

DROGENKURIER

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

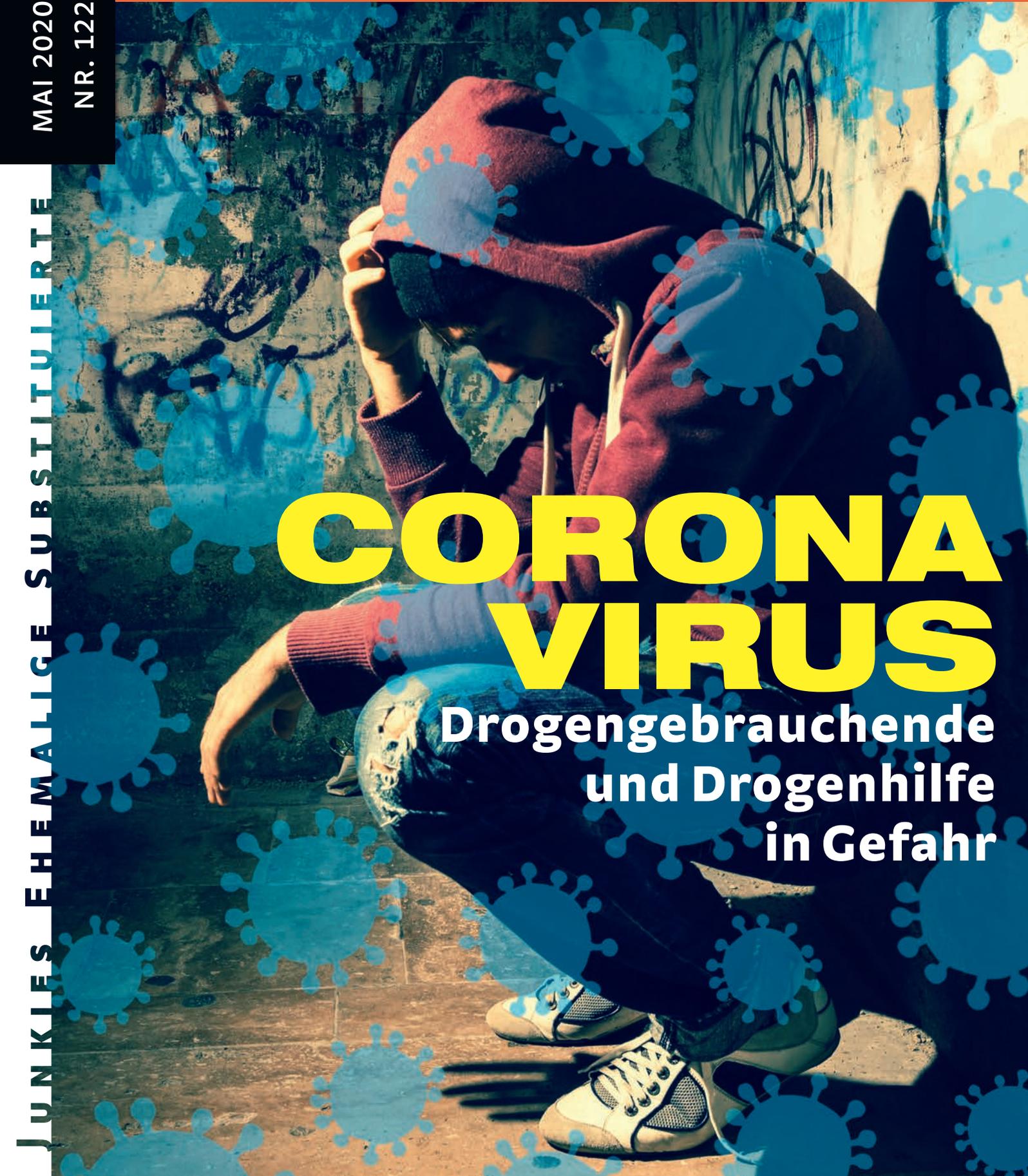
MAI 2020

NR. 122

JUNKIES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

CORONA VIRUS

Drogengebrauchende
und Drogenhilfe
in Gefahr



IMPRESSUM

Nr. 122, Mai 2020

Herausgeber des DROGENKURIER:

JES*-Bundesverband e.V.

Wilhelmstraße 138

10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: vorstand@jes-bundesverband.de

www.jes-bundesverband.de

DAH-Bestellnummer: 102122

ISSN: 2512-4609

Auflage: 4.500 Exemplare

Redaktion: JES-Bundesvorstand,

Dirk Schäffer

Mitarbeit: Andreas Kramer, Maria Kuban,

Susan, Ascho

Titelfoto: zodebala/istockphoto.com



Layout, Satz: Carmen Janiesch

Druck: diedruckerei.de

Der DROGENKURIER wird unterstützt durch:

(Nennung in alphabetischer Reihenfolge)

Camurus

Deutsche Aidshilfe e.V.

GL Pharma

Hexal

INDIVIOR

Sanofi Aventis

* Junkies, Ehemalige, Substituierte
Die Nennung von Produktnamen bedeutet keine Werbung

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

Seit vielen Wochen hat uns Covid-19 fest im Griff. Das Virus bestimmt mittlerweile unser ganzes Leben, unsere Arbeit, unsere Freizeit und unser Verhalten.

Das Hilfesystem für Menschen die Drogen gebrauchen sowie Drogengebraucher_innen selbst sind in besonderer Weise von den aktuellen Einschränkungen und Veränderungen betroffen. Der von uns diskutierte „Supergau“ mit einem totalen Zusammenbruch der legalen und illegalen Versorgungsstrukturen ist allerdings bisher ausgeblieben. Dies hat zum einen mit der Flexibilität von Aids- und Drogenhilfen zu tun, die die Kernbereiche von Prävention und Schadensminderung aufrechterhalten haben. Zum anderen aber auch mit uns als Konsumentinnen und Konsumenten selbst. Der großen Mehrheit von uns ist es gelungen in kurzer Zeit einen angemessenen Umgang mit den aktuellen Herausforderungen zu finden.

Auch wenn der Titel dieser Ausgabe etwas anderes suggeriert, haben wir uns ganz bewusst dafür entschieden in dieser Ausgabe des DROGENKURIER mehrheitlich Themen zu betrachten, die nichts mit Covid-19 zu tun haben.

Wir hoffen, dass das von uns gewählte Verhältnis von Beiträgen euren Erwartungen und Interessen entspricht.

So findet ihr in dieser Ausgabe einen Bericht zur neuen App *Checkpoint S*, einer App die den Fokus auf Substituierte richtet und ihnen die Möglichkeit gibt das tägliche Befinden, Beikonsum und vieles Andere mehr zu dokumentieren (→ S. 10).

Mit der Auswertung der Notfalldaten der Drogenkonsumräume in Deutschland zeigen wir einmal mehr die Effekte dieses Angebots im Hinblick auf die Vermeidung von drogenbedingten Todesfällen (→ S. 14).

Uns ist es gelungen ein Arzt-Patienteninterview zu führen um über die Substitution und die neuen Medikamente zu sprechen. An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei Herrn Schubert, aber auch bei Dieter bedanken, die sich für dieses Interview zur Verfügung gestellt haben (→ S. 22).

Wir würden uns freuen, wenn die thematische Vielfalt auch eure Interessen trifft und ihr euch mit dieser Ausgabe wieder ein bisschen besser informiert fühlt.

Das Redaktionsteam

Der Einfluss von Corona auf Drogenhilfe und Drogengebraucher_innen

Seit zwei Monaten befindet sich die gesamte Welt im Ausnahmezustand. Niemand hätte gedacht, dass es einen Umstand geben könnte, der dazu führt, dass weltweit der Flugverkehr „gen Null“ geht, Europa seine Grenzen schließt und es in Deutschland eine Ausgangsbeschränkung gibt.

Die Szenerie ist gespenstisch

Leere Innenstädte, leere Straßen und Autobahnen. Die Geschäfte sind geschlossen. Die Menschen halten sich zu Hause auf. Aber es gibt einige Bevölkerungsgruppen, die sich weiterhin auf der Straße aufhalten müssen. Dies sind jene, die kein Obdach haben. Aber auch hunderttausende von Drogenkonsument_innen die opioid- und alkoholabhängig sind, die Crack und Kokain konsumieren und ggfs. der Beschaffungsprostitution nachgehen.

Von heute auf morgen sind Einkommensquellen weggebrochen

Schnorren in der Bahn oder in den sonst bevölkerungsreichen Innenstädten ist vorbei, da es nur noch wenige Menschen gibt, die den ÖPNV oder die Innenstädte nutzen. Die Straßenzeitung verkaufen, ein schon vor Corona mühsames Geschäft, kommt zum Erliegen. Den täglichen Bedarf für ein paar Kugeln Heroin oder ein paar Steine über kleinere Diebstahle zu decken, auch das geht nicht, da fast alle Geschäfte geschlossen waren und sind.

Was also tun?

Drogengebraucher_innen sind erfinderisch und hartgesotten. Die meisten von ihnen haben es über Jahre und Jahrzehnte hinbekommen, sich mit Schwarzmarktsubstanzen zu versorgen. Erstaunlicherweise schaffen dies auch einige in dieser außergewöhnlichen Situation – wie, das bleibt ihr Geheimnis. Die Tatsache, dass die Konsumräume weiter gut frequentiert werden, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele auf „Pillen“ umsteigen oder immer wieder Entzugserscheinungen haben.



Dieser Aufkleber ist in Dortmund an Spritzenautomaten, im Konsumraum und in Einrichtungen der Drogenhilfe zu finden.

Drogenkonsumräume und Drogenhilfen laufen im Notbetrieb

Auch die Drogenhilfen mussten sich schnell umstellen. Zumeist ohne Schutzausrüstung stellten sie eine Art Notbetrieb auf die Beine, damit die wichtigsten Angebote aufrechterhalten werden können. Die Vergabe von Konsumutensilien ist gesichert, die Konsumräume haben bis auf wenige Ausnahmen geöffnet, die Essenvergabe „to go“ wird eingerichtet. Die Kontaktläden sowie die Beratung sind geschlossen. Einige stellen auf telefonische Beratung um.

Corona legt Defizite schonungslos offen

Es gibt einige Expert_innen die sagen, dass uns nun die Fehler und Versäumnisse der Jahre zuvor auf die Füße fallen. So werden mindestens 80.000–100.000 Opioidkonsument_innen nicht behandelt. Das System „Substitution“ ist längst an der Belastungsgrenze. Trotz guter Entwicklungen findet bis heute keine niedrigschwellige Substitution statt. Das soziale und medizinische Hilfesystem hat sich in den letzten 20 Jahren separiert. Dies wird vielerorts daran deutlich, dass es flächendeckend keine existierende Kooperation zwischen Ärzten und Drogenhilfe gibt. Somit sind viele tausend Drogenkonsument_innen medizinisch nicht oder nur sehr schlecht versorgt. „Bei uns sind die Innenstädte und Bahnhofsviertel für unsere Klienten



Eine Sozialpädagogin des Drob Inn erklärt einem Klienten das Informationsblatt zur Substitution mit Methadon. Foto: Jugendhilfe e.V.

tel Wohnzimmer, Arbeitszimmer und Schlafzimmer“, sagt Gabi Becker, Leiterin der IDH in Frankfurt.

Aber es gibt Lichtblicke – wie in Hamburg und vielen anderen Städten

Um Gewaltdelikte zur Erlangung von Heroin, Crack und Koka zu vermeiden und unbegleiteten Entzügen vorzubeugen, sind in Hamburg Drogenhilfe und

Medizin wieder zusammengewachsen. Aus den Mitteln, die zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie zur Verfügung gestellt wurden, hat sich die Behörde für Gesundheit- und Verbraucherschutz entschlossen, für bisher unversorgte Opiatabhängige eine niedrigschwellige Substitutionsambulanz im *Drob Inn* zu finanzieren.

Die Ambulanz im *Drob Inn* versorgt Opiatkonsument_innen mit und ohne

Krankenversicherungsschutz. Gleichzeitig werden Personen, die COVID-19-Symptome aufweisen, gemäß der Empfehlungen des Robert Koch Instituts, auf COVID-19 getestet. Für diese Aufgabe stellt Jugendhilfe e.V. vier Ärzte und Ärztinnen sowie auch Sozialpädagog_innen aus ihrem Personal zur medizinischen und psychosozialen Versorgung bereit. Weitere substituierende Ärzte, die nicht bei der Jugendhilfe e.V. beschäftigt sind, haben bereits ihre Unterstützung zugesagt. Die Ambulanz im *Drob Inn* ist seit Montag, dem 6. April täglich für dreieinhalb Stunden geöffnet. Nach Auskunft der dort tätigen Mitarbeiter_innen wurden in den ersten Tagen bereits mehrere Dutzend Opioidkonsument_innen aufgenommen.

Aber auch in vielen anderen Städten reagieren Aids- und Drogenhilfen überaus flexibel und szenenah, indem sie unter Einsatz ihrer eigenen Gesundheit zentrale Versorgungsstrukturen erhalten und Öffnungszeiten ausweiten. Viele Einrichtungen arbeiten knapp besetzt in abwechselnden Teams. Hierbei ist viel Ideenreichtum und Idealismus gefragt.

Kommentar des JES-Bundesverbands

Auch wenn einige der Aussagen auf Seite 5 unfachlich und nicht nachvollziehbar sind, möchten wir als Interessenvertretung substituierter Menschen ergänzen, dass wir natürlich auch eine Vielzahl toller Beispiele haben, dass Ärzt_innen mit viel Empathie und einem hohen Verantwortungsgefühl patientennahe Regelungen finden.

Natürlich gibt es Patient_innen, denen die eigenverantwortliche Einnahme des Medikaments schwerfällt. Aber auch hier ließe sich eine wohnortnahe Versorgung durch Apotheken realisieren. Stattdessen sehen wir weiterhin Menschenansammlungen vor Substitutionspraxen ohne Abstandsregelung und Masken.

Viele Ärzte, die sich bei uns gemeldet haben, sagten „Natürlich könnte ich mehr Patient_innen ein Take-Home Rezept für 1–2 Wochen ausstellen, aber die Einnahmeausfälle kann und will ich nicht hinnehmen.“ Andere sagten, dass selbst, wenn alle Patient_innen einen verantwortlichen Umgang mit dem Medikament haben, nicht mehr als 30 % ein Take-Home-Rezept erhalten können, egal ob Corona oder nicht.

Hier wird deutlich, dass es große Einnahmeunterschiede zwischen der täglichen Vergabe und einer Take-Home-Verschreibung gibt, die insbesondere jene Praxen treffen, die ausschließlich substituieren. Wir können nachvollziehen, dass gerade jene Praxen diese Einnahmen benötigen, um den Praxisbetrieb fortzuführen und die Mitarbeiter_innen zu bezahlen. Aber wir sagen auch ganz klar, dass in diesen Fällen die gesundheitliche Gefährdung von vorgeschädigten Menschen in Kauf genommen wird, um bisherige Einnahmen auch unter Corona zu erzielen.

Unserer Ansicht nach ist auch die Angst vor einer Überflutung des Schwarzmarktes bei umfänglich praktizierter Take-Home weitgehend unbegründet. Natürlich wird die ein oder andere Pille oder Milliliter auf der Szene landen. Aber gerade unter diesen Bedingungen wird kaum jemand sein hochpotentes Substitut gegen 10%iges Heroin eintauschen. Und selbst wenn sie es verkaufen, dann bleibt es in der Szene und hilft anderen Heroinkonsument_innen ihren Bedarf zu decken. Niemand konsumiert Medikamente zur Substitution, der sie nicht benötigt.

ARUD (Schweiz) bringt Heroin und Morphin nach Hause

Das größte Schweizer Suchtzentrum geht neue Wege: Es bringt wegen der Coronakrise Drogenkonsument_innen ihr Medikament nach Hause. Mit dem Fahrrad oder dem Auto liefert das Suchtzentrum Arud (Arbeitszentrum für einen risikoarmen Umgang mit Drogen) derzeit Heroin, Methadon oder Morphin in Zürich aus. „Diese Hauslieferungen dienen dem Schutz der Patienten“, sagt Philip Bruggmann, Chefarzt bei Arud. „Im Heroinprogramm muss man normalerweise jeden Tag oder jeden zweiten Tag erscheinen. Jedes Mal ist man den Risiken ausgesetzt.“ Er spricht damit die Risiken in den öffentlichen Verkehrsmitteln sowie in der Praxis selbst an.



Notlösung für die nötige Distanz: Vor dem Drogenkonsumraum „Stellwerk“ in Hannover reichen Mitarbeiter:innen Konsumutensilien und Essen auf einer Schippe zu den Menschen | Foto: Stellwerk

Wenig einheitliches Handeln in der Substitutionsbehandlung

Trotz der Empfehlungen der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland, den Kontakt mit Substitutionspatient_innen auf das unumgängliche Maß zu beschränken und möglichst viele substituierte mittels Abgaben zur eigenverantwortlichen Einnahme („Take-Home“) in den kommenden Wochen von den Praxen und Ambulanzen fernzuhalten, erleben Patient_innen vor Ort einen höchst unterschiedlichen Umgang.

Ich erhalte viele Anrufe von ratlosen, traurigen und ängstlichen Substitutionspatient_innen, deren Anfragen nach Take-Home abgelehnt wurden. Hierbei scheint es nicht immer um Beikonsum zu gehen, sondern um völlig andere Beweggründe. ❖

Dirk Schäffer

Hier einige Aussagen von Ärzt_innen:

„Nun will Herr X Take-Home. Wenn er sich mal so engagiert hätte, als es um seinen Heroinbeigebrauch ging ...“

„Frau Y hat keine Risiken auf dem Weg zum mir. Der Weg von 3,3 km ist zu bewältigen. Sie kann sich auch ein Fahrrad organisieren.“

„Denken Sie eigentlich auch einmal an meine Einnahmeausfälle, wenn ich nur noch Take-Home verschreiben soll?“

„Ich muss auch jeden Tag in die Praxis, da kann ich das von meinen Patient_innen auch erwarten.“

Und eine Aussage eines Patienten:

„Toll, nun habe ich meinem Arzt den bei Ihnen abgedruckten KV-Brief gezeigt und nach Take-Home gefragt. Er hat mir gesagt, dass ich gar nicht mehr wiederkommen brauche und mir einen anderen Arzt suchen soll.“

(Dirk Schäffer hierzu: „Diese Aussage und der sofortige Behandlungsabbruch ist verifiziert. Der Patient hat am Folgetag einen großartigen Arzt gefunden, der ihn aufgenommen hat.“)

Corona und Sexualität – das Wichtigste in Kürze

Ist das Coronavirus (SARS-CoV-2) sexuell übertragbar?



FOTO MAGAZIN.HIV.DE

Muss ich grundsätzlich auf Sex verzichten?

Nein! Wer sich entscheidet, Sex mit direktem Körperkontakt zu haben, kann jedoch ein paar Dinge berücksichtigen, um Risiken für sich und andere zu senken. Darüber hinaus gibt es natürlich auch andere Formen wie Sexting, Online-Sex oder Selbstbefriedigung, die auch in Zeiten von Corona keine Risiken bergen.

Wie kann ich das Risiko für eine Übertragung von Coronaviren

senken, wenn ich Sex mit Körperkontakt habe?

Der Sex mit Partner_innen, mit denen man ohnehin im selben Haushalt lebt und Körperkontakt hat, bedeutet kaum erhöhtes Risiko. Wenn man mit anderen Personen Sex mit Körperkontakt hat, senkt die Reduzierung der Partner_innenzahl das Risiko.

Wann sollte ich auf Sex mit Körperkontakt ganz verzichten?

Klar ist: wer Symptome hat oder Kontakt zu Personen mit COVID-19 hatte und in Quarantäne ist, sollte keinen Sex mit anderen haben. ❖

► **Quelle: magazin.hiv (gekürzte Fassung)**

Beim Sex hat man allein durch die Nähe ein hohes Risiko einer Übertragung von Coronaviren – egal, um welche Sexpraktik es geht, sogar beim Kuscheln. Das neue Coronavirus SARS-CoV-2 scheint im engeren Sinne nicht sexuell übertragbar zu sein, also zum Beispiel über Sperma oder Vaginalflüssigkeit oder den Kontakt zur Harnröhre beim Oralverkehr. Nachgewiesen wurde es in diesen Körperflüssigkeiten nicht. Aber das spielt kaum eine Rolle, solange man weniger als 1,5 Meter Abstand zum Partner_in und dadurch ein Übertragungsrisiko hat.

Sind Coronaviren beim Küssen übertragbar?

Ja. Küssen ist natürlich die Sexualpraktik mit dem höchsten Übertragungsrisiko.

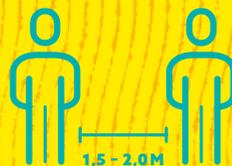
Allein schon durch die große Nähe und weil Viren sich auch im Speichel befinden.

Kann man sich mit Corona auch beim Oralverkehr anstecken?

Nein und ja. Der Oralverkehr selbst wäre nicht riskant. Aber beim „Blasen“ oder auch beim Lecken der Vulva (Cunnilingus) hat man weniger als 1,5 Meter Abstand voneinander, kann also von einer infizierten Person angehaucht, angehusst oder angeniest werden. Außerdem könnte eine Schmierinfektion möglich sein, wenn eine infizierte Person mit der Hand Viren in die Genital- oder Analregion bringt oder einem ins Gesicht fasst und man die Viren mit dem Mund aufnimmt – auch indirekt, über den Weg Finger → Mund.

1

**ABSTAND HALTEN
UND HÄNDE WASCHEN!**



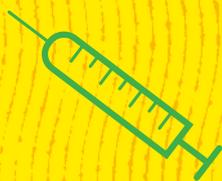
**„KUGELN“ NICHT IN MUND, VAGINA UND PO
TRANSPORTIEREN!**

2

CORONA UND DROGENGEBRAUCH SCHÜTZ DICH!

3

**IN SUBSTITUTION?
FRAG NACH EINER TAKE-HOME-VERSCHREIBUNG!**



**KONSUMTENSILIEN, ZIGARETTEN,
JOINTS UND FLASCHEN
NICHT TEILEN.**

4

5

**KEIN GELD, KEINE SUBSTANZEN?
SUBSTITUTION KANN EINE ALTERNATIVE SEIN.**



1.398 drogenbedingte Todesfälle – ein trauriger Rekord

1.398 Menschen sind 2019 an den Folgen ihres Drogenkonsums gestorben – fast 10 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Hauptursachen sind, wie auch in den vergangenen fünf Jahren, Überdosierungen von Opioiden sowie die Kombination von Opioiden mit anderen Substanzen. Besonders signifikant ist der Anstieg aufgrund von Langzeitschädigungen in Kombination mit Überdosierungen von 38 Todesfällen im Vorjahr auf 172 Fälle im Jahr 2019.

Reicht der Fokus auf Schadensminderung?

Deutschland gehört zu den Ländern der Welt, das die größte Bandbreite an Maßnahmen der Schadensminderung vorhält. Klar, es fehlt an Angeboten des Drug Checking, aber ansonsten ist an niedrigschwelliger Hilfen alles vorhanden – wenn auch nicht im erforderlichen Umfang. Dennoch bewegt sich die offizielle Zahl der Todesfälle seit vielen Jahren, auf einem unerträglich hohen Niveau, von mehr als 1.000 Menschen, die jedes Jahr ihr Leben verlieren.

„Wir sehen Jahr für Jahr, dass unsere Freunde, Klienten und Patienten versterben. Dieser Umstand muss uns dazu bringen die seit 30 Jahren geltenden Grundfesten der Drogenpolitik in Deutschland zu überprüfen.“

Peter aus Köln

Wir nehmen erfreut zur Kenntnis, dass sich die neue Drogenbeauftragte hinter all diese Maßnahmen wie Drogenkonsumräume, Konsumutensilienvergabe, Substitution, Naloxon, und Drug Checking stellt. Sie ist für die Zahlen des Jahres 2019 nicht verantwortlich, aber die Verantwortung von Frau Ludwig ist es, gemeinsam mit allen Beteiligten über Veränderungen ins Gespräch zu kommen, um endlich die Ursachen und nicht nur die Symptome in den Blick zu nehmen.

Wirft man aber einen detaillierten Blick auf die aktuellen Zahlen der drogenbedingten Todesfälle, so fällt auf, dass alle bisherigen Maßnahmen nicht ausreichen, um eine Trendwende zu erzielen.

„Es ist schlicht traurig, dass es keine Trendwende bei drogenbedingten Todesfällen gibt“

Sandra aus Mainz

650 Tote unter Beteiligung von Opioiden

Weiterhin stirbt fast die Hälfte der Menschen in Deutschland infolge oder unter Einfluss von Opioiden (Abb. 1). Wenn man dann bedenkt, dass Drogenkonsumräume mehr als 300 schwere Überdosierungen im Jahr 2019 verzeichnet haben (siehe Seite 16) und diese Menschen ohne die schnelle Hilfe der Mitarbeiter_innen

Abb. 1 Drogentodesfälle durch Opioide und unter Einfluss von Opioiden

Ursache	2018	2019	Veränderung
Monovalente Vergiftungen durch Opioide/Opiate	260	217	-17 %
• Heroin/Morphin	175	160	-9 %
• Opiat-Substitutionsmittel	50	24	-52 %
davon Methadon (u. a. Polamidon)	44	22	-50 %
davon Buprenorphin (u. a. Subutex)	4	2	-50 %
davon Sonstige (Dihydro-Codein, Diamorphin u. a.)	2	0	-100 %
• Opiat-/Opioid-basierte Arzneimittel	30	32	7 %
davon Fentanyl	25	25	0 %
• Synthetische Opioide (u. a. Fentanyl-derivate)	5	1	-80 %
Polyvalente Vergiftungen durch Opioide/Opiate*	369	433	17 %
• Heroin/Morphin i. V. m. anderen Stoffen	230	289	26 %
• Opiat-Substitutionsmittel i. V. m. anderen Stoffen	155	155	0 %
davon Methadon (u. a. Polamidon) i. V. m. anderen Stoffen	133	116	-13 %
davon Buprenorphin (u. a. Subutex) i. V. m. anderen Stoffen	7	25	257 %
davon Sonstige i. V. m. anderen Stoffen	17	16	-6 %
• Opiat-/Opioid-basierte Arzneimittel i. V. m. anderen Stoffen	54	58	7 %
davon Fentanyl	28	34	21 %
• Synthetische Opioide (u. a. Fentanyl-derivate) i. V. m. anderen Stoffen	1	1	0 %

* In den Unterkategorien sind Mehrfachzählungen möglich.

Immer noch hören wir „Wir dulden keine rechtsfreien Räume“ oder „für Drogenkonsumräume gibt es bei uns keinen Bedarf“ sowie „Drogenkonsumräume sind das falsche Signal, das ist unerträglich.“

Mahmoud aus München

alleine im öffentlichen oder privaten Raum verstorben wären, so ist es mehr als unverständlich, dass Länder wie z. B. Schleswig Holstein, Bayern, Rheinland Pfalz und Sachsen sich mit schier unverständlichen Argumenten diesem wichtigen Angebot der Überlebenssicherung verschließen.

Wenn es diese Einrichtungen nicht gäbe, läge die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle um viele hundert Menschen höher. Im Umkehrschluss würde eine Ausweitung dieses Angebots bedeuten, dass viele der 1.398 Drogentodesfälle hätten verhindert werden können.

Methamphetamin in den Fokus rücken

Die aktuellen Zahlen der Bundesregierung zeigen einen Anstieg von Drogentodesfällen in Folge von Kokain-, Crack- und vor allem Methamphetamin-Konsum (Abb.2). Mit Informationen bei Festivals und in Clubs sowie Chillout Zonen ist es wohl nicht allein getan. Es muss darum gehen, jene Konsument_innen, die weitaus weniger die Angebote der Drogenhilfe in Anspruch nehmen als Heroinkonsument_innen, mit einem zielgruppenspezifischen und vor allem szenenahen Angebot zu erreichen. Drug Checking inklusive Beratung und Informationen wird nicht alle Probleme lösen, aber wäre eine wichtige Hilfestellung mit dieser Gruppe von Drogenkonsument_innen in Kontakt zu kommen.

Suizide und Tod nach Langzeitkonsum sind ein Weckruf für eine grundsätzliche Diskussion

Bedingt durch die Behandlungserfolge werden Drogengebraucher_innen heute deutlich älter als noch vor 25 Jahren. Dies ist ein Erfolg aller Beteiligten. Ein Blick in

die Wartezimmer substituierender Ärzte und in Drogenkonsumräume reicht aus, um festzustellen, dass gerade diese Menschen manifeste körperliche und seelische Schäden genommen haben.

Schädigungen, die maßgeblich durch eine jahrzehntelange Kriminalisierung und Verfolgung, langjährige Inhaftierungen, dutzende Entgiftungen gefolgt von einem Wiedereinstieg in den Konsum, begünstigt wurden.

Diese Menschen führen uns vor Augen, dass die Möglichkeiten unseres Hilfesystems nicht ausreichen, um diesen vielen zehntausend Menschen ein Leben in Menschenwürde zu ermöglichen. Menschenwürde bedeutet hier ein Leben mit Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Stattdessen erleben wir, dass diese Menschen desillusioniert, allein und krank sind. (Abb.3)

„Wir können es nicht hinnehmen, dass mehr als tausend drogengebrauchende Menschen pro Jahr in Deutschland versterben.“

Andreas aus Halle

Abb.2 Drogentodesfälle durch Kokain, Crack, Amphetamin, Methamphetamin, NPS

Monovalente Vergiftungen durch andere Substanzen als Opioide/Opiate	120	118	-2 %
• Kokain/Crack	41	36	-12 %
• Amphetamin/Metamphetamin*	49	55	12 %
davon Amphetamin	37	37	0 %
davon Methamphetamin	12	20	67 %
• Amphetaminderivate	13	8	7 %
• Neue Psychoaktive Stoffe (NPS)	7	9	29 %
davon Synthetische Cannabinoide		5	+/-
davon sonstige NPS		4	+/-

* In den Unterkategorien sind Mehrfachzählungen möglich.

Abb. 3 Drogentodesfälle durch Suizide und Langzeitschädigungen

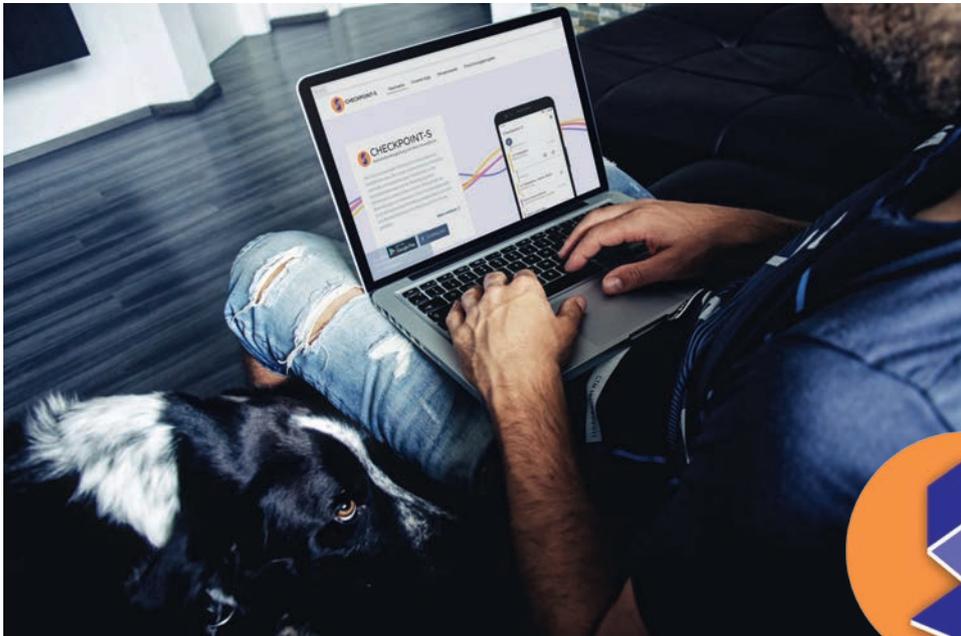
Suizide	72	96	33 %
• Suizid durch Intoxikation	23	42	83 %
<i>(bereits unter den zuvor genannten Ursachen in Abb. 2 enthalten)</i>			
• Suizid durch andere Mittel als Intoxikation	49	54	10 %
Langzeitschäden	230	318	38 %
• davon Langzeitschäden in Kombination mit Intoxikationsfolge	38	172	353 %

Drogenverbote und Strafrecht machen krank

Niemand wird ernsthaft bestreiten, dass auch die Prohibition – also das Drogenverbot in Kopplung mit dem Strafrecht – gerade Langzeitkonsument_innen seelisch und körperlich krank macht. Wenn dies unbestritten ist, kommen wir nicht umhin eine ernsthafte und ergebnisoffene Diskussion um die Strafbewährung des Drogenerwerbs und Drogenbesitzes zu beginnen. Hier müssen sich die politisch Verantwortlichen, die Kritiker und Befürworter von veränderten Rahmenbedingungen, schnellstmöglich an einen Tisch setzen. ❖

Dirk Schäffer

► **Quelle www.drogenbeauftragte.de**

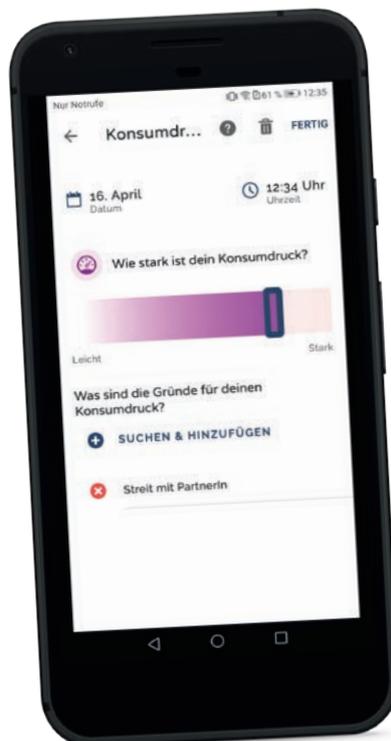


Checkpoint S – Die „Substi-App“

Digitalisierung ist nicht nur ein allgegenwärtiges Schlagwort, sondern längst im Alltag angekommen – allerdings bislang nur eingeschränkt innerhalb medizinischer Behandlungen und noch nicht in der Substitution. Dabei können Smartphone-Apps eine sinnvolle Hilfestellung gerade für langfristige Behandlungen darstellen, sofern sie auf die Bedürfnisse der Patient_innen zugeschnitten ist.

Substitutionsbegleitung mit dem Smartphone

An der Hochschule Merseburg stellen wir uns mit unserem Forschungsprojekt „Checkpoint-S“ der ehrgeizigen Aufgabe, eine solche App für Substituierte zu entwickeln. Unser Ziel ist, die technischen Möglichkeiten einer App für die Unterstützung der Substitution zu erkunden und diese in einer kostenfreien, bedienfreundlichen und zielgruppen-



orientierten App umzusetzen. Zu diesem Zweck wollen wir möglichst viele Patient_innen und deren Behandler_innen – d.h. Substitutionsärzt_innen, Physio- und Psychotherapeut_innen sowie Sozialarbeiter_innen in die Entwicklung der App mit einzubeziehen.

Entscheidender Vorteil einer App im Gesundheitssektor ist die Möglichkeit zum sogenannten Self-Tracking. Dieser Begriff meint die freiwillige Erfassung von Daten über verschiedene Lebensaspekte. Bislang erfolgt dies in der Substitution durch das Führen eines Tagebuches. Überträgt man das Tagebuchführen aber auf Software und Hardware, dann werden Auswertungen möglich, die ganz neue Einsichten verschaffen.

Dosis und Zeitpunkt der Einnahme deiner Substitutionsmedikamente dokumentieren

Die erste Version der App, die seit September 2019 im Google-Playstore zum Download bereitsteht, umfasst vier digitale Tagebücher: Im Substitutionstagebuch lassen sich die verschriebenen Substitutionsmittel mit Dosis und Zeitpunkt der Einnahme dokumentieren. Im „Befinden-Tagebuch“ können die tägliche emotionale Verfassung genauso festgehalten werden wie die Gründe, die für gute und schlechte Stimmung sorgen.

Welche Auslöser gibt es für Beikonsum?

Im Konsumdruck-Tagebuch (s. Abb.) könnt ihr notieren, wie stark oder schwach das Bedürfnis nach Drogenkonsum ist sowie ob und welche Auslöser es hierfür gibt. Schließlich kann mittels des Beikonsum-Tagebuchs erfasst werden, wann und welche legalen oder illegalen Substanzen während der Substitutionstherapie konsumiert werden. Durch visuelle Aufbereitung könnt ihr als die Nutzer_innen selbstständig und niederschwellig etwas über die Gründe und den Verlauf eurer emotionalen Höhen und Tiefen, eurer körperlichen Beschwerden, eures Suchtdrucks oder aber auch des

Beikonsum erfahren. Wir, als Entwickler_innenteam hoffen, dass euch derartige Einsichten ermöglichen, Eure individuelle Erkrankung und deren Behandlung besser zu verstehen.

Patient_innen können die Daten mit dem Arzt teilen

Im besten Fall können diese Einsichten in die Gestaltung der Substitutionsbehandlung einbezogen werden. Wir haben deshalb vorgesehen, dass Patient_innen, die dies wünschen, ihre Daten mit ihren Behandler_innen teilen können. Wir gehen davon aus, dass die aktive Mitarbeit von euch als Patient_innen, die sich schon in der Nutzung der App zeigt, auch einen

positiven Einfluss auf die Kooperations- und Mitwirkungsbereitschaft an der Behandlung insgesamt hat. Wir möchten mit dieser App dazu beitragen, dass sich substituierte Patient_innen als emanzipierte Partner_innen in die Therapie aktiv einbringen.

Auch Behandler_innen sollten diese App aktiv bewerben

Auch für Behandler_innen haben die Daten einen innovativen Wert für Diagnose, Therapie und Beratung. Durch sie lassen sich Hinweise auf Über- oder Unterdosierungen des Substitutionsmittels erkennen, Ursachen für emotionales Missbefinden klarer herausarbeiten u. ä.

Das heißt, es entstehen im Alltag der Patient_innen gesammelte Daten, die gemeinsam mit den Patient_innen, die Basis für psycho- oder physiotherapeutische Interventionen werden oder Anhaltspunkte für eine zielgenauere psychosoziale Beratung liefern können.

Auf Facebook und Instagram die Entwicklung der App begleiten

Zu unserem Forschungsprojekt haben wir Kanäle auf Facebook und Instagram eingerichtet, über die wir über die Entwicklung der App berichten und mit allen in Kontakt kommen wollen, die sich direkt in die App-Entwicklung einbringen möchten. Insofern laden wir alle Leser_innen herzlich ein, unsere App zu testen, und unsere Webseite checkpoint-s.de zu besuchen. Wir freuen uns über jede konstruktive Kritik und über alle Ideen für die Weiterarbeit.

Partner_innen und Sponsoren

Ein solches Projekt ist nur mit einer Reihe von Sponsoren und Partner_innen umsetzbar. Das Projekt wird durch das Bundesministerium für Forschung und Bildung, die Hochschule Merseburg, sowie Indivior, Hexal, dem MVZ Labor Dessau und der Ostdeutschen Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin gefördert. Unsere Partner_innen vor Ort sind der Drogennotdienst Berlin, die Klinik für Geburtsmedizin – Ambulanz für Suchterkrankungen und Infektionen in der Schwangerschaft der Charité Berlin, die Klinik für Geburtshilfe Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara sowie die Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin und Praxis für Neurologie/ Psychiatrie der Poliklinik Silberhöhe. Die technische Umsetzung der Checkpoint-S App wird durch die Berliner Softwaremanufaktur Curamatik geleistet. ❖

Euer Forschungsteam



Der JES-Bundesverband zur App Checkpoint-S

Wir als JES-Bundesverband begrüßen die Initiative zur Entwicklung einer Smartphone App zum Thema Substitutionsbehandlung. Wir rufen Sie als substituierende Ärzt_innen und Euch als substituierte Patient_innen dazu auf,

die App downzuloaden und sie auszuprobieren.

Das Entwickler_innenteam ist offen für eure Rückmeldungen und freut sich auf weitere Vorschläge wie die App vielleicht noch besser die Bedarfe von Substituierten aufgreifen kann. Die App steht auf google play zum Download bereit.

<http://app.checkpoint-s.de>
<https://checkpoint-s.de/>



Viele von Euch besitzen einen Internetzugang. Die Webseite des Projektes <https://checkpoint-s.de/> ermöglicht Euch einen Einblick in alle Bereiche der App, ohne sie direkt auf euer Handy laden zu müssen. Ihr könnt nach Herzlust alles ausprobieren und Euch über die verschiedenen Inhalte nicht nur per Text informieren. Die Webseite hält zudem sehr viele Screenshots bereit, also Abbildungen der jeweiligen Darstellungen auf dem Handy. Die App lebt von ihren Nutzer_innen. Wir als JES-Bundesverband würden uns freuen, wenn möglichst viele einen kleinen Teil zur Weiterentwicklung der App beitragen und natürlich selbst von der App profitieren.

Noch ein Wort zur Datensicherheit, dem gerade beim Thema „Konsum illegaler Substanzen“ ein wichtiger Stellenwert zukommt. Für Deine Datensicherheit ist die App mit einem Pin-Schutz versehen, so dass niemand unbefugt Zugriff auf Deine sensiblen Daten hat. Richte Dir diesen also gleich ein. Alle Deine Daten sind ausschließlich in der App gespeichert und werden nicht an Dritte weitergeben. Klar ist auch, dass Eure Daten nur mit Eurer ausdrücklichen Zustimmung mit Eurem Arzt bzw. Eurer Ärztin geteilt werden.

Sechs Punkte für die Elimination der Hepatitis C bis 2030

Bis zum Jahr 2030 soll Hepatitis C weltweit eliminiert sein, so das Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Bundesregierung.¹ Dank neuer Medikamente ist die Krankheit heute schnell und gut verträglich bei nahezu allen Patienten heilbar.² Trotz der therapeutischen Möglichkeiten und Erfolge bleibt bis zur geplanten Eliminierung des Hepatitis-C-Virus (HCV) noch viel zu tun. Die „PLUS-Gesundheitsinitiative Hepatitis C“ engagiert sich für die Verbesserung der regionalen Gesundheitsversorgung von Drogenkonsumenten und Substituiereten. Der partizipative Peer-Ansatz (Peer-PLUS-Peer-Konzept) hilft, die Maßnahmen und Aktivitäten von PLUS entsprechend der Lebensumstände auszurichten. PLUS wurde 2015 vom Caritasverband für Stuttgart e.V., der Deutschen Leberhilfe e.V. und AbbVie Deutschland in Stuttgart ins Leben gerufen. Mittlerweile wird das Konzept bereits in acht Städten und Regionen mit regionalen Partnern umgesetzt.



FOTO: HEPMAG.COM

Sechs-Punkte-Plan zur Elimination

Neben dem regionalen Engagement diskutieren die PLUS-Partner in Zusammenarbeit mit Experten auch überregionale Eliminationsstrategien im Suchtumfeld. Im Rahmen des zweiten bundesweiten PLUS-Forums am 18. und 19. September 2019 trafen sich in Bochum rund 60 Experten aus Medizin, Drogenhilfe, Selbsthilfegruppen, Sozialverbänden, Gesundheits- und Sozialämtern, Justizvollzug und pharmazeutischen Unternehmen.

Das Ergebnis ist eine 6-Punkte-Erklärung mit konkreten Forderungen an die Politik, damit eine Hepatitis-C-Elimination nicht unrealistisch bleibt:

1. Deutschland braucht ein umfassendes HCV-Screening

Ein umfassendes Screening, also eine breite Testung der Bevölkerung auf Hepatitis C, kann die gesundheitlichen Risiken für einzelne Infizierte und das

Infektionsrisiko für bisher nicht infizierte Menschen verringern. In einem ersten Schritt gilt es, ein Screening für einzelne Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Infektionsrisiko einzuführen. Zu diesen Risikogruppen zählen beispielsweise Drogenkonsumierende und Menschen in Haft. Im nächsten Schritt sollte das Screening in die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie aufgenommen werden. Für die Umsetzung dieses Ziels setzt sich aktuell der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ein.

2. HCV-Antikörpertests müssen wieder budgetneutral werden

Ein wichtiger Schritt zur Therapie ist die Testung auf Hepatitis C. In der Regel ist der niedergelassene Arzt die erste Anlaufstelle bei grippeähnlichen Symptomen – eine unspezifische Symptomatik tritt bei etwa drei Vierteln aller Hepatitis-C-Infektionen auf.³ Deshalb sollte der Hepatitis-C-Antikörpertest aus dem Laborbudget wieder budgetneutral werden.

3. Stärkung präventiver Maßnahmen gegen „Needle-Sharing“

80 % der Hepatitis-C-Neudiagnosen, deren Infektionsweg bekannt ist, gehen auf intravenösen Drogenkonsum zurück.⁴ Das erhöhte Hepatitis-C-Infektionsrisiko entsteht z. B. durch das Teilen von Konsumutensilien wie dem Spritzbesteck (Needle-Sharing). Dies bedeutet ein hohes Infektionsrisiko für bisher nicht infizierte Menschen, wie z. B. Drogengebraucher. Mehr flächendeckend

den. Der Gesetzgeber auf Länderebene sollte dafür sorgen, dass das Äquivalenzprinzip – die gesundheitliche Gleichbehandlung für Menschen in Haft und in Freiheit – konsequenter umgesetzt wird.

5. Bessere Maßnahmen für eine nachhaltige Substitution

In den nächsten zehn Jahren wird ein Großteil der jetzt praktizierenden Ärzte in den Ruhestand gehen. Damit droht auch in der Substitutionstherapie eine

sem Hintergrund sollte es eine bundesweite Aufklärungskampagne mit dem Fokus auf die allgemeinmedizinische und hausärztliche Versorgung geben.

Haben Sie Interesse am ausführlichen politischen Eckpunktepapier *Sechs Punkte für eine Elimination im Suchtumfeld?* Das Dokument finden Sie unter folgendem Link auf der PLUS-Webseite:

► [HCVVersorgungPLUS.de](https://www.hcv-versorgung-plus.de)

JES-Redaktionsteam



FOTO MAGAZIN.HIV.DE



FOTO MAGAZIN.HIV.DE

aufgestellte Spritzenautomaten mit Konsumutensilien inkl. Kondomen können das Ansteckungsrisiko deutlich verringern. Dabei muss auch die Nachhaltigkeit gesichert werden (z. B. Bestückung der Automaten, Instandsetzung und Reparaturen). Ferner benötigen Drogen- und Aidshilfe-Einrichtungen ausreichend Mittel, um eine bedarfsgerechte Vergabe von Konsumutensilien vorhalten zu können.

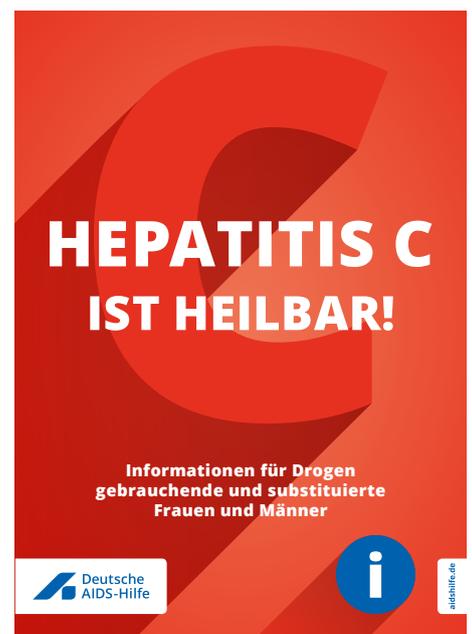
4. Konzertierte Maßnahmen gegen Hepatitis C in Haft

Laut Robert-Koch-Institut (RKI) konsumieren nach eigenen Aussagen 30 % der intravenös Drogenkonsumierenden auch in Haft, einige starten sogar in Haft mit intravenösem Drogenkonsum. Inhaftierte sind damit einem erhöhten Hepatitis-C-Risiko ausgesetzt. Durch die Ausgabe von Konsumutensilien könnte das Hepatitis-C-Infektionsrisiko deutlich reduziert werden. Zudem sollte die Haftzeit auch für eine Hepatitis-C-Therapie genutzt wer-

Unterversorgung. Substitution kann Opioidkonsumierende unterstützen, eine Therapie gegen Hepatitis C zu starten und letztlich erfolgreich zu beenden. Eine Substitution verringert zudem das Infektionsrisiko. Viele Experten aus der Drogenhilfe vertreten die Meinung, dass die völlige Betäubungsmittelabstinenz nicht mehr das vordringliche Ziel sein kann, sondern dass auch eine dauerhafte Substitutionstherapie ein menschenwürdiges Leben mit Partizipation an der Gesellschaft ermöglichen kann. Der Gesetzgeber sollte Anreize und Rahmenbedingungen schaffen, damit sich auch zukünftig Ärzte dafür entscheiden, Substitutionstherapien anzubieten.

6. Deutschland braucht eine Informationskampagne zur Aufklärung über Hepatitis C

Noch immer weiß die Bevölkerung zu wenig über Hepatitis C, die Testung, die möglichen Folgen einer Infektion und die therapeutischen Möglichkeiten. Vor die-



- 1 World Health Organization. Global Hepatitis Report, 2017
- 2 Sarrazin C, et al. Z Gastroenterol. 2018; 56:756-838
- 3 Robert Koch-Institut Epid Bull. 2017; 30:279-290
- 4 Robert Koch Institut. Epid Bull. 2018; 31:299-307

Drogenkonsumräume retten Menschenleben

Auswertung der Notfallstatistik des Jahres 2019

Seit mehreren Jahren gibt es ein einheitliches Dokumentationssystem für Drogennotfälle in deutschen Drogenkonsumräumen. Viele Drogenkonsumräume schicken ihre Statistik zum Jahresende an die Deutsche Aidshilfe e.V. (DAH). Dort werden die Auswertungen zusammengeführt. Die Daten können die Einrichtungen in der Darstellung ihrer Arbeit gegenüber Zuwendungsgebern und der Öffentlichkeit unterstützen.

Auf Basis der Dokumentation können Aussagen zur Anzahl, den Orten und Schweregraden von Drogennotfällen getroffen werden. Darüber hinaus bietet die Dokumentation die Möglichkeit, Risikofaktoren für Intoxikation zu erkennen sowie Symptome und Maßnahmen im Notfall abzubilden. In den Jahren 2013 und 2017 wurden die Daten in der gleichen Form aufbereitet. Das bietet die Möglichkeit, die aktuellen Daten mit denen aus den letzten Jahren zu vergleichen, Veränderungen und Entwicklungen sichtbar zu machen, und diese zu bewerten.

Der aktuellen Auswertung liegen Daten aus 14 Einrichtungen und einem Mobil vor. Diese sind verteilt auf 11 Städte. Das ist etwas weniger als in den letzten Erhebungen (2013: 18 Einrichtungen aus 15 Städten; 2017: 20 Einrichtungen aus 14 Städten). Da in diesem Jahr weniger Einrichtungen teilgenommen haben, werden in diesem Artikel die meisten Daten prozentual (im Verhält-

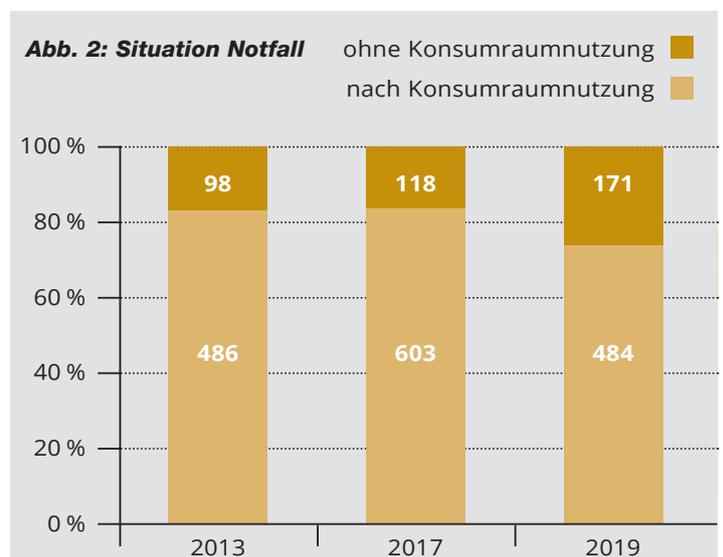
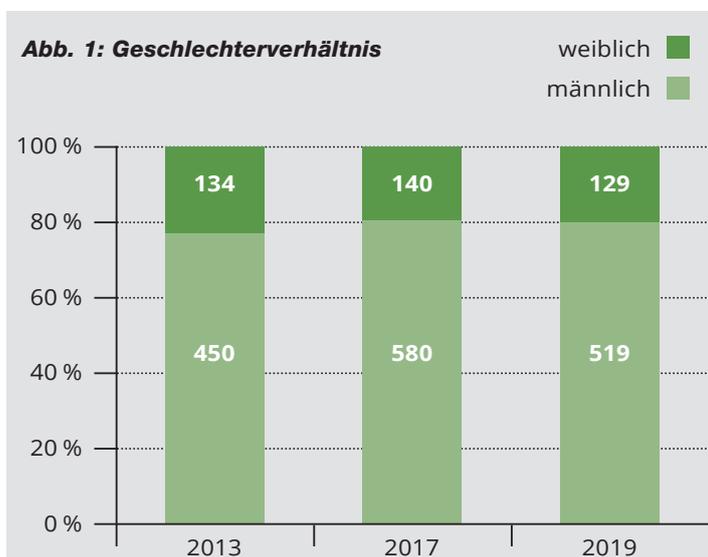
nis zur Gesamtzahl der dokumentierten Notfälle) angegeben, um kein verfälschtes Bild zu erzeugen. In den Balken der Diagramme werden die absoluten Zahlen, also die tatsächlichen Fälle trotzdem angegeben. Insgesamt wurden 655 Notfälle dokumentiert.

Geschlechterverhältnis weitgehend unverändert

80 % der Notfälle traten bei Männern auf, 20 % bei Frauen. Das entspricht dem Verhältnis in den letzten Erhebungen (siehe Abb. 1.) und spiegelt auch in etwa das Geschlechterverhältnis von Drogengebraucher_innen wider.

Zunahme von Notfällen ohne Nutzung des Konsumraums

Zu den Fragen nach der Situation (nach oder ohne Konsumraumnutzung) und dem Schweregrad (leicht/mittel oder schwer) des Notfalls zeigen sich eher unerwartete und unerfreuliche Entwicklungen. So ist der Anteil an Notfällen ohne Konsumraumnutzung deutlich höher als in den Vorjahren. 74 % der Notfälle ereigneten sich infolge der Nutzung eines Drogenkonsumraums, 26 % der Notfälle fanden ohne die Nutzung des Drogenkonsumraums z. B. im Umfeld der Einrichtung statt. Letzteres entspricht einem Anstieg von 10 % gegenüber 2017 (siehe Abb. 2).



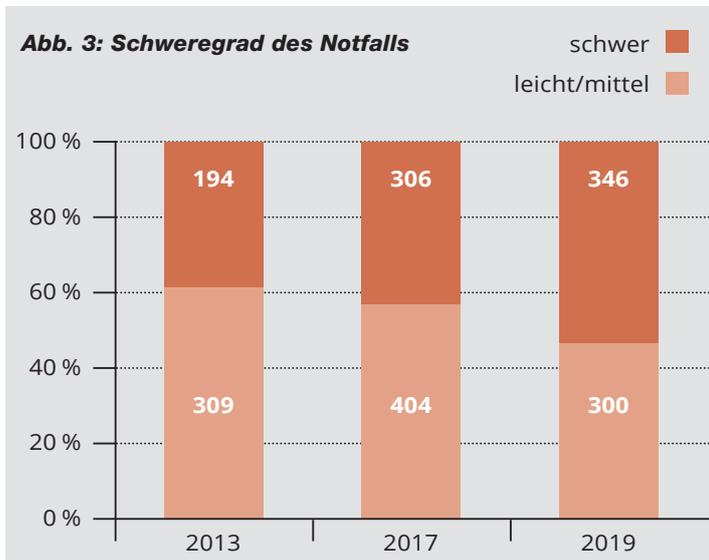
GEROT  LANNACH

G.L.  Pharma Deutschland

Kompetenz in der Substitutionstherapie.

**Schafft
Klarheit!**





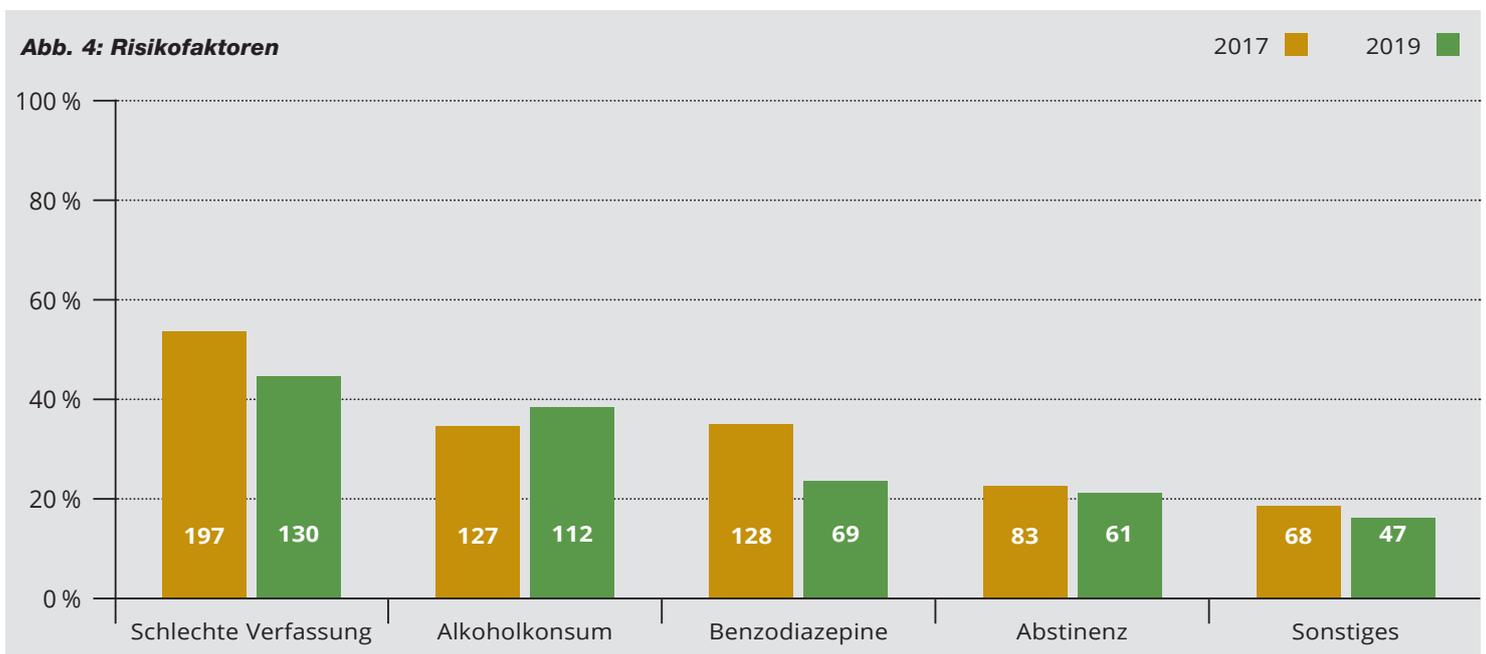
Schwere Notfälle nehmen zu

Ebenfalls auffällig ist der Anstieg von schweren Notfällen. Im Vergleich zu 2017 sind 10 % mehr schwere Notfälle, im Vergleich zu 2013 sogar 14 % zu verzeichnen. Im Jahr 2019 wurden erstmalig mehr schwere Notfälle (53 %) als leichte/mittlere (47 %) dokumentiert. Insgesamt wurden 346 schwere Notfälle dokumentiert. **Wenn die Einschätzung der Mitarbeiter_innen aus den Vorjahren noch zutrifft, dass ein sehr hoher Anteil der schweren Notfälle ohne die unmittelbare und kompetente Notfallhilfe des Personals im privaten oder öffentlichen Raum tödlich verlaufen wären, müssen wir konstatieren, dass durch Drogenkonsumräume in Deutschland in 2019 346 Menschenleben gerettet wurden.** In Anbetracht des Umstands, dass die Auswertung le-

diglich 15 Einrichtungen einbezieht so dürfen wir mutmaßen, dass die tatsächliche Zahl der vermiedenen tödlichen Verläufe von Notfällen noch deutlich höher liegt. (siehe Abb. 3).

Es gibt mehrere mögliche Zusammenhänge und Entwicklungen, die das erklären könnten:

- 1. Die Alterspyramide:** Der Altersdurchschnitt von Drogengebraucher_innen steigt. Oftmals befinden sich sowohl Langzeitkonsumierende als auch ältere Konsument_innen allgemein im Vergleich zu jüngeren in einer schlechteren körperlichen Verfassung. Das kann zu mehr Notfällen führen
- 2. Der Reinheitsgehalt der Substanzen:** Die fortlaufende Studie „Drusec“, hat gezeigt, dass es sowohl zwischen den Städten große Unterschiede im Reinheitsgehalt der Substanzen gibt als auch teilweise innerhalb einer Stadt. So wurden z. B. in Berlin Schwankungen von 30 % bis 70 % im Reinheitsgehalt von Heroin registriert (vgl. Klaus et al.: *Substanzmonitoring – eine neue Methode zur Schadensminimierung*. In: *Drogenkurierr* Nr. 121. Feb. 2020. Seite 3–5). Das Ergebnis, dass Heroin und Kokain besonders von Schwankungen betroffen sind, würden auch dazu passen, dass diese Substanzen Hauptverursacher für Notfälle sind (siehe Abb. 5).
- 3. Hohe Rate von Ablehnungen:** Trotz der Zulassung von Substituierten in Drogenkonsumräumen in NRW seit dem 1.1.2016 ist der Anteil an Ablehnungen in diesem Bundesland immer noch sehr hoch (insgesamt über 2.300 Ablehnungen in 2018). „Gründe“ für diese Ablehnungen sind insbesondere Hausverbote, Verständigungs-/Kommunikationsschwierigkeiten und die Schließzeiten. Dass die Öffnungszeiten eingehalten werden müssen, ist nachvollziehbar. Wenn allerdings über 90 % der Ablehnungen disziplinarische Gründe haben, muss das



als Alarmsignal gewertet werden. Die nur für NRW vorliegenden Daten können exemplarisch dafür herangezogen werden, dass die Ablehnungsrate eine Gefahr einer Überdosierung für Drogengebraucher_innen erhöht.

Die vorliegenden Zahlen machen einmal mehr deutlich, dass Drogenkonsumräume in ihren Städten ein entscheidender Faktor sind um Drogentodesfälle in beträchtlicher Zahl zu vermeiden.

Risikofaktoren für Drogennotfälle

Zu 290 (44 %) Drogennotfällen lagen Erkenntnisse zu Risikofaktoren vor, die das Eintreten des Notfalls mutmaßlich begünstigt haben. Als Risikofaktoren wurden benannt:

- Abstinenz
- schlechte Verfassung
- Alkoholkonsum
- Benzodiazepine
- Sonstiges

Die Häufigkeit der Risikofaktoren verteilt sich folgendermaßen (hier gelten die prozentualen Angaben im Verhältnis zu den insgesamt bekannten Risikofaktoren – nicht den Notfällen gesamt):

Die Verteilungen entsprechen im Wesentlichen denen aus 2017. Es gibt leichte Abfälle bei dem Konsum von Benzodiazepinen (von 35 % auf 24 %) sowie der schlechten Verfassung (54 % auf 46 %). Letztere ist mit 31 % bei allen, bei denen der Risikofaktor bekannt ist, weiterhin der dominierende Faktor.

Der Konsum von Heroin und Kokain bleibt riskant

Unter der Angabe zu „konsumierte Substanzen“ wurden von den Einrichtungen ausschließlich jene Substanzen angege-

ben, die als reguläre, zugelassene Substanzen im Konsumraum konsumiert wurden und mutmaßlich ausschlaggebend für das Notfallgeschehen sind. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich (z. B. Heroin/Kokain bei konsumierten „Cocktails bzw. Speedballs“).

Heroin dominiert mit 430 Fällen (66 % der gesamten Notfälle) weiterhin als Substanz, die mutmaßlich für die meisten Notfälle verantwortlich ist. Es liegt hier keine signifikante Veränderung zu den Erhebungen von 2013 und 2017 vor. Dass alle anderen Substanzen eine deutlich untergeordnete Rolle spielen, entspricht auch den Beobachtungen der Vorjahre. Eine sichtbare Entwicklung gibt es jedoch bei Kokain.

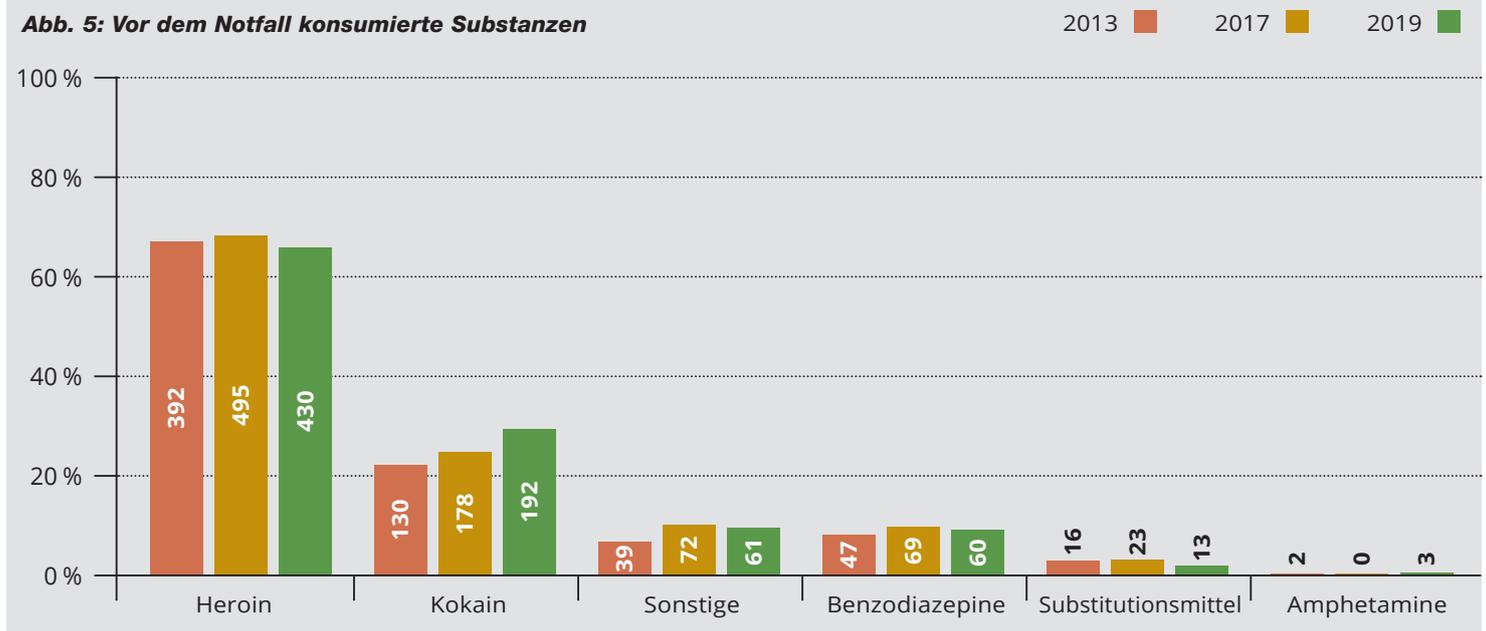
Zusammenfassung

Die gemeinsam mit dem Arbeitskreis „Drogenkonsumräume“ erhobenen Daten geben u. a. einen Einblick welche Risikofaktoren Einfluss auf das Eintreten eines Notfalls haben und welche Substanzen zuletzt konsumiert wurden und wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Notfall stehen. Sie können allerdings das Fehlen einer bundesweiten Erhebung relevanter Daten nicht ersetzen.

Wir wissen, dass die Mitarbeiter_innen in Drogenkonsumräumen bereits jetzt einen immensen Dokumentationsaufwand betreiben. Da aber eine bundesweite Zusammenführung fehlt, vergeben wir die Chance die wissenschaftliche Evidenz von Drogenkonsumräumen zu stärken. Die Beispiele aus NRW und Hessen und die hierdurch belegbaren Veränderungen und Trends sollten als Muster für eine Ausweitung auf Bundesebene dienen. ❖

Maria Kuban

Abb. 5: Vor dem Notfall konsumierte Substanzen



Wie steht es um die Substitution in Deutschland?

Bericht zum Substitutionsregister 2019 der Bundesopiumstelle

Wenige Wochen bevor Covid-19 das gesamte medizinische und soziale Hilfesystem vor völlig neue Herausforderungen stellte, erschien der Bericht der Bundesopiumstelle, im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

Seit dem 1. Juli 2002 hat jeder Arzt, der Substitutionsmittel für opiatabhängige Patient_innen verschreibt, dem BfArM unverzüglich die vorgeschriebenen Angaben u. a. zum Patienten und dem Substitutionsmedikament zu übermitteln. Zu den Aufgaben des Substitutionsregisters gehören neben der Überprüfung

von Mehrfachverschreibungen, die Übermittlung statistischer Auswertungen an die zuständigen Überwachungsbehörden und obersten Landesgesundheitsbehörde.

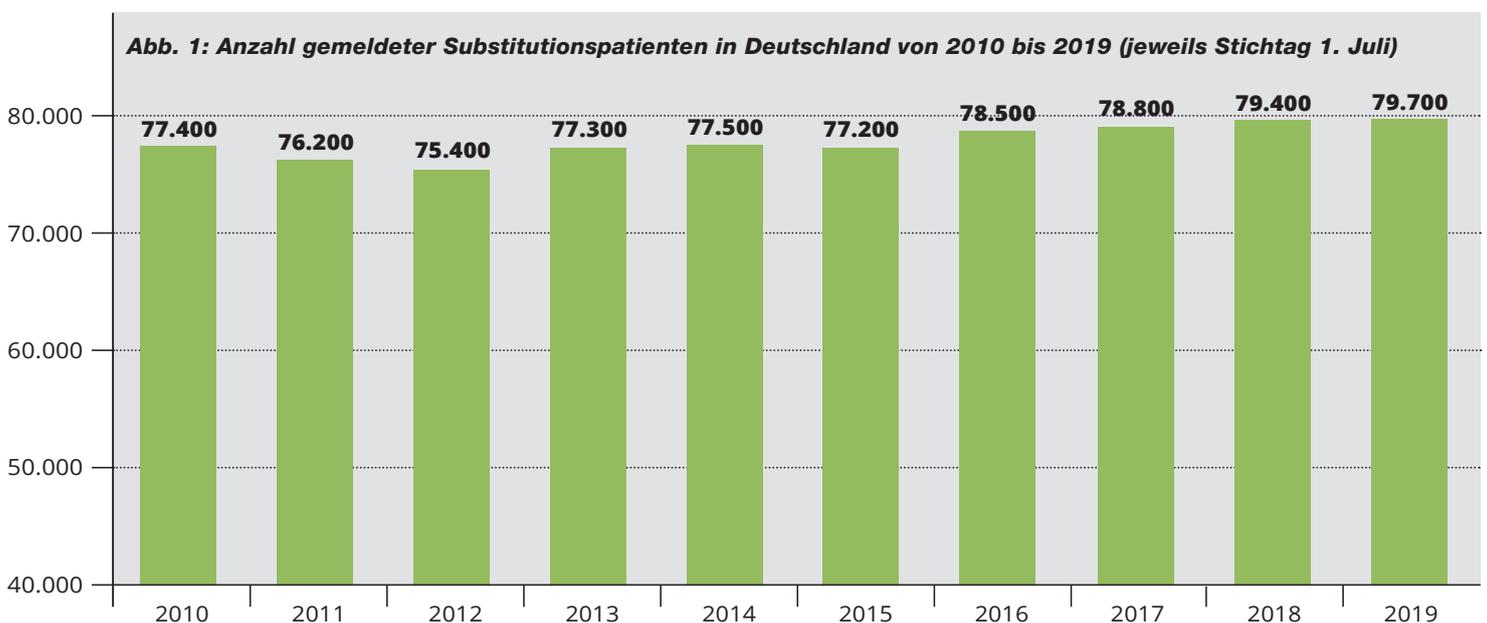
79.700 substituierte Patient_innen – ein neuer Höchststand

Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatient_innen ist in den ersten Jahren der Meldepflicht kontinuierlich angestiegen. Von 46.000 Patient_innen im Jahr 2002 auf 75.400 Patient_innen zehn Jahre später. Am 1. Juli 2019 wurden in

Deutschland 79.700 Opiatkonsument_innen substituiert.

Dies sind nochmals 300 Patient_innen mehr als 2018 und die höchste jemals gemeldete Zahl behandelte Patient_innen (siehe Abb. 1).

Ob die zuletzt nur noch geringen Steigerungsraten bei den Patient_innenzahlen mit der geringen Anzahl substituierender Ärzte in Verbindung steht, oder die Grenze der erreichbaren oder behandlungswilligen Opiatgebraucher_innen erreicht ist, darüber gibt der Bericht keine Auskunft.



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Zahl der substituierenden Ärzte auf niedrigem Niveau stabil

2019 haben insgesamt 2.607 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet.

Die Entwicklung der letzten 10 Jahre stellt sich wie folgt dar (Abbildung 2): Trotz einiger Kampagnen und gezielter Maßnahmen zur Steigerung der Zahl von Ärzt_innen, die sich für die Substitutionsbehandlung interessieren und auch Opioidkonsument_innen behandeln, gibt es nur einen sehr leichten Anstieg der Zahl der substituierenden Ärzte

Jedem fünftem substituierendem Arzt fehlt weiterhin die Fachkunde

2018 behandelten 568 Ärzte, also etwa 22 Prozent, ihre Patient_innen ohne die Fachkunde Suchtmedizin. Die sogenannte „Konsiliarregelung“ ermöglicht Ärzt_innen ohne suchtmmedizinische Qualifikation seit dem 2.10.2017 bis zu zehn Patient_innen (vorher bis zu drei Patienten) gleichzeitig zu substituieren. Erforderlich ist allerdings, dass ein suchtmmedizinisch qualifizierter Arzt in die Behandlung einbezogen wird.

Ärzte ohne Fachkunde behandeln nur 1 % der Substituierten

Die Angaben des Substitutionsregisters zeigen, dass die 568 Ärzt_innen nur 1% aller Patient_innen behandeln. Dies sind etwa 800 Patient_innen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die verbleibenden ca. 2000 Behandler_innen 99% (78.900) der Patient_innen behandeln.

Dies macht einmal mehr die dramatische Situation deutlich. Wir stellen in Frage ob die hieraus resultierenden Großpraxen mit einigen hundert Substituierten und einer geringen Anzahl von Ärzt_innen die erforderlichen Qualitätsansprüche erfüllen können.

Ist die Konsiliarregelung so schlecht wie ihr Ruf?

Wir hören zudem von erfahrenen Behandler_innen, dass die Konsiliarregelung nicht gut funktioniert. Dies können wir nicht kommentieren, wenn aber 568 Ärzt_innen in Deutschland diese Form der Behandlung nutzen und es im Gegenzug auch viele hundert Ärzt_innen mit Fachkunde geben muss, die Ärzte ohne Fachkunde betreuen, dann stellt sich die Frage ob die Konsiliarregelung tatsächlich so schlecht ist wie ihr Ruf?

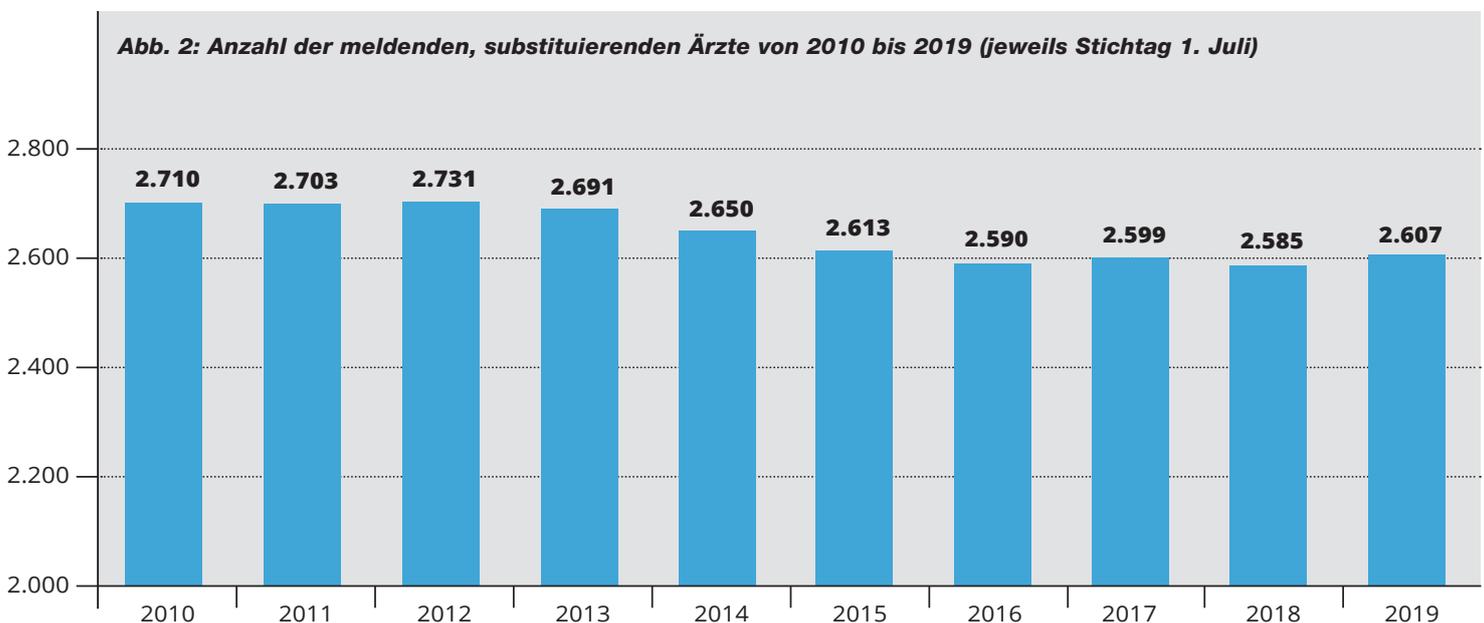
Kommentar des JES-Bundesverbands

Für uns als Patient_innen wäre es wünschenswert, wenn eine Regelung etabliert würde, dass Ärzte ohne Fachkunde nach zwei Jahren eine Fachkunde erwerben müssen. Hiermit würde man die Doppelbelastung der betreuenden Ärzt_innen verringern und die Möglichkeit geben, dass pro Ärzt_in mehr als 10 Patient_innen behandelt werden können. Sollte sich tatsächlich bestätigen, dass die Konsiliarregelung wirklich so schlecht ist wie ihr Ruf, sollte man über eine gänzliche Abschaffung dieser Regelung diskutieren. Die etwa 800 Patient_innen können sicherlich von den Ärzten mit Fachkunde aufgenommen werden.

Methadon verliert weiter an Bedeutung

Ein Blick auf die Entwicklung der zur Substitution verschriebenen Medikamente zeigt interessante Veränderungen. Die Vormachtstellung des Medikaments „Methadon“ verringert sich von Jahr zu Jahr.

Abb. 2: Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzte von 2010 bis 2019 (jeweils Stichtag 1. Juli)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/ Substitutionsregister

Während 2002 fast dreiviertel (72,1 %) der Patient_innen mit Methadon substituiert wurden, lag der Anteil am 1. Juli 2019 nur noch bei 38,1%. Methadon bleibt noch das überwiegend verschriebene Medikament, dessen Anteil jedoch seit 15 Jahren fast kontinuierlich abnimmt. (Abb. 3).

Eine genau gegensätzliche Entwicklung zeigt sich bei der Verschreibung von Levomethadon. Hier steigt der Anteil der Verschreibung seit 15 Jahren kontinuierlich an. Während 2002 lediglich 16,2 % der Patient_innen Levomethadon erhielten, hat sich die Zahl bis heute mit 35,9 % mehr als verdoppelt.

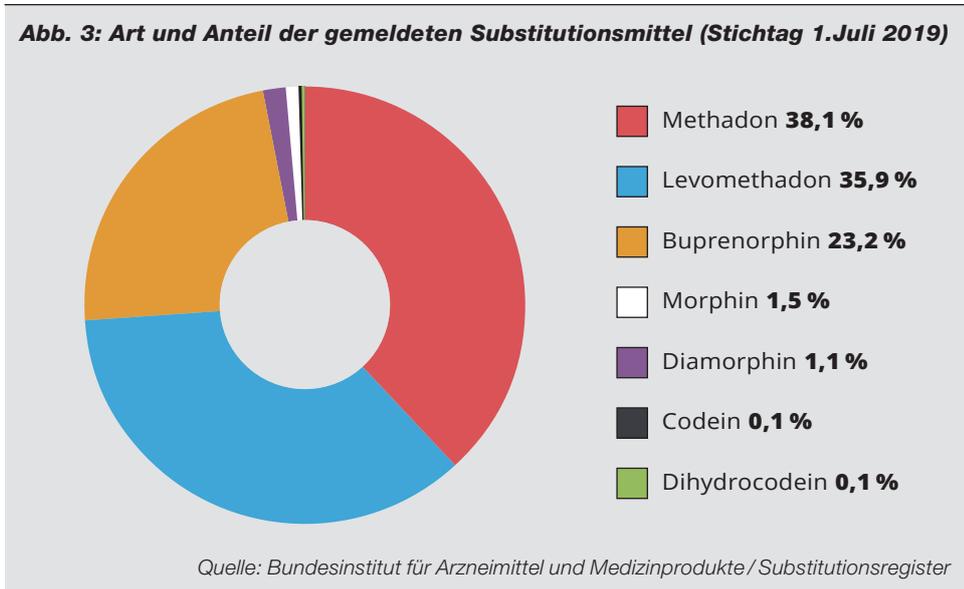
Eine ähnliche Entwicklung, wenngleich auf geringerem Niveau, vollzieht sich bei der Verschreibung von Buprenorphin. Während der Anteil kurze Zeit nach der Markteinführung bei 9,7 % lag, haben sich die Anteile der Buprenorphin Verschreibung in den letzten 15 Jahren mit 23,1 % ebenso mehr als verdoppelt. Allerdings stagnieren die Anteile der mit Buprenorphin behandelten Patient_innen seit etwa vier Jahren.

Retardiertes Morphin legt leicht zu – trotz Gegenwind der Krankenkassen

Im April 2015 wurde mit retardiertem Morphin die bisher letzte neue Substanz in Deutschland zur Substitutionsbehandlung zugelassen. Der aktuelle Anteil der Patient_innen die mit Morphin substituiert werden liegt bei 1,5 %. Dies entspricht etwa 1200 Patient_innen.

Als JES-Bundesverband unterstützen wir die Zulassung neuer Darreichungsformen und neuer Substanzen. Durch eine große Palette unterschiedlicher Medikamente wird die Individualität der Behandlung erhöht. Wie schwer sich allerdings die Krankenkassen mit der Substitutionsbehandlung und neuen Substanzen tun, zeigt sich in besonderer Weise beim retardierten Morphin (Substitol). So erhalten Ärzte, die dieses Medikament verschreiben wollen, Androhungen von Überprüfungen oder gar Regressandrohungen.

Abb. 3: Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (Stichtag 1.Juli 2019)



Kommentar des JES-Bundesverbands

Die besonders kritische Betrachtung von Substitol führt u.a. dazu, dass viele Ärzte dieses Medikament nicht als Take-Home-Rezept verschreiben. Andere verzichten völlig auf die Verschreibung, da umfangreiche Begründungen erforderlich werden. Wir als Patientenorganisation würden uns wünschen, dass Ärzt_innen ohne Vorbehalte das Medikament wählen, das nach Ansicht von Behandler_in und Patient_in den größten Nutzen erbringt. Nur dies darf handlungsleitend sein.

Was ist eigentlich aus der Diamorphinbehandlung geworden?

Auf Seite 28 dieser Ausgabe berichten wir über die Neueröffnung einer zweiten Diamorphinambulanz in Berlin. Das ist sehr erfreulich, dass sich Ärzt_innen, trotz der schwierigen Rahmenbedingungen wagen, in den Aufbau einer Diamorphinambulanz zu investieren. Dennoch fristet die Diamorphinbehandlung ein Schattendasein. Im Juli 2019 wurden etwa 880 Opioidkonsument_innen (1,1 %) mit Diamorphin behandelt. ❖

Wir als JES-Bundesverband glauben zudem, dass das Interesse und der Bedarf an einer Diamorphinbehandlung höher ist, als dies die Zahlen ausweisen. Um diese Behandlungsform für Ärzte und Patient_innen einfacher zu machen Bedarf es zwei grundsätzlicher Veränderungen.

1. Die Rahmenbedingungen der Diamorphinsubstitution des GBA müssen grundlegend überarbeitet werden. Es gilt hierbei unnötige Hürden, die aus unserer Sicht vorrangig gesetzt wurden, um die Behandlungszahlen möglichst klein zu halten, zu beseitigen.
2. Die aktuelle BtmVV ermöglicht bereits die Diamorphinbehandlung mit Tabletten. Nun muss es darum gehen, die im Ausland seit vielen Jahren eingesetzten Diamorphin-tabletten (DAM) auch in Deutschland verfügbar zu machen.

Man muss sich allerdings zuerst entscheiden was man möchte: Diamorphin als Feigenblatt oder Diamorphin als gleichwertige Behandlungsform.

Dirk Schäffer



Wege aus der Opioid-Abhängigkeit

Opioid-Abhängigkeit ist eine Krankheit, die sich gut individuell behandeln lässt. Der erste Schritt auf dem Weg aus der Abhängigkeit sind Informationen über die Krankheit selbst und die verschiedenen Möglichkeiten eines

Ausstiegs. Sowohl für Menschen mit Opioid-Abhängigkeit als auch für ihre begleitenden Angehörigen haben wir die wichtigsten Themen übersichtlich und verständlich aufbereitet. Machen Sie hier den ersten Schritt.

www.opioideundmeinleben.de

Diese Website wurde von der Camurus GmbH erstellt.

Eigenverantwortung von Patient_innen in der Substitution stärken

Warum ist Substitutionstherapie sinnvoll?

Ziele der Substitutionsbehandlung sind, das Überleben der Patient_innen zu sichern und eine Stabilisierung zu erreichen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, den Patient_innen Hilfestellung zu geben, wenn sie die Drogenszene verlassen wollen. Über die Suchterkrankung hinausgehende körperliche und psychiatrische Erkrankungen sollten mitbehandelt werden, wenn der Patient das wünscht.

Gibt es besondere Herausforderungen bei der Behandlung von Substitutionspatient_innen?

Ein Großteil der Patient_innen in Substitutionsbehandlung hat Begleiterkrankungen. Etwa zwei Prozent unserer Patient_innen sind HIV positiv, jeder Zweite hat eine Hepatitis-C-Erkrankung und zwei von drei Patienten leiden unter psychischen Beeinträchtigungen.

Ich selbst sehe in der Prävention und Behandlung von Begleiterkrankungen eine wesentliche Aufgabe der Substitutionsmedizin. Für meine Patient_innen bin ich daher gleichzeitig der Hausarzt.

Können Substitutionspatient_innen bei der Wahl des Medikaments mitentscheiden?

Es stehen in Deutschland verschiedene Substitutionspräparate zur Verfügung. Bei uns besteht die Möglichkeit, dass Patient_innen nach ausführlicher Beratung selbst auswählen können, welches Sub-



Dr. Claus Schubert (Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Qualifikation suchtmedizinische Grundversorgung) führt seit 1993 zusammen mit mehreren Kolleg_innen in Gelnhausen eine Substitutionsambulanz. Zurzeit werden dort 115 Patient_innen behandelt. Wir haben Dr. Claus Schubert in seiner Ambulanz besucht und befragt.

stitutionsmittel für sie geeignet ist. Mit Ausnahme von Diamorphin und Codein stehen meinen Patient_innen alle Medikamente zur Verfügung, die zur Substitution in Deutschland zugelassen sind.

- *Methadon und Levomethadon*: Die Vergabe erfolgt jeweils in flüssiger Form über einen Zeitraum von sechs Monaten täglich unter Sicht. Danach kann eine Take-Home-Dosis verordnet werden. Dabei muss sichergestellt sein, dass das Substitut so verwahrt wird, dass kein Unbefugter durch fehlerhafte Einnahme eine Vergiftung bekommt.

- *Morphin*: Eine Take-Home-Dosis ist in meiner Praxis nur dann möglich, wenn zum Beispiel in einem Pflegeheim oder einer therapeutischen Einrichtung die geregelte Einnahme vom medizinischen Personal überwacht werden kann.

- *Buprenorphin ohne und mit Naloxon*: Die Wirksamkeit beträgt bis zu 72 Stunden. Die Einnahme erfolgt sublingual.

- *Buprenorphin-Depot*: Das Depotpräparat wirkt entweder eine Woche oder einen Monat lang. Die Depotlösung wird immer vom Arzt in das Unterhautfettgewebe injiziert.

Wie läuft eine Behandlung von opioidabhängigen Patient_innen ab?

Die Patient_innen entscheiden nach der Beratung, welches Substitutionsmittel sie nehmen möchten. Die verschiedenen Substitutionsmittel verlangen jedoch

→ Fortsetzung auf S. 24

Mit meiner jetzigen Substitutionstherapie fühle ich mich richtig gut

Wie sind Sie abhängig geworden?

Während meines Lehramtsstudiums zwischen 1995–1998 habe ich verschiedene Substanzen konsumiert. Später folgte dann Heroin. Das habe ich über vier Monate gedrückt. Danach habe ich eine Therapie gemacht und war zehn Jahre lang clean.

Was war der Grund, dass Sie sich für eine Substitutionstherapie entschieden haben?

Der Drogengebrauch hat zu einer starken finanziellen Belastung geführt, die ich nicht mehr schultern konnte. Durch die illegale Beschaffung habe auch ich ständig Schwierigkeiten mit der Polizei bekommen. Außerdem hatte ich gesundheitliche Probleme. Dazu kam, dass ich selbst zwei Überdosen Heroin genommen hatte und die nur knapp überlebt habe.

2008 war ich sehr verzweifelt. Ich habe meine depressiven Stimmungen erneut mit verschiedenen opioidhaltigen Substanzen unterdrückt. Irgendwann habe ich mich dann selbst ausführlich über alle Möglichkeiten einer Behandlung informiert.

Welche Therapie machen Sie derzeit?

Früher hatte ich Methadon genommen. Seit etwa siebeneinhalb Jahren werde ich bei Dr. Schubert mit Buprenorphin substituiert, viele Jahre lang mit sublingual Buprenorphin/Naloxon. Inzwischen nehme ich, von April letzten Jahres an, das Buprenorphin als Depot.



Dieter aus G. gehört zu den Patient_innen, denen die Substitutionsbehandlung einen normalen Alltag in der Gesellschaft ermöglicht. Wir haben ihn in seiner Substitutionsambulanz getroffen und ihn über seine Erfahrungen befragt.

Ich werde dort auch wegen meiner anderen Erkrankungen behandelt. Ich habe nach Heroininjektionen eine schwere Herzentzündung bekommen und seitdem Probleme mit den Herzklappen. Als Folge davon habe ich einen Schlaganfall bekommen. Mein größtes Problem ist aber die seit über 20 Jahren bestehende bipolare Psychose mit schweren depressiven Verstimmungszuständen. Ich habe alle von Psychiatern verordneten Antidepressiva, teilweise Neuroleptika, teilweise Antiepileptika durchprobiert. Glücklicherweise hat mich Dr. Schubert zu erfahrenen Psychiatern geschickt. Seither ist die Psychose mit geringer Medikation recht gut behandelt.

Warum haben Sie sich für Buprenorphin-Depot entschieden?

Damit ist meine Substitutionsbehandlung jetzt noch viel einfacher und die Wirkung ist beständig. Jetzt habe ich die Möglichkeit, berufstätig zu sein. Ich arbeite als Deutschlehrer in der Erwachsenenbildung.

Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Therapie zufrieden?

Seit ich Buprenorphin einnehme, geht es mir gut. Vor der Umstellung auf das Depotpräparat bekam ich eine Dosis von 8 mg Buprenorphin/Naloxon pro Tag. Nun erhalte ich das Depot in der Dosierung von 8 mg in der Woche.

→ Fortsetzung auf S. 24

entsprechend ihrer Wirkung eine angepasste Vorgehensweise. Zur Vergabe erscheinen Patient_innen ohne Take-Home bei uns in der Ambulanz täglich früh um 8.00 Uhr.

Das tägliche frühe Erscheinen in der Praxis führt bei den Substituierten auch zu einem strukturierten Alltag. Der Übergang zu einer geregelten Arbeit ist für viele Patient_innen dann nur ein kleiner Schritt. Wenn die Einstellung auf das Substitutionsmittel abgeschlossen ist, finden viele Patienten innerhalb kurzer Zeit Arbeit. Wir bieten Hilfe an, damit reguläre Arbeitsverträge zustande kommen. Für unsere berufstätigen Patient_innen bieten wir deshalb eine reguläre Sprechstunde am Wochenende an.

Bei stabiler sublingualer Buprenorphin-Therapie biete ich Berufstätigen auch die Depotvergabe an. Bisher wurden hier in der Ambulanz etwa 50 Patient_innen mit Buprenorphin-Depot behandelt. Etwa die Hälfte nimmt das Präparat regelmäßig. Einige haben zurück zur sublingualen Gabe gewechselt und manche Patient_innen haben nach 4-6 Depotspritzen aufgehört, weil sie clean sind. Das sehe ich als Erfolg dieser neuen Depottechnologie.

Wie erfolgt die Behandlung mit dem Buprenorphin-Depot?

Das Buprenorphin im Depot hat eine andere Dosierung als bei der sublingualen Gabe, weil es dem Körper zu 100 Prozent zur Verfügung steht. Generell gebe ich aber meinen Patient_innen bei Therapiebeginn mit Depot die Dosis, die vom Patienten gewünscht wird. Damit können meine Patient_innen selbst herausfinden, welche Dosis ausreichend ist. Die Dosisreduktion ist eine freie Entscheidung der Patient_innen und wird nicht von mir als Arzt oder der Vorstellung, abdosieren zu müssen, beeinflusst. Ich vermindere die Substitutionsdosis, wenn der betreffende Patient dies ausdrücklich selbst wünscht. Positiv ist dabei, dass alle Depotspritzen für die wöchentliche Vergabe unabhängig von der Dosis gleichviel kosten. Damit wird die Wahl einer bestimmten Dosis allein aus medizinischen Gründen und nicht aufgrund des Preises getroffen.

Das Depot wird von meinen Patient_innen gut vertragen.

Wie sehen Sie die Option einer Depottherapie?

Ich halte die Depottherapie für eine wichtige Option in der Behandlung der Opioidabhängigkeit. Das Depot vereinfacht die Substitutionstherapie. Das Buprenorphin-Depot gibt den Patient_innen den nötigen Freiraum für eine Arbeitsaufnahme und für Reisen von bis zu vier Wochen. Die Depotvergabe ist sicherer als die orale Einnahme von Präparaten. Besonders geeignet ist der Einsatz des Depotpräparates deshalb auch in Justizvollzugsanstalten. Die Häftlinge müssen so nicht dauernd ihrer Therapie unter hohem Sicherheitsaufwand zugeführt werden. Außerdem entgehen die Substitutionspatient_innen in JVs so beispielsweise der Erpressung durch andere Häftlinge. Die sichere Versorgung der Substituierten nach der Haftentlassung über einen Monat mit dem Buprenorphin-Depot erleichtert ebenso das Übergangsmanagement und hilft, die sonst hohe Rückfallquote und Todesrate zu reduzieren. ❖

Was unterscheidet Ihre derzeitige Therapie von anderen Substitutionsmitteln?

Seit ich die Depottherapie nutze, ist die Wirkung sehr gleichbleibend. Eventuell wirkt das Buprenorphin-Depot die ersten zwei Tage etwas stärker. Ich bin mir aber nicht sicher, ob das wirklich so ist. Das Beste ist, ich muss nicht mehr ständig an die Einnahme der Medikamente denken. Die Opioidabhängigkeit spielt keine Rolle mehr in meinem Leben. Einmal in der Woche gehe ich in die Praxis und lasse mir die Depotlösung applizieren. Fertig!

„Die Opioidabhängigkeit spielt keine Rolle mehr in meinem Leben“

Wie hat Ihre derzeitige Therapie Ihren Alltag verändert?

Ich bin jetzt 51 Jahre und verheiratet. Mein zweites Staatsexamen möchte ich gern noch nachholen, um als Sonderschullehrer arbeiten zu können. Für das zweite Staatsexamen bin ich am Ende meines Studiums nicht zugelassen worden, weil mir bei meinen Erkrankungen kein Arzt bescheinigen konnte, dass ich als Beamter geeignet sei.

Für mich habe ich mit dem Depot eine passende Therapie gefunden. Ich fühle mich einfach gut. Insofern habe ich an dieser Stelle keine weiteren Wünsche, wie die Substitutionstherapie verbessert werden könnte.

Was empfehlen Sie Drogengebraucher_innen, die sich ebenfalls für eine Substitutionstherapie interessieren?

Ich nahm und nehme alle verfügbaren Hilfsangebote wahr. Ich habe die Drogenberatung besucht und mich durch Sozialarbeiter_innen unterstützen lassen. Zu den Hilfsangeboten, die ich genutzt habe, zählen auch 80 Stunden Psychotherapie. Über meine Probleme und Gefühle sprechen zu können, hilft mir, diese nüchtern zu betrachten und damit umgehen zu können. Für mich sind die Hilfsangebote, ob beratend oder praktisch, eine wesentliche Stütze im Alltag. Ich führe selbst eine Selbsthilfegruppe, um anderen Patienten – und mir selbst – weiterzuhelfen.

Drogengebraucher_innen empfehle ich, sich an eine Drogenberatungsstelle zu wenden und dort Rat und Hilfe zu suchen. Erfahrungen mit Substitutionsmitteln sind wahrscheinlich sehr subjektiv. Für mich persönlich war und ist die Therapie mit Buprenorphin eine richtige Entscheidung. ❖

Die Interviews führte Susan

DEINE THERAPIE IST EINSTELLUNGSSACHE

Sprich mit deinem
Arzt über deine
Dosierung, bevor der
Suchtdruck zu
stark wird.

Mit der richtigen Einstellung leben.

Die Münchner JES-Info-Tage



Foto: JANKA

Kolleg_innen von JES NRW, dem JES-Bundesvorstand, Condrobs München und JES München beim Projektbesuch

Noch in den 90er Jahren war JES in München ein fester und aktiver Bestandteil des bundesweiten Netzwerks, doch seit einigen Jahren ist München leider eher ein weißer Fleck auf unserer JES-Landkarte.

Im Rahmen der 2017 veranstalteten Fachtagung unter dem Thema „Shore, Tapes und Badesalz“ in München, kamen Mitarbeiter_innen von JES NRW e.V. ins Gespräch mit Andrea Kren und Olaf Ostermann und Daniela Schulz von CON-DROBS bzw. JES München. Man war sich schnell einig, dass es auch in München wieder eine JES-Gruppe geben sollte.

Nun verging wieder einige Zeit bis wir dann am 8. März 2020 in München ankamen. Selbstverständlich kamen nicht

nur Aktive aus NRW, sondern mit Janka auch die JES-Südschienenkoordinatorin. Zur Reisegruppe gehörten ebenso Theresa Greiwe, Susanne Kottsieper und Axel Hentschel.

Das Ziel war klar beschrieben, wir sollten Kontakt mit Menschen aufnehmen, die bereits ein Interesse an einer Mitarbeit bei JES gegenüber den Mitarbeiter_innen von CON-DROBS geäußert hatten und zusätzlich möglichst viele weitere Menschen im persönlichen Gespräch für das Anliegen von JES gewinnen. Der hierfür gewählte Rahmen waren die Kontakt-läden „Off“ und „Limit“.

Nach einem Kennenlernen mit den Mitarbeiter_innen – bei frischen Brezeln – mischten wir uns zur Mittagszeit

unter die Besucher_innen des „Off“. Wir setzten uns zu den Leuten an die Tische und kamen locker ins Gespräch. Wir legten JES-Infomaterial und Give aways aus, die von den Nutzer_innen gut angenommen wurden. Vor allem die Händedesinfektions-Giveaways von JES NRW fanden in Corona-Zeiten großen Anklang.

Der Kontaktladen „Limit“ unsere zweite Station

Uwe, der Arbeitstherapeut bei CON-DROBS, fuhr uns dann am nächsten Tag zum zweiten Kontaktladen „Limit“. Dort wird neben einem Mittagessen auch freizeitmäßig einiges geboten, u.a. fand am Folgetag ein Billiardturnier statt. Ferner gibt es dort mehrere PCs zur Benutzung.

Wir trafen einige Besucher_innen vom „Off“ wieder, aber lernten auch viele neue Leute kennen. Wir konnten einige Interessenten für das JES-Neueinsteigerseminar gewinnen und das Interesse an einer Teilnahme am nächsten Südschientreffen war groß. Leider hat uns Corona nun einen Strich durch die Rechnung gemacht, da aktuelle Veranstaltungen alle storniert wurden.

Wir haben dennoch die Hoffnung, dass wir die Arbeit und Ziele von JES sowohl bei den Mitarbeiter_innen als auch vor allem bei den Nutzer_innen der CON-DROBS Kontaktläden vorstellen konnten. Die nächsten Wochen und Monate werden zeigen, ob unser zweitägiger Besuch ausreichte um die Münchner Drogengebraucher_innen in einem solchen Maße für JES zu interessieren, dass sie gemeinsam mit den Mitarbeiter_innen von CON-DROBS den Aufbau einer tragfähigen JES-Struktur in München in Angriff nehmen. ❖

Janka, Suse und Axel

SANOFI NIMMT DEN DRUCK



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

40 Jahre Erfahrung in der Suchttherapie

www.substitutionsportal.de

SANOFI 



Foto: Privat

Das Praxisteam „Kombinat Neubau“ Beate Münchow (2.von links), Hans-Tilman Kinkel (4. von links), Fabian Danger (5. von links)



Ausruhen, unterhalten, gemeinsam essen und trinken

„Kombinat Neubau“

Weiterer Standort für eine diamorphingestützte Behandlung in Berlin

Am 1. April 2020 eröffnete der Drogennotdienst in Kooperation mit vier Ärzt_innen in der Ruchestraße 103 eine neue Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe (AID Lichtenberg). Dort erhalten Drogengebraucher_innen umfassende medizinische Behandlung, Substitution und Psychosoziale Betreuung unter einem Dach. Die Besonderheit der neuen Ambulanz in Lichtenberg ist die zusätzliche Originalstoffvergabe, also die Substitution mit Diamorphin. Das Ärzt_innenteam besteht aus Beate Münchow, Hans-Tilman Kinkel, Fabian Danger und Daniel Winkelmann.

Nunmehr gibt es 11 Einrichtungen in Deutschland, die eine Behandlung mit Diamorphin anbieten. Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich beim Praxisteam und bei *Dr. Hans Tillmann Kinkel* bedanken, dass im Nachgang der Neueröffnung sowie der besonderen Umstände durch Covid-19, dennoch Zeit gefunden haben dem DROGENKURIER ein kurzes Interview zu geben und die neue Einrichtung vorzustellen.



Vor wenigen Tagen haben Sie in Berlin die zweite Diamorphinambulanz eröffnet. Bitte stellen Sie sie unseren Leser_innen vor.

Unser Konzept ist die umfassende Gesundheitsversorgung. Wir bieten zusätzlich orale Substitutionstherapie an. Wir wollen uns auch in neue Therapieformen hinein entwickeln. Unser Team besteht aus einer Ärztin und drei Ärzten, die alle aus der Suchtmedizin kommen und zehn, in der Substitutionsbehandlung erfahrene, MFAs und Krankenschwestern.

Für wie viele Patient_innen ist Ihre Praxis ausgelegt und wie ist Ihrer Einschätzung nach der Bedarf für eine diamorphingestützte Behandlung in Deutschland?

Wir können 100 unserer Gäste mit Diamorphin und 250 oral behandeln. In Deutschland dürfte es einen Bedarf nach



Foto: PRIVAT



Foto: PRIVAT

ist im Kombinat Neubau ebenfalls möglich

Der Applikationsraum im Kombinat Neubau

einer diamorphingestützten Behandlung für bis zu 10.000 Menschen geben.

Was sind die besonderen Hürden für die Einrichtung einer solchen Praxis wie Sie sie betreiben?

Es hat sehr lange gedauert bis wir die Praxisräume gefunden haben. Wir brauchen einen Tresorraum, der weder in der obersten noch in der untersten Etage liegen darf und einen Tresor wie in einer Bank. Alles muss über Codes, Summer und Kameras gesichert sein. Diese Strenge ist oft nicht nachvollziehbar. Es war hilfreich, dass der Berliner Senat uns unterstützt hat.

Welche Opioidkonsument_innen kommen zu Ihnen?

Die Voraussetzungen für eine Diamorphinbehandlung sind: Ein Mindestalter von 23 Jahren, 5-jähriger Drogenkonsum vorwiegend injizierend und 2 erfolglose Therapien und davon eine orale Substitution von mindestens 6 Monaten.

Glauben Sie, dass diese Behandlungsform an Attraktivität gewinnen würde, wenn es Diamorphintabletten in Deutschland geben würde?

Ich glaube nicht, dass wir durch eine veränderte Take-Home-Verschreibung jetzt massenhaft Substitutionsmedikamente auf dem Schwarzmarkt finden

Selbstverständlich – Drogengebraucher_innen, die es beispielsweise geschafft haben, vom injizierenden Konsum auf inhalativen Konsum (Rauchen) umzustellen, haben im Sinne von Harm Reduktion viel erreicht. Wenn sie in eine diamorphingestützte Behandlung aufgenommen werden wollen, müssen sie ihre Konsumform wieder ändern, denn Diamorphin darf nur injiziert werden. Tabletten könnten in manchen Fällen hilfreich sein.

Ihre Eröffnung ist in den Beginn der Corona-Pandemie gefallen und Sie dürfen Ihren Patienten jetzt einen größeren Freiraum einräumen. Wie gehen Sie mit der Situation um?

Es geht ja darum, Menschen vor einer Infektion mit Covid-19 zu bewahren. Dazu befolgen wir die Hygiene- und Ab-

standsregeln. Wir tragen Mundschutz und bei der Vergabe in der oralen Substitution haben wir eine Plexiglasscheibe eingezogen, was sonst nicht unser Stil wäre. Wenn Patient_innen Husten oder Schnupfen haben, mache ich einen Hausbesuch oder lasse das Medikament durch den Pflegedienst bringen. Immer da, wo es medizinisch verantwortbar ist, erfolgt eine Take-Home-Verschreibung. Wobei wir das immer schon gemacht haben, weil es dem Wohl der Patient_innen dient und das ist ja der Grund warum wir arbeiten. Diamorphinpatient_innen müssen allerdings in die Praxis kommen, da eine Take-Home-Verordnung des Medikaments Diamorphin nicht erlaubt ist. Ich glaube nicht, dass wir durch eine veränderte Take-Home-Verschreibung jetzt massenhaft Substitutionsmedikamente auf dem Schwarzmarkt finden und das es zu mehr Überdosierungen kommt als vorher. Ich sehe auch durchaus Chancen, dass wir die Regeln, an die wir uns halten, in Zukunft lockern können.

Herr Kinkel wir danken Ihnen für das Gespräch. ❖

Andreas Kramer (JES Berlin)

Der neue Vorstand des JES-Bundesverband stellt sich vor

Ende September 2019 wurde bei der Mitgliederversammlung unseres Bundesverbands ein neuer Vorstand zusammengestellt. Dieser setzt sich aus den gewählten Vertreter_innen und den Schienekoordinator_innen zusammen, die gesondert bei den Schientreffen gewählt werden. In den Vorstand wurden neu gewählt:

- Andreas Canal für die Nord/Ost-Schiene
- Iris Klömpken für NRW
- Cora Meister
- Ute Stachelhaus

Heute im April 2020 sieht die Situation wie folgt aus. Ute Stachelhaus ist im Februar 2020 aus persönlichen Gründen von ihrem Vorstandsamt zurückgetreten. Hier möchte ich euch kurz vorstellen aus welcher Motivation heraus die „Neuen“ sich bei JES engagieren.



Andreas Canal: „Nachdem ich über Mundpropaganda auf JES aufmerksam wurde und an einem Neueinsteiger Seminar teilgenommen habe, entschloss ich mich für ein Engagement bei JES. Erst

beließ ich es bei JES Kiel, im Sommer 2019 entschied ich mich das Amt des Nordschienekoordinators anzunehmen und somit im Vorstand des JES-Bundesverbands mitzuarbeiten. JES hat in seinem 30jährigen Bestehen Entscheidendes zur Veränderung der Drogenpolitik und der Akzeptanz drogengebrauchender Menschen in Deutschland geleistet. Ich möchte mit meinem Engagement helfen noch weitere Schritte zu gehen und den vorbildlichen Umgang mit drogengebrauchenden Menschen als Vorbild nehmen und dieses in die Öffentlichkeit bringen.“



Cora Meister: „Ich bin 1964 geboren, verheiratet und wohne seit 2012 in der Stadt Marsberg im Sauerland. Hier organisiere ich jedes Jahr Aktionen zum Gedenktag für verstorbene Drogenkonsumenten. Ich bin gegen die Diskriminierung, Stigmatisierung und jede Art ungerechter Behandlung von Konsumenten illegalisierter Substanzen. Laut Grundgesetz gibt es das Recht auf Freiheit und Menschenwürde. Dieses sollte für jeden Menschen gelten und dafür setze ich mich ein.“



Iris Klömpken: „Da in allen Ländern und in vielen Kulturen Menschen berauschende Pflanzen genossen haben, halte ich es für einen natürlichen Ausdruck des menschlichen Lebenswegs. Die Aufgabe der Gesellschaft sollte objektive Aufklärung sein. Diskriminierung und Kriminalisierung verursachen hingegen erheblichen Schaden. Dies sind meine Gründe für mein Engagement bei JES. Ich möchte einen Beitrag zur Aufklärung leisten. Da JES sich für die Entkriminalisierung von Drogen einsetzt, ist dieser Verband der optimale Einsatzort für mich.“

Alt und neu bilden ein Team

Die alten Vorstandsmitglieder freuen sich über die Verstärkung. Ich bin frohen Mutes, dass wir uns in kurzer Zeit zusammengerauft haben und vieles Produktives gemeinsam schaffen. Es zeigt sich bereits nach den ersten beiden Treffen des Vorstands, dass wir nah beieinander sind und mit ein wenig Disziplin gemeinsam arbeiten können. Ihr könnt euch sicher vorstellen, dass es nicht einfach ist für „Neue“ sich in die Themen einzuarbeiten und das Wissen, was die „Alten“ haben aufzuarbeiten. Ich ziehe den Hut vor jede/m, die/der sich dies zutraut und biete all meine Unterstützung an. Und hier spreche ich sicher auch für meine Kolleg_innen Janka, Marco, Mathias und Stefan. ❖

Claudia Schieren

Mehr Informationen erhalten Sie unter:
www.aktuelles-aus-der-sucht.de



Die Wissensplattform
von Hexal

Ich substituiere
jetzt mit **Tablette.**

Die Tablette in der Substitutionstherapie – ein Schritt zu mehr Normalität

Wieder zurück in ein fast normales Leben zu finden, ist das Ziel vieler Substitutionspatienten. Dies erfordert hohe Willenskraft und extreme Disziplin. Einfach eine Tablette zu nehmen, wie viele Menschen gegen andere Krankheiten auch, kann einen großen Fortschritt bedeuten.

Hexal bietet als engagierter Partner im Bereich Suchtmedizin neben Flüssigpräparaten ein breites Produktportfolio in Tablettenform an, das Patienten auf ihrem Weg begleitet und unterstützt.



A Sandoz Brand



Umfrage zu Cannabis und Covid-19

Der neuartige Erreger Covid-19 kann durch seine hohe Infektiosität zu einer Gefahr für alle Menschen werden. In die Suche nach geeigneten Heilmitteln wird von einigen Patienten auf eigene Initiative auch die Verwendung von Cannabis einbezogen. Immerhin unterstützen die schon bekannten medizinischen Wirkungen von Cannabis (u. a. entzündungshemmend, antibiotisch, entkrampfend, Erweiterung der Bronchien, beruhigend), dass ein Rückgriff auf Cannabis, speziell auf die vaporisierende Inhalation von Cannabisblüten durchaus eine Möglichkeit sein könnte, zu einer Linderung von Symptomen oder zu einer Abheilung der Erkrankung beizutragen. Mit dieser Umfrage sollen die Erfahrungen von Covid-19-Patientinnen und Patienten zusammengetragen werden, die mehr oder weniger gezielt Cannabis eingesetzt haben, um ihre eigene gesundheitliche Situation zu bewältigen.

Als Covid-19-Patientinnen und Patienten werden hier alle Personen gezählt, die ein positives Testergebnis erhalten und keinerlei oder mehr oder weniger starke Krankheitssymptome entwickelt haben. Wenn Sie zu dieser Personengruppe gehören, bitten wir Sie, diesen Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen und uns so Ihre persönlichen Erfahrungen zugänglich zu machen.

► <https://survey.hs-merseburg.de/index.php/133554?lang=de>

Die Angaben werden nur in dieser Studie verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben. Die Rohdaten werden nach der Auswertung gelöscht. Die Auswertung ist anonym. Wir versichern, dass zu keinem Zeitpunkt Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.

Fahrtkosten zur täglichen Substitutionsbehandlung

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg (Aktenzeichen L 3 AS 3212/18) hat entschieden, dass die bei einer täglich Substitutionsbehandlung entstehenden Fahrtkosten einen unabweisbaren, laufenden Bedarf im Sinne des § 21 Abs. 6 Satz 1 SGB II darstellen. Dies insbesondere, weil diese Kosten nicht durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt sind.

Die einfache Wegstrecke zur Substitution beträgt 23,6 km. Nach Ansicht des Gerichts müssen die Kosten einer Monatskarte zusätzlich zum Hartz-IV-Satz gezahlt werden.

Dieses Urteil hat besondere Bedeutung, da eine Revision nicht zugelassen wurde und es somit rechtsgültig in höchster Instanz ist.

Wir können also alle Substitutionspatient_innen die **täglich oder mehrmals in der Woche** in ihre Praxis zur Vergabe müssen nur dazu motivieren, den hierdurch entstehenden Mehrbedarf an Fahrtkosten beim Jobcenter als unabweisbaren, laufenden Bedarf im Sinne des § 21 Abs. 6 Satz 1 SGB II geltend zu machen. Beruft euch auf das Urteil des Landessozialgericht Baden-Württemberg L 3 AS 3212/18 vom 18.03.2020.

JES-Bundesvorstand

Was verdienen die Firmen, die Substitute verkaufen?

Hans Günter Meyer Thompson als Redakteur des „forum-substitutionspraxis“ informierte im März 2020 über die Marktanteile und Einnahmen der Firmen, die Medikamente zur Substitution verkaufen. Dies sind Zahlen und Fakten, die uns als Patient_innen ansonsten verborgen bleiben. Auch uns

ist klar, dass diese Firmen Wirtschaftsunternehmen sind, die Gewinn erwirtschaften müssen. Daher möchten wir ausdrücklich hervorheben, dass mit diesem Beitrag keine Kritik geübt werden soll. Er dient lediglich dazu, Patient_innen und allen anderen Interessierten einen Einblick zu vermitteln

Für das Gesamtjahr 2019 macht der Marktreport von IMS Pharnascope Sell folgende Angaben (Stand 31.12.2019): Zusammengerechnet ergeben die Abgabepreise der Hersteller eine Summe von rund 50 Millionen Euro pro Jahr. Marktführer nach Berechnung von Tabletten, Millilitern und Absatz insgesamt bleibt Hexal/Sandoz mit 45 Prozent. Indivior folgt mit etwas über 20 Prozent, Sanofi/Aventis liegt bei 15 Prozent und Mundipharma überschreitet den 10-Prozent-Marktanteil in Euro. Die übrigen Hersteller teilen sich den Rest. Generische Opioidsstitutionsmittel schlagen also mit etwas weniger als der Hälfte der verordneten Medikamente zu Buche. Die höheren Preise für Originalpräparate bescherten den Firmen Indivior (Subutex®/Suboxone®, Sanofi/Aventis (Polamidon®) und Mundipharma (Substitol®) allerdings auch einen höheren Absatz in Euro: Im Dezember 2019 erzielten Originalia der drei Firmen 2,5 Millionen Umsatz, Hexal setzte seine Mittel in einem Umfang von 1,4 Millionen Euro ab.

Suboxone® spielt in Deutschland eine untergeordnete Rolle in der Opioidsubstitution, nur jedes sechste Buprenorphin-Rezept wird auf die Kombination mit Naloxon ausgestellt. Das entspricht einem Anteil an allen verordneten Substitutionsmitteln von unter 5 Prozent.

Camurus, Hersteller des Buprenorphin-Depots Buvidal®, hat von Februar 2019 bis Jahresende den Umsatz sechszehnfacht. Aber mit 80.000 Euro Monatsumsatz im Dezember 2019 ist das noch lange nicht der große Durchbruch.

► **Quelle:** <https://www.forum-substitutionspraxis.de/>
Hans-Günter Meyer-Thompson,
(redaktionell gekürzter Beitrag)

Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf – Übernahme von Sozialleistungen für obdachlose EU-Bürger_innen

Am 14. April 2020 verurteilte das SG Düsseldorf das Jobcenter Wuppertal zur Übernahme von Sozialleistungen für obdachlose EU-Bürger_innen. Dieses Urteil hat bundesweit Bedeutung und schafft somit erstmalig Klarheit für die medizinische Versorgung und dem ALG II-Leistungsanspruch für EU-Bürger_innen. Dazu folgende Leitsätze des Gerichts:

„Es ist dem Gericht, gerade in der derzeitigen Extremsituation aufgrund der Pandemiesituation völlig unverständlich, wie die Antragsgegnerin [das Jobcenter] Leistungen verweigern kann. Ein ausländischer Obdachloser, der wegen geschlossenen Grenzen in Europa derzeit auch nicht in sein Heimatland zurückreisen kann, um, ggf. dort Sozialleistungen zu beantragen, ist nach Auffassung des Gerichts nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts auch hier von deutschen Behörden ein menschenwürdiges Existenzminimum zu gewähren, dass sein Überleben in dieser Zeit sichert, zumal aufgrund der Einschränkungen des öffentlichen Lebens es derzeit für Obdachlose mehr als schwierig sein dürfte, auf der Straße Leistungen ggf. zu erbetteln. Zur Vermeidung existenzieller Nachteile für den Antragsteller [...] ist hier die Gewährung von Leistungen nach dem SGB II im einstweiligen Rechtsschutzverfahren erforderlich“ (SG Düsseldorf, Beschluss vom 14.04.2020 – Aktz: S 25 AS 1118/20 ER).

► **Hier der Beschluss des SG Düsseldorf:** <https://t1p.de/09kv>
Quelle: *newsletter tacheles-wuppertal vom 15.04.2020*

Claudia Schieren



Bertram Fritz

* 9. August 1976

† 15. Februar 2020

Am 15. Februar 2020 verstarb Bertram Fritz. Seine Mutter, Beate Stör, leitet den Elternkreis Leutkirch und zählt zu den herausragenden Aktivist_innen in der Drogenarbeit von Eltern und Angehörigen. Der JES-Bundesverband dankt Frau Stör für Ihr Engagement und bekundet sein tiefempfundenes Beileid für den Verlust ihres Sohnes Bertram.

Neue Medien von JES und der Deutschen Aidshilfe



Die aktuellen Ereignisse in Bezug auf COVID-19 haben uns als JES-Bundesverband dazu veranlasst, die wichtigsten Informationen zum Schutz vor einer Infektion, sowie Veränderungen im Hilfesystem in einem Leporello zusammenzufassen. Nachdem die Erstauflage unseres Mediums mit 12.000 Exemplaren innerhalb weniger Tage restlos vergriffen war, haben wir uns entschieden in Kooperation mit der Deutschen Aidshilfe eine Aktualisierung des Mediums vorzunehmen.

Diese aktualisierte Fassung steht nun in einer höheren Auflage zur Verfügung und kann über die Webseiten des JES-Bundesverbands und der Deutschen Aidshilfe bestellt werden.

► shorturl.at/vyPU2

► www.aidshilfe.de/shop/covid-19

Plakat rückt 5 Botschaften in den Blickpunkt

Neben dem Leporello, wurde nun auch ein Plakat im Format A 2 produziert, das als Eyecatcher fungieren soll und mit



verschiedenen Signalfarben das Interesse von Drogengebraucher_innen auf 5 Kernbotschaften lenken soll. Es eignet sich auch zur Anbringung an Außenwänden für den Fall, dass die Einrichtung noch geschlossen ist.

Auch das Poster ist über DAH und JES kostenfrei bestellbar unter:

► shorturl.at/vyPU2

► shorturl.at/twIPR

Broschüre: Du liebes Kind

Jedes Jahr werden tausende Kinder von opioidabhängigen Frauen bzw. Paaren geboren. Insbesondere nach den Vorkommnissen in Bremen und Hamburg sahen sich drogengebrauchende Eltern in Deutschland massiven Einschränkungen und auch Repressalien ausgesetzt. So, wurde diskutiert, dass Frauen bzw. Eltern, die substituiert werden, keine Take-Home-Verschreibung mehr erhalten sollten. Auch wir sind der Meinung, dass man alles tun muss, um eine Gefährdung des Kindeswohls auszuschließen. Dies muss aber im Einzelfall geschehen und



es ist nicht geboten eine gesamte Gruppe von Müttern und Eltern in „Sippenhaft“ zu nehmen.

Mit der Broschüre „Du liebes Kind“, die Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft unterstützen soll, wollen wir die Kompetenzen und Ressourcen von schwangeren drogengebrauchenden Frauen in den Blickpunkt rücken. Sie erhalten praxisnahe Informationen und Hilfen zur Netzerkennung sowie zur Behandlung ihrer Drogenabhängigkeit während und nach der Schwangerschaft.

Mit Dr. Jan Peter Siedentopf und Manuela Nagel von der Ambulanz für Erkrankungen und Infektionen in der Schwangerschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, haben wir das kompetenteste Team in den Bereichen Medizin und soziale Arbeit in Deutschland als Autor_innen gewinnen können.

► **Dieses Medium kann ab Mitte Mai über die Deutsche Aidshilfe kostenlos bestellt werden**

Dirk Schäffer

JES-Bundesverband

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

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

JES-Mailingliste

jes_netzwerk@yahoo.com

JES-Nordschiene

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

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

NEU NEU NEU NEU NEU

JES Hamburg
Tel.: 0176 – 68702929
Email: jes-hamburg@gmx.de
Ansprechpartner:
Jens Agelopoulos

JES Hannover e. V.
c/o Ilona Rowek
Döbbeckehof 2
30659 Hannover
Tel.: 0511/65 52 61 53
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 Kiel
Kontaktladen Claro
Boninstr. 47 (Hinterhaus)
24114 Kiel
E-mail: jes-kiel@mail.de
Tel.: 0177/869 10 09
Ansprechpartner: Andreas Canall
(Nordschienenkoordination)

NEU NEU NEU NEU NEU

Drobel Lehrte
Bahnhofstr. 12
31275 Lehrte
Tel.: 05132 825629
Fax: 05132 - 836371
E-Mail: kontakt@drobel.de
www.drobel.de
Ansprechpartner:
Stefan Ritschel (JES Vorstand)

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

JES Peine
Bahnhofstr. 8
31226 Peine
Mobil: 01577/39 19 564
E-mail: jes-peine@web.de
www.jes-peine.de
Ansprechpartner: Stefan Ritschel
(JES-Vorstand)

JES-Südschiene

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

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

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

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

JES Singen
c/o Janka Kessinger
(JES-Südschienenkoordinatorin)
Postfach 325
78203 Singen

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

JES-Westschiene

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

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

JES Dortmund
c/o Susanne Kottsieper
Tel.: 0231/13 05 94 92

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

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

JES Mülheim
Mülheim a.d. Ruhr
Tel.: 01578 8117293
Ansprechpartner: Ute

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

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

Weitere wichtige Adressen

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

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

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

**Bitte teilt uns eventuelle
Adressänderungen mit !!!**

(Stand der Adressen:
30. April 2020)

jes sagt danke!

Der JES-Bundesverband bedankt sich im Namen von vielen zehntausend Drogen gebrauchenden Frauen und Männern für die Fortführung von Hilfsangeboten während der letzten Wochen, die für uns als Drogenkonsument_innen von großer Bedeutung sind. **Wir möchten euch einfach DANKE sagen.**



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

Wilhelmstr. 138 • 10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: vorstand@jes-bundesverband.de

www.jes-bundesverband.de