehandlung. Aber leider muss man auch konstatieren, dass viele ihren Ärzten ein sehr schlechtes Zeugnis ausstellen. Im Resümee erhält die Substitution bei unserer Patientenbefragung ein „schwach befriedigend“.

In dieser Ausgabe nehmen wir zwei Urteile des Landgerichts Augsburg genauer unter die Lupe. Die Klage von zwei Inhaftierten zum Beginn einer Substitutionsbehandlung wurde vom zuständigen Gericht mit einer fast schon reaktionären, unsachlichen und unfachlichen Begründung abgewiesen.

► Bereits in der letzten Ausgabe haben wir auf die erste europäische Informationskampagne von Opiatkonsumentinnen für Opiatkonsumenten hingewiesen. Mit den in dieser Ausgabe vorgestellten Medien kann die Kampagne nun auf vollen Touren anlaufen. **MEINE BEHANDLUNG MEINE WAHL** von Opiatkonsumenten für Opiatkonsumenten.

► **Der aktuelle Drogen- und Suchtbericht** der Bundesdrogenbeauftragten bietet kaum neue Trends und Daten. Daher belassen wir es auch in dieser Ausgabe mit der Betrachtung der aktuellen Entwicklungen zur Substitution. Wir sind der Ansicht, dass wir auf eine dramatische Unterversorgung von Drogengebrauchern zusteuern, die sich substituieren lassen wollen. Die vielleicht interessante Meldung ist, dass die Drogenbeauftragte Dyckmans erklärt hat, dass sie nicht mehr für den Bundestag kandidieren wird. Dies bedeutet, dass es in der nächsten Legislaturperiode eine/n neue/n Drogenbeauftragte/n geben wird. Bisher hat diese Nachricht niemandem die Tränen in die Augen getrieben...

► In dieser Ausgabe setzen wir schließlich unsere Serie „**Drogenkonsumräume in Deutschland**“ fort. Mit dem Gleis 1 in Wuppertal und dem Drob Inn und dem Stay Alive in Hamburg stellen sich gleich 3 Einrichtungen vor.

Das Redaktionsteam

Substitution – nicht mehr als Durchschnitt?

Ergebnisse einer Befragung des JES-Bundesverbands und der Deutschen AIDS-Hilfe zum Arzt/Patientenverhältnis in der Substitutionsbehandlung

ZIELE UNSERER BEFRAGUNG:

Nach dem Erfolg unserer ersten Erhebung zum Thema „Stellenwert von HCV/HIV Testung und Hepatitis A/B Impfung im Rahmen der Substitution“ im Jahr 2009, galt es den Blick nun auf das Arzt/Patientenverhältnis in der Substitutionsbehandlung zu richten.

Diese Befragung will dazu beitragen die Bedingungen der erfolgreichsten Behandlungsform für OpiatkonsumentInnen in den Fokus zu rücken und weiter zu verbessern.

Damit OpiatgebraucherInnen umfassend von der Substitution profitieren können; ist eine intakte und vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient eine wesentliche Grundlage. Vorangegangene Untersuchungen und Rückmeldungen von Patienten aus unterschiedlichen Regionen in Deutschland signalisieren Veränderungsbedarfe in folgenden Bereichen der Substitutionsbehandlung

- Information/Einbeziehung von Patienten
- Datenschutz/Privatsphäre
- Therapieziele/Medikamente
- Sanktionsgeprägte Behandlung

Für uns als Interessenvertretung von Opiatkonsumenten galt es daher mittels einer anonymen, multizentrischen und fragebogengestützten Erhebung eine Situationsanalyse zu den beschriebenen Problembereichen im Praxisalltag aus der Perspektive der Patienten zu erhalten.

ERGEBNISSE:

Geschlecht, Alter und Behandlungsdauer

Im Befragungszeitraum (März bis November 2011) konnten insgesamt 702 Fragebögen aus mehr als 20 Städten in die Auswertung eingeschlossen werden N=702.

Nimmt man das in vielen Studien beschriebene Geschlechterverhältnis in Drogenzenen als Grundlage, so nahmen an dieser Befragung mit 35 % (245) überdurchschnittlich viele Frauen teil.

Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 39,2 Jahre (Range 19–66 Jahre).

Mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen (53 %) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung länger als 5 Jahre in einer substitutionsgestützten Behandlung. 13 % (95) gaben an, dass sie sich weniger als 1 Jahr in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden. 135 Teilnehmende (20%) werden 1-3 Jahre und weitere 82 Personen (12%) werden 3–5 Jahre behandelt. (siehe Abb.1)

Wohn- und Behandlungsort

Fast 3/4 (73%) der Teilnehmenden leben in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern (Großstadt). (siehe Abb. 2)

Entsprechend werden 69% der Substituierten in ihrem Wohnort substituiert. Aus der Vor-Ort-Arbeit wissen wir, dass einer wohnortnahen Substitution eine große Bedeutung zukommt. Allerdings müssen 98 TeilnehmerInnen (14%) Anfahrtswege von mehr als 10 km überwinden. Hiermit verbunden sind zumeist dauerhafte und in der Regel nicht erstattbare Fahrtkosten. (siehe Abb. 3)

Abb. 1: Dauer der Substitution

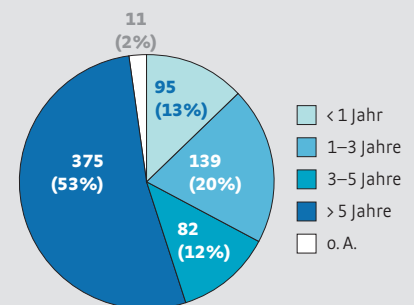


Abb. 2: Wohnort

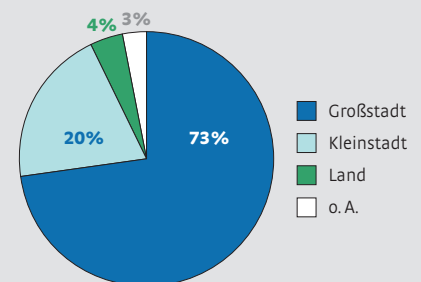
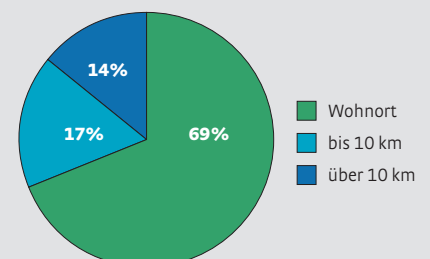


Abb. 3: Ort der Behandlung



Zielsetzung der Behandlung und verordnete Medikamente

Für den JES-Bundesverband und die Deutsche AIDS-Hilfe galt es auch einen Einblick in die selbst- oder fremdbestimmten Zielsetzungen der Behandlung und Informationen zum verordneten Substitut zu erhalten.

Eine realistische und selbstbestimmte Zielsetzung ist ein wesentlicher Indikator für eine erfolgreiche Substitution und kann auch Kennzeichen für die gute Arzt-Patientenbeziehung sein. Die Ergebnisse machen deutlich, dass über 50 % der Befragten für sich selbst eine Abstinenz vom Substitut als Ziel definieren, während 36 % der Befragten für sich eine dauerhafte Substitution als Ziel sehen. (siehe Abb. 4) Lediglich 3 % der Substituierten schilderten, dass die Abstinenz als fremdbestimmtes Behandlungsziel durch den Arzt festgelegt wurde.

Verordnete Medikamente

Wie zu erwarten, werden etwa 3/4 der Teilnehmenden mit Methadon (41 %) oder Polamidon (34 %) behandelt. 17 % geben an mit Subutex (13 %) oder Suboxone (4 %) behandelt zu werden. (siehe Abb. 5)

Der Wahl des richtigen Medikaments kommt eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung zu. Vor dem Hintergrund, dass in Deutschland heute eine breite Palette von Medikamenten zur Verfügung steht, ist das Ergebnis, dass etwa 1/4 (24 %) der Befragten nicht das Medikament der Wahl erhält, sehr kritisch zu bewerten. (siehe Abb. 6)

Abb. 4: Ziel der Substitution

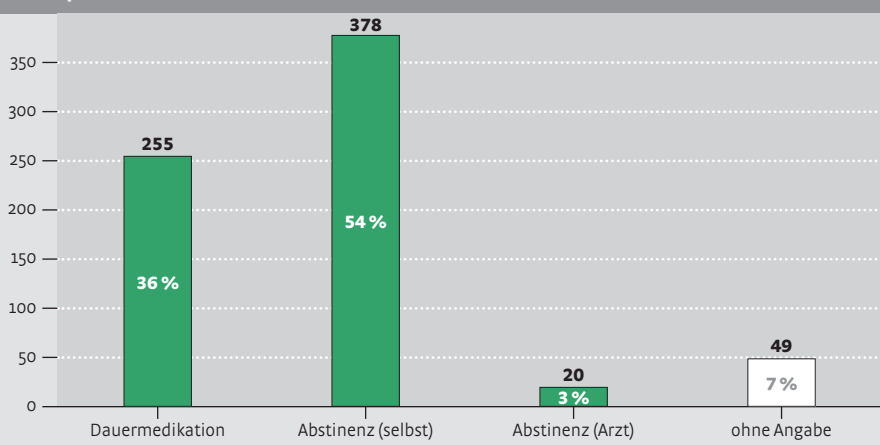


Abb. 5: Verordnetes Medikament

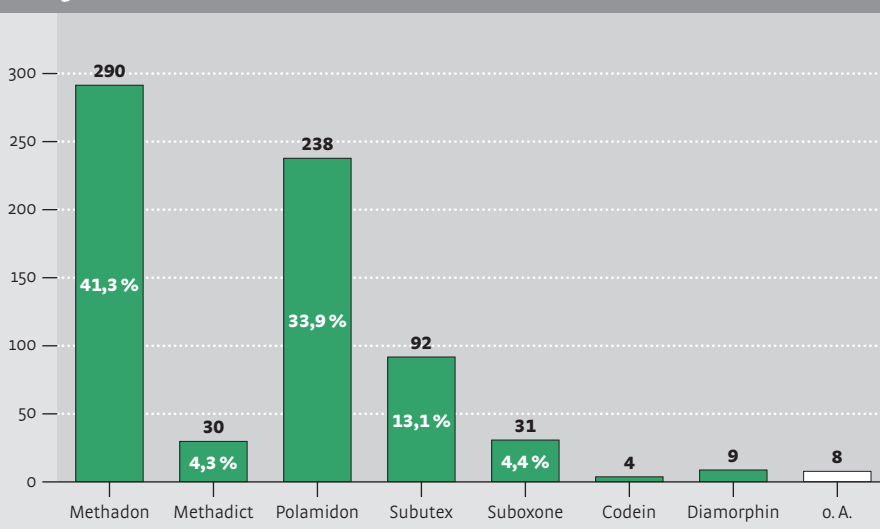


Abb. 7: Unzufriedenheit mit verordnetem Medikament

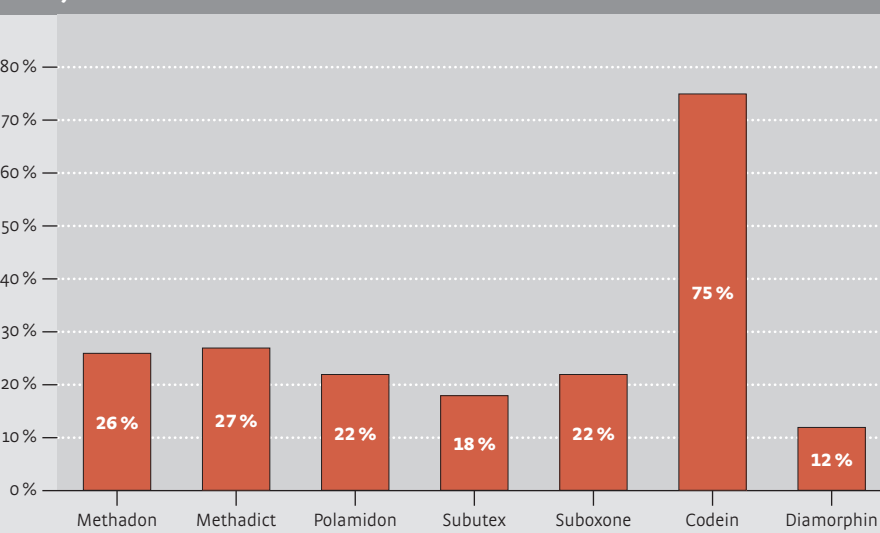
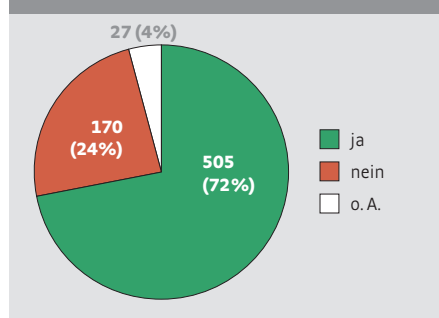


Abb. 6: Medikament der Wahl



Folglich galt es Aussagen darüber zu erhalten ob die Anteile derer, die sagen, dass das verordnete Medikament nicht das Präparat ihrer Wahl ist je nach Medikament unter-

scheiden. Die Ergebnisse machen deutlich, dass es in jeder Gruppe einen gewissen Anteil von Patienten gibt, die ein anderes Medikament präferieren würden. Von den insgesamt 170 Personen die berichteten, dass sie nicht das Medikament ihrer Wahl erhalten, kommen 26 % aus der Gruppe der Patienten die Methadon (flüssig) erhalten. Die Unzufriedenheit verteilt sich darüber hinaus in ähnlichen Anteilen auf Polamidon (22 %), Methadict (Methadontabletten) (27 %), Subutex (18 %) und Suboxone (22 %). Aufgrund der kleinen Gruppe von Teilnehmern die mit Codein behandelt wurden, ist die hohe Rate der Unzufriedenheit mit Vorsicht zu betrachten. (siehe Abb. 7)

Warum verweigern Ärzte den Wechsel des Medikaments?

75 % (127) der Patienten, die nicht das Medikament ihrer Wahl erhalten, berichten, dass ihr behandelnder Arzt nicht bereit ist einen Wechsel zu einem anderen Medikament mitzutragen. Was sind aber die Gründe dafür, dass Ärzte sich weigern ein anderes Substitutionsmedikament zu verordnen? Die Ergebnisse der Befragung zeigen vielfältige Beweggründe.

In 23 % der Fälle waren nach Einschätzung des Patienten finanzielle Gründe dafür ausschlaggebend das Medikament nicht zu verändern. Viele Ärzte scheinen derart überzeugt von verordnetem Präparat überzeugt, dass sie in 22 % der Fälle selbst der

Grund für eine nicht erfolgte Umstellung sind. In 26 % der Fälle erfolgte keine Umstellung mit Hinweis auf geltende Richtlinien der Krankenkassen. Der Schwarzmarkt scheint mit 15 % hingegen nur eine untergeordnete Rolle für eine verweigerte Umstellung zu spielen. (siehe Abb. 8)

Auch wenn die Gründe für eine nicht-erfolgte Umstellung im Einzelfall nachvollziehbar sein mögen, so ist die große Anzahl der verweigerten Umstellungen überaus problematisch. Es ist schlicht für die Therapie kontraproduktiv wenn jeder 4. Patient mit dem verordneten Medikament unzufrieden ist. Die Folgen sind Beikonsum, Therapieabbruch oder Eigentherapie mit dem Medikament der Wahl. Ein erfolgreicher Behandlungsverlauf scheint unter diesen Bedingungen erschwert.

Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit stellt einen wesentlichen Faktor für den erfolgreichen Verlauf der Substitutionsbehandlung dar. Aber wie ist es um die Zufriedenheit der Patienten bestellt? Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen bei dieser Frage deutliche Möglichkeiten der Verbesserung. So wird die Zufriedenheit mit den Kontakt zum Arzt mit 6,2 Punkten (von 10) als durchschnittlich beurteilt. Im Hinblick auf die Zufriedenheit der Begleitbehandlung (HIV- und Hepatitests, Impfungen, körperliche Untersuchungen etc.) zeigt der Durchschnittswert von

5,9 Punkten (maximal 10 Punkte), ebenfalls deutlich Raum für Verbesserungen. (siehe Abb. 9) Auch wenn über die Gründe nur Vermutungen angestellt werden können, so berichten viele Patienten, dass die Belange des Einzelnen aufgrund der Größe der Gesamtgruppe mit vielfach 50–150 Patienten zu kurz kommen.

Ärztliche Gründe gegen eine Take Home Vergabe

Die Take Home Vergabe stellt in vielen Fällen ein Streitpunkt zwischen Arzt und Patient dar. Insbesondere in der jüngeren Vergangenheit scheint die Take-Home-Verordnung der Medikamente deutlich problematischer zu werden. In wieweit dies u. a. durch die öffentliche Berichterstattung (Todesfälle bei Kindern substituierter Eltern) bedingt ist, kann nur spekuliert werden. Die vorliegenden Daten zeigen, dass der Anteil der Patienten die aktuell eine Take Home Verordnung erhalten mit 49 % (345) als eher hoch einzuschätzen ist. Was sind aber aus der Sicht der Patienten die Gründe der Ärzte eine Take Home Vergabe nicht durchzuführen? Der Beigebrauch anderer nicht verordneter Substanzen ist der Hauptgrund um eine tägliche Vergabe in der Praxis anzuordnen. Obwohl die Richtlinien der Bundesärztekammer eine Take Home Vergabe auch frühzeitig ermöglichen, scheint die bisherige „Behandlungsdauer von sechs Monaten“ eine Rolle

Abb. 8: Gründe der Ablehnung (N = 128)

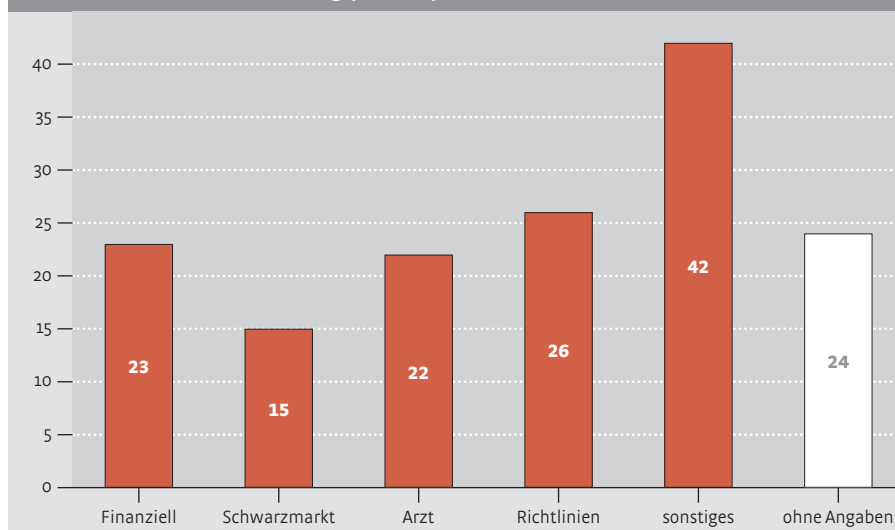


Abb. 9: Patientenzufriedenheit

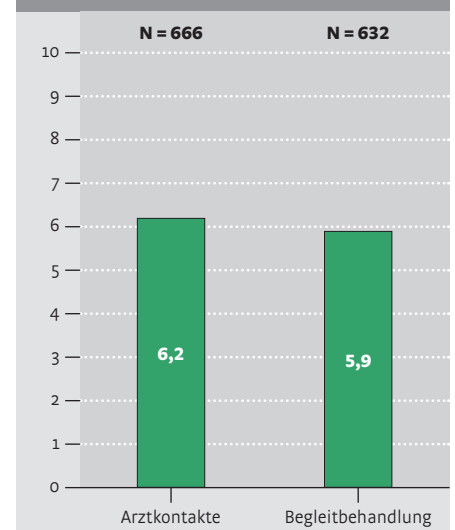
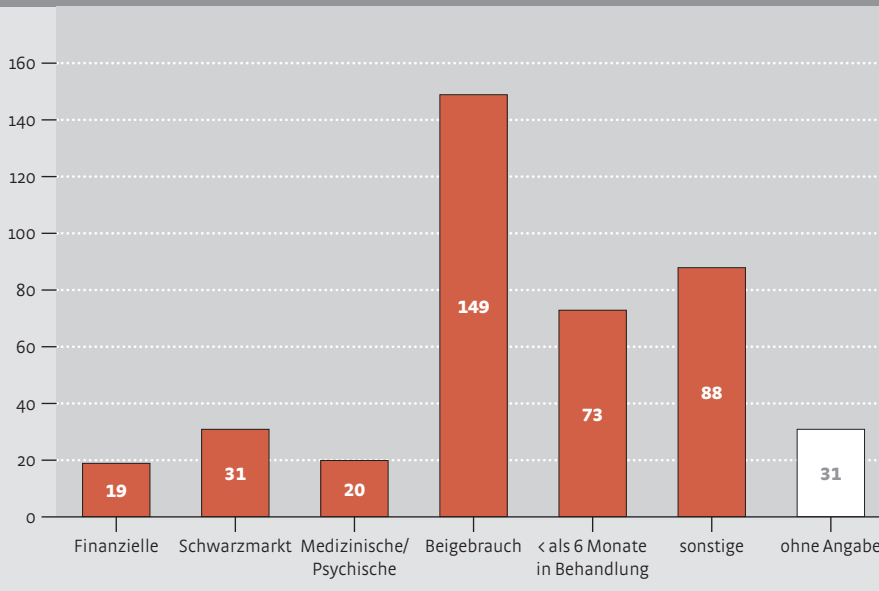


Abb. 10: Gründe gegen die Take Home Vergabe (Mehrfachnennung möglich)



zu spielen um keine Mitgabe zu ermöglichen. (siehe Abb. 10) Übrigens gab ein Drittel der Befragten an, dass auch der Konsum von Cannabis als Beikonsum gewertet und entsprechend sanktioniert wird.

Sanktionen im Rahmen der Substitution

Wie bereits erwähnt, stellt der von Sanktionen geprägte Umgang mit vermeidlichem oder tatsächlichem Fehlverhalten (Beigebrauch, Verspätungen, ungebührliches Verhalten unpassende Kleidung) ein großes Hindernis für eine vertrauensvolle Beziehung von Patient und Arzt dar.

Fast 3/4 der Befragten (71%) äußern sich dahingehend, dass Fehlverhalten mit Sanktionen bestraft wird. Mehr als die Hälfte der Patienten (53%) haben selbst bei versäumten Vergabezeiten mit Sanktionen zu rechnen. (siehe Abb.11)

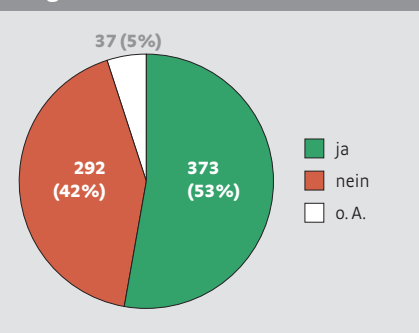
Diese Sanktionen können nur als Versuch der Disziplinierung gewertet werden. Dabei stellt bereits die fehlende Dosis des Substituts eine „Strafe“ für Patienten dar. In der Folge müssen sie sich ihr Substitut auf dem Schwarzmarkt besorgen oder auf Straßenheroin ausweichen. Selbstverständlich ist die nächste Urinkontrolle „positiv“ und die nächste Sanktion folgt prompt. Ob dies allerdings ein patientengerechter Umgang ist, der motivierend, verständnisvoll,

empathisch und selbstwertsteigernd ist, sei dahingestellt. Vielfach sind verstärkte Urinkontrollen eine Folge von Fehlverhalten des Patienten. Die Ergebnisse der Befragung machen deutlich, dass bei 61% der Patienten monatliche Urinkontrollen durchgeführt werden. Erstaunlich ist, dass bei jedem 5 Patienten (20%) sogar wöchentliche Urinkontrollen an der Tagesordnung sind.

Darüber hinaus ordnen substituierende Ärzte bei einem Drittel (1/3) ihrer Patienten zudem Urinkontrollen unter Sicht an.

Während Fehlverhalten der Patienten streng sanktioniert wird, scheint die vorgeschriebene einmal wöchentliche Einnahme des Substituts in der Praxis durch die Ärzte nicht durchgängig praktiziert zu werden. So gaben 21% der Befragten an, dass

Abb. 11: Sanktionen bei versäumten Vergabezeiten

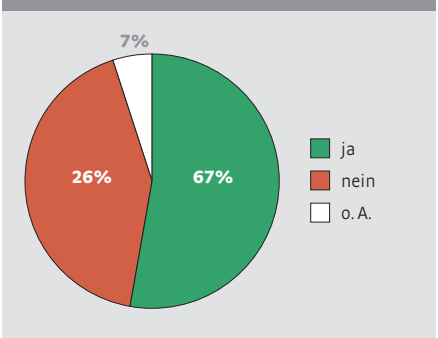


auf eine Einnahme unter Sicht in der Praxis verzichtet wird.

Wird der Datenschutz beachtet?

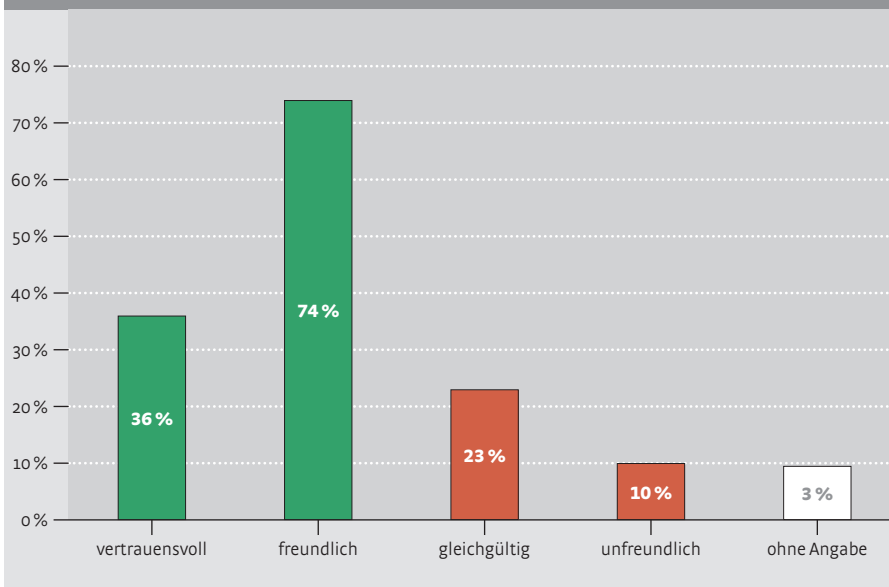
Der Beachtung des Datenschutzes kommt für ein vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis eine große Bedeutung zu. Wer will schon gerne seine Diagnosen an der Anmeldung mitgeteilt bekommen oder die Diskussion um bevorstehende Sanktionen in Hörweite anderer Patienten führen? Die Ergebnisse zeigen ein unbefriedigendes Bild. So gibt jeder 4. Befragte an, dass der Datenschutz in seiner Praxis nicht eingehalten wird. (siehe Abb. 12)

Abb. 12: Beachtung des Datenschutzes



Unterstützung bei Krankheit

Vor dem Hintergrund des stetig steigenden Durchschnittsalters von substituierten Patienten, kommt einer ärztlichen Betreuung auch außerhalb der Praxis eine immer größere Bedeutung zu. Untersuchungen zeigen, dass aufgrund von vielschichtigen Krankheitsbildern eine Voralterung von ca. 15 Jahren bei vielen Patienten angenommen werden muss. Im Mittelpunkt stehen Einschränkungen der Atmung (Lungenkrankheiten) und der Mobilität (Bewegungsapparat). Darüber hinaus sind viele Patienten aufgrund ihrer Hepatitis und/oder HIV Infektion zusätzlich gesundheitlich beeinträchtigt. Trotz dieses sehr eingeschränkten Gesundheitszustands verneinten 49% die Frage nach Unterstützungsleistungen im Rahmen der Substitution bei Krankheit. Die Frage auf welche Weise die Patienten ihre Medikamente erhalten, wenn sie nicht in die Praxis kommen können muss an dieser Stelle unbeantwortet bleiben.

Abb. 13: Atmosphäre in der Arztpraxis (Mehrfachnennung möglich)

Atmosphäre in der Arztpraxis

Zum Abschluss der Befragung galt es von den Befragten einen Eindruck zur Gesamtatmosphäre in der Praxis zu erhalten. Zwar schätzen mit 74% fast 3/4 der TeilnehmerInnen die Praxisatmosphäre als „freundlich“ ein, aber nur 36% bezeichnen die Praxisatmosphäre als „vertrauensvoll“. Das allerdings insgesamt 33% die Atmosphäre als unfreundlich oder gar gleichgültig einschätzen muss nachdenklich stimmen. (siehe Abb. 13)

RESÜMEE:

Die Ergebnisse zeichnen bezüglich des Arzt/Patientenverhältnis ein höchst unterschiedliches Bild. So wird aus den erhobenen Daten deutlich, dass von Vertrauen und Empathie geprägte Arzt/Patientenbeziehungen mit realistischen, weil zwischen Arzt und Patienten abgestimmten Therapiezielen und regelmäßigen Gesprächen vielerorts praktiziert werden. Realität sind aber auch Behandlungen, die nach Ansicht der Patienten ohne kontinuierliche Arztkontakte verlaufen und in hohem Maße kontroll- und sanktionsorientiert sind. Resümierend kann der Substitutionsbehandlung nur ein sehr durchschnittliches Zeugnis ausgestellt werden.

Das mit 54% mehr als die Hälfte der Befragten angeben, dass sie für sich die Abs-

tinenz (auch vom Substitut) zum Ziel haben muß sehr differenziert betrachtet werden. Die Ergebnisse der PREMOS Studie zeigen, dass nur sehr wenige Patienten die dauerhafte Abstinenz erreichen. Wenn dieser Entschluss zur Abstinenz tatsächlich aus intrinsischer Motivation erwächst und realistisch scheint, gilt es für den Arzt gemeinsam mit dem Patienten dieses Ziel schrittweise zu verfolgen. Erfahrungen aus der Vor Ort Arbeit zeigen allerdings, dass das Ziel der Abstinenz aus extrinsischer Motivation (Arzt, Drogenberater, Familie,) angestrebt wird und häufig unrealistisch ist.

Das trotz der heute breiten Palette der Substitutionsmedikamente mit 24% jeder vierte Patient der Ansicht ist, nicht das Medikament seiner Wahl zu erhalten, ist überaus kritisch zu sehen. Dem Vertrauen zum Medikament kommt eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für den Behandlungsverlauf zu. Die Gründe der behandelnden Ärzte das gewünschte Substitut nicht zu verschreiben sind vielschichtig. So scheinen eine Viertel der Ärzte ihre ganz persönliche Präferenz für ein Medikament zu haben, sodass sie eine Umstellung verneinen. Woraus diese Präferenz resultiert bleibt hingegen offen.

Die Ergebnisse bestätigen in negativer Hinsicht Patientenberichte, die über eine Substitutionsbehandlung berichten, die von

Sanktionen geprägt ist. Die Angst vor Sanktionen, die zumeist nicht motivierend wirken und dazu beitragen, dass sich Patienten zurückziehen, stellen sicher ein großes Hindernis für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient dar. Sanktionen und Disziplinierungsmaßnahmen (aus den unterschiedlichsten Gründen wie Beikonsum, Verspätungen, Aufenthalt vor der Praxis, unangemessenes Verhalten) sind mit 71% eher die Regel denn die Ausnahme. Die höchst unterschiedliche Bewertung der Behandlung insgesamt, kommt auch bei der Bewertung der Arztkontakte und der Begleitbehandlung zum Ausdruck. Höchste Bewertungen wechseln sich mit sehr niedrigen Bewertungen ab. Im Ergebnis kommt es somit nur zu Durchschnittswerten von 5,9 bzw 6,2 Punkten (Skala 1–10).

Insgesamt bieten die Ergebnisse einige Ansätze zur Verbesserung des Arzt/Patientenverhältnisses. Im Zentrum steht der Wunsch der Patienten eines veränderten Umgangs mit Beikonsum, Verspätungen uvm. Bisher zumeist verwandte Reaktionsmuster (Dosisreduktion, vermehrte Kontrollen, Behandlungsabbruch) wirken demotivierend und tragen nach Einschätzung der Patienten kaum zu einer Verhaltensänderung bei.

Darüber hinaus besteht bei Teilnehmern den Wunsch nach kontinuierlichen Arztkontakten und dem Aufbau eines Arzt/Patientenverhältnisses, dass auf Vertrauen setzt sowie flexibleren Öffnungs- und Vergabezeiten für berufstätige Patienten anbietet. Patienten wünschen sich eine verstärkte Individualisierung der Behandlung und keine Behandlung nach Schema 08/15 (z. B. gleiches Substitut für alle).

Die aus jahrelangem Drogenkonsum unter Bedingungen der Verfolgung und Kriminalisierung erlernten Schutzmechanismen und Verhaltensweisen lassen sich nur durch den Aufbau einer Vertrauensbasis überwinden. Die zusätzliche Sanktionierung von vermeidlichen oder tatsächlichen Fehlverhalten bewirkt hingegen nur eine Verstärkung des Schutzes und trägt dazu bei, dass Patienten Distanz wahren und kein Vertrauen fassen. ●

*Dirk Schäffer,
DAH, JES-Bundesvorstand*

Die unendliche Geschichte ... oder JES berichtet vom GBA

Seit dem letzten Bericht über die Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss hinsichtlich Veränderungen der Richtlinien zur Diamorphinbehandlung sind bereits wieder einige Monate vergangen. Wir sind ein Update schuldig.

Bereits in der Vergangenheit haben wir an dieser Stelle die Entwicklungen im GBA beschrieben und unsere Meinungen und Haltungen als Patientenvertreter im GBA dargestellt. Obwohl wir bereits bei der ersten Ausarbeitung der Richtlinien im Jahr 2010 schlimmeres abgewendet hatten und für die bestehenden Diamorphinambulanzen z. B. eine Übergangsfrist von 3 Jah-

ren erkämpft hatten, wurden die Richtlinien (zurecht) zerrissen und die kleinen aber feinen Erfolge unseres Engagements gingen unter.

Druck der Fachverbände ermöglichte neue Verhandlungen

Auf Druck der Städte, der Fachverbände der Bundesärztekammer und vielen anderen, wurde die Arbeitsgruppe „Diamorphin“ wieder einberufen um die Schwachstellen der Richtlinien aufzudecken, zu diskutieren und möglichst zu verändern.

Anders als beim ersten Mal waren wir nun erfahrener. Das katastrophale Fazit nach einem Jahr Diamorphinrichtlinien (es

entstand keine neue Ambulanz) kam uns entgegen. Wir richteten uns abermals auf monatelange Verhandlungen ein, denn warum sollten die Vertreter der Kassen und der Ärzte ihre Haltung verändert haben?

Das Ergebnis steht – die Richtlinien werden verändert

Im Feb. 2012 wurden die Beratungen im Ausschuss Diamorphin beendet. Nun gilt es abermals das Ergebnis der Verhandlungen zu bewerten. Wir konnten in zähen Verhandlungen dazu beitragen die Richtlinien hier und da ein Stück zu öffnen und die Mitglieder im GBA zum nachdenken zu bewegen.

DER DROGEN- UND SUCHTBERICHT ZUM THEMA DIAMORPHIN ...

Qualitätssicherung der Diamorphinbehandlung

NACH ENDE DER HEROINMODELLSTUDIE HABEN ALLE SIEBEN BETEILIGTEN EINRICHTUNGEN DIE DIAMORPHINBEHANDLUNG FORTGESETZT.

Das Zentrum für Suchtforschung Hamburg (ZIS) hat gemeinsam mit den Behandlungszentren ein systematisches Dokumentationsinventar für die Langzeitbeobachtung entwickelt, die seit 2007 hierüber erfolgt. Das vom BMG finanzierte Monitoring endete 2011. Der abschließende Bericht liefert einen Überblick über vier Jahre strukturierte Verlaufsbeobachtung der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung in Deutschland, aus dem sich praxisrelevante und gegebenenfalls gesundheitspolitische Konsequenzen ableiten lassen.

Für das Jahr 2010 liegen von insgesamt 261 Diamorphinpatienten Dokumentationsbögen zum Behandlungsverlauf vor. Davon wurden 113 Patienten nach dem Ende des Modellprojekts neu in die Behandlung aufgenommen (43,3 Prozent), 148 Substituierte nahmen bereits an der klinischen Studie teil (56,7 Prozent), sie begannen mit der Diamorphinbehandlung somit schon in den Jahren 2002 bis 2004.

Bei weiteren 48 Patienten liegt bisher nur eine Aufnahmedokumentation vor. Auf Grundlage der Dokumentation befan-

den sich 2010 somit insgesamt 309 Patienten in der Diamorphinbehandlung.

Von den neu aufgenommenen Patienten sind genau vier Fünftel männlich. Das Durchschnittsalter zu Behandlungsbeginn beträgt gut 40 Jahre und ist damit im Vergleich zu den 2009 aufgenommenen Patienten wieder deutlich gestiegen – besonders bei den Frauen: Die jüngste Patientin ist 26, der älteste 55 Jahre alt.

Die im Jahre 2010 aufgenommenen Frauen sind durchschnittlich fast drei Jahre jünger als die männlichen Patienten. Die Mehrheit ist deutscher Nationalität (92,2 Prozent).

Seit dem Ende der Heroinmodellstudie sind 203 Patienten neu in die Diamorphinbehandlung aufgenommen und dokumentiert worden. Bezogen auf diese Zahl liegt der Anteil der Neuaufnahmen im Jahr 2010 bei 31,5 Prozent und ist damit im Vergleich zu 2009 (24,6 Prozent) und 2008 (29,1 Prozent) angestiegen. Die 2010 neu aufgenommenen Patienten befinden sich seit durchschnittlich 292 Tagen, also etwa neuneinhalb Monaten, in Behandlung.

Die Mehrheit, 78,5 Prozent, begann erst im zweiten Halbjahr mit der Behandlung. Das dürfte vor allem auf die seit Oktober 2010 geltende Übernahme dieser Behandlungsform in die GKV als Regelversorgungsleistung zurückzuführen sein.

(Quelle Drogen- und Suchtbericht 2012)

Was ist neu?

THEMA	ALT	NEU
Anzahl von Ärzten	Arztstellen in Voll- oder Teilzeit im Umfang von grundsätzlich 3 Vollzeitstellen sind vorzuhalten	Eine angemessene Anzahl Arztstellen und qualifizierter nichtärztlicher Stellen in Voll- oder Teilzeit
Anwesenheit eines Arztes	Keine Aussage	Während der Vergabezeiten und der Nachbeobachtung muss ein Arzt in der Einrichtung anwesend sein. Außerhalb dieser Zeiträume muss die ärztliche Betreuung durch die Anwesenheit eines Arztes oder eine ärztliche Rufbereitschaft gewährleistet sein
Räumliche Ausstattung	drei separate Räume (insbesondere zur Trennung von Wartebereich, Ausgabebereich und Überwachungsbereich nach erfolgter Substitution	

Was bedeutet die Veränderungen für die Praxis?

Die Personalkosten sinken deutlich, da nun nicht mehr drei ärztliche MitarbeiterInnen in Vollzeit zum Betrieb solcher Einrichtungen erforderlich sind. Dies könnte insbesondere neuen Einrichtungen den Einstieg mit einer kleinen Patientengruppe erleichtern.

Ärzte (insbesondere im Krankenhaus) können sich nach der Vergabe- und Nachbeobachtungszeit anderen Tätigkeiten widmen und sind nicht 12 Stunden an die Einrichtung gebunden. Auch dies kann Kosten reduzieren und dazu beitragen, dass sich mehr Ärzte für eine Diamorphinbehandlung bereiterklären. Sie müssen sich nun nicht voll und ganz an die Diamorphinsubstitution binden und haben stattdessen die Möglichkeit auch weiter im Klinikalltag tätig zu sein.

Bestehende Einrichtungen, die schon jetzt nicht über drei Räume verfügen, haben nun die Möglichkeit auch nach der dreijährigen Übergangsfrist die Behandlung fortzusetzen.

Die Städte und Länder sind nun gefordert

Spätestens jetzt sind die Städte und Kommunen am Zug. Es gibt keine Ausreden mehr. Nun gilt es in der Kommune oder im Land, das erforderliche Geld für die Umbauten bzw. für die Einrichtung der Ambulanzen einzustellen. Die GBA Richtlinien jedenfalls sind nun ein ganzes Stück praxisnäher als vorher und ermöglichen nun einen kostengünstigeren Betrieb.

Die neuen Richtlinien werden in den nächsten Tagen offiziell in Kraft treten und in der Fachpresse sicherlich abermals kontrovers diskutiert werden.

JES und DAH haben im GBA alles versucht um bessere Voraussetzungen zu schaffen damit die Diamorphinbehandlung nun wirklich in Gang kommen kann.

Unserer Meinung nach ist das größte Hindernis das Medikament selbst. Auch wenn es für viele eine wirkliche Chance ist ihre Lebenssituation zu verbessern, es bleibt dabei, dass ein zwei- oder dreimaliges Aufsuchen der Einrichtung mehr als Suboptimal ist und einem normalen Lebensrhythmus entgegensteht. ●

Marco Jesse, Dirk Schäffer

Heroin auf Krankenschein startet erst 2013 in Stuttgart

Die Landeshauptstadt könnte die erste Stadt in Deutschland werden, in der schwer suchtkranke Junkies synthetisches Heroin – den Stoff Diamorphin – in einer regulären Suchtpraxis erhalten. Allerdings verzögert sich die Inbetriebnahme der Praxis in der Kriegsbergstraße 40 nach Informationen unserer Zeitung mindestens bis Mitte, eher aber Ende 2013.

MINISTERIUM WILL ANTRAG DER STADT GENEHMIGEN

Stuttgart wird das Therapiemodell hingegen unter regulären Bedingungen einführen. „Ich freue mich sehr, dass die Landeshauptstadt den Weg dafür frei macht“, sagt Sozialministerin Katrin Altpeter (SPD). Das Ministerium will den städtischen Antrag genehmigen. Stuttgarts Sozialbürgermeisterin Isabel Fezer (FDP) begrüßt die Diamorphin-Behandlung als einen „zusätzlichen und wichtigen Baustein“ in der Drogentherapie.

Das Land gibt auch einen Zuschuss: „Wir werden die Stadt mit einem Investitionszuschuss von voraussichtlich rund 150.000 Euro unterstützen“, kündigt Altpeter an. Die vorige CDU-FDP-Regierung hatte maximal 100.000 Euro in Aussicht gestellt. Das Geld soll die Kosten der erforderlichen Sicherheitstechnik in der Praxis abdecken.

Die Stadt Stuttgart stellt 2,2 Millionen Euro für die Sanierung und den Umbau der Kriegsbergstraße 40 bereit. Doch das städtische Gebäude, das ursprünglich das nahe Klinikum als Bürohaus nutzen sollte, stand vier Jahre leer und ist in einem desolaten Zustand. „Hier ist eine Kernsanierung nötig, die im Umfang einem Neubau entspricht“, ahnt ein Beteiligter. Bis zur Eröffnung der Praxis sei daher Geduld nötig.

STREIT UM KOSTEN FÜR DIE VERZÖGERUNGEN

Warten ist man gewohnt: Der Bundestag hatte den Weg zur Diamorphin-Behand-

lung zwar bereits im Mai 2009 durch Gesetzesänderung frei gemacht. Ein Jahr später hieß es in Stuttgart, man könne 2011 mit der Therapie starten. Dann sorgte auf Bundesebene ein Streit um die Kosten für Verzögerungen. Die Krankenkasse zahlt die Diamorphin-Therapie; die Ärzte erhalten gegebenenfalls Zuschüsse der Kommunen. Ende 2011 sagten schließlich die Stuttgarter Stadträte mit breiter Mehrheit Ja. Zum Stand des Bauvorhabens will sich die Stadtverwaltung demnächst im Gemeinderat äußern.

Von den rund 1500 Konsumenten harter Drogen in Stuttgart werden bereits rund 850 substituiert.

**ENGES KORSETT DER THERAPIE
SCHRECKT BISHER VIELE AB**

Von den 850 Substitutionspatienten erfüllen 150 formal die Voraussetzungen für das Diamorphin-Programm. Aber nur 40 Männer und Frauen haben bisher erklärt, dass sie ein konkretes Interesse daran hätten. Weitere 20 Personen könnten aus dem Stuttgarter Umland hinzukommen. Diamorphin kann zwar, anders als Methadon, auch die psychische Sucht befriedigen. Doch das enge Korsett der Therapie schreckt bislang viele Süchtige ab. „Ehe die Praxis startet, müssen wir das Konzept in der Szene nochmals bekannt machen“, sagt Uli Binder, Chef der Drogenberatung Release.

In der Praxis Kriegsbergstraße 40, die von dem erfahrenen Suchtmediziner Andreas Zsolnai geleitet wird, sollen 60 Patienten mit Diamorphin und 150 mit Methadon an 365 Tagen im Jahr behandelt werden. Die Polizei ist in das Sicherheitskonzept der Praxis eingebunden. Vorstellbare Konflikte

zwischen den Ex-Junkies und den Besuchern der Universität oder des Katharinenhospitals will man im Auge behalten. „Aus unserer Sicht sollte es im Umfeld der Diamorphin-Praxis nur wenige Probleme geben“, meint Klaus Huber, Leiter des Drogendezernats.

*Stuttgarter Nachrichten,
Michael Isenberg, 30.04.2012*

**AKTUELL WERDEN BUNDESWEIT
CA. 360 HEROINKONSUMENTEN
MIT DIAMORPHIN BEHANDELT**

Herausgerissene Haar bei Mitarbeitern und

JES-Bundesverband kritisiert Einsatz der Mainzer



Am Dienstag den 8. Mai 2012 durchsuchten 100 Einsatzkräfte der Polizei das Drogenhilfeszentrum „Café Balance“ in Mainz sowie Wohnungen von zwei Beschuldigten die unter dem Verdacht des Handels mit Betäubungsmittel stehen. Hierfür sollen sie u. a. auch die Mainzer Drogenhilfeeinrichtung genutzt haben. Gegen zwei Mitarbeiter des Cafe Balance wird wegen des Verdachts des „Verschaffens einer Gelegenheit“ ermittelt. Die Staatsanwaltschaft erhebt den Vorwurf, dass sie seit Sommer 2011 den Weiterverkauf und Konsum von Heroin in den Räumlichkeiten des Café Balance geduldet hätten. Darüber hinaus hätten die Balance-Mitarbeiter Polizisten den Zutritt verwehrt und Klienten vor Polizeikontrollen gewarnt.

Sowohl für den JES-Bundesverband als auch für akzept e.V. stellt sich der Einsatz von Polizei völlig unangemessen und unverhältnismäßig dar. „Diese Razzia stellt die MitarbeiterInnen des Cafe Balance und alle MitarbeiterInnen in niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen unter einen Generalverdacht“, so Heino Stöver, Vorsitzender von akzept e.V. „Gerade weil diese Substanzen

illegal sind und die Nutzer der Substanzen kriminalisiert werden, findet ein Kleinsthandel vielfach im verborgenen statt, der sich damit nicht überall verhindern lässt“, so Stöver weiter.

Sind auch Justizvollzugsbeamte nun in Gefahr?

Diese Frage stellt der Bundesverband akzept nach dem Einsatz in Mainz. Denn auch in anderen Institutionen, wie z. B. im Strafvollzug, wo trotz größter Sicherheitsmaßnahmen und Kontrollen von qualifiziertem Personal ca. 30% der Häftlinge fortgesetzt Drogen konsumieren, könnte man mit demselben Verdacht Durchsuchungen anordnen. Auch dort könnte man die Frage des Mainzer Oberstaatsanwalts Mieth stellen „Warum bekommen das die Mitarbeiter nicht mit?“

Gefunden wurde nichts!

Das Ergebnis der fünfstündigen Durchsuchung ist interessant. Es wurde NICHTS gefunden. Kein Gramm Heroin und keine Utensilien. Das die Mitarbeiter vor Polizisten gewarnt hätten ließ sich nicht bestätigen. Die Mitarbeiter der Einrichtung Balance vermuten, dass hiermit wohl ein Blinklicht gemeint sei, das den Einlasswunsch von jedem melde, der klingelt um Zutritt zur Einrichtung zu erhalten. Auch

büschel, Leibesvisitationen Polizei im Kampfanzug

Polizei gegen Drogenhilfeeinrichtung Café Balance als unverhältnismäßig



die Anschuldigung, dass Mitarbeiter das Heroin auf seine Qualität hin überprüft hätten hat sich als haltlos erwiesen. Ein „Drogenlabor“, mit dem Heroin getestet werden kann, wurde bei den Durchsuchungen nicht gefunden. Hingegen wird bestätigt, dass die Mitarbeiter des Cafés klare Grenzen gezogen haben. Der Konsum, Dealen und Gewalt sind dort verboten und Zuwiderhandlungen wurden von MitarbeiterInnen u. a. mit Hausverboten geahndet.

Balance ist wieder geöffnet

Trotz eingeschränkter Öffnungszeiten bietet Balance wieder Möglichkeiten zum Schlafen, Essen und Trinken sowie zum Spritzentausch an. Für die Leiterin der Drogenhilfeeinrichtungen Brücke und Balance Annette Baum ist der Weiterbetrieb im Notmodus angesichts des eingeschränkten Personalbestands – die Beschuldigten arbeiten vorerst im Innendienst – nur kurzzeitig möglich. Es gilt auch eine Verlagerung der Szene auf die Straße oder in andere Mainzer Stadtgebiete zu vermeiden.



Kommentar: Wenn dieses Vorgehen Schule macht, könnten sicher eine Vielzahl von niedrigschwelligen Einrichtungen in Deutschland geschlossen werden und die Mitarbeiter unter den Verdacht der „Verschaffung einer Gelegenheit“ gestellt werden. Aus unserer Sicht ist völlig klar, dass in Einrichtungen die täglich von vielen aktuell Drogen gebrauchenden Menschen aufgesucht werden, auch Drogen in gewissen Mengen zum Eigenkonsum vorhanden sind und auch Drogen gehandelt werden.

Es wäre fatal MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen noch stärker in die Rolle von Ordnungshütern zu pressen. Dies würde ihre tägliche Arbeit als Sozialarbeiter und vielfach als Vertrauter der Drogenkonsumenten konterkarieren. Letztendlich würden Drogenkonsumenten solche Einrichtungen nicht mehr aufsuchen. Befragungen von Drogengebrauchern haben gezeigt, dass dem Faktor „Vertrauen“ ein hoher Stellenwert zukommt. Dies bedeutet selbstverständlich nicht, dass die Mitarbeiter etwaigen Drogenhandel dulden sollen. Es muss aber klar sein, dass MitarbeiterInnen in niedrigschwelligen Einrichtungen keinen Polizeiersatz darstellen. Man muss sicher aufpassen, dass solche Ereignisse nicht zu einer tiefgreifenden Veränderung des Verhältnisses zwischen Einrichtung und Nutzern führen. Dies wäre für die Drogenarbeit eine Katastrophe.

Uns hat sich die Mainzer Einrichtung „Cafe Balance“ in den vergangenen Jahren als fachkompetente und scene- sowie praxisnahe Einrichtung dargestellt.

Abschließend bleibt anzumerken, dass das Verhalten des Mainzer Oberstaatsanwalts Mieth in Bezug auf die frühzeitige Information der Presse ethisch fragwürdig ist und für einen übertriebenen Geltungsdrang spricht. Vielleicht ist es so üblich, dass die Mainzer Staatsanwaltschaft schon vor der eigentlichen Durchsuchung die Presse informiert, damit insbesondere auch Pressevertreter der BILD Zeitung, die durch ihre Berichterstattung in den letzten Jahren maßgeblich zur Stigmatisierung und Ausgrenzung von Drogenkonsumenten beigetragen haben, die Möglichkeit haben die Durchsuchung des Cafe Balance im Bild festzuhalten. Wir finden dieses Vorgehen mehr als fragwürdig.

Erfreulicherweise erhalten die Mitarbeiter des Cafe Balance bis auf wenige Ausnahmen große Unterstützung. So wollen die Mitglieder der SPD Ratsfraktion Kai Hofmann und Klaus Trautmann ihren Besuch als „Zeichen der Wertschätzung“ verstanden wissen. Aus Sicht von Sylvia Köbler-Gross der sozialpolitischen Sprecherin der Grünen-Stadtratsfraktion wird der Generalverdacht gegen alle Mitarbeiter kritisiert, denn die Beschäftigten im Café leisten aus ihrer Sicht seit langen Jahren eine erfolgreiche Arbeit. Die beiden Mitarbeiter der Drogenhilfe Mainz werden durch eine ganze Riege von Strafrechtsprofessoren der Uni Mainz vertreten.

Leider gibt es auch immer wieder „Freunde“ und „Förderer“ die solche Vorkommnisse zu überstützten Handlungen motivieren. So ließ der Verein Mainz 05 schon einen Tag nach der Durchsuchungen verlautbaren, dass man überprüfen müsse ob man die Spende an die Mainzer Drogenhilfe in Höhe von 10.000 € nicht zurückfordern müsse, wenn dort mit Heroin gehandelt würde. „In solchen Fällen wird schnell deutlich, wo die wirklichen Unterstützer und Freunde des Vereins sind“, so der JES-Bundesverband.

Tiefe Verunsicherung in der niedrigschwelligen Drogenhilfe

Man fühlt sich nach den Mainzer Ereignissen 10 Jahre zurückversetzt, so Dirk Schäffer Drogenreferent der Deutschen AIDS-Hilfe. Damals wurde die Bielefelder Drogenhilfeeinrichtung durchsucht und Anklage gegen die beiden Leiter der Einrichtung und den Bielefelder Polizeipräsidenten erhoben. Die Vorgänge ähneln sich, auch wenn sie nicht zu 100% vergleichbar sind. Auch damals wurde gegen die beiden Mitarbeiter wegen des Straftatbestands des „Verschaffens einer Gelegenheit“ ermittelt. Leider hat sich in den letzten 10 Jahren in Sachen „Rechtssicherheit für MitarbeiterInnen in niedrigschwelligen Einrichtungen“ nichts bewegt. ●

Dirk Schäffer

Quellen: PM, akzept e. V., Allgemeine Zeitung, FR

Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung

ALLJÄHRLICH IST DER MAI DER MONAT IN DEM DER DROGEN UND SUCHTBERICHT DER DROGENBEAUFTRAGTEN DER BUNDESREGIERUNG ERSCHEINT. ALS JES-BUNDESVERBAND HABEN WIR ES UNS ZUR AUFGABE GEMACHT, EINZELNE THEMEN UND DATEN AUS DEM BERICHT IM DROGENKURIER ABZUBILDEN UND ZU KOMMENTIEREN.



Die Substitutionsgestützte Behandlung

Seit dem 1. Juli 2002 muss jeder Arzt, der Substitutionsmittel für opiatabhängige Patienten verschreibt, der Bundesopiumstelle unverzüglich die vorgeschriebenen Angaben melden:

- den Patientencode,
- das Datum der ersten Verschreibung,
- das verordnete Mittel,
- das Datum der letzten Verschreibung,
- Name und Adresse des Arztes
- ggf. Name und Anschrift eines beratend hinzugezogenen Arztes.

Ferner müssen die Ärztekammern jedes Jahr zum 31. März und 30. September der Bundesopiumstelle mitteilen, welche Ärzte die Mindestanforderungen an eine suchtherapeutische Qualifikation erfüllen.

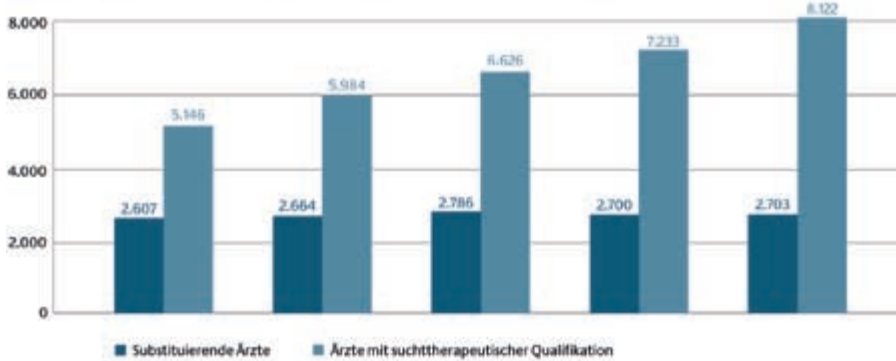
Zahl der Substituierten erstmals gesunken

Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist seit Beginn der Meldepflicht bis 2010 kontinuierlich gestiegen, zum 1. Juli 2010 auf 77.400 Patienten. 2011 ist die Zahl erstmals gesunken – zum 1. Juli 2011 auf 76.200 Patienten. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass 2011 überdurchschnittlich viele Ärzte ihre Daten mittels „Inventurmeldungen“ aktualisiert haben, sodass zum Beispiel versäumte Abmeldungen nachträglich registriert wurden.

Im Jahr 2011 wurden rund 90.000 An-, Ab- und Ummeldungen von Patientencodes erfasst. Diese hohe Zahl ergibt sich unter anderem dadurch, dass dieselben Patienten mehrfach an- und wieder abgemeldet wurden – entweder durch denselben Arzt oder durch verschiedene Ärzte: Womöglich haben die Patienten den Arzt gewechselt, wurden in Kliniken behandelt oder es gab ärztlicherseits Änderungen, etwa einen Personalwechsel.

2011 haben insgesamt 2.703 Substitutionsärzte Patienten gemeldet. Die Ärztekammern melden ca. 8.100 Ärzte, die suchthe-

Abbildung 36:
Zahl der im Substitutionsregister registrierten Ärzte von 2003 bis 2011



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

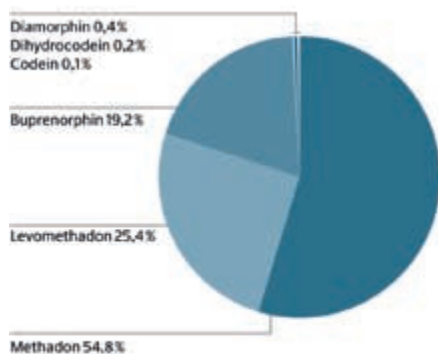
reputisch qualifiziert sind – weit mehr als tatsächlich substituierend behandeln (Abbildung 36).

Jeder fünfte substituierende Arzt besitzt keine suchtmedizinische Qualifikation

Etwa 19 Prozent, also 513 substituierende Ärzte, haben 2011 die Konsiliarregelung genutzt: Hiernach können auch Ärzte ohne suchttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen entsprechend qualifizierten Arzt einbeziehen.

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel sind in Abbildung 37 dargestellt. Das überwiegend gemeldete Substitutionsmittel ist Methadon. Allerdings steigt seit mehreren Jahren der Anteil von Buprenorphin und Levomethadon.

Abbildung 37:
Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011

PREMOS: Langfristige Substitution Opiatabhängiger

Substitutionsbehandlungen sind kurz- und mittelfristig wirksam und sicher. Das ist wissenschaftlich erwiesen. Der Langzeitverlauf über mehrere Jahre hinweg ist dagegen bisher nur unzureichend untersucht. Um Aussagen darüber treffen zu können, hat das BMG 2007 den Forschungsauftrag PREMOS erteilt: Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment. Die bundesweite repräsentative Studie untersuchte über sechs Jahre hinweg insgesamt 1.624 Patienten persönlich und umfassend. Sie charakterisierte weitere 470 Patienten danach, wie die Behandlung verlief.

Nach sechs Jahren waren 8 Prozent aller Patienten verstorben. Was einem im internationalen Vergleich geringen jährlichen Mortalitätsrisiko von 1,15 Prozent entspricht. Weitere 8 Prozent waren nach beendeter Therapie abstinent oder befanden sich in abstinentorientierter Therapie.

Als gesichert stabil abstinent gelten ca. 4 Prozent. Etwa 70 Prozent der Patienten haben die Substitution dauerhaft fortgesetzt, 46 Prozent sogar ohne Unterbrechungen oder Abbrüche. Bei etwa 13 Prozent der Patienten verlief die Behandlung dagegen instabil und 3 Prozent waren meist lange inhaftiert oder in stationärer medizinischer Behandlung. Insgesamt lassen sich maximal 30 Prozent der Verläufe als ungünstig einstufen. Wenige Patienten haben neben dem Substitutionsmittel noch Opioide (unter 12 Prozent) oder andere illegale Drogen (20 bis 30 Prozent) konsumiert.



Kommentar: Die Zahlen zur substituti-
onsgestützten Behandlung im diesjäh-
rigen Drogen- und Suchtbericht ma-
chen einmal mehr eine dramatische
Situation deutlich. Die immer weiter
auseinandergelagerte Schere aufgrund
des stetigen Anstiegs der Patientenzah-
len und einer Stagnation der Behand-
lerzahlen, konnte auch im Jahr 2011
nicht geschlossen werden.

Wie dramatisch die aktuelle Situa-
tion in der Versorgung von Opiatabhän-
gigen ist, wird u. a. dadurch deutlich,
wenn man sieht, dass von den 2700
Ärzten die aktuell Opiatkonsumenten
behandeln jedem 5. die suchtmedizi-
nische Qualifikation fehlt. Dies hat zur
Folge, dass nur max. 3 Patienten behan-
delt werden können. Somit reduziert
sich die Zahl der behandelnden Ärzte
mit suchtmedizinischer Qualifikation
auf etwa 2200.

Hinzu kommt, dass in den nächsten
Jahren eine Vielzahl von erfahrenen Be-
handlern in den Ruhestand gehen. Um
den absehbaren- und vom JES-Bundes-
verband bereits in den letzten Jahren
artikulierten Engpass in der Versorgung
von Opiatkonsumenten aufzufangen-
bedarfes unserer Meinung nach ein ab-
gestimmtes Vorgehen zwischen KV, Dro-
genbeauftragter, Bundesärztekammer
der Gesellschaft für Suchtmedizin und
der pharmazeutischen Industrie.

Die schlechte Darstellung der Sub-
stitution in der Öffentlichkeit wird für
die Gewinnung neuer junger Ärzte zu ei-
nem großen Problem. Daher bedarf es
unserer Ansicht nach einer Kampagne
die die Potentiale und Erfolge der Sub-
stitution deutlich macht und die Attrak-
tivität der Behandlungsform für Medi-
ziner deutlich macht.

Schon jetzt gibt es Regionen die dra-
matisch unterversorgt sind. Dies hat
zur Folge das Patienten täglich lange
An- und Abreisewege in Kauf nehmen
um ihre Behandlung sicherzustellen.

DHV

**PRESEMITTEILUNG DES DEUTSCHEN
HANF VERBANDS ZUM SUCHTBERICHT 2012**



Drogen- und Suchtbericht 2012 – Von Dyckmans nichts neues

Am 22. Mai 2012 stellte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, den Drogen- und Suchtbericht 2012 vor. Große neue Erkenntnisse zur Drogenpolitik sind darin nicht zu finden, die Message ist: Oma Mechthild kümmert sich um die armen Süchtigen – mit einem reichlich eingeschränkten Horizont und ohne jeden Biss gegen Widerstände beispielsweise aus den eigenen Reihen beim Thema Glücksspiel. Repression existiert in ihrer Welt nicht, ansonsten stinkt es vor lauter regierungsamtlicher Selbstbeweihräucherung.

Manchmal ist es spannender zu schauen, was nicht erwähnt wird, als was erwähnt wird. Das Wort Repression taucht im Drogen- und Suchtbericht 2012 einzig einmal im Bericht über eine Delegationsreise der Drogenbeauftragten in die USA auf. Das Wort Verbot taucht nur im Kontext von Alkohol- und Tabakkonsum, Glücksspiel, Doping und Legal Highs auf. Deswegen titelte ich vorige Woche, dass der Teil 1 des Drogen- und Suchtberichts, der Repressionsbericht 2011 in Form der polizeilichen Kriminalstatistik, bereits erschienen sei.

FDP-Parteikollegin ASCHENBERG-DUGNUS faselt in ihrer Pressemitteilung das gleiche schräge Lied wie bei der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Prävention durch Aufklärung sei die tragende Säule der Drogenpolitik. Angesichts der mehr als 200.000 Strafverfahren pro Jahr wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz – 3 von 4 Fälle davon sind konsumbezogene Delikte – und der geplanten verfassungsrechtlich höchst fragwürdigen Ausweitung des Betäubungsmittelgesetzes um Substanzgruppenverbote als Reaktion auf die Legal Highs ist eine solche Darstellung der Drogenpolitik und die Nennung des BtMGs im gleichen Atemzug mit Nichtraucherschutz und Jugendschutz der blanke Hohn. Die Behauptung, man konzentriere sich im Wesentlichen auf Prävention, während Repressionsmaßnahmen den weitaus größten Teil der finanziellen und personellen Ressourcen verschlingen, ist die größte Lüge in der deutschen Drogenpolitik.

Im Abschnitt „1.2.4 Illegale Drogen“ schreibt die Drogenbeauftragte:... Eine Bedrohung für die gesamte Gesellschaft stellen auch der Drogenhandel und die Drogenkriminalität dar...

2/3 der gesamten „Rauschgiftkriminalität“ sind konsumbezogene Delikte, also im wesentlichen das, was nach Abzug des Drogenhandels übrig bleibt und hier mit „Drogenkriminalität“ beschrieben wird. Sind damit Drogenkonsumenten also nun eine „Bedrohung für die gesamte Gesellschaft“? Beim Thema Cannabis als Medizin sieht die Bundesregierung keinen Handlungsbedarf. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss zu dem Thema wird nicht erwähnt. Hier war der breite Konsens, dass die Versorgungslage alles andere als optimal ist.

Auch bei anderen illegalen Drogen tut sich wenig, der Ausbau der Heroinabgabe stockt weiterhin, die Versorgungslage bei Substitutionspatienten verschlechtert sich und die tödliche Verweigerung einiger Bundesländer wie Bayern, Drogenkonsumräume anzubieten, wird weiter hingegenommen.

Max Plenert

Insgesamt litten Die Patienten weiterhin oft unter psychischen, aber etwas seltener unter körperlichen Krankheiten. Rund 73 Prozent lebten selbstständig in eigener Wohnung, 23 Prozent waren berufstätig, 53 Prozent arbeitslos.

PREMOS belegt, dass sich die positiven kurzfristigen Behandlungsergebnisse einer umfassenden Substitutionstherapie weitgehend auch auf den langfristigen Verlauf übertragen lassen. Die meisten Patienten Überleben und setzen die Behandlung dauerhaft fort, sie verringern ihren Drogenkonsum, erkranken seltener körperlich und nehmen an der Gesellschaft teil – trotz der schlechten

psychosozialen Ausgangslage und oft chronischer gesundheitlicher Probleme wie Hepatitis- oder HIV-Infektionen.

Dennoch gibt es Optimierungsbedarf. Es gilt, die Therapieziele hin zu einer mittel- bis langfristigen therapeutischen Begleitung anzupassen. Das Behandlungsziel Abstinenz Kann mit bedeutsamen Risiken (Tod, Abbruch) für den Patienten, aber auch mit geringerem Beigebrauch und weniger mit dem Drogenkonsum einhergehenden Problemen verbunden sein. Die Richtlinien für den Umgang mit gleichzeitigem Drogenkonsum und die Regelungen zur psychosozialen Betreuung (PSB) müssen praxisorientierter und näher am Patienten gestaltet sein.

Zudem werden schwere chronische psychische Störungen bei Substitutionspatienten offenbar unzureichend behandelt. Abgesehen von der Versorgung Schwangerer beziehungsweise ungeborener Kinder ist auch die Situation von Frauen mit Kindern problematisch. Abgestimmte Hilfen und Unterstützung weisen Mängel auf. Insgesamt ist die langfristige Substitutionsbehandlung – ähnlich wie die Behandlung anderer schwerwiegender chronischer Erkrankungen, etwa Diabetes oder Schizophrenie– ein vielschichtiger Prozess: Relativ günstige Symptom- und Beschwerdelagen wechseln sich immer wieder mit kurz- und mittelfristigen krisenhaften Zuspitzungen ab. ●

www.premos-studie.de

Quelle: Drogen und Suchtbericht 2012



Menschenverachtende Urteile des Landgerichts Augsburg

Landgericht Augsburg wies Klagen zweier heroinabhängiger Häftlinge auf eine Substitutionsbehandlung zurück



JVA-Kaisheim: Hinter bayerischen Gittern ist Substitution schwer zu bekommen

Zwei Häftlinge – einer davon HIV-positiv und mit dem Hepatitis-C-Erreger infiziert – hatten geklagt, weil ihnen die JVA Kaisheim eine Substitutionsbehandlung verwehrte. Das Gericht lehnte die Anträge ab, ohne ein unabhängiges fachliches Gutachten einzuholen. Die Begründung des Beschlusses weist aus Sicht des JES-Bundesverbands und weiterer Fachverbände zahlreiche fachliche Fehler auf.

In seiner Urteilsbegründung argumentiert das Gericht unter anderem, dass keine Aussicht auf Heilung bestehe, da die Gefangenen schon sehr lange abhängig sind und bereits erfolglose Therapieversuche unternommen haben. Damit nennt das Gericht genau die Kriterien, nach denen eine Substitution gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer sinnvoll ist.

Urteilsbegründung offenbart erschreckendes Menschenbild

Nach Ansicht des JES-Bundesverbands offenbart sich in der Begründung des Gerichts ein erschreckendes Menschenbild:

Dem einen Gefangenen attestiert der Richter, er suche „bewusst die Illegalität“. Im anderen Fall betont er, die JVA habe bei dem Häftling „völlig zu Recht“ eine „antisoziale Persönlichkeitsstruktur“ ausgemacht. Der Versuch des Gerichts, die Sucht der inhaftierten Kläger als Charakterschwäche darzustellen, muß als unfachlich und menschenverachtend bezeichnet werden.

Alles deutet darauf hin, dass die Substitution aus prinzipiellen Gründen abgelehnt wird. Während Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Berlin die Möglichkeiten zur Substitution in Haft ausbauen, ist diese hoch wirksame präventive Maßnahme in Bayern weiter verpönt und wird nur in Ausnahmefällen gewährt. Sogar laufende Substitutionstherapien werden durch Inhaftierung beendet.

Das Gericht wertete stattdessen die immer wiederkehrenden Versuche des einen Gefangenen, sich Betäubungsmittel zu beschaffen, als für die Substitution nachteilig und mutmaßt, dass der Konsum auch mit der Substitutionsbehandlung nicht eingestellt würde. Stattdessen erklärt das Gericht, dass der Gefangene die Chance nutzen solle, während der Haftzeit Abstand von den Drogen zu gewinnen. Angesichts eines 40-jährigen Lebens mit einer Abhängigkeitserkrankung erscheint dieser Rat als zynisch und negiert die Situation in Haft sowie das Krankheitsbild des Antragstellers.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), die sich mit einer Stellungnahme an Dr. Beate Merk gewendet hat, macht deutlich, dass kein einziger fachli-

cher Aspekt dafür spricht, dass eine realistische Aussicht besteht, dass sich die Betroffenen in ihrer jetzigen Haftzeit auf ein stabil funktionierendes Leben ohne Opiode vorbereiten können.

Die Deutsche AIDS-Hilfe wird einen der Gefangenen weiterhin darin unterstützen, vor Gericht sein Recht zu erstreiten. ●

Dirk Schäffer



Kommentar: Es ist unfassbar, mit welchen Vorurteilen und Haltungen ein zur Neutralität verpflichtetes Gericht dem Gefangenen gegenübertritt“, so Marco Jesse, Vorstand des JES-Bundesverbands. „Drogenabhängigkeit wird vom zuständigen Richter als charakterliches Defizit dargestellt. Diese Sichtweise ist seit mehr als 30 Jahren wissenschaftlich ad absurdum geführt.“

Durch Stellungnahmen, Pressemitteilungen und offene Briefe von DAH, akzept, der DGS und substituierenden Ärzten ist es uns gelungen, die bayrische Justizministerin Merk zu einer Stellungnahme zu drängen. Es war nicht zu erwarten, dass sie sich unserer Haltung anschließt. Dennoch haben viele Menschen durch unsere Öffentlichkeitsarbeit von der Situation Drogengebrauchender und HIV/HCV infizierter Gefangener in bayrischen Haftanstalten erfahren.



meinebehandlungmeinewahl.eu

Eine Europaweite Kampagne für Opiatkonsumenten

Bereits in der letzten Ausgabe haben wir einen ersten Einblick in unser zentrales Projekt der Jahre 2011 und 2012 gegeben. Die Kampagnenwebseite, die mit dem Ziel konzipiert wurde Opiatkonsumenten, Substituierten und ihren Familien und Freunden nützliche Informationen über verschiedene Behandlungsformen zu geben, erfreut sich in der Zwischenzeit großer Beliebtheit.

Denn Seite ist anders. Sie begnügt sich nicht mit den üblichen Informationen zur Substitution. MBMW lässt sowohl Betroffenen als auch Angehörige zu Wort kommen und gibt ihnen Stimme und Gesicht.

Über diese Videoclips gelingt es JES ganz persönliche Erfahrungen von Heroinkonsumenten aus Deutschland, Spanien, England und vielen anderen Ländern abzubilden.

Sie beeindruckt mit ihren Geschichten über ein Leben mit Heroin sowie ihren vielfältigen Versuchen Risiken zu reduzieren oder abstinent zu werden.

Der zweite Schritt folgt

Wie angekündigt soll die Kampagne durch eine Vielzahl von Medien getragen werden. Dieser Ausgabe liegt eine Auswahl von Medien bei, die ab sofort

über die Internetseite www.meinebehandlungmeinewahl.eu oder direkt bei JES zu bestellen sind.

Broschüre

Die Broschüre kann ohne Übertreibung als Kernstück der Medienserie, die unsere Kampagne begleitet, betrachtet werden. Hier finden sich alle Informationen rund um das Thema Opiatabhängigkeit. Alle in Deutschland verfügbaren Medikamente zur Substitution werden vorgestellt – mit ihren Vor- und Nachteilen.

Poster

Poster hingegen können in Drogenberatungsstellen, Aidshilfen oder anderen Einrichtungen als „Eyecatcher“ dienen um Aufmerksamkeit bei Drogenkonsumenten zu erlangen. Anders als bei sonst üblichen Postern, enthalten die 4 unterschiedlichen Motive auch längere Textpassagen.

Postkarten

Postkarten als Mitnahmeartikel mit wenig Text bieten allen interessierten die Möglichkeit sich schnell einen Einblick in die Kampagne zu verschaffen. Auch hier stehen vier Motive zur Verfügung. QR Codes bieten die

Möglichkeit über ein Smartphone direkten Zugang zur Webseite zu erhalten.

Visitenkarten

Visitenkarten sind eine ideale Ergänzung unserer Medienserie. Sie eignen sich zur Mitnahme in der Geldbörse oder der Hosentasche (z. B. beim Streetwork).



Unterstützer gesucht

Wir freuen uns auf euer Interesse an dieser neuen europaweiten Kampagne. Wenn ihr auf euren Internetseiten selbst auf meinebehandlungmeinewahl.eu aufmerksam machen wollt, so haben wir die Möglichkeit euch Banner in unterschiedlichen Formaten zu senden.

Ein Blick auf den oberen und unteren Rand der Webseite www.meinebehandlungmeinewahl.eu macht deutlich, dass sich einige Einrichtungen bereits entschieden haben diese Kampagne mit ihrem Logo zu unterstützen. Wir würden uns freuen wenn auch eure Einrichtung bald mit einem Logo auf unserer Webseite vertreten wäre, um so die Kampagne zu unterstützen. ●



Unna – Erstes Altenheim für Ex-Junkies

VIELE ALTE EX-JUNKIES LEBEN IN DER WOHN- RICHTUNG DES LÜSA-PRO- JEKTES AN DER PLATANEN- ALLE IN UNNA. SIE SIND ZWISCHEN 50 UND 60 JAHRE ALT. DAMIT SIE IN WÜRDE ALT WERDEN KÖNNEN, SOLL EIN SENIORENHEIM ENTSTEHEN, DAS IHREN BEDÜRFNIS- SEN GERECHT WIRD.

Menschen schwirren über die Flure der alten Villa an der Platanenallee. Dort ist das Haupthaus des Landesmodellprojektes „Langzeit-, Übergangs- und Stützungsangebot“ (Lüsa), in dem 24 chronisch drogenabhängige Menschen leben. Dass viele Bewohner schon älter sind, fällt nicht auf den erst Blick. Aber einige der Menschen steuern auf das Seniorenalter zu. Deswegen plant Lüsa ein Altenheim für Ex-Junkies.

In dem dreistöckigen Haus geht es nicht gerade leise zu. Zwischendurch ruft jemand etwas lautstark über den Flur. Gespräche erfüllen die Kulisse mit einem konstanten Geräuschpegel. In der Küche schälen Bewohner und Betreuer gemeinsam Kartoffeln für das Mittagessen. Andere Bewohner putzen ihre Zimmer oder arbeiten in der Kreativwerkstatt, die in einem kleinen Nebengebäude auf dem Hof untergebracht ist. Nicht mehr für alle Bewohner ist so viel Trubel das Richtige.

In der Regel leben bei Lüsa Ex-Junkies, die zwischen 40 und 45 Jahre alt sind. Das Durchschnittsalter steigt aber. Wer bei Lüsa einzieht, der hat eine lange Drogenkarri-

ere hinter sich. Anabela Dias de Oliveira, Leiterin von Lüsa, spricht von sogenannten „Drehtürklienten“, weil von einer Therapieeinrichtung in die nächste gehen. Es sind Menschen, die meist nicht nur von Heroin, sondern auch von anderen Drogen abhängig sind. Nicht selten lebten sie viele Jahre auf der Straße, gaben ihr Geld für Drogen anstatt für Essen aus und infizierten sich durch benutzte Spritzen mit HIV oder Hepatitis.

Noch in den 1980er und 1990er Jahren hatten solche Menschen nur eine geringe Lebenserwartung. „Wer 35 Jahre alt wurde, der galt schon als alt“, sagt die Lüsa-Lei-

terin. Anabela Dias de Oliveira und ergänzt: „und auch zu sterben.“

2005 hatte Lüsa deswegen einen Modelantrag für ein Altenheim beim Sozialministerium NRW gestellt, der aber nicht bewilligt wurde. Es folgte 2006 ein weiterer Antrag auf Bedarfsanerkennung beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL). Die Umsetzungsgespräche dauern noch an. Aber schon in der Mitte des Jahres könnte das Vorhaben Gestalt annehmen. Wenn der LWL bei seinen Beratungen im Juni dem Projekt zustimmt, dann würden ein paar Monate später schon die ersten Bewohner in das Altenheim einziehen.



FOTO: HENRYK BROCK

Projekt Lüsa möchte eine Gruppe für drogenabhängige Senioren einrichten: Walter (links) und Wolfgang (rechts) könnten zu den ersten Bewohnern gehören.

terin. Das hat sich mittlerweile geändert. So gehören auch Wolfgang Roth (58) und Walter Kerkenhoff (57) zu den älteren Semestern. Sie sind quasi die Senioren unter den Drogenabhängigen. Die beiden Männer könnten zu den ersten Bewohnern gehören, die in das geplante Altenheim einziehen. Dass sie ein Leben führen können, in dem sie nicht mehr auf Hilfe angewiesen sind, ist nicht zu erwarten, dazu sind zu tief in der Drogenszene verwurzelt. „Mit 19 habe ich mit Heroin angefangen“, sagt Walter. Auch Wolfgang kam früh zu den Drogen. „Solche Menschen brauchen ein passgenaues Angebot, um in Würde alt zu werden“, er-

Behindertengerechter Neubau

Um sich auf die veränderten Lebensbedingungen der alternden Bewohner einzustellen, hat Lüsa 2008 bereits einen Neubau errichtet, weil die Vila nicht behindertengerecht ist. Das Gebäude bietet Platz für fünf Menschen. Aber die Arbeit mit den Drogenabhängigen ist immer noch darauf ausgerichtet, dass sie wieder selbstständig leben. Das soll im Altenheim anders sein, das zum dauerhaften und letzten Zuhause werden soll. Dort sollen 14 Menschen leben, die intensive Betreuung benötigen. ●

David Huth,
Der Westen, 04.05.2012

Drogenselbsthilfe international

SCHWEDEN



Berne Stålenkrantz, Gründer der SDUU Ph

SCHWEDEN: SCHWEDISCH DRUG USER UNION – SVENSKA BRUKARFÖRENINGEN

Früher war Berne Stålenkrantz einer der erfolgreichsten Fotografen Schwedens. Er bekam Aufträge populärer Magazine wie der Vogue oder Elle und sah viel von

der Welt. So hielt er sich Ende der 1980er Jahre in Thailand auf. Diese Reise sollte sein Leben verändern: Er konsumierte dort zum ersten Mal Heroin und ist seitdem abhängig. Bei einem Versuch die Droge nach Schweden zu schmuggeln, wurde er von der thailändischen Polizei gefasst und wanderte für mehrere Jahre ins Gefängnis.

Im Jahr 1998 entschloss er sich Substituieren zu lassen und von nun an gab es für ihn Methadon auf Rezept. Man könnte meinen, dass sich Berne Stålenkrantz damit zufrieden gegeben hätte. Dem war aber nicht so. Das Regelwerk war seiner Meinung nach zu strikt. Mit dem Ziel etwas ändern zu wollen gründete er 2002 mit einem Freund die Svenska Brukarföreningen (SBF)/Swedish Drug Users Union (SDUU).

Neun regionale Büros und 1.500 Mitglieder

Die erste schwierige Hürde war die Suche nach Mitarbeitern, die ebenfalls Konsumenten sein sollten. Trotz allem ist die SBF/SDUU kontinuierlich gewachsen. Bis zum heutigen Zeitpunkt wurden neun regionale Büros in ganz Schweden eröffnet.

Die Zentrale befindet sich in Stockholm. Hier wird sich mit nationalen sowie internationalen Themen befasst.

An fünf Tagen in der Woche können in den regionalen Büros alte Spritzen gegen neue getauscht werden. Außerdem stehen zur Stärkung kleine Snacks bereit. Besonders obdachlose Konsumenten nehmen dies Angebot dankend an. Ein kostenloser Inter-

netzugang ist ebenfalls vorhanden. Bis heute, 10 Jahre der Gründung, zählt SBF/SDUU ungefähr 1500 Mitglieder und es kommen regelmäßig neue hinzu. Die Mitgliedschaft ist für jeden Konsumenten kostenlos.

Mitarbeiter sind ausschließlich Konsumenten

Eine leitende Position darf in der Organisation nur ein „User“ übernehmen. Einer der Slogans lautet daher auch „Nichts über uns ohne uns!“



Einmal im Jahr wird von der SBF/SDUU ein Seminar veranstaltet, das sich mit „Harm Reduction“ beschäftigt. Zudem wird der „Brukarvånpriset“ verliehen, eine Auszeichnung, die nur „Non-User“ bekommen können.



**Svenska Brukarföreningen
Swedish Drug Users Union
NOTHING ABOUT US WITHOUT US!**

Preisträger waren unter anderem schon der Vizepräsident der ständigen Kommission des Roten Kreuzes, Dr. Massimo Barra, oder Prof. Lars Gunne, der 1967 eine der weltweit ersten Entgiftungskliniken in Uppsala eröffnete. Die SBF/SDUU ist auch international aktiv, u. a. als Mitglied im Leitungsausschuss des European Harm Reduction Networks.

Neue Ziele

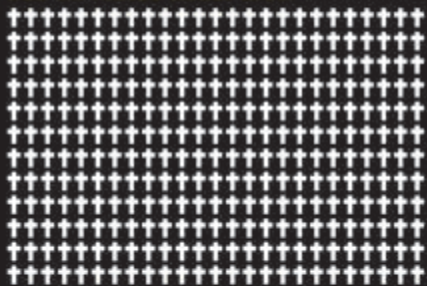
Um Drogenkonsumenten Wissen zu vermitteln will die Schwedische Drug user Union bald eine sogenannte „User-Academy“ ins Leben rufen. Drogenkonsumenten sollen in einem 3- bis 5-tägigen Lehrgang die Chance bekommen, zu Themen wie Substitution, Safer Use, Rechte von Drogengebrauchern fortgebildet zu werden. ●

Redaktionell bearbeiteter und gekürzter Text von Sebastian Steiner aus „Suchttherapie 2011“

Die Schweden sind auch beim Gedenktag dabei:

INTERNATIONELLA BRUKARDAGEN /REMEMBRANCE DAY

21 JULI är den dag då vi minns och hedrar våra kamrater som gått en för tidig död till mötes under året.



KORSEN ÄR EN SYMBOL FÖR ALLA VÅRA KAMRATER SOM DÖTT AV ÖVERDOSER, OFRIVILLIGT UTSLÄNGDA UR ELLER BEKÄTS SUBSTITUTBEHANDLING, ALLA OFFER FÖR DEN MORALISERANDE SYN SOM FINNS PÅ VÅRT KOLLEKTIV!

Poster är ett uttryck för ångest och sorg över dödsfall som beror på drogbruk. Det är inte en lösning på problemet. Det är en symbol för att vi minns och hedrar våra kamrater som gått en för tidig död till mötes under året. Det är också en symbol för att vi vill se en förändring i den moraliserande synen på drogbruk som finns i vårt kollektiv. Det är en symbol för att vi vill se en förändring i den grundläggande synen på drogbruk som finns i vårt kollektiv. Det är en symbol för att vi vill se en förändring i den grundläggande synen på drogbruk som finns i vårt kollektiv.

PÅ ETT MÖTE 2008 I BARCELONA KOM DRUGKONSUMENTEN FRÅN HJÄLPA VÄRLDEN ÖVERENS OM ATT 21 JULI SKA VI GAS ÅT ATT MINNAS ALLA ANSÅRS SOM NOTI ÖVERLEVE.



21. Juli 2012 Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige

DROGENLEGALISIERUNG = DROGENKONTROLLE

Im letzten Jahr fanden in mehr als 60 Städten Veranstaltungen zum „21.Juli“ statt. Eine mehr als beeindruckende Beteiligung. Die bereits jetzt anlaufenden Vorbereitungen zum Gedenktag 2012 zeigen, dass in sehr vielen Städten der 21.Juli einen festen Platz im Jahreskalender hat. Hiermit ist ein Ziel der Initiatoren erreicht.

Um auch jene Städte und Einrichtungen zur Teilnahme am „21. Juli“ zu motivieren, die bisher noch nichts vom Gedenktag gehört haben oder noch keine Möglichkeit zu Teilnahme fanden, hat die Deutsche Aids Hilfe in Kooperation mit dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit und dem JES-Bundesverband im letzten Jahr einen neuen Flyer und ein neues Poster (Format A1 und A2) erstellt.

Während der Flyer über die Entstehung und die Möglichkeiten der Teilnahme informiert, bietet das Poster die Möglichkeit die eigene Veranstaltung anzukündigen. Der diesjährige Gedenktag wird unter dem Motto „Legalisierung = Kontrolle“ stehen. Mit diesem Motto wollen wir darauf aufmerksam machen, dass immer mehr Personen und Länder die Drogenprohibition maßgeblich für Krankheit, Tod und Stigmatisierung verantwortlich machen. Der Entwurf eines neuen Drogenpolitikmodells, das über die Legalisierung ein vermehrtes Maß an Kontrolle und Jugendschutz erreichen will, scheint die einzige Chance der Ausgrenzung und Verletzung entgegenzuwirken.

Als Motiv der neuen Medien zum Gedenktag am 21 Juli wurde die Gedenktafel in der Frankfurter Taunusanlage gewählt. Sie steht als Symbol für den zehntausendfachen Tod von Drogen gebrauchenden Männern und Frauen und signalisiert die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Neuausrichtung der nationalen und internationalen Drogenpolitik.

Ab sofort besteht die Möglichkeit Poster und Flyer kostenlos über die Deutsche AIDS Hilfe zu bestellen. Eine Mail an versand@dah.aidshilfe.de reicht aus. (Bitte die Formatgrößen angeben: A1 und/oder A2)

Dirk Schäffer



FDA-Gutachter votieren für HIV-Heimtest

ROCKVILLE ■ EXTERNE GUTACHTER HABEN DER US-ARZNEIBEHÖRDE FDA EINSTIMMIG EMPFOHLEN, EINEN SCHNELLTEST AUF HIV-INFEKTIONEN AUCH ALS HEIMTEST ZUZULASSEN. DER HERSTELLER HAT DIE ANWENDUNG DAFÜR VEREINFACHT. ER WIRD AUF MÖGLICHE FALLSTRICKE BEI DER INTERPRETATION WARNEN MÜSSEN.



Quick® In-Home“ ohne Aufsicht durchführten. Bei 114 Probanden fiel der Test positiv aus. Bei 106 Personen wurde das Ergebnis bei einer anschließenden Blutuntersuchung bestätigt, was eine Sensitivität von 93,0 Prozent (106/114) ergibt. Von den 5.385 Anwendern mit einem negativen Ergebnis, hatte einer ein positives Ergebnis im Labortest. Die Spezifität betrug damit 99,98 Prozent (5.384/5.385). Die Treffsicherheit ist 99,84 Prozent (5.490/5.499).

Die Ergebnisse waren zwar etwas schlechter als seinerzeit in der Zulassungsstudie für den professionellen Schnelltest OraQuick Advance (Sensitivität 99,3 Prozent, Spezifität 99,8 Prozent). Die 17

geladenen Gutachter waren sich aber einig, dass die Genauigkeit für eine Zulassung ausreicht. Für den Test spricht nach Ansicht der Experten auch, dass damit Personen erreicht werden, die sich für einen Ersttest nicht an einen Arzt wenden.

Das Votum der Gutachter ist für die FDA nicht bindend, in der Regel folgt die Behörde jedoch den Empfehlungen ihrer Berater. Der Selbsttest dürfte aber klare Warnungen zur Möglichkeit eines falsch-negativen Tests enthalten. Außerdem wird der Hersteller wohl verpflichtet, eine kostenlose Telefonnummer für die Personen anzubieten, bei denen der Test positiv ausgefallen ist. Nach Informationen der Presse wird der Test etwa 60 US-Dollar kosten. ●

© rme/aerzteblatt.de,
16. Mai 2012

OraSure Technologies aus Bethlehem/Pennsylvania hatte im März 2004 von der FDA die Zulassung für einen HIV-Schnelltest erhalten, der ohne die Verwendung einer Blutprobe auskommt. „OraQuick Advance“ führt den Virusnachweis in einem Abstrich der Mundschleimhaut durch. Das Ergebnis liegt innerhalb von 20 Minuten vor. Seit längerem bemüht sich der Hersteller darum, den Test auch für den Consumer-Markt anbieten zu dürfen. Die FDA hat dies an den Nachweis geknüpft, dass der Schnelltest auch von medizinischen Laien durchführbar ist.

Der Hersteller hat daraufhin, das „Design“ des Tests vereinfacht, und seine Zuverlässigkeit in einer Anwenderstudie an 5.499 Personen prüfen lassen, die „Ora-



Kommentar: Als JES-Bundesverband unterstützen wir die Anwendung von HIV Schnelltests z. B. im Rahmen von Test- und Beratungsprojekten wie „TEST IT“. Hiermit wird Drogengebrauchern die Möglichkeit geboten in einem niedrigschwelligen Setting einen lebensweltnahen Zugang zu HIV und Hepatitis Tests zu erhalten. Wir meinen allerdings, dass ein HIV Test nicht für die Anwendung zu Hause eingesetzt werden sollte. Auch wenn Anwendungsfehler selten sind, stellt der HIV Test im eigenen Wohnzimmer kein geeignetes Setting dar. Neben der Tatsache, dass hier keinerlei Beratung möglich ist, stellt sich uns die Frage wie Personen mit einem positiven Testergebnis zugehen.

Diese Tests sollten unbedingt zusammen mit einer Beratung und von Beratern oder Ärzten angewandt werden.

FÜR EIN BEWUSSTES LEBEN VON ANFANG AN



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

www.meinebehandlungmeinewahl.eu



**Reckitt
Benckiser**
Pharmaceuticals

+++ DROGENKONSUMRÄUME IN DEUTSCHLAND +++



Der Drogenkonsumraum Gleis 1 in Wuppertal stellt sich vor

Wir haben lange überlegt, wie wir unseren Drogenkonsumraum vorstellen können. Es ist unsere Absicht, nicht nur die strukturellen Gegebenheiten, sondern auch über die spezielle Arbeitssituation und die persönlichen Eindrücke zu berichten. Zunächst einige Fakten: Angefangen hat alles mit einem Kontaktladen mit SozialarbeiterInnen und einer Krankenschwester. 1999 ist die Drogentherapeutische Ambulanz dazu gekommen, die 2001 durch den Konsumraum ergänzt wurde.

Man findet uns ganz zentral gelegen, in einer ruhigen Seitenstraße, 5 Minuten vom Hauptbahnhof entfernt. In der Tat han-

delt es sich bei unserer Einrichtung um den historischen Elberfelder Bahnhof, direkt am Gleis 1 gelegen. Träger ist der Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e.V., der unterschiedliche Angebote für Suchtkranke in Wuppertal und Velbert vorhält.

Wie in vergleichbaren Einrichtungen, ist auch unser Angebot auf Schadensminimierung (Spritzentausch, Beratung zu medizinischen und sozialen Themen) angelegt. Darüber hinaus werden ca. 150 Menschen im Rahmen ihrer Substitutionsbehandlung betreut.

Von Anfang an wurde die Einrichtung von den BesucherInnen sehr gut angenommen

und auch von der Stadtverwaltung, dem Ordnungsamt, der Polizei und den politischen Gremien als notwendig erachtet und unterstützt. Die Einrichtung ist gut eingebettet im sozialen Hilfesystem der Stadt Wuppertal.

Rauchen anstatt spritzen

Der Drogenkonsumraum hat 5 Plätze für den intravenösen Konsum und vier Plätze zum rauchen. Begonnen haben wir mit lediglich einem Raucherplatz. Im Laufe der Zeit wurde hier die Nachfrage immer größer, nicht zuletzt dadurch, dass KonsumentInnen aus dem türkischen und arabischen Sprachraum dazu gekommen sind, die diese Form des Konsums bevorzugen. Um dem Ansturm gerecht zu werden, haben wir nachgerüstet und einen Teil des Flurs zum Raucherraum umgebaut. Heute reicht auch dieser Platz nicht mehr wirklich aus.

+++ DROGENKONSUMRÄUME IN DEUTSCHLAND +++

In unserem Konsumraum wird vorwiegend Heroin konsumiert. Für den Konsum von Kokain ist es, dank der Deutschen Bundesbahn, deutlich zu laut.

Das Personal des Konsumraums besteht aus 7 Rettungsassistenten und 2 Mitarbeiterinnen für die Einlasskontrolle, Statistik und Materialausgabe. Unterstützt werden sie von dem Team der Drogentherapeutischen Ambulanz, bestehend aus einer Krankenschwester, einer Sozialarbeiterin (den Autorinnen dieses Artikels) sowie einem Arzt.

TEST IT soll Palette der Angebote erweitern

Als neues Angebot wird das DTA Team in naher Zukunft und in Kooperation mit der Aidshilfe Wuppertal das Projekt „Test It“ (HIV Schnelltest) anbieten.

Soweit so gut. Wie man sieht, unterscheiden wir uns nicht wesentlich von vergleichbaren Angeboten. Deshalb möchten wir noch darstellen, welche alltäglichen Probleme wir in dieser Arbeit haben. Das möchten wir anhand eines sehr persönlichen Eindrucks tun:

Es gibt Tage ... Gedanken einer Mitarbeiterin

An manchen Tagen finde ich es anstrengend im DKR. Es sind die Tage, an denen ich oder einer meiner KollegInnen beschimpft werden, weil wir jemanden, der bereits intoxikiert ist abweisen müssen. Wie oft habe ich schon gehört: „Dann muss ich in die Botanik und ihr seid Schuld wenn ...“.

Unsere BesucherInnen interessieren sich nicht für die Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Da heißt es nämlich, dass erkennbar intoxikierte Personen den Konsumraum nicht nutzen dürfen. Gleiches gilt für Substituierte.

Tatsächlich habe ich dann ein Gefühl von Schuld und ärgere mich darüber, dass ich verpflichtet bin, gegen jede Vernunft zu handeln.

Es gibt Tage, an denen ich mich frage, warum nach 10 Jahren Safer-Use Bemühungen, die alten Szenerituale, wie beispielsweise, das

Ablecken der Kanülen, immer noch so aktuell sind.

Es gibt Tage, an denen ich mich frage, ob der inhalative Konsum wirklich die gesündere Konsumform ist – immer dann, wenn ein Kanon von unterschiedlichen Hustengeräuschen aus dem Raucherraum dringt.

Dann gibt es natürlich auch die Tage, an denen herzlich gelacht wird, weil spezielle BesucherInnen mit ihrer eigenen Weltsicht Kurioses zu berichten haben.

Es gibt auch die Tage mit Erfolgserlebnissen, wenn jemand nach langer Zeit noch einmal vorbei kommt und es ihm gut geht.

Motiviert durch diese schönen Momente, haben wir nun schon seit über 10 Jahren durchgehalten und wegen eben dieser schönen Momente, werden wir uns auch morgen wieder im Gleis 1 und dem Drogenkonsumraum einfinden. ●

Claudia Müller, Heidi Weimann

Seminar von JES und Eltern in Frankfurt am Main

Wie in den vergangenen Jahren trafen im Mai 2012 wieder VertreterInnen des Bundesverbandes der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit und des JES-Bundesverbandes zusammen. Im Rahmen dieser dreitägigen Veranstaltung galt es die Kooperation zu verstärken und den diesjährigen Gedenktag inhaltlich vorzubereiten. Unser Dank gilt Prof. Dr. Imke Niebaum (auf den Fotos erste von links) die als Referentin diese Veranstaltung prägte.



+++ DROGENKONSUMRÄUME IN DEUTSCHLAND +++



Der Drogenkonsumraum in der Jugendhilfe DROB INN

Die ersten Drogenkonsumräume (auch die waren damals noch illegal) eröffneten in Hamburg und Frankfurt. 1997 eröffnete das DROB INN seine Drogenkonsumräume (DKR) mit insgesamt 12 Plätzen, darunter der erste ausgewiesene Rauchraum der Bundesrepublik mit 4 Plätzen. Nach einem weiteren Umzug wurde die Platzzahl der Drogenkonsumräume an seinem jetzigen Standort auf 15 Plätze (10 für den intravenösen, 5 für den inhalativen Konsum) ausgeweitet.

Aufgrund seiner Lage (Hauptbahnhof- und Szenenähe) wird das DROB INN bis heute hoch frequentiert. 300–400 Personen, davon 25 % Frauen, besuchen täglich die Einrichtung. Die Drogenkonsumräume werden jährlich ca. 140.000 Mal genutzt, ca. 180 Drogennotfälle müssen im Jahr in der Einrichtung versorgt werden.

Die Entstehung des STAY ALIVE

Nachdem Anfang der 90er Jahre auch im Hamburger Stadtteil St. Pauli eine offene Drogenszene sichtbar geworden war, eröffnete Jugendhilfe e.V. 1992 eine zweite niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtung zunächst direkt auf der Reeperbahn und später in der Davidstraße 30, in unmittelbarer Nähe zur Davidwache. Ganz im Sinne der komplementären Angebotsstruktur des DROB INN bot nun auch das STAY ALIVE Drogenberatung und Überlebenshilfe an.

Nachdem hier in den Anfangsjahren im Durchschnitt noch um die 250.000 Spritzen pro Jahr getauscht wurden, hat sich dieser Wert bis heute etwa halbiert. Dies liegt zum Einen an der Ausweitung des Spritzen-tauschangebots auf die Umliegenden Städte und Gemeinden, als auch an der Eröffnung des DKR's.

Die Einrichtung erlangte bei den Anwohnern und Gewerbetreibenden sowie auch einer im Umfeld der Einrichtung liegenden Schule schnell eine hohe Akzeptanz, da die durch die Einrichtung entstandene Entlastung im Stadtteil unübersehbar war. Im Jahre 1998 eröffnete das STAY ALIVE dann seinen mit 8 variablen Plätzen ausgestatte-

Die Drogenkonsumräume von Jugendhilfe e.V.

Am Anfang war das DROB INN

Am 07. September 1987 eröffnete Jugendhilfe e.V. das DROB INN als eine der ersten niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen Deutschlands im Hamburger Stadtteil St. Georg in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof.

Damit wurde in Hamburg eine neue Ära in der Drogenhilfe eingeleitet, mit einer an der Lebenswirklichkeit Drogenabhängiger ausgerichteten Angebotsstruktur, anders als die bis dahin ausschließlich abstinenzorientierte Drogenhilfe.

Nach dem Ansatz – nur wer seine Drogenabhängigkeit überlebt, kann auch aussteigen – wurden neben der klassischen Drogenberatung niedrigschwellige Hilfen in unserem Kontaktcafé angeboten. Mög-

lichkeiten zum Duschen, Wäsche waschen, Essensangebote und medizinische Grundversorgung (Arzt und Krankenpflege) wurden ergänzend bereitgestellt. Auch das Spritzenaustauschangebot (damals noch illegal) war ein absolutes Novum in der Drogenhilfe. Das DROB INN tauschte in den 90ern bis zu 10.000 Spritzen am Tag. Die Einrichtung erlangte bei den Anwohnern in St. Georg schnell eine große Akzeptanz, da auch sie eine positive Entwicklung des Stadtteils durch die neue Drogenhilfe wahrnehmen konnten.

Szenenähe und schwellenloser Zugang

Mitte der 90er sollte ein weiterer Meilenstein in der Drogenhilfe gesetzt werden.

+++ DROGENKONSUMRÄUME IN DEUTSCHLAND +++

ten Drogenkonsumraum für den intravenösen sowie für den inhalativen Drogenkonsum ein.

Der DKR wird heute täglich von 60–75 Personen genutzt, davon sind ca. 20–25 % Frauen. Der DRK wird jährlich etwa 22.000 Mal genutzt, etwa 70 Drogennotfälle müssen jährlich in der Einrichtung versorgt werden.

STAY ALIVE an einem neuen Standort

Das STAY ALIVE wird noch in diesem Jahr seine Pforten in der Davidstraße schließen, um in einem eigens hergerichteten Gebäude in der Virchowstraße 15 im Hamburger Stadtteil Altona-Altstadt in neuen größeren Räumlichkeiten die erfolgreiche Arbeit weiterzuführen. Damit konnte eine fast fünfjährige äußerst schwierige Suche endlich in ein gutes Ergebnis überführt werden.

Drogenkonsumräume als integrierte Angebotsstruktur

Eine Besonderheit der DKR des Jugendhilfe e.V. besteht darüber hinaus darin, dass die DKR ein integriertes Angebotssegment innerhalb einer umfassenden Struktur von Hilfeangeboten darstellen. Der niedrigschwellige Zugang war immer verknüpft mit der jederzeitigen Möglichkeit zur (ausstiegsorientierten) Beratung. In allen niedrigschwelligen Bereichen (Cafébereich und Drogenkonsumraum) arbeiten Sozialpädagog(inn)en, so dass bei Beratungsbedarf eine sofortige sozialpädagogische Beratung und Unterstützung möglich ist.

Über diesen Ansatz gelingt es, auch diejenigen Klient(inn)en zur Inanspruchnahme der sozialpädagogischen Betreuung zu motivieren, die bisher ohne eine solche Absicht nur das Kontaktcafé oder die DRK's nutzen wollten. Im Selbstverständnis des Jugendhilfe e. V. ist akzeptierende Drogenarbeit eine an fachlichen Standards orientierte, stadienbezogene Beratungsmethode und setzt entsprechendes Fachpersonal in der Einrichtung voraus.



Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DROB INN

Substituierte erhalten anonymen Zutritt

In Hamburg wurde gleich nach Schaffung der gesetzlichen Grundlage auf Bundesebene im April 2000 die erste Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen (Rechtsverordnung) auf Länderebene erlassen. Andere Bundesländer nahmen die Hamburger Rechtsverordnung als Vorlage und ergänzten sie, mit der Folge, dass der Zutritt in die DKR immer höherschwelliger wurde.

So kann in Hamburg jeder Drogenkonsument, egal woher er kommt, anonym die DKR nutzen. Auch Substituierte werden nicht, wie in allen anderen Bundesländern, von der Nutzung der DKR ausgeschlossen. Der Ausschluss von zum Drogenkonsum entschlossenen Drogenabhängigen von der Nutzung der Drogenkonsumräume, z. B. weil sie sich in Substitutionsbehandlung befinden oder aus einer anderen Stadt kommen, ist aus unserer Sicht gesundheitspolitisch höchst proble-

matisch. Die Ziele der DKR, ein möglichst gesundes Überleben zu sichern und öffentlichen Drogenkonsum zu reduzieren, wird durch die oben genannten Ausschlussregelungen konterkariert. Wer glaubt, auch nur einen einzigen Konsumvorgang durch den Ausschluss bestimmter Personenkreise vermeiden zu können, der irrt, denn im Vordergrund steht immer die Entschlossenheit zum Konsum.

Gesundheitsschutz darf vor Substituierten und an Stadtgrenzen nicht Halt machen! ●

Tobias Arnold, Peter Möller

Öffnungszeiten:

Stay Alive:

Mo	11.30–19.00 Uhr
Di bis Fr	13.00–19.00 Uhr

DROB INN:

Mo, Mi, Do und Fr	09.00–05.00 Uhr
Di	14.30–05.00 Uhr

Neue Medien von JES und DAH

Smoke it

Rauchkonsum als Alternativ?

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

Der Bericht der Deutschen Drogenbeobachtungsstelle (dbdd) weist in den letzten fünf Jahren einen leichten aber kontinuierlichen Anstieg des Rauchkonsums zu Ungunsten des intravenösen Konsums aus. Diese erfreuliche Tendenz untersucht eine modellhafte Intervention der Deutschen AIDS-Hilfe im Jahr 2012 detaillierter. Gelingt es mittels attraktiver Tools (Rauchfolien) sowie mit einer direkten Ansprache und Elementen des motivational Interviewing diesen Trend zu verstärken?

Im Mittelpunkt der Studie stehen folgende Fragestellungen:

- Ist es möglich das i.v. Konsumenten gänzlich zu einem inhalativen Konsum umsteigen?
- Unter welchen Bedingungen kann der Rauchkonsum eine Alternative darstellen?

Aufgrund des bereits im Vorfeld der Studie signalisierten Interesses an den erstellten Medien, hat sich die Deutsche AIDS-Hilfe entschlossen auch Einrichtungen partizipieren zu lassen, die selbst nicht am Modellprojekt teilnehmen. Neben einem Poster, das wir in der letzten Ausgabe des Drogenkurier vorgestellt haben, besteht die Möglichkeit folgende Medien zu bestellen.



Karte

Die Karte zeigt anhand von 6 Einzelbildern wie Rauchkonsum praktiziert werden sollte. Hiermit sollen in erster Linie iv Konsumenten angesprochen werden, die bisher nicht inhalativ konsumiert haben.

Flyer

Der Flyer geht auf die wichtigsten Vorteile des Folierauchens gegenüber dem iv Konsum ein

- keine Überdosierung, selbst bei unerwarteter hoher Reinheit des Heroins (beim Drücken ist sofort die ganze Menge im Körper, beim Rauchen wird der Stoff in kleinen Mengen aufgenommen)
- keine Gefahr von HIV- oder Hepatitis-Infektionen (solange ein eigenes Röhrchen benutzt wird)



- keine Abszesse oder Venenvernarbungen
- keine Shakes durch Bakterien (werden abgetötet) oder giftige Substanzen (verdampfen oder werden durch die Lunge gefiltert)

JES-Flyer ab sofort auch in türkischer Sprache erhältlich

JES bemüht sich seit vielen Jahren auch die Gruppe der türkischen und arabischen Drogengebraucher für die Selbsthilfearbeit zu gewinnen. Obwohl wir wissen, dass die Sprache alleine nicht mehr das entscheidende Hindernis darstellt um bei JES mitzuwirken, haben wir uns (auch als Geste der Wertschätzung) dazu entschieden, den 2011 neu erarbeiteten JES-Flyer nun auch in türkischer Sprache zu realisieren.

Wie alle anderen Medien kann der Flyer direkt bei JES vorstand@jes-bundesverband.de oder bei der Deutschen AIDS-Hilfe versand@dah.aids-hilfe.de bestellt werden.

JES-Bundesvorstand



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 

KINDER VON DROGEN- ABHÄNGIGEN ELTERN IN BREMERHAVEN HAARANA- LYSEN SOLLEN VERPFLICH- TEND WERDEN

Die Stadt Bremerhaven will künftig von allen Kindern drogenabhängiger Eltern verpflichtend Haaranalysen untersuchen lassen. Das sagte Jugend- und Sozialstadtrat Klaus Rosche (SPD) vor dem

Jugendausschuss der Stadtverordnetenversammlung. Hintergrund waren Drogenfunde bei 20 von 24 untersuchten Kindern. Bei acht von ihnen haben Experten der Berliner Charité gesundheitsgefährdende Mengen der Substanzen gefunden. Die Stadt geht mit der Pflicht zur Untersuchung einen anderen Weg als Niedersachsen.



Foto: FR

Haaranalysen können Aufschluss über Drogenkonsum geben.

„Es geht um das Wohl der Kinder“, sagt Rosche. Anlass für die Untersuchung waren erschreckende Zahlen aus der Stadt Bremen vom vergangenen Herbst sowie der Fall Chantal aus Hamburg, der für Aufsehen sorgte. Das elfjährige Mädchen wurde vom dortigen Jugendamt in eine Pflegefamilie gegeben, bei der bekannt war, dass beide Elternteile drogenabhängig sind.

Dem will Rosche nun mit den geplanten Pflichttests vorbeugen. Wenn eine Familie auffällig werde, müssten die Kinder geschützt werden, argumentiert der Stadtrat. Schon bei den Schnelltests im Herbst habe man daher Kinder aus den Familien genommen. „Das Kindeswohl geht vor das Elternwohl“, lautet seine Prämisse. Das Land Bremen geht ähnlich vor.

In Niedersachsen und Hamburg allerdings sieht man die Problemlage anders.

Nach den Drogenfunden in den Haaren Bremer Kinder hatte zum Beispiel die Stadt Hannover einen flächendeckenden Test abgelehnt. Die Begründung von damals, die noch

immer Bestand hat: „Ein solcher Schritt würde die drogenabhängigen Eltern unter Generalverdacht stellen“, sagte der Drogenbeauftragte Alfred Lessing aus Hannover. Auch in Oldenburg verzichtet man auf automatische Tests, in Hamburg ebenfalls. Ob dabei die Kosten der Analysen eine Rolle spielen, wurde nicht angegeben. Die Spezialisten der Charité in Berlin, in der die Städte Bremen und Bremerhaven die Kinderhaare analysieren lassen, nehmen 250 Euro pro Probe. Das sei gut angelegtes Geld, findet Stadtrat Rosche. Denn schließlich gehe es darum, die wehrlosen Kinder abhängiger Eltern vor dem Einfluss von Drogen wie Cannabis, Heroin oder Kokain zu schützen. Das solle es einer Gemeinschaft auch wert sein, betont der Bremerhavener.

Weserkurier, 10.05.2012
Von Frank Miener

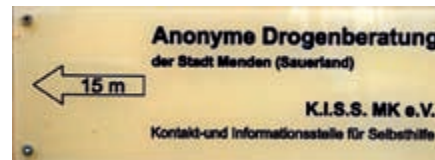
Ein Süchtiger kämpft für die städtische Dro- genberatung in Menden

Er kämpft für die Sache. Deshalb verlässt Jörg König nach hartem Ringen in diesen Tagen bewusst die Anonymität: „Ja, ich bin drogenkrank, habe alle Tiefen erlebt. Und ich sage: Wenn die Mendener Politik die Drogenberatungsstelle halbiert, wird das eine Katastrophe für hunderte Suchtkranke in Menden werden.“

Es ist mehrfach als Teil des Sparpaketes diskutiert worden. Am 19. Mai liegt für den Kinder- und Jugendhilfeausschuss die Empfehlung auf dem Tisch, das Personal der Drogenberatungsstelle am Westwall durchaus zu können. Übrig bliebe einzig eine feste Stelle. Jörg König: „Wenn das passiert, werden viele Süchtige total zum Scheitern verurteilt sein. Die blenden das jedoch im Moment aus.“

Gespräch mit Bürgermeister

Der 40-jährige Familienvater („Mit 14 Jahren hatte ich erste Berührungen mit Hasch“) konnte zuletzt sogar Bürgermeister Volker Fleige seinen Fall schildern: „Ich bin dankbar dafür, dass ich überhaupt einen Termin bekommen habe, bezweifle jedoch, dass es in der Sache viel gebracht hat.“



In schlechten Jahren – und davon gab es für Jörg König einige – war die Drogenberatungsstelle nicht nur mit ihren speziellen Therapieangeboten so etwas wie ein Rettungsanker. Jörg König: „Drogensüchtige haben meistens kein Geld. Nicht mal für das Telefonieren. Nicht nur ich war froh, wenn ich in der Drogenberatung mit meinem Anwalt sprechen oder einfach mal duschen durfte. Vielen anderen ging es doch ebenso.“

Eine erkennbar offene Drogenszene gibt es seit Jahren in Menden nicht. Gleichwohl, so Fachleute, eine Zahl in mittlerer dreistelliger Höhe von Betroffenen. Die Drogenberatungsstelle ist vielfach der erste Anlaufpunkt, wenn der Suchtdruck derart groß geworden ist, dass Junkies sich stellen wollen. Jörg König: „Die offenen Treffs in den Räumen mit anderen Betroffenen sind unglaublich wichtig. Bei einer Stellenstreichung müsste das Treff-Angebot entfallen. Es gäbe allenfalls noch eine Grundversorgung.“

Jörg König hat zum Gespräch in der WP-Redaktion einen Bekannten mitgebracht. Alexander D. (Name geändert) möchte jedoch nicht öffentlich genannt werden: „Heroinabhängige sind diejenigen, die überhaupt keine Lobby mehr haben. Wir sind so ziemlich der letzte Dreck für viele.“

Start in ein neues Leben

Für Jörg König und Alexander D. war die Drogenberatungsstelle zumindest Ausgangspunkt für ein teilweise neues Leben. Zwar gelang es erst nach mehreren Anläufen. „Aber vom eigentlichen Stoff sind wir runter. Es gibt keine Sorge, wie wir an Nachschub gelangen könnten.“ Beide sind Teilnehmer im Methadon-Programm geworden. Ein Mediziner in der Nachbarstadt betreut sie, gibt ihnen den synthetischen Ersatzstoff Methadon.

Ohnehin sei das Leben auch mit Methadon alles andere als ein Zuckerschlecken.

Warum gelingt es Jörg König und Alexander D. nicht, Mitstreiter für ihre Sache zu finden? „Das hat mit der Krankheit zu tun. Süchtige denken für die nächsten Stunden,

vielleicht noch für den nächsten Tag. Die anderen gehen davon aus, dass es schon nicht noch schlimmer werden wird.“ Das jedoch könnte ein Trugschluss sein.

*Der Westen 10.05.2012,
Heinz-Jürgen Czerwinski
(gekürzter Beitrag)*

**MÜNCHNER POLIZEI –
SCHARFE KRITIK AN SCHI-
KANÖSEN KONTROLLEN**
**Krasse Ausnahme – oder gängige
Praxis? Der Fall eines 27-Jähri-
gen, der immer wieder entwür-
digende Drogenkontrollen auf
Münchener Polizeiwachen über
sich ergehen lassen musste,
beschäftigt nun den Landtag.**

**DIE GRÜNEN VERLANGEN EINEN
BERICHT ZUR KONTROLLPRAXIS DER
POLIZEI.**

Schikanöse Personenkontrollen durch die Münchner Polizei werden ein Fall für den Landtag. Die Grünen wollen nach den Worten ihrer Innenexpertin Susanna Tausendfreund im Landtag einen Bericht zur Kontrollpraxis der Polizei verlangen. Grund ist ein Vorfall vom März: Polizisten hatten einen 27-jährigen wiederholt ohne Grund durchsucht und ihn dazu gezwungen, seinen Pobacken zu spreizen und sein Genital zu zeigen. Auslöser war ein alter Eintrag im Polizeicomputer wegen Drogenbesitzes, das Verfahren war allerdings seinerzeit eingestellt worden. Die Grünen wollen jetzt wissen, ob Fälle wie dieser krasse Ausnahmen sind – oder nur die Spitze eines Eisbergs.

Dass derart entwürdigende Kontrollen häufiger vorkommen, mutmaßt jedenfalls der Anwalt des 27-jährigen, Dirk Thöle. Nachdem die SZ über seinen Mandanten berichtete, habe sich noch ein weiterer Betroffener bei ihm gemeldet. Der Landesvorsitzende der Gewerkschaft der Polizei hingegen Helmut Bahr, winkt ab: Man lese selten von solchen Fällen. Es sei wichtig, jeden einzelnen davon aufzuklären – aber auch, daraus nicht gleich Theorien zu spinnen. Aus dem bayerischen Innen-

ministerium heißt es dazu, die jüngst bekannt gewordenen Vorkommnisse seien „Einzelfälle“ und die dort angewandte Härte für Münchens Polizei „gänzlich unüblich“. Die Fälle würden seitens des Polizeipräsidioms München „konsequent aufgearbeitet“.

Polizisten können grundsätzlich nicht wissen, ob ihnen bei einer Kontrolle ein Straftäter ins Netz gehen wird, vielleicht mit Drogen in der Unterhose oder einem Klappmesser in der Tasche – oder ein unbescholtener Mensch. Das müssen sie laut Gesetz auch nicht, die Kontrolle soll schließlich gerade das klären. Sie müssen sich aber sorgfältig fragen, ob überhaupt etwas auf einen Verdacht hindeutet – und dies gilt auch in der besonders gefährdeten Zone rund um den Bahnhof, wie der Bayerische Verfassungsgerichtshof im Jahr 2003 klarstellte. Wie dies in der Praxis gehandhabt werde, „darüber werden wir uns jetzt im Landtag berichten lassen“, sagt die Grüne Susanna Tausendfreund.

Das Thema müsse sehr ernst genommen werden, sagt sie, vor allem nachdem ein Münchner Polizeibeamter sich jüngst gegen den Vorwurf der rechtswidrigen Körperdurchsuchung damit verteidigt hatte, das mache man immer so. Die Grüne fordert vom Innenminister, seine Beamten streng zu kontrollieren. „Ein Polizeibeamter, der so handelt, darf nicht mehr auf die Bevölkerung losgelassen werden“, sagt sie – und spielt damit auf das polizeiinterne Disziplinarrecht an. Ihren Beamtenstatus verlieren Polizisten erst ab einer Freiheitsstrafe von einem Jahr – und dazu hatte das Entsetzen des Strafrichters, der am vergangenen Donnerstag einen Polizisten wegen Körperverletzung im Amt verurteilte, gerade nicht gereicht.

Der angeklagte Polizeibeamte hatte den 33-jährigen Murat S. dazu gezwungen, sich nackt auszuziehen und sich nach Drogen durchsuchen zu lassen – ohne „den Hauch eines Anfangsverdachts“, wie der Richter in der Verhandlung festhielt. Der Richter verhängte eine Geldstrafe von 120 Tagessätzen. In solchen Fällen bleibt es der Polizei selbst überlassen, welche dienstlichen Konsequenzen sie gegen den verurteilten Kollegen zieht – und welche Signale sie damit an andere Beamte aussendet.

*Süddeutsche, 07.05.2012,
Ronen Steinke*

NEU-ULM: VERURTEILUNG WEGEN WEGGEWORFENER HEROINSPRITZE

**Ein Fünfjähriger hatte sich beim
Spielen im Garten einer Kinder-
tagesstätte an einer gebrauchten
Heroinsspritze gestochen. Der
Mann, der die Spritze wegge-
worfen hatte, stand nun vor Gericht.**

Schlimmere Verletzungen hatte sich der Junge aus dem schwäbischen Vöhringen glücklicherweise nicht zugezogen. Aber die Vermutung, er könnte sich dadurch womöglich mit HIV infiziert haben, hatte die Familie viele Monate in Angst versetzt.

Diese Angst ist verständlich. Doch ein solcher Infektionsweg ist nahezu unwahrscheinlich, worauf zuletzt bei der 107. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Bielefeld hingewiesen wurde. „In den letzten 25 Jahren ist keine einzige HIV-Übertragung durch solche Nadelstichverletzungen bekannt geworden“, erklärte dort Privatdozent Dr. Ulrich Baumann von der Medizinischen Hochschule Hannover. Sobald das Blut in den Nadeln geronnen ist, sei eine Ansteckung mit HIV durch eine Stichverletzung praktisch nicht mehr möglich. Das Risiko einer Infektion mit Hepatitis B- oder -C-Viren bleibe hingegen vorhanden.

Der über einen DNA-Abgleich ermittelte 25-jährige Mann hatte im Sommer vergan-



FOTO: FLORENTINE/PIXELO.DE

Ein Neu-Ulmer Richter wertet weggeworfene Spritzen als fahrlässige Körperverletzung

genen Jahres seine gebrauchte Spritze unachtsam über einen Zaun auf das Gelände des Kindergartens geworfen. Ob er tatsächlich mit Hepatitis oder HIV infiziert ist, spielte bei seinem Prozess in Neu-Ulm keine Rolle. Er wurde wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Geldstrafe von 60 Tagessätzen zu je 15 Euro verurteilt. Der Richter hielt dem in Tadschikistan geborenen und seit dem 14. Lebensjahr drogenabhängigen Mann zugute, dass er vor einigen Monaten eine Entzugstherapie abgeschlossen hatte und weiterhin zur Suchtberatung gehe.

Augsburger Allgemeine Zeitung, 10.05.2012, (sho)

WILHELMSHAVEN – RATLOSIGKEIT IN SACHEN DROGEN-SUBSTITUTION

Die Unterversorgung Drogenabhängiger mit dem Heroin-Ersatzstoff Methadon war wieder einmal Thema im Sozialausschuss. Eine Lösung scheint in weiter Ferne zu liegen.

Eigentlich wollte die SPD im Sozialausschuss einen Antrag auf den Weg bringen. Der sollte die Verwaltung damit beauftragen, zum wiederholten Male Gespräche mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) aufzunehmen, um eine Lösung für die unzureichende Versorgung von substituierten Suchtpatienten zu finden.

Zurzeit werden rund 30 Drogenabhängige von zwei Ärzten mit dem Heroin-Ersatzstoff Methadon versorgt. Jeden Sonntagmorgen bekommen die Patienten eine Tagesdosis Methadon in der ehemaligen Schule an der Ru-

seler Straße verabreicht und ein Rezept mit nach Hause, mit dem sie sich ihre Ration in den nächsten Tagen in der Apotheke holen können.

Weitere Patienten können nicht versorgt werden, weil sich kein anderer Arzt dazu bereit erklärt, mit in die Substitution einzusteigen. Es gibt allerdings deutlich mehr als 30 Heroinabhängige in Wilhelmshaven, die ins Methadonprogramm aufgenommen worden sind. Sie müssen sich an Ärzte in Varel oder Oldenburg wenden (die WZ berichtete).

Die Stadt stellt den Ärzten die Räumlichkeiten in der Lehrerwohnung der ehemaligen Ruserler Schule kostenlos zur Verfügung. Die Wohnung ist jedoch in einem mangelhaften Zustand. Erster Stadtrat Jens Stoffers verwies in der Sozialausschusssitzung darauf, dass die Versorgung von Substitutionspatienten in der Verantwortung der KV liege. Dass die Stadt die Räume zur Verfügung stelle, sei eine rein freiwillige Leistung. Gespräche mit der KV seien in der Vergangenheit mehrmals gescheitert.

„Die Ärzte wollen dieses Klientel aber nicht in ihren Praxen haben, weil sie Angst haben, dass die übrigen Patienten dann nicht mehr kommen“, sagte Ursula Biester (CDU). Sie gab zu, in dieser Angelegenheit ratlos zu sein. „Wenn jeder Arzt zwei Patienten nehmen würde, hätten wir das Problem vom Tisch. Das können wir aber nicht erzwingen“, sagte Petra Meyer-Machtemes von der Diakonie.

Den Antrag der SPD, der auch den Auftrag beinhaltete, neue Räumlichkeiten für die Substitution zu suchen, stellte der Sozialausschuss fürs erste zurück.

WZonline 24.03.2012, Kristin Hilbinger

JES-Bundesverband 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-Bundesvorstand erreicht man unter:
vorstand@jes-bundesverband.de

JES-Westschiene

JES Bielefeld e.V.
c/o AIDS-Hilfe Bielefeld
Ehrentrapper 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 INDRÖ Münster
Bremer Platz 18-20
48155 Münster
Tel: 0251/601 23
Fax: 0251/66 65 80
Ansprechpartner: Dennis Reinhardt

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

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

Bundesweite Internetseite:
www.jes-bundesverband.de

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

JES-Wanne-Eickel

Guido Truszkowski
Landgrafenstr. 27
44651 Herne
Tel.: 02325/58 62 07
E-mail: bushshit666@yahoo.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

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
Döbbeckehof 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
Schackmar, 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

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES Marsberg

Cora Meister
Osterwiese 28,
34431 Marsberg

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

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

**(Stand der Adressen:
1. Juni 2012)**

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/ 653 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

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-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

„Die Legalisierung ist der einzige Weg, Kriegsherren und Drogenmafias systematisch das Geld zu entziehen. Wuerden die grossen Verbraucherregionen Verkauf und Vertrieb staatlich kontrollieren, wuerden die exorbitanten Gewinne aus dem Drogenhandel drastisch sinken und organisierte Kriminalität sich nicht mehr lohnen.“

*Kommentar der Financial Times
Deutschland zum Krieg gegen Drogen
und dem Bericht der Global
Commission on Drug Policy*



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