

DROGENKUNST

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

MÄRZ 2021

NR. 125

JUNKLES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

SUBSTITUTION

ENDLICH OHNE

KRANKEN-

VERSICHERUNG

IMPRESSUM

Nr. 125, März 2021

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: 102125

ISSN: 2512-4609

Auflage: 4.500 Exemplare

Redaktion: JES-Bundesvorstand,

Dirk Schäffer



Titelfoto: YK/AdobeStock.com

Layout, Satz: Carmen Janiesch

Druck: onlineprinters.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

Ein Jahr Corona liegt nun hinter uns als Drogengebraucher*innen und Mitarbeiter*innen in Aids- und Drogenhilfen. Gut, dass es Dinge gibt, die einfach gleich bleiben. Hierzu gehört zum Beispiel der DROGENKURIER, das Magazin des JES-Bundesverbands. Unser Verband hat sich in den vergangenen Monaten intensiv dafür eingesetzt, dass die Ausnahmeregelungen für die Substitutionsbehandlung fortgesetzt werden. Dies ist die Grundlage, um für 80.000 Substituierte die Risiken einer Corona-Infektion zu reduzieren. Hierfür müssen die Ausnahmeregelungen aber auch konsequent angewendet werden.

Daher möchten wir an dieser Stelle alle substituierenden Ärzt*innen auffordern, wann immer möglich die Kontakte zu substituierten Patient*innen zu reduzieren und die Ausnahmeregelungen zu nutzen. Corona-Infektionen bei Substituierten können durch bestehende Vorerkrankungen schwere und lebensbedrohliche Verläufe haben.

Substitution ohne Krankenversicherung muss überall möglich sein

Durch Corona haben in der Spitze etwa 2000 User*innen den Weg in die Behandlung gefunden. Maßgeblich dazu beigetragen hat ein Hamburger Modellprojekt im **Drob Inn**, das auch ohne Corona als Blaupause für andere Städte gelten kann. Denn dort wurden bis November allein 300 Opioidkonsument*innen in die Behandlung aufgenommen – und dies unabhängig von ihrem Krankenversicherungsschutz.

→ Seite 3

Mehr Eigenverantwortung durch Depotmedikamente

Wir bedanken uns sehr bei **Timo**, dass er uns in dieser Ausgabe seine Erfahrungen bei der Umstellung auf ein Buprenorphin-Depotmedikament geschildert hat. Dies könnte unserer Ansicht nach eine neue Chance für eine Individualisierung der Substitution sein und die immer noch bestehenden Vorbehalte der Substitution im Strafvollzug ad acta legen. → Seite 18

Wie funktioniert eigentlich die Testung in der Drogenhilfe?

Mit dem Wegfall des Arztvorbehalts für die Antikörpertestung auf HCV, HIV und Syphilis sollten Drogengebraucher*innen einen einfacheren Zugang zum Test und zur Behandlung erhalten. Das Interview mit **Michael Harbaum** von der Drogenhilfe Düsseldorf und **Dr. Holger Hinrichsen** aus Kiel, gibt einen ersten Einblick. → Seite 22

Seid freundlich zur Drogenselbsthilfe!

Auch die Kooperationsprojekte zwischen dem JES-Landesverband und den JES-Bundesverband gehen weiter. So wurden die ersten Zertifikate für Drogenselbsthilfe-freundliche Einrichtungen verliehen. Alles weitere findet ihr dazu in dieser Ausgabe → Seite 28

Das Redaktionsteam



FOTO: PRIVAT

Das Drob Inn Hamburg

Niedrigschwellige Substitution unabhängig vom Versicherungsstatus

Das Modell des Drob Inn während der Corona-Pandemie

Zu Beginn der Corona-Pandemie wurde deutlich welche große Anzahl von Drogengebraucher*innen in Deutschland ohne Obdach leben und vielfach keinen Krankenversicherungsschutz haben, dies unabhängig von ihrer Nationalität.

Bedingt durch fehlende Einnahmequellen wie Zeitungsverkäufe, Betteln oder auch Ladendiebstähle hatten Heroinkonsument*innen von heute auf morgen keine Möglichkeit mehr den täglichen Geldbedarf zu decken, um sich entsprechende Mengen von Heroin auf dem Schwarzmarkt zu besorgen.

Was tun, denn bisher galt bis auf wenige Einzelfälle: ohne Krankenversicherung keine Substitution

In der Hamburger Drogenhilfeeinrichtung Drob Inn entwickelte man ein neues und alternatives Modell einer niedrigschwelligen Substitutionsambulanz. Im Gespräch mit Christine Tügel vom Vorstand des Jugendhilfe e. V. Hamburg und Peter Möller, Leiter des Drob Inn, erhielten wir einen Eindruck von der Umsetzung.

Wie kam es zu der Initiative für eine niedrigschwellige Substitutionsambulanz und wer waren die Partner beim Aufbau?

Der Arbeitskreis Suchtmedizin der Ärztekammer Hamburg und Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat die Initiative für eine suchtmmedizinische Notversorgung von bisher nicht substituierten Opioidabhängigen vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ergriffen.

Argumente für die Corona-bedingte Notwendigkeit eines niedrigschwelligen Zugangs zur Substitutionsbehandlung für Personen, die der offenen Drogenszene angehören waren, dass

- bisherige Einkommensquellen durch Betteln, Flaschensammeln, Diebstahl, Prostitution, Verkauf des Straßenmagazins wegfielen.
- die Befürchtung bestand, dass der illegale Drogenmarkt aufgrund geschlossener Grenzen zusammenbricht oder die Preise auf der Drogenszene steigen.
- Heroinkonsument*innen als Risikopersonen für einen schweren Corona-Krankheitsverlauf angesehen werden müssen und durch das Leben auf der Drogenszene das Virus schnell verbreiten könnten.

Das Modell einer niedrigschwelligen Substitutionsambulanz

Das Drob Inn erwies sich schnell als passende Einrichtung für ein solch neues Projekt, da dort bereits die gesamte Palette an medizinischen und sozialen Hilfen vorgehalten wird und die Einrichtung 100 Stunden die Woche in unmittelbarer Szenenähe geöffnet hat. Zudem beschäftigt das Drob Inn bereits Ärzte und Ärztinnen, die Substitutionsbehandlungen durchführten und Sozialpädagog*innen für die psychosoziale Betreuung.

Innerhalb von zwei Wochen gelang es die Substitutionsambulanz an den Start zu bringen. Seit dem 6. April 2020 ist eine niedrigschwellige Substitutionsambulanz täglich 3 1/2 Stunden für die Abgabe des Substituts geöffnet. Um zu sehen, ob die Interessent*innen überhaupt Opiate konsumieren, wurde ein Schnelltest durchgeführt. Zudem werden bei Corona-spezifischen Symptomen PCR-Tests angeboten.

Das Angebot richtet sich explizit auch an Drogenkonsument*innen ohne Krankenversicherung. Die Kosten für die Behandlung der nicht krankenversicherten Patient*innen trägt die Stadt Hamburg aus einem Etat, den die Stadt für Corona-bedingte Mehrkosten eingerichtet hat.

Gelingt es die Patient*innen mittelfristig in andere Praxen zu überführen um dort eine dauerhafte Behandlung anzustreben?

Die Vermittlung an andere Praxen oder Substitutionsambulanzen gelingt bspw. bei erfolgter (Wieder)Herstellung des Krankenversicherungsschutzes und ausreichender körperlicher und psychischer Stabilisierung der Patient*innen. Gleiches gilt für die Vermittlung in Entzugsbehandlung und therapeutische Angebote.

Ist euer Projekt als Modell gedacht oder gibt es eine mittel- oder gar langfristige Perspektive?

Die niedrigschwellige Substitutionsambulanz ist als befristetes Projekt für die Dauer der Pandemie gestartet. Nun dauert diese länger als von allen erhofft und das Projekt wurde bereits einmal verlängert. Die Entscheidung einer weiteren Verlängerung über den 31.3.2021 hinaus steht noch aus. Wir sind optimistisch, dass eine Verlängerung erfolgt, da eine Beendigung mitten in der Pandemie nicht zu verantworten wäre. Grundsätzlich würden wir

es sehr begrüßen, wenn aus dem befristeten Projekt ein Regelangebot des Drob Inn werden würde, weil es das Angebot des Drob Inn komplettiert und dessen Wirksamkeit im Sinne einer bestmöglichen Versorgung von Opioidkonsument*innen, die der offenen Drogenszene zuzurechnen sind, deutlich erhöht.

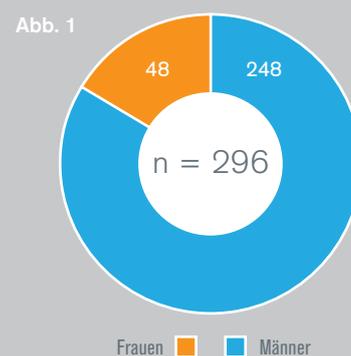
Seht ihr für eine solche Einrichtung auch außerhalb von Pandemiezeiten Bedarf?

Unbedingt, denn durch die niedrigschwellige Substitutionsambulanz wird ein unabhängig von der Corona-Pandemie unabwiesbar vorhandener Bedarf abgedeckt, für die nicht krankenversicherten Heroinkonsument*innen sowie für besonders hochbelastete Menschen, die vom herkömmlichen System der Substitutionsbehandlung nicht erreicht werden.

Der DROGENKURIER bedankt sich bei Christine Tügel (Vorstand der Jugendhilfe e. V.) und Peter Möller (Leitung des Drob Inn) für dieses Gespräch. ■

Dirk Schäffer

Abbildung 1: Innerhalb der ersten 7 Monate gelang es 296 Personen in die Substitution aufzunehmen. 4/5 der Patient*innen sind Männer und 1/5 Frauen.



Hinsichtlich des Krankenversicherungsschutzes wurde deutlich, dass etwa 68 % der Patient*innen über keine Krankenversicherung verfügten. Lediglich 1/3 der Patient*innen verfügte über eine Krankenversicherung. Besonders interessant ist ein Blick auf die Patient*innen mit deutscher Nationalität, die ja über einen Rechtsanspruch für eine Krankenversicherung verfügen.

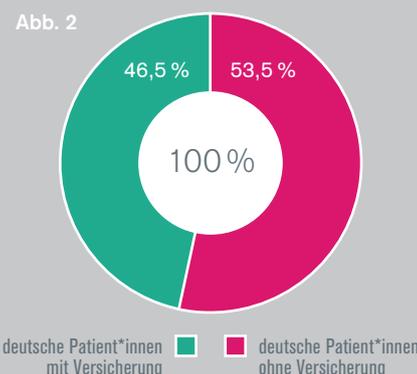


Abbildung 2: macht deutlich, dass mehr als die Hälfte (53,5 %) der deutschen Patient*innen über keinen Versicherungsschutz verfügten.



SANOFI

NIMMT DEN

DRUCK



**Sanofi – Ihr langjähriger Partner
mit Expertise in der Substitution.**

- Individuelle Therapie durch
Tablette & Lösung
- Umfassender Service
- Für ein Leben jenseits von
Suchtzwängen

www.substitutionsportal.de



SANOFI 



Foto: VESELIN/ADOBE STOCK

Substitution unter Corona-Bedingungen

„... man könnte meinen, es gäbe kein Coronavirus mehr...“

Aktuell geht es politisch um die Verlängerung der Ausnahmeregelungen für die Substitutionsbehandlung. Das Ziel des Bundesministeriums für Gesundheit ist, Kontakt von substituierten Personen untereinander und mit ihren Ärzt*innen zu reduzieren.

Infolge der, durch die Pandemie ausgelösten besonderen gesundheitlichen Versorgungslage, soll es insbesondere für Ärztinnen und Ärzte sowie für Apotheken möglich sein, in bestimmten Bereichen von den Maßgaben des Be-

täubungsmittelrechts so abweichen zu können, dass die Versorgung mit Betäubungsmitteln weiterhin sichergestellt werden kann.

Die bisherigen Ausnahmen sind bis März 2021 befristet und sollen um ein weiteres Jahr verlängert werden.

Erfolge nach dem ersten Lockdown und nun?

Wirft man einen Blick in die Praxis, so zeigte sich im ersten Lockdown eine breite Umsetzung – allerdings mit unter-

schiedlicher Intensität. Auch wenn nicht alle Ärzt*innen von den Möglichkeiten Gebrauch machten und nicht alle Substituierten von verlängerten Take Home Verschreibungen profitierten, muss konstatiert werden, dass das Ziel dieser Maßnahmen erreicht wurde.

Für Ärzt*innen wurde die Möglichkeit geschaffen, bis zu 8 Gespräche im Quartal abzurechnen. Hierzu zählten auch telefonische und digitale Kontaktaufnahmen.

Die Erfahrungen machten auch deutlich, dass es vermehrt Nachfragen zur

Das Ziel war, Corona-Infektionen bei substituierten Menschen durch die konsequente Reduzierung von Kontakten zu vermeiden.

Umstellung auf Buprenorphin, dem ersten in Deutschland zugelassenen Buprenorphin-Depotpräparat mit einer Wirkdauer von einer Woche oder vier Wochen, gab. Um Einnahmeverluste von Behandler*innen zu reduzieren und eine Umstellung zu befördern, wurde die Möglichkeit einer Abrechnung geschaffen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die gesetzlichen Maßnahmen der Politik sowie die Veränderungen von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassen eine sehr gute Grundlage bieten, um die Versorgung substituierten Personen zu sichern.

Dann kam der Sommer und der zweite Lockdown

Wie in anderen Bereichen normalisierte sich in den Sommermonaten die Situation und Corona rückte auch in der Substitutionsbehandlung ein wenig in den



Plakat zum Thema Drogen und Corona

Hintergrund. Geringe Infektionszahlen, schönes Wetter und der Drang nach Normalität waren verständliche Treiber für dieses nachvollziehbare Verhalten.

Dann stiegen die Coronainfektionen auch unter Substitutionspatient*innen. Spätestens dort wäre der Zeitpunkt gewesen, um die Ausnahmeregelungen wieder konsequent umzusetzen. Berichte aus der Praxis nach dem Jahreswechsel von Sozialarbeiter*innen, Peers und von Substituierten selbst, lassen daran aber Zweifel aufkommen. Die Rückmeldungen aus unterschiedlichen Regionen lassen uns zu der Einschätzung kommen, dass im Rahmen des zweiten Lockdowns die Ausnahmeregelungen in der Substitutionsbehandlung weitaus weniger Anwendung fanden und finden als noch im Frühjahr 2020.

Geht es ums Geld oder ist es Coronamüdigkeit?

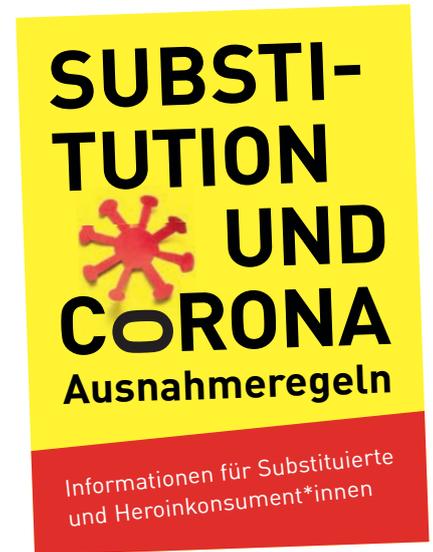
Wir stellen uns die Frage woher dieses veränderte Verhalten substituierender Ärzt*innen kommt. Sind es tatsächlich finanzielle Probleme, die Behandler*innen dazu veranlassen in deutlich zunehmendem Umfang Patient*innen wieder in die Praxis kommen zu lassen? Oder haben wir uns einfach an ein Leben mit dem Coronavirus gewöhnt und die Aufmerksamkeit und die Sensibilität nimmt ab.

Was kann die Drogenselbsthilfe tun?

Klar ist, dass dieses Vorgehen fatale Konsequenzen für die Gesundheit substituierten Patient*innen und auch die behandelnden Ärzt*innen und ihre Praxisteams haben kann.

So sagte eine substituierte Person „In meiner Praxis könnte man meinen es gäbe kein Corona mehr“

Bereits jetzt werden uns vermehrte Coronainfektionen bei substituierten Patient*innen gemeldet. Viele Substituierte gehören zur Risikogruppe, da sie chronische Atemwegserkrankungen aufweisen, die einen lebensbedrohlichen Verlauf der Coronainfektion sehr wahrscheinlich erscheinen lassen.



Flyer zum Thema Ausnahmeregelungen

Der JES-Bundesverband und der Landesverband in Nordrhein-Westfalen haben sich dazu entschlossen, die wichtigsten Ausnahmeregelungen nochmal in einem Flyer zusammenzufassen.

Hierbei unterscheiden wir zwischen gesetzlichen Regelungen in der BtmVV und anderen Ausnahmeregelungen für Apotheken, hinsichtlich der Vergütung etc.

Der erste Lockdown hat gezeigt, dass eine Vielzahl substituierten Patient*innen mit der längeren eigenverantwortlichen Einnahme ihres Medikaments sehr verantwortlich umgeht. Jene die engeren Kontakt wünschen, haben regelmäßige Kontakte mit ihren Ärzt*innen vereinbart.

Kurzum, es gibt aus unserer Sicht keinen Grund, von den erfolgreichen Verfahrensweisen im letzten Jahr abzurücken und auf diese Weise Patient*innen und die Teams in den Praxen zu gefährden. Ganz im Gegenteil, aufgrund der aktuell sehr hohen Infektionszahlen und den im Raum stehenden Mutationen des Coronavirus mit deutlich erhöhter Übertragbarkeit, muss es darum gehen die Ausnahmeregelungen der BtmVV umfassend und überall dort anzuwenden, wo es verantwortbar scheint. ■

AKTIONSTAG SUBSTITUTION AM 5.5.2021

IDEEN FÜR

Mit der Kampagne *100.000 Substituierte bis 2022* wollen wir gemeinsam dazu beitragen, die Substitution zu stärken. Das Ziel ist, dass bis 2022 mindestens 60 Prozent der Opioidabhängigen behandelt werden

81.000 Substituierte, aber das sind nur knapp 50%

Kaum die Hälfte der 165.000 Opioidabhängigen in Deutschland erhält derzeit eine Substitutionsbehandlung. Die Behandlung trägt zur gesundheitlichen Stabilisierung bei, ermöglicht Teilhabe am sozialen Leben und verhindert drogenbedingte Todesfälle. In vielen anderen europäischen Ländern ist die Behandlungsquote höher als in Deutschland. In Frankreich, Spanien und Norwegen z. B. liegt sie bei etwa 85 Prozent.

100.000 Substituierte – dies scheint ein unrealistisches Ziel – insbesondere bis zum Beginn des Jahres 2022. Klar ist, dass wir dieses Etappenziel nur gemeinsam mit Drogenhilfeeinrichtungen, Multiplikator*innen der Selbsthilfe und der Ärzteschaft, aber auch mit Unterstützung der Politik erreichen können.

Der 1. Aktionstag Substitution am 5.5.2021

Dazu beitragen soll u.a. der erste Aktionstag Substitution am 5. Mai 2021. Natürlich spielt das Thema Substitution jeden Tag eine Rolle in der Arbeit von Aids- und Drogenhilfen sowie der Drogenselbsthilfe. Aber gerade in den letzten Monaten und Jahren hat es solch vielfältige Veränderungen im rechtlichen Bereich und bei den Medikamenten gegeben. Viele dieser Informationen und Veränderungen sind nicht bis zu den Konsument*innen gelangt. Mit dem Aktionstag Substitution am 5. Mai möchten wir erreichen, dass möglichst viele Einrichtungen an diesem Tag das Thema Substitution in den Fokus ihrer Arbeit rücken.

Videospots und Pros und Cons der Medikamente

So wurden Videospots von substituierten Frauen und Männern erstellt, die auf der Webseite www.jes-bundesverband.de/projekte/100000-substituierte-bis-2022/ abgerufen werden können. Diese könnten am 5.5. vorgeführt werden. Mittels kurzen Interventionen im Rahmen eines gemeinsamen Frühstücks oder eines Mittagessens könnten Einrichtungen beispielsweise Nutzer*innen fragen, ob sie neue Depotmedikamente kennen, die über Wochen wirksam sind. Sie könnten Nutzer*innen bitten, ihnen bekannte positive und negative Wirkweisen von Medikamenten zu nennen, um anschließend darüber kurz zu diskutieren.

Treffen zwischen sozialer Arbeit und Medizin

An diesem Tag könnte auch ein Treffen zwischen Suchtmediziner*innen der Region und der sozialen Arbeit stattfinden. Denn die Kontakte zwischen den Disziplinen müssen zum Vorteil substituierten Menschen intensiviert werden.



**EIN
WICHTIGES
ELEMENT DER
INITIATIVE
100.000
SUBSTITUIERTE
BIS 2022**

DEN 5. MAI

Beratungsangebot zur Substitution

Zudem könnten Einrichtungen an diesem Tag den Fokus der Beratung auf das Thema „Substitution“ legen. Mit dem Motto „Was du schon immer über die Substitution wissen wolltest“ könnte eine solche Aktion beworben werden.

Infotisch Substitution

Die Deutsche Aidshilfe und der JES-Bundesverband verfügen über eine Vielzahl unterschiedlicher Medien zum Thema Substitution. Einige Medien wurden eigens für diese Initiative realisiert. Bestellen Sie unter www.aidshilfe.de/shop und www.jes-bundesverband.de/medienshop/ verschiedene Medien und richten Sie einen kleinen Infotisch am 5. Mai ein.

Kurzum, der 5. Mai bietet vielfältige Möglichkeiten den Blick gemeinsam mit Drogengebraucher*innen auf die Substitutionsbehandlung zu richten.

*Dirk Schäffer und Heino Stöver
für die Initiative
100.000 Substituierte bis 2022*

Coronavirus: Schweizer Bundesrat passt Kriterien zur Abgabe von medizinischem Heroin an

Der Bundesrat hat beschlossen, Artikel 13 der Betäubungsmittelsuchtverordnung (BetmSV) zu ändern. Zur Minimierung der Risiken einer Infektion mit COVID-19 können Patientinnen und Patienten aufgrund strikter Kriterien bis zu sieben Tagesdosen medizinischen Heroins mitgegeben werden.

Normalerweise müssen Patientinnen und Patienten, die eine heroïn- bzw. diacetylmorphingestützte Behandlung erhalten, mindestens einmal pro Tag die Behandlungszentren aufsuchen, um ihr Arzneimittel zu erhalten. Angesichts der Ansteckungsrisiken gelangt jedoch seit Beginn der Pandemie vorübergehend ein pragmatischer Ansatz zur Anwendung. Dabei wurde der Abstand zwischen den Konsultationen vergrößert, was zu guten Ergebnissen führte.

Der Bundesrat hat beschlossen, diese Praxis zu formalisieren und sie mittels einer Änderung der Betäubungsmittelsuchtverordnung (BetmSV) rechtlich zu verankern. Die Änderung bleibt bis zum 31. Dezember 2021 in Kraft. Sie sieht zudem vor, dass die Zentren, die heroïn-gestützte Behandlungen durchführen, einen vierteljährlich Bericht abgeben, damit eine angemessene Überwachung dieser Praxis durch das Bundesamt für Gesundheit gewährleistet ist.

Ein gutes Beispiel für Deutschland

Die Ausnahmeregelungen zur Substitutionsbehandlung in Deutschland bilden ohne weiteres eine gute Grundlage um Substituierte vor Corona zu schützen und Kontakte zu reduzieren.



Foto: EURONPUD

Was allerdings auffällig ist, dass diese Regelungen die Diamorphinvergabe in Deutschland gänzlich ausklammern. Vor dem Hintergrund, dass Personen in der Diamorphinbehandlung teilweise mehrmals täglich Diamorphin einnehmen müssen und somit mehrmals täglich zur Ambulanz An- und Abreisen müssen, ist das Ausklammern dieser Patient*innengruppe von Schutzmaßnahmen vor dem Hintergrund der pandemischen Lage nicht nachvollziehbar.

An dieser Stelle wird das Fehlen einer alternativen Darreichform z.B. als Tablette oder Kapsel allzu deutlich. Diese aktuelle Extremsituation macht einmal mehr deutlich, dass es für die Diamorphinbehandlung gesetzlicher Änderungen bedarf. Dies im Hinblick auf Erweiterungen des Zugangs zur Behandlung, veränderten Darreichformen als Alternative zum iv Konsum, sowie die Schaffung einer Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Einnahme des Medikaments. ■

Dirk Schäffer

Einführung eines Screenings auf Hepatitis-B und Hepatitis-C



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Versicherte ab 35 Jahren haben künftig einmalig den Anspruch, sich auf die Viruserkrankungen Hepatitis-B und Hepatitis-C als Bestandteil des sogenannten Check-ups (Gesundheitsuntersuchung) testen zu lassen.

Das beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Plenumsitzung. Damit sollen unentdeckte, weil zunächst symptomlos oder schleichend verlaufende Infektionen mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) oder Hepatitis-C-Virus (HCV) erkannt werden.

„Mit dem neu eingeführten Screening kann Hepatitis frühzeitig erkannt und behandelt werden. Bei den betroffenen Menschen können so schwerwiegende Leberschädigungen verhindert werden“, so Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Methodenbewertung.



Foto: CLIPAREA-FOTOLIA.COM

Ist dies nun ein Erfolg oder wurde eine große Chance vertan einen wirklich großen Schritt auf dem Weg zur Eliminierung von Hepatitis C bis 2030 zu gehen? Mit diesem Beitrag soll ein kritisch-differenziertes Bild auf die diesbezüglichen Entwicklungen im G-BA gelegt werden.

Warum empfehlen internationale Leitlinien ein anderes Vorgehen?

Wirft man einen Blick in die aktuellen Leitlinien des Centers for Disease Control (CDC), der United States Preventive Services Task Force (USPSTF) und der American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) wird man feststellen, dass ein populationsbasiertes Screening aller Personen ab 18 Jahre empfohlen wird. Die Leitlinie der Canadian Association for the Study of the Liver (CASL) empfiehlt ein populationsbasiertes Screening der Geburtsjahrgänge 1945–1975 und ein Screening von Risikogruppen. Die deutsche S3-Leitlinie empfiehlt ein Screening von Risikogruppen und allen Personen, die dies explizit wünschen. Die Leitlinien der WHO aus dem Jahr 2016 und der Gastroenterological Society of Australia (GESA) aus 2018 empfehlen ein Screening nur für Risikogruppen.

Abweichend von internationalen Leitlinienempfehlungen wurde im Rahmen der Anhörung im ersten Stellungnahmeverfahren ein höheres Alter für das Screening vorgeschlagen. Dies wurde u.a. mit der langsamen Progression der Erkrankung begründet, so dass ein späteres Screening den Nutzen nicht wesentlich einschränken würde.

Hinsichtlich der Häufigkeit des Screenings wurde in der Anhörung des G-BA für die Mehrheit der Personen ohne erhöhtes Risiko ein einmaliges Screening für ausreichend erachtet. Der G-BA geht darüber hinaus davon aus, dass im Kontext der Untersuchung auf eine HCV-Infektion eine ärztliche Aufklärung und Beratung über Risikokonstellationen für eine entsprechende Infektion stattfindet. Hierbei kann bei Bedarf auf entsprechende Informationsmaterialien z. B. der

Was ist der G-BA

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 73 Millionen Versicherte.

Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden.

Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen.



kurz notiert

Hepatitis-C-Infizierte sollen schneller behandelt werden können

Der gerade veröffentlichte Zusatz zu der seit 2018 gültigen AWMF-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie bei HCV-Infektion enthält Neuerungen zur Indikationsstellung und soll effektiver als bislang zur Elimination von Hepatitis C beitragen.

Notwendig geworden war der Zusatz nach Angaben der beteiligten Fachgesellschaften, weil sich die Therapieoptionen in den vergangenen zwei Jahren rasch weiterentwickelt haben. Außerdem wird nach wie vor von einer hohen Dunkelziffer an HCV-Infektionen in Deutschland und weltweit ausgegangen.

Im Klartext heißt das: Menschen mit chronischer Hepatitis C sollen nun schneller als bisher identifiziert und behandelt werden. Empfohlen wird, jeden Patienten mit nachgewiesener RNA des Hepatitis-C-Virus (HCV) sofort antiviral zu behandeln, der Nachweis erhöhter Transaminasen-Werte oder einer Leberfibrose sind keine notwendige Voraussetzung. Dabei sollen vornehmlich pangenotypische DAA (direkt antivirale Agenzien) verwendet werden, und zwar bei DAA-naiven Patienten ohne dekompensierte Zirrhose und ohne fortgeschrittene Niereninsuffizienz.

Der neue Zusatz zu den Leitlinien ist unter ► www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-012.html zu finden.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zurückgegriffen werden. Dies soll zu einer erhöhten Aufmerksamkeit der Versicherten für die Infektionsrisiken führen.

Zudem entfällt mit dem vom Bundestag am 14. November 2019 beschlossenen Masernschutzgesetz (BGBI. I, S. 148) für bestimmte Schnelltests, darunter Schnelltests auf HCV, der Arztvorbehalt. Damit soll ein niedrigschwelliges Angebot (z.B. in Drogenberatungsstellen) entstehen, um besonders gefährdete Personengruppen leichter zu erreichen. Damit wird ein Screening Angebot für Risikogruppen geschaffen, die eine Gesundheitsuntersuchung und ein damit verbundenes Angebot für ein Screening auf HCV eher selten in Anspruch nehmen. ■

► Quelle: www.g.ba.de

Patientenvertretung reagiert mit Unverständnis und Enttäuschung auf die Entscheidung des G-BA

Bereits in vorherigen Ausgaben des Drogenkurier haben wir über die Mitwirkung von Patient*innenvertretungen berichtet. Zuletzt bei der Neufassung der Richtlinien für die opioidgestützte Substitutionsbehandlung 2018.

Nun also ging es um das Thema Hepatitis-C und -B-Screening. Dies meint die Möglichkeit aller Bürger*innen sich im Rahmen eines Arztbesuchs beraten und testen zu lassen.

Es ist kein Geheimnis, dass die Patient*innenvertretung im G-BA über die Dauer der Beratungen und dem Ergebnis der Beratungen unzufrieden ist, da nach Meinung der Patient*innenvertretung, die soeben beschlossenen Maßnahmen nicht zur Problemlösung beitragen werden.

So hat sich G-BA trotz anderweitiger Einlassungen von Expert*innen in den Anhörungen für ein einmaliges Screening ab den 35. Lebensjahr entschieden. Wenn es nach der Patient*innenvertretung gegangen wäre, wäre ein Screening ab den 18. Lebensjahr erforderlich gewesen und man hätte Risikogruppen wie z.B. Drogengebraucher*innen eine mehrmalige Möglichkeit des Screenings einräumen müssen.

Natürlich wissen auch wir, dass Drogengebraucher*innen nicht in Massen zum Arzt geströmt wären. Aber mit ei-

kurz notiert

„Ich kann mich noch erinnern, als die Spritzenvergabe verboten war.“

Mit Garry Kaspar geht ein Kämpfer für eine humane Drogenpolitik in den verdienten Ruhestand



FOTO: STEFAN FRIES

Die Mitglieder der Elterninitiative dankten Garry Kaspar bereits mit einem Leserbrief für seinen Einsatz für einen humanen Umgang mit Drogengebraucher*innen.

Diesem Dank möchten wir uns als JES-Bundesverband und als Deutsche Aidshilfe anschließen.

Ich habe Garry in den späten 90er Jahren kennengelernt. Er war als Geschäftsführer des Bundesverbands akzept e.V. Garry hat sich zu einer Zeit für die akzeptierende Bewegung eingesetzt, als viele unsere Angebote entweder noch illuso-

risch erschienen und sich die Substitutionsbehandlung einem Heer von Kritiker*innen entgegensah.

Eine spannende, aber nicht einfache Zeit, da es für Garry und seine Mitstreiter*innen auch persönliche Angriffe gab und man ihnen vorwarf zu kapitulieren.

Heute sind wir viele viele Schritte weiter, auch wenn die Entkriminalisierung von Drogenkonsument*innen (Erwerb, Besitz und Weitergabe) bisher nicht realisiert werden konnte.

In ihrem Leserbrief hat die Wuppertaler Elterninitiative darauf hingewiesen, dass Garry Kaspar maßgeblich daran beteiligt war, dass

Wuppertal zu den Städten Deutschlands gehört, die eine komplette Palette niedrigschwelliger Angebote vorweisen kann.

Dies passiert nicht von allein, sondern dafür braucht es Menschen wie Garry, Klaudia, Jürgen, Heidrun und viele andere.

Garry, ganz lieben Dank für deine Arbeit für Drogen gebrauchende Menschen!

Dirk Schäffer, im Namen des JES-Bundesverbands und der Deutschen Aidshilfe

ner entsprechenden Bewerbung eines solchen Angebots, hätte es gelingen können auch diese Gruppe zum Test zu motivieren. Als Grund gegen ein risikoadaptiertes Screening, wurde der Wegfall des Arztvorbehalts und die hierdurch gegebene Möglichkeit der Testung von Drogengebraucher*innen in Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe genannt. Hierbei blieb völlig unberücksichtigt, dass durch die fehlende Förderung solcher Angebote durch die Länder, diese Testmöglichkeit nur sehr vereinzelt existieren.

Auch das Mindestalter von 35 Jahren leuchtet nicht ein. Insbesondere jüngere Menschen setzen sich Risiken aus und Drogengebraucher*innen infizieren sich in den ersten zwei Jahren des Konsums. Ein Screening ab 18 Jahren hätte die Chance geboten eine etwaige Infekti-

on sehr frühzeitig zu diagnostizieren und mit den neuen DAA-Therapien frühzeitig erfolgreich zu behandeln. Nicht ohne Grund empfehlen aktuelle internationale Leitlinien mehrheitlich eine Testung ab dem 18. Lebensjahr.

Besser als nix?

Nun kann man sagen, dass ein Screening ab den 35. Lebensjahr zumindest ein kleiner Schritt nach vorne ist zur Erreichung der WHO-Ziele bis 2030. Man kann aber auch sagen, dass eine große Chance nach mehrjährigen Beratungen vergeben wurde. Ich persönlich, der selbst über einen langen Zeitraum an den Beratungen teilgenommen hat, bin enttäuscht und ernüchtert. Eine große Chance wurde vertan. Hierbei verärgert mich, dass die eingeladenen Expert*innen eher

als Staffage wirkten, als dass man sich ihren Empfehlungen insbesondere in der 2. Anhörung angeschlossen hätte. Auch die internationalen Leitlinien aus Amerika, Canada und von Lebergesellschaften die mehrheitlich ein populationsbasiertes Screening ab 18 Jahren empfehlen, wurde nicht gefolgt.

So kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass es hier nicht immer um medizinische und epidemiologische Erfordernisse geht, sondern politische und finanzielle Dinge handlungsleitend sind. Anders lassen sich die Ergebnisse der Beratungen kaum erklären. Es ist kein Geheimnis, dass es der Arbeitsgruppe, deren Mitglied ich war, kaum möglich erschien diese Beschlüsse entsprechend wissenschaftlich in den „tragenden Gründen“ zu begründen. ■

Dirk Schäffer

kurz notiert

Coronapandemie senkt Nachfrage nach HIV-Präexpositionsprophylaxe

Die Nachfrage nach der Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ist in der Coronapandemie deutlich zurückgegangen. Das zeigt eine interne Abfrage des Robert-Koch-Instituts (RKI) unter Einrichtungen, die PrEP verschreiben, wie aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion im Bundestag hervorgeht. Demnach hat die Nachfrage nach PrEP bei 76 Prozent der Zentren abgenommen.

Seit dem 1. September 2019 übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten für die PrEP-Medikamente und Begleituntersuchungen bei Menschen mit erhöhtem HIV-Risiko. Die Bundesregierung wurde damals vom Gesetzgeber verpflichtet, die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der PrEP auf das Infektionsgeschehen der se-

xuell übertragbaren Krankheiten bis Ende 2020 zu evaluieren.

Das konnte bisher aber nicht erfolgen. Auch über die Zahl der Beratungsgespräche und die Zahl der Personen, die eine PrEP in Anspruch nehmen wollen, liegen der Bundesregierung laut der Antwort keine Informationen vor. Das RKI schätze aber, dass es im Juni 2020 zwischen 15.600 und 22.300 PrEP-Nutzende in Deutschland gab. Kenntnisse über die Altersaufschlüsselung der Personen liegen der Bundesregierung nicht vor.

Wieland Schinnenburg, Sprecher für Drogen- und Suchtpolitik und Berichterstatter für Prävention und HIV der FDP-Bundestagsfraktion, forderte rasche Aufklärung. „Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf das Infektionsgeschehen im Bereich der sexuell übertragbaren Krankheiten scheint nicht unerheblich zu sein“, sagte er.

Es müsse sichergestellt werden, dass es nicht zu vermehrter Spritzenteilung und Ausfall von Routineuntersuchungen komme. Schinnenburg rief Bundesgesundheitsminister Jens Spahn dazu auf, regelmäßige aktuelle Erhebungen und Daten rund um das Thema der sexuell übertragbaren Krankheiten vorzulegen.

© hil/may/aerzteblatt.de

Mehr Substituierte – weniger Ärzt*innen

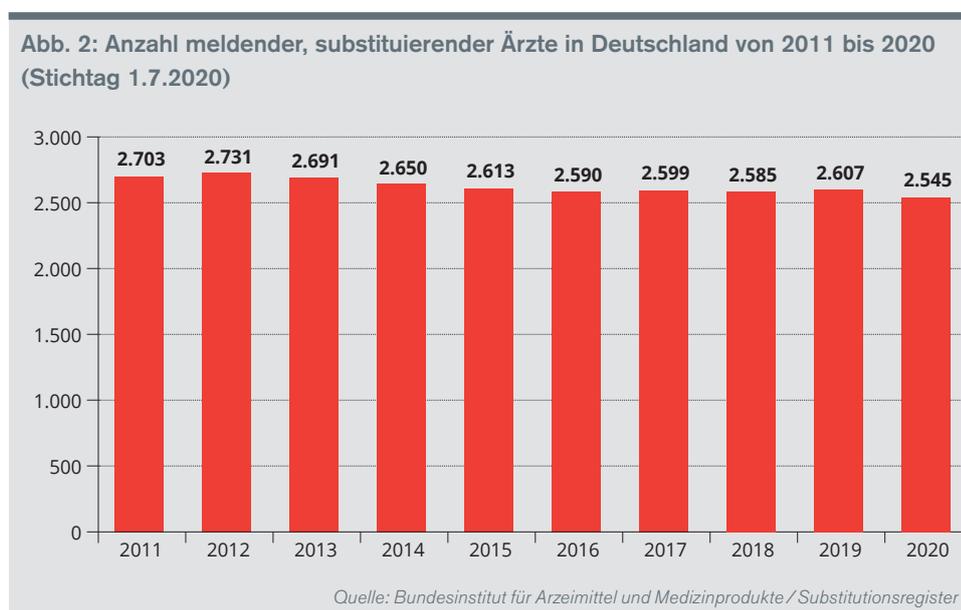
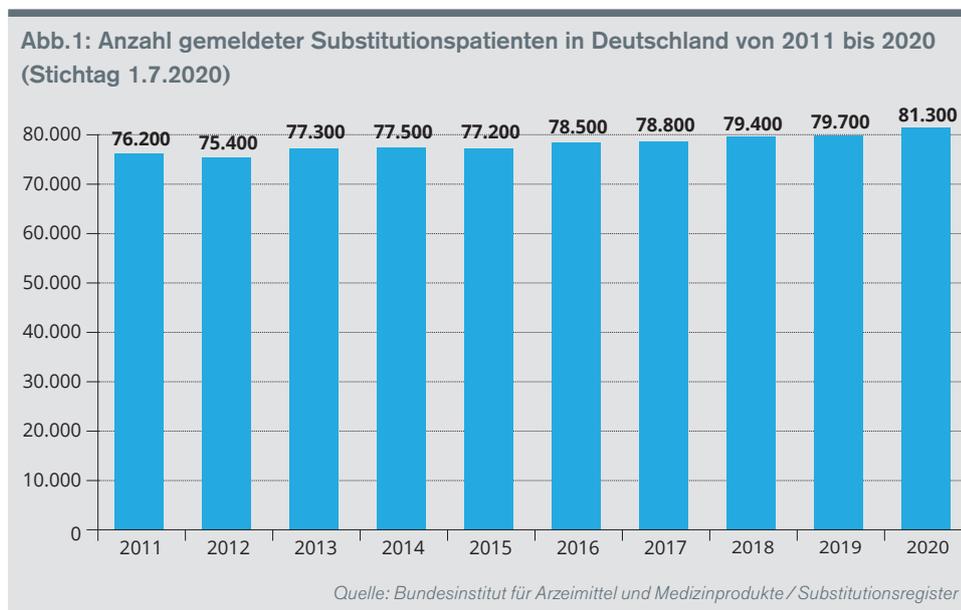
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht Substitutionsbericht 2021

Alle Ärzt*innen, die Substitutionsmittel für Opioidabhängige verschreiben, haben der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich z.B. den Patientencode und das verschriebene Substitutionsmittel zu übermitteln. Auf diesen Daten basiert der jährliche Bericht zur Substitution.

Etwa 2.000 Substituierte mehr in Zeiten des Lockdowns

Das Jahr 2020 war geprägt durch die Covid-19-Pandemie. Die am 21. April letzten Jahres in Kraft getretene SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung hat zeitlich befristet ein Bündel von Ausnahmen von den Regelungen der BtmVV mit praktischen Erleichterungen eröffnet.

Während des Lockdowns im März/April 2020 und im November/Dezember 2020 ist jeweils die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatient*innen leicht gestiegen. Nach dem Lockdown Mitte März 2020 stieg die Anzahl an Substitutionspatient*innen von nahezu 80.350 (Stichtag 1.3.2020) auf 81.250 (Stichtag 1.5.2020) und lag im weiteren Jahresverlauf recht konstant zwischen 81.000 und 81.600. Im Vergleich zum Jahr 2019 (jeweils Stichtag 1.7.) ergibt sich ein Anstieg von 2%. In den Vorjahren 2016 bis 2019 lag der Anstieg jeweils unter 1%.



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

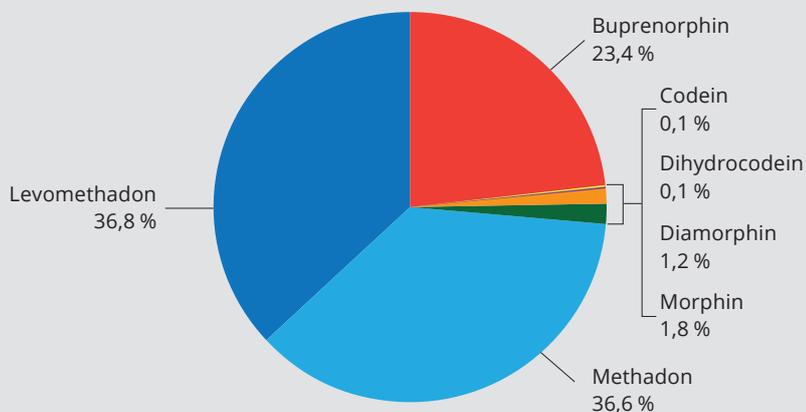
Wieder zurück in ein fast normales Leben zu finden, ist das Ziel vieler Substitutionspatienten. Dies erfordert hohe Willenskraft und extreme Disziplin. Einfach eine Tablette zu nehmen, wie viele Menschen gegen andere Krankheiten auch, kann einen großen Fortschritt bedeuten.

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

Abb. 3: Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (Stichtag 1.7.2020)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

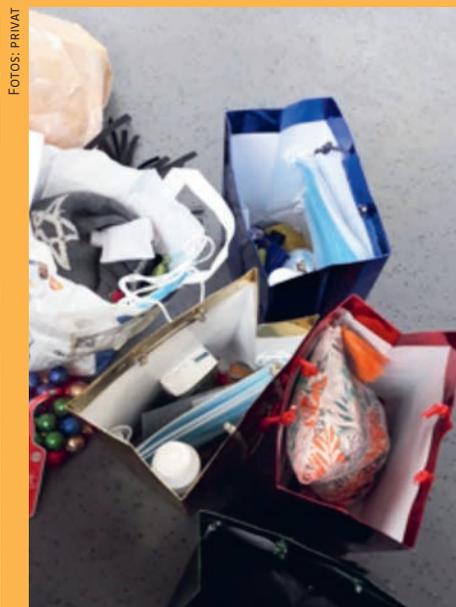
Immer weniger Ärzt*innen behandeln Drogengebraucher*innen

2020 haben insgesamt 2.545 Substitutionsärzte Patient*innen an das Substitutionsregister gemeldet. Die Entwicklung der letzten 10 Jahre stellt sich wie folgt dar (Abb. 2). Etwa 22% der substituierenden Ärzt*innen, nutzten 2020 die Konsiliarregelung: Durch die Tatsache, dass diese Ärzt*innen ohne suchtmedizinische Qualifikation bis zu zehn Patient*innen gleichzeitig substituieren, werden nur etwa 1,5% der Patient*innen von diesen Ärzt*innen behandelt.

kurz notiert

Weihnachtsaktion von JES Sauerland

Aufgrund der Coronapandemie sind 2020 fast alle Weihnachtsfeiern für Drogengebraucher*innen sowie für einsame, obdachlose und psychisch kranke Menschen ausgefallen. Daher hat die JES-Gruppe Hochsauerlandkreis (HSK) kurzerhand eine eigene kleine Weihnachtsaktion realisiert und etwa 40 Weihnachtstüten gepackt. Neben Masken, Safer Use Artikeln, Desinfektionsmittel, Kosmetik, haltbaren Lebensmitteln, Süßigkeiten freuten sich Menschen in Marsberg, Meschede und Umgebung über kleine Überraschungen. Die Aktion wurde u.a. von der Knappschaft, einigen Apotheken, sowie zwei Marsberger Betrieben und einer Privatperson durch Geld- und Sachspenden unterstützt.



FOTOS: PRIVAT

Die Dramatik wird allerdings deutlicher, wenn man gegenüberstellt, dass 2.000 Ärzt*innen 98,5% aller Patient*innen behandeln und 14% (350) der Ärzt*innen 40.000 Patient*innen behandeln.

Anstieg der Diamorphin-behandlungen und „Pola überholt erstmals Metha“

Im Jahr 2020 haben 13 Einrichtungen in 7 Bundesländern Substitutionsbehandlungen mit Diamorphin durchgeführt. Die überwiegend gemeldeten Substitutionsmittel sind Levomethadon (Anteil 36,8%) und Methadon (Anteil 36,6%). Der Anteil an Levomethadon ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen und hat 2020 erstmals den Anteil an Methadon überschritten (Abbildung 3). Der Anteil von Buprenorphin liegt seit sechs Jahren nahezu konstant bei rund 23%. ■

Dirk Schäffer

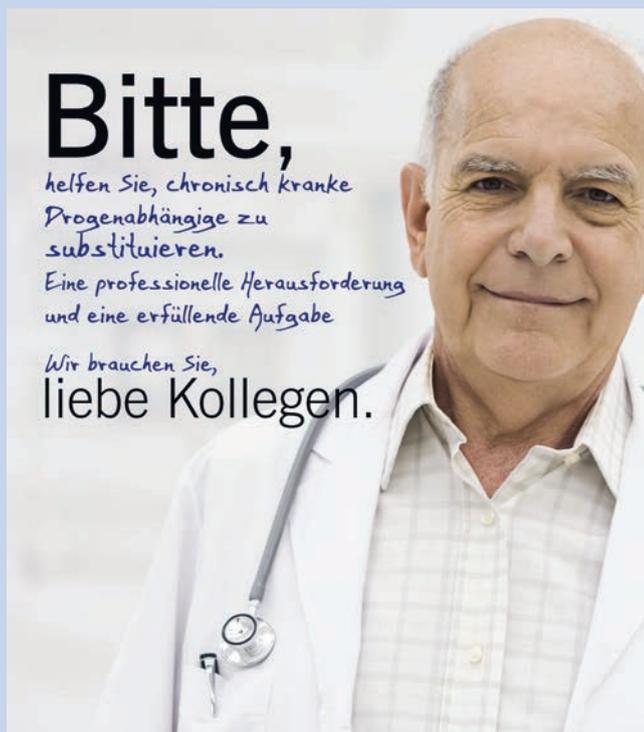
- Quelle: www.bfarm.de
- Der Gesamtbericht mit weitaus mehr Informationen steht unter www.bfarm.de, Suchbegriff „Substitution“ zum Download bereit

Kommentar von Dirk Schäffer, Deutsche Aidshilfe

Möchte man in Zeiten der Corona-Pandemie mit etwas positivem beginnen, so zeigt der Bericht, dass die Zahl der Substitutionspatient*innen erstmals über 80.000 gestiegen ist und dass es trotz der prekären Situation hinsichtlich der abnehmenden Zahl substituierender Ärzt*innen möglich war, fast 2.000 Patient*innen neu aufzunehmen.

Die Dramatik des Berichts wird deutlich, wenn man sich die Zahlen genau anschaut. So behandeln 350 Ärzt*innen 40.000 Patient*innen. Dies bedeutet, dass wenn nur ein kleiner Teil dieser Behandler*innen durch das Erreichen des Rentenalters ausscheidet, wir mit einer fundamentalen Versorgungskrise konfrontiert sind.

Der Bericht zeigt auch, dass es trotz intensiver Bemühungen nicht gelingt ausreichend neue Ärzt*innen zu gewinnen. Diese Fakten müssen uns als Patient*innen, Fachverbände, Aids- und Drogenhilfen und als Ärzt*innen dazu veranlassen über fundamentale strukturelle Änderungen nachzudenken. Dies umso mehr, wenn man bedenkt, dass mit 81.300 Patient*innen



nicht mal 50 % der Opioidkonsument*innen bisher für die Substitutionsbehandlung erreicht werden konnten.

Die Initiative 100.000 Substituierte bis 2022 strebt an, dass deutlich mehr Heroinkonsument*innen für die Behandlung motiviert werden. Mit großer Sorge frage ich, was machen wir denn, wenn es uns tatsächlich gelingt mehr Heroinkonsument*innen für die Substitution zu interessieren.

Fachverbände wie Akzept und die Deutsche Aidshilfe und Patientenorganisationen wie der JES-Bundesverband versuchen seit vielen Jahren weitergehende rechtliche, finanzielle und strukturelle Änderungen für die Substitutionslandschaft zu fordern und skizzieren Beispiele wie dies funktionieren kann. Es tut mir leid, dies sagen zu müssen, aber bisher fehlt es an der Unterstützung der Ärzteschaft für fast alle unsere Vorschläge.

- So ist unserer Ansicht nach eine erneute Veränderung der BtmVV im Hinblick auf die Diarmorphinbehandlung anzustreben. Zugangsindikationen müssen denen der „normalen Substitution“ angeglichen werden. Auf diese Weise kann es uns gelingen bisher nicht erreichte Menschen zu erreichen und Behandlungsverläufe zu verbessern.
- Die aktuell geltenden Ausnahmeregelungen sollten unbedingt auf ihren Nutzen überprüft werden. Sollten sie positive Effekte haben, gilt es gemeinsam dafür zu arbeiten, dass die Ausnahmeregelungen fester Bestandteil der BtmVV werden.
- Denn nur wenn es uns gelingt Substituierte deutlich individualisierter zu behandeln und bei jenen die seit Jahren stabil substituiert werden, die Kontaktfrequenzen in der Praxis zu reduzieren, wird es Raum für neue Patient*innen geben.
- Hierzu bedarf es u.a. einer Reform der EBM, denn eine stabile Behandlung mit eigenverantwortlicher Einnahme des Medikaments ist ein Erfolg von Arzt und Patient und muss für Behandler*innen anders entlohnt werden.

Wenn es uns nicht gelingt im Schulterschluss diese und weitere Punkte anzugehen, werden zehntausende Patient*innen in den nächsten Jahren ein böses Erwachen erleben. Dies kann nicht in unserem Sinne sein. Daher sollten wir alles tun, um eingefahrene Wege zu verlassen und rechtliche und strukturelle Veränderungen anstreben. Hierfür benötigen wir aber die behandelnden Ärzt*innen und ihre Dachgesellschaften.

Timo ist Familienvater und wird seit vielen Jahren substituiert. Er hat sich bereit erklärt, dem DROGENKURIER ein Interview zum Thema „Substitution mit einem Depotmedikament“ zu geben.

Wie bist du in Kontakt mit illegalen Substanzen gekommen?

Ich habe meinen ersten Joint mit 12 Jahren geraucht. So mit 13 Jahren dann Speed. Das habe ich 10, 15 Jahre lang konsumiert. Dann hat meine Freundin ein Baby bekommen, das in meinen Armen am plötzlichen Kindstod gestorben ist. Zu dieser Zeit bin ich mit Heroin in Kontakt gekommen. Dann folgte mein kompletter Absturz.

Und seit wann bist du wegen deiner Sucht in Behandlung?

Vor 13 Jahren, als ich meine jetzige Frau in der Therapie kennenlernte, habe ich mich entschieden, dass ich etwas verändern möchte. Nach einem erneuten „Rückfall“ mit Speed, nach der Therapie dachte ich „das kann es doch nicht sein“ und bin zu meinem heutigen Substitutionsarzt gegangen.



„So frei wie jetzt, habe ich mich nie gefühlt“

Ein persönlicher Bericht über die Substitution mit einem Depotmedikament

Wie hast du von dem neuen Medikament in einer neuen Applikationsform erfahren?

Mein Substitutionsarzt hat mich vor zwei Jahren angesprochen. Wir hatten schon viel probiert. Er hat mir empfohlen, dass ich es mit dem damals neuen Depotmedikament versuchen sollte. Ich war Teil einer Studie und einer der Ersten der umgestellt wurde.

Was waren die Gründe, dass du dich auf ein Depotmedikament hast umstellen lassen?

Ich war so ein Kandidat, der immer wegen Take Home gedrängt hat und 7 Tage reichten mir eigentlich nicht aus. Durch die Familie und Arbeit ist es halt immer scheiße, wenn man jede Woche in die Praxis muss. Da kam das Depotmedikament gerade recht. Die Spritze habe ich dann wöchentlich bekommen, vier Wochen lang.

Wie sind deine Erfahrungen nach den ersten Injektionen gewesen?

Am Anfang war ich skeptisch. Ich habe mich gefragt, ob das überhaupt klappt, dass ein Medikament zur Substitution so lange wirken kann.

Nach der ersten Spritze habe ich die Wirkung deutlich gespürt. Die Wirkung war so, als wenn ich eine Buprenorphin Tablette genommen hätte. Nach dem zweiten, dritten Tag habe ich gedacht, dass ich unbedingt mehr brauche, da die Wirkung nachlässt. Dann aber hab ich zu mir selbst gesagt: „Nee, das machst du jetzt nicht. Warte ab Timo und schau wie es dir morgen geht und ob es eine Woche hält“. Als die Woche vorbei war, da habe ich gemerkt, dass es wunderbar geklappt hat. Keine Schwankungen in der Wirkung wie man es vielleicht kennt bei der täglichen Einnahme. Es war einfach eine Kopfsache, weil die tägliche Tablette halt gefehlt hat. Diese Ups und Downs, die ich bei der täglichen Einnahme sehr stark empfunden habe, gibt es halt beim Depotmedikament nicht. Es ist quasi ein Dauerhoch. In den letzten 2 Jahren habe ich keine höhere oder frühere Dosis benö-

„Diese Ups und Downs, die ich bei der täglichen Einnahme sehr stark empfunden habe, gibt es halt beim Depotmedikament nicht. Es ist quasi ein Dauerhoch.“

tigt. Man muss sich einfach darauf einlassen können und dem Medikament vertrauen.

Was ist das Positive für dich nach der Umstellung?

Ich bin nicht mehr an eine Tablette gebunden. Ich muss nicht jeden Tag oder jede Woche in die Substitutionspraxis rennen und dort mit den Leuten sitzen. Ich habe Kinder und bei den Tabletten musste ich immer aufpassen, dass sie nicht irgendwo rumliegen. Urlaub war schwierig und diese ganzen Absprachen waren dann auch schonmal ein Heckmeck. Ich habe mich oft geärgert, weil was nicht klappte und dies hat manchmal auch zu Spannungen mit meiner

Frau geführt. Jetzt gehe ich einmal im Monat zum Arzt. So frei wie jetzt, habe ich mich nie gefühlt.

Wie hat sich die Beziehung zu deinem Substitutionsarzt verändert?

Ich habe eine sehr gute Beziehung und einen engen Kontakt zu meinem Arzt. Das Patient-Arzt-Verhältnis muss halt auch stimmen. Weil, wenn man halt einen Larifari-Arzt hat, der dich schnell abfertigt und so, das finde ich auch nicht gut. Jetzt ist der Zwang weg. Die Substitution fühlt sich nun wie eine normale Behandlung an. So nehme ich das wahr.

Wem würdest du ein Depotmedikament empfehlen?

Ich kann es eigentlich nur jedem nahelegen, es zu versuchen. Es hilft einem, Freiheit und Zufriedenheit für sein Leben wieder zurück zu bekommen. Man muss sich aber auch auf das Ganze einlassen. Nicht gleich wieder den Kopf in den Sand stecken, wenn es die ersten zwei, drei Wochen ein bisschen schwieriger ist. Ich bin jetzt einfach zufriedener. Ich habe meine Arbeit, eine Konstante in der Beziehung und ich hab meine Kinder. Ich führe ein ganz normales Leben. ■

Vielen Dank, Timo.





Ein einzigartiger Tag für lebende und verstorbene Drogengebraucher*innen

Veranstaltungen von Kiel bis München und von Emmerich bis Jena zeigen, dass es beim Gedenktag um weit mehr geht als verstorbenen Drogengebraucher*innen zu gedenken. In vielen Veranstaltungen geht es auch darum die Lebens- und Konsumbedingungen für Drogengebraucher*innen zu verbessern und auf drogenpolitische Defizite hinzuweisen. So hat sich der Gedenktag in den letzten 23 Jahren zum größten Gedenk- und Aktionstag im Bereich illegaler Drogen entwickelt.

Neue Medien für den Gedenktag 2021

Im Abstand von 2–4 Jahren nutzen wir Projektmittel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, um neue Plakate und Flyer zu erarbeiten, die dem Gedenktag am 21. Juli ein Gesicht geben sollen und vor Ort die Möglichkeit bieten, kommunale Veranstaltungen anzukündigen. Die ebenfalls neu erarbeiteten Flyer können u. a. bei Infoständen an Bürger*innen verteilt werden. ■

JES-Bundesverband

Ab sofort besteht die Möglichkeit die Medien unter ► www.aidshilfe.de/shop und ► www.jes-bundesverband.de/medienshop kostenfrei zu bestellen. Das Poster steht im Format A1 und A2 bereit und enthält eine leicht aufgehellte Fläche, um eigene Veranstaltungen anzukündigen.

Der 21. Juli wirft seine Schatten voraus

In wenigen Wochen treffen sich Eltern und Angehörige sowie Mitglieder des JES-Bundesverbands, um gemeinsam die Themenfindung für den Gedenktag 2021 vorzunehmen.

Mit Ihrer und eurer Unterstützung gelang es im Coronajahr 2020 den bisher zahlenmäßig größten Gedenktag für verstorbene Drogengebraucher*innen zu veranstalten. Die unglaubliche Anzahl von 72 Städten beteiligte sich am Gedenktag 2020. Die Zahl der beteiligten Einrichtungen ist schwer greifbar. Unsere Recherchen haben ergeben, dass sich mehr als 300 Einrichtungen am Gedenktag 2020 beteiligten.

Informieren und die eigene Veranstaltung ankündigen

Auch in diesem Jahr bieten wir die Möglichkeit die eigene Veranstaltung auf der eigens für den Gedenktag geschaffenen Webseite www.gedenktag21juli.de anzukündigen. Schicken Sie Ihre Unterlagen an vorstand@jes-bundesverband.de. Darüber hinaus finden Sie auf der Webseite alle Informationen zum Gedenktag 2021

DEINE THERAPIE IST EINSTELLUNGSSACHE

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

Mit der richtigen Einstellung leben.

„Ich habe großen Respekt vor Drogengebrauchenden Menschen“

Seit vielen Jahren versuchen Akteure aus Aids- und Drogenhilfe, Medizin, sowie Wissenschaft und Industrie Drogengebraucher*innen als Zielgruppe mit hoher HCV-Prävalenz zum Test und zur Behandlung zu motivieren. Darüber hinaus ist es ihr Ziel bestehende Vorbehalte zu überwinden. Das Ziel ist, das Hepatitis C-Virus bis zum Jahr 2030 zu eliminieren.

Können der Wegfall des Arztvorbehalts sowie die neue Möglichkeit des sofortigen HCV-Behandlungsbeginns dazu beitragen die Zahl der Tests und der Behandlungen bei aktiven Drogengebraucher*innen aber auch bei Substituierten zu erhöhen? Diesen und weiteren Fragen gehen die Interviews mit **Michael Harbaum** von der Drogenhilfe Düsseldorf und **Dr. Holger Hinrichsen** aus Kiel nach.

Welchen Stellenwert hat die Hepatitis C in Ihrer Drogenhilfeeinrichtung?

Hepatitis-C-Tests bieten wir schon lange an, zunächst im Rahmen einer Kooperation mit der Aidshilfe in Düsseldorf. Im Laufe der Jahre hat der Stellenwert der Erkrankung kontinuierlich zugenommen. Seit wir in das Projekt ‚Das CHECK ich!‘ eingestiegen sind, ist die Hepatitis C ein Schwerpunkt unserer Arbeit.

*Sind Drogenhilfeeinrichtungen ein geeigneter Ort, um Drogengebraucher*innen auf eine HCV-Infektion zu testen?*

Grundsätzlich ja. Wir sind ja mit den Klient*innen ohnehin im Gespräch, etwa um Problemsituationen zu erfassen und Lösungen auszuarbeiten. Wenn es sich anbietet, thematisieren wir auch die Hepatitis C. Dabei gehen wir aber immer individuell vor. Manchmal gibt es eine



tattoo? piercing?

Aber sicher: Beim Profi und mit sauberem Gerät.
Gebrauchte Nadeln können HIV und Hepatitis übertragen.



Michael Harbaum ist Sozialpädagoge und seit langem in der Drogenhilfe tätig. Seit 2016 leitet er als geschäftsführender Vorstand die Drogenberatung Düsseldorf e. V.

Abwehrhaltung, die man nicht beim ersten Gespräch knacken kann, manchmal haben die Klient*innen gerade andere Prioritäten. Es braucht schon ein Gespür für die Situation.

*Wie treten Sie an die Klient*innen heran?*

Wir tun das niedrigschwellig im Rahmen der Beziehung, die wir zu den Klient*in-

nen aufbauen. Zunächst versuchen wir, sie dazu zu motivieren, sich generell um ihre Gesundheit zu kümmern. In diesem Zusammenhang kann man dann auch auf die Hepatitis C hinweisen, darüber informieren und ein Testangebot machen.

Wichtig ist mir, dass es immer eine Beratung zum Test gibt.

Wer führt dann den Test durch?

Bei uns macht das oft eine Mitarbeiterin, die auch Krankenschwester ist. Aber man kann eigentlich jede*n Mitarbeiter*in mit geringem Aufwand entsprechend qualifizieren. Dadurch und durch den Wegfall des Arztvorbehalts können wir praktisch jederzeit testen, auch ganz spontan, wenn sich ein*e Klient*in gerade dazu entschlossen hat. Das ist ein großer Vorteil.

Auch die Behandlung kann heute schnell beginnen.

Auch das ist eine enorme Verbesserung. Bis vor Kurzem musste man nach der Diagnose erst einmal ein halbes Jahr warten, in dem immer mal was dazwischenkommen konnte und die Behandlung dann doch nicht stattfand. Diese Gefahr besteht heute nicht mehr. Für unsere Zielgruppe ist alles gut, was über kurze Wege, schnell und unkompliziert erreichbar ist.

Apropos kurze Wege: Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit Arztpraxen?

Wir arbeiten mit mehreren Einrichtungen zusammen, darunter sind Schwerpunktpraxen, mit denen wir sehr gute Erfahrungen machen. Bei anderen ist das Angebot eher auf die Allgemeinbevölkerung zugeschnitten, es passt dann häufig nicht zu den Anforderungen, die sich in der Betreuung von Drogengebraucher*innen ergeben. Ideal ist die Zusammenarbeit mit Substitutionspraxen. Dort tauchen sie sowieso täglich auf, und sie nehmen dann halt zusätzlich noch ein Medikament ein. Aber auch in anderen Praxen stellen wir fest: Wenn es ein paar Mal geklappt hat, dann läuft das plötzlich; wo es aber Vorbehalte gibt, ist es schwierig, überhaupt einen Anfang zu finden.

Um welche Vorbehalte geht es?

Es ist natürlich für unsere Klient*innen nicht immer ganz einfach, Termine pünktlich wahrzunehmen. Aber deswegen von Wartezimmerunfähigkeit zu sprechen, halte ich für unangemessen und stigmatisierend. Dann wird die Therapie beispielsweise an Bedingungen geknüpft, wie den Beikonsum einzustellen oder zu reduzieren. Dabei ist Beikonsum heute kein Grund mehr, eine Therapie zu verweigern.

Was braucht es, um die Therapie durchzusetzen?

Das Wichtigste ist, dass die tägliche Medikamenteneinnahme unkompliziert erfolgt. Weiter ist es hilfreich, wenn die Klient*innen begleitet werden. Ich sehe da vor allem uns in der Pflicht, aber auch die Ärzt*innen sollten auf Augenhöhe arbeiten und dabeibleiben, wenn es mal schwierig wird. Gut ist es auch, wenn man Peers in die Begleitung einbindet, also Klient*innen, die die Behandlung selbst schon durchlaufen haben. Sie können sehr stabilisierend wirken.

Was raten Sie Drogenhilfeeinrichtungen, die die Hepatitis-C-Testung anbieten wollen?

Ich habe vieles von anderen Einrichtungen gelernt. Ich bin hingefahren und habe dort hospitiert. Das ist aus meiner Sicht der einfachste Weg, einen Zugang zum Thema zu finden, Anfangsfehler zu umschiffen und Schwellenängste abzubauen. ■

Das Interview wurde von der Gilead Sciences GmbH mit Herrn Harbaum im November 2020 durchgeführt.



PD Dr. Holger Hinrichsen ist Gastroenterologe und Mitbegründer des Gastroenterologisch-hepatologischen MVZ in Kiel. Zu seinen Schwerpunkten zählt auch die Behandlung der Hepatitis-C-Virusinfektion bei Suchtpatient*innen.

Was sind das für Patient*innen, die Sie wegen einer Hepatitis C behandeln?

In unserem Medizinischen Versorgungszentrum bilden Drogengebraucher*innen die Mehrzahl der Patient*innen.

Dann arbeiten Sie auch mit Drogenberatungsstellen zusammen?

Ja, in Kiel übernehmen Fachambulanzen die Betreuung von Drogengebraucher*innen durch Sozialarbeiter*innen.

Der Wegfall des so genannten Arztvorbehalts für eine Hepatitis-C-Testung in Drogenberatungsstellen ist in Ihrer Region dann nicht so bedeutend?

Unter den Bedingungen hier in Schleswig-Holstein ist der Schritt tatsächlich nicht so groß, da in den Fachambulanzen ohnehin Ärzt*innen vor Ort sind. In anderen Regionen – wo psychosoziale Beratung und ärztliche Betreuung nicht so eng verzahnt sind – sieht das aber anders aus. Dort ist es extrem vorteilhaft, wenn Testungen von Mitarbeiter*innen der Drogenhilfeeinrichtungen vorgenommen werden können, ohne dass ein*e Arzt*Ärztin vor Ort sein muss.

Wie kommen Suchtpatienten zur Hepatitis-C-Therapie zu Ihnen?

Wir kooperieren mit suchtmmedizinischen Praxen und Fachambulanzen in der Region. Dort findet in der Regel auch die Hepatitis-C-Testung statt. Patienten mit einem positiven Befund können dann zur Therapie zu uns überwiesen werden, zu-

mindest, wenn sie in einigermaßen stabilen Umständen leben.

Was sind die Voraussetzungen für eine Therapie?

Abgesehen von einem Virusnachweis, also einem positiven PCR-Test, steht an erster Stelle die Motivation. Die haben aber praktisch alle, die zu uns kommen, sonst wären sie diesen Weg nicht schon so weit gegangen. Wenn sie dann noch erfahren, wie verträglich die Arzneimittel sind, und dass sie es wert sind, damit behandelt zu werden, dann ist das zusätzlich bestärkend.

Die Behandlung kann heute schneller beginnen. Inwiefern ist das ein Fortschritt?

Suchtpatienten*innen – zumal, wenn sie nicht substituiert werden – leben häufig in instabilen Verhältnissen. Wenn sie nach der Diagnose sechs Monate warten müssen, kann dem Therapiestart viel in die Quere kommen.

Früher haben viele Suchtpatient*innen die Behandlung daher gar nicht angetreten. Damit entging ihnen die Chance auf Heilung. Insofern ist ein Therapiebeginn sofort nach der Hepatitis-C-Diagnose ein großer Fortschritt.

Was braucht es, dass die Patient*innen die Therapie zu Ende führen?

Die Therapie dauert acht bis zwölf Wochen. In dieser Zeit sollte gewährleistet sein, dass die Tabletten regelmäßig ein-

genommen werden, denn die Therapie ist umso erfolgreicher, je seltener Dosen ausgelassen werden. Daher ist es hilfreich, wenn Patient*innen während der Therapie ortsgebunden bleiben.

Welche Voraussetzungen sollte man als Arzt*Ärztin mitbringen, um Suchtpatient*innen zu behandeln?

Als Arzt*Ärztin sollte man Suchtpatient*innen akzeptieren, wie sie eben sind, sich von der Vorstellung lösen, dass sie alle möglichen Vorgaben befolgen, und ihnen wertschätzend begegnen. Ich habe großen Respekt vor diesen Menschen.

Es ist die Kunst der Ärzt*innen, aber auch der medizinischen Fachangestellten, auf jeden einzelnen Patienten einzugehen. Das zahlt sich dann auch aus. Von allen Suchtpatient*innen, die ich im vergangenen Jahr wegen einer Hepatitis C behandelt habe, haben lediglich zwei die Therapie abgebrochen.

Gibt es etwas, das Sie sich in Bezug auf die Hepatitis C wünschen?

Als ich 1990 mein Examen machte, wurde das Hepatitis-C-Virus gerade entdeckt. Es wäre toll, wenn ich zum Renteneintritt sagen könnte: Wir haben es geschafft, das Virus zu eliminieren. Bis dahin werde ich alles dafür tun, dass das gelingt. ■

Das Interview wurde von der Gilead Sciences GmbH mit Herrn PD Dr. Hinrichsen im November 2020 durchgeführt.

„Motivation und Akzeptanz!“

Besorgniserregender Anstieg der HIV-Neuinfektionen bei Drogen Gebrauchenden

Die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland wird vom Robert Koch-Institut für das Jahr 2019 auf 2.600 geschätzt und nimmt damit gegenüber 2018 (nach aktueller Schätzung 2.500 Neuinfektionen) leicht zu.

Gegensätzliche Entwicklungen bei MSM und Drogengebrauchenden

Während die Anzahl der geschätzten HIV-Neuinfektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), im Jahr 2019 mit etwa 1.600 konstant im Vergleich zum Vorjahr blieb, aber seit 2013 um 27% zurückging, gab es bei Drogengebrauchenden etwa 360 HIV Infektionen über den intravenösen Drogengebrauch. Dies bedeutet einen Anstieg an Neuinfektionen im Jahr 2019 von etwa 14%. Besorgniserregend erscheint der kontinuierlicher Anstieg in den vergangenen Jahren.

Durch das Angebot von Beratungs- und Testprojekte für Drogengebraucher*innen in Aids- und Drogenhilfeeinrichtungen lässt sich dieser Anstieg nicht erklären. Auch vor dem Hintergrund der kontinuierlichen und deutlichen Abnahme des injizierenden Konsums zugunsten inhalativer und nasaler Applikationsformen fällt eine Erklärung schwer.

89.700 Menschen leben in Deutschland mit HIV

Ende 2019 lebten 89.700 Menschen mit HIV in Deutschland. Davon haben 76.100 Menschen die Infektion in Deutschland, erworben. Etwa 13.000 Menschen mit ausländischer Herkunft, die in Deutschland leben, haben sich im Ausland mit HIV infiziert. Die aktuellen Daten des RKI zeigen deutlich, dass das Thema HIV bei Drogengebrauchenden weiterhin ein sehr aktuelles Thema darstellt und alle Akteure im Hilfesystem angehalten sind, den Fokus neben Hepatitis C auch auf HIV zu legen.

Geringer Anteil von behandelten HIV-Infektionen bei Drogengebraucher*innen

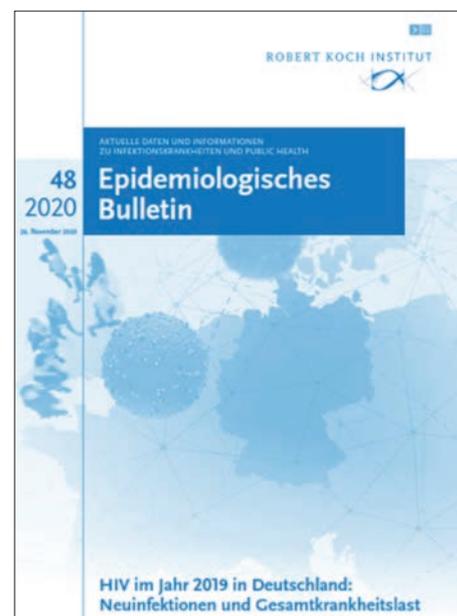
Unter den Teilnehmenden der DRUCK-Studie mit positivem HIV-Status gaben insgesamt 64% an, in ihrem Leben bereits einmal antiretroviral behandelt

worden zu sein. Insgesamt berichteten 55% zum Zeitpunkt der Studienteilnahme unter antiretroviraler Therapie zu sein. Dieser Anteil unter Drogengebrauchenden Frauen und Männern ist deutlich geringer als in anderen Gruppen. Es muss das Ziel sein, dass die positiven Auswirkungen einer erfolgreichen HIV-Behandlung u.a. im Hinblick auf eine Nichtübertragbarkeit von HIV auch unter HIV-positiven Drogengebrauchenden wirksam werden. ■

JES-Bundesverband

► Quelle: RKI

Geschätzte Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2019		
	Gesamtzahl	2.600 (2.400–2.900)
	Männer	2.200 (2.000–2.400)
	Frauen	480 (400–500)
Nach Infektionsweg	Sex zwischen Männern	1.600 (1.500–1.800)
	Heterosexuelle Kontakte	650 (570–740)
	i. v. Drogengebrauch	360 (290–450)
	Mutter-Kind-Transmission	< 10





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.

Auszeichnung durch das JES-Netzwerk

Die JES-Selbsthilfe fand vor mehr als 30 Jahre ihren Ursprung durch eine intensive Unterstützung und Förderung durch Aidshilfen und einige damals bereits sehr innovative Drogenhilfen.



„Die Zeit ist reif um jene Einrichtungen, die sich seit Jahrzehnten um die Förderung von Selbsthilfe und Selbstorganisation verdient gemacht haben auszuzeichnen“, so Torsten Zelgert von JES-NRW.

Zelgert weiter, „Wir wollen aber nicht nur die üblich Verdächtigen auszeichnen, sondern Einrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet motivieren sich intensiver mit der Förderung von Selbstorganisation auseinanderzusetzen und den vielfach reinen Dienstleistungscharakter in Einrichtungen zu überwinden. Es gilt die Nutzer*innen der Einrichtungen zu wirklich Beteiligten zu machen“.

Das JES-Netzwerk sieht seit vielen Jahren, dass die Förderung von Drogenselbsthilfe auch für die Einrichtungen selbst vielfältige positive Effekte haben kann.

Form der Auszeichnung

Einrichtungen aus der Aids- und Drogenarbeit, die die in der Urkunde aufgeführten Qualitätskriterien erfüllen, erhalten das Label „Drogenselbsthilfefreundliche Einrichtung“ für verschiedene Formen der Verwendung

- als Urkunde
- als Aufkleber
- als digitales Label

Es geht um die Förderung von Drogenselbsthilfe, nicht um JES

Uns als Bundesverband und Landesverband geht nicht zwingend um die Förderung von JES-Gruppen. Wir möchten ebenfalls Einrichtungen auffordern sich zu bewerben, die Selbsthilfegruppen für ehemalige Konsument*innen vorhalten. Im Mittelpunkt soll hierbei die Partizipation, Einbeziehung und Eigenständigkeit stehen, egal ob es um JES-Gruppen oder um die Selbstorganisation von anderen Formen der Drogenselbsthilfe geht



Beispiel der Urkunde

Wir freuen uns über die ersten Preisträger*innen

AIDS Initiative Bonn (AIB)

Der Verein AIDS-Initiative Bonn e.V. wurde 2002 von Aktivist*innen der Aidsarbeit aus dem Bedürfnis heraus gegründet, für die Zukunft eine gute und erfolgreiche Arbeit in dem Bereich in Bonn zu sichern. Im gleichen Jahr beauftragte der Rat der Stadt Bonn die AIB mit den Schwerpunktbereichen psychosoziale Beratung, Betreuung und Begleitung, Drogen und Aids, und Migration und Aids.

In der AIB sind seit vielen Jahren Drogen gebrauchende Menschen sowie HIV-positive als auch HIV-negative Menschen aktiv. Die AIB legt den Fokus ihrer Arbeit auf die Entstigmatisierung von Menschen die Drogen gebrauchen oder HIV/Hepatitis positiv sind. Denn trotz eines guten Versorgungsystems und wirksamer Medikamente stehen diese Menschen oft am Rand der Gesellschaft. Mitarbeiter*innen der AIB gehören dem JES-Landesvorstand an und fördern seit Jahrzehnten die Drogenselbsthilfe.



Torsten Zelgert 2.v.r (JES-NRW) und Iris Klömpken ganz links, überreichen in Bonn Christa Skomorowski rechts und Ralf Rünninger 2. v.l von der AIDS-Initiative Bonn die Urkunde



Stefan Ritschel (links) übergibt das Zertifikat an die Geschäftsführerin Claudia Schieren und Theresa Greiwe vom VISION-Vorstand (rechts). Vorne Iris Klömpken (JES-Westschienenkoordination)



Torsten Zelgert (mit Urkunde) und Axel Hentschel 2.v.r und Ralf Rünninger ganz rechts von JES-NRW, überreichen die Urkunde an Nadine Bolte 2.v.l, Peter Külpmann 3.v.l, und Peter Garbe ganz links von der Aidshilfe Duisburg/Kreis Wesel.

Aidshilfe Duisburg/Kreis Wesel

Die Aidshilfe Duisburg gehört ebenfalls seit vielen Jahren zu den Förderern der Drogenselbsthilfe. Mit ihrer Unterstützung gelang es vor vielen Jahren eine JES-Gruppe in Duisburg zu realisieren. Die Kolleg*innen in Duisburg waren in maßgeblicher Weise an der Durchführung des 10-jährigen Jubiläums unseres

Netzwerks in der Duisburger Innenstadt beteiligt. Eine Veranstaltung, die jene die damals bereits dabei waren, nie vergessen werden. In der Duisburger Aidshilfe wird die Kooperation von Selbsthilfe und Aids und Drogenarbeit beispielhaft umgesetzt. Wir gratulieren der Aidshilfe Duisburg ganz herzlich und freuen uns auf die zukünftige Zusammenarbeit.

VISION

Man kann VISION, 1991 gegründet als Junkie Bund Köln, als das Vorzeigeprojekt des JES-Netzwerks bezeichnen, denn so oder so ähnlich könnten wir uns die Kooperation von User*innen, Profis und der Selbsthilfe vorstellen. VISION ist mit seiner Struktur deutschlandweit einzigartig. Nicht nur das VISION als anerkannte Beratungsstelle Drogen gebrauchenden Menschen qualitativ hochwertige niedrigschwellige Angebote macht, Arbeitsprojekte vorhält und ein Projekt des ambulant betreuten Wohnens betreibt. Sie sind zudem ein exzellenter Repräsentant und Förderer von Selbsthilfe und bieten unseren Strukturen auch ein Zuhause.

Wir freuen uns sehr über das rege Interesse vieler Einrichtungen. Daher möchten wir weitere Einrichtungen dazu aufrufen sich zu bewerben. Alles zum Projekt „Drogenselbsthilfefreundliche Einrichtungen“ ist auf den Seiten des JES-Bundesverband unter www.jes-bundesverband.de/projekte/selbsthilfefreundliche-einrichtung/ zu finden. ■

Die AG Qualitätszertifikat

JES-Bundesverband e.V.

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

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

JES-Mailingliste

netzwerk@jes-bundesverband.de

JES-NRW e.V.

Lindenstraße 20,
50674 Köln
Tel.: 0221 92599614
E-mail info@jesnrw.de

JES-Westschiene

JES Bielefeld e.V.
c/o AIDS-Hilfe Bielefeld
Ehrentrapper Weg 45 a
33604 Bielefeld
Tel.: 0521 / 13 33 88
Fax: 0521 / 13 33 69
E-mail: info@jesbielefeld.de
www.jesbielefeld.de
Ansprechpartner: Mathias Häde
(JES-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.: 0162 / 468 68 92

JES Düsseldorf
c/o Aidshilfe Düsseldorf
Johannes-Weyer-Str. 1
40225 Düsseldorf
Ansprechpartner: Klaus
Klausphilipzig764@gmail.com

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

JES Mülheim
Mülheim a.d. Ruhr
Tel.: 01578 / 8117293
Ansprechpartner: Ute
jes-mh@gmx.de

JES Sauerland
c/o Cora Meister (JES-Vorstand)
An der Wallmei 26
34431 Marsberg

JES Wuppertal
c/o Café Cosa
Friedrich-Engels-Allee 122
42285 Wuppertal
Ansprechpartner: Volker
0172 / 925 28 71
Doersamvolker15@gmail.com

JES Unna
c/o Lüsa
Bachstraße 9
59425 Unna
Ansprechpartner: Björn
Tel.: 0157 / 37 79 61 93

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
Claudia Schieren (JES-Vorstand)

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

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

JES Hannover e.V.
c/o Ilona Rowek
Döbbekkehof 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 Canal
(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
E-mail: 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 Stuttgart e.V.
Postfach 150314
70076 Stuttgart
E-mail: mail@jesstuttgart.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:
15. Februar 2021

Für mehr Individualität



in der Substitutionstherapie



Janka ist tot!

Der JES-Bundesverband trauert um sein Vorstandsmitglied Janka Kessinger

Am Sonntag, dem 13. Dezember 2020, verstarb Janka Kessinger an den Folgen eines Herzinfarkts. Sie war seit 2010 Mitglied in unserem Verband. Seit 2012 Koordinatorin der JES-Gruppen in Süddeutschland und bis zu ihrem Tod langjähriges Mitglied im JES-Bundesvorstand.

Bereits kurz zuvor hatte sie einen Herzstillstand erlitten, doch den Zwischenfall, wie es schien, ohne erkennbare körperliche Schäden überlebt. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus hatte Janka sogar an der JES-Mitgliederversammlung teilgenommen. „Mit Janka Kessinger verliert unsere Gemeinschaft eine wichtige Person, die wir nie vergessen werden“, würdigt der JES-Bundesverband seine Mitstreiterin.

Grenzüberschreitendes Engagement für Diamorphinbehandlung

Janka arbeitete als Rechtsanwaltsgehilfin und lebte mit ihrem Mann Günther, ebenfalls JES-Mitglied, dicht an der deutschen Grenze in der Schweiz. Nur dort war ihr früh die Behandlung mit Diamorphin möglich.

In ihrer Freizeit engagierte sie sich bei JES und nahm lange Fahrten aus der Schweiz in Kauf, um bei Treffen im Bundesgebiet mit dabei sein zu können. Besonders am Herzen lag Janka die Ausweitung des Diamorphin-Programms, denn sie selbst wurde sehr erfolgreich mit Diamorphin behandelt. Zwei Jahrzehnte lang zuvor bestimmten die Finanzierung, Beschaffung und damit verbunden auch Gefängnisauenthalte ihr Leben, immer wieder begab sie sich in Therapien und Entzugskliniken.

Aktivistin für ein menschenwürdiges Leben für Drogengebraucher*innen

Ihre Erfahrungen in der Schweiz waren für sie Ansporn, auch in Deutschland die Situation für Drogengebraucher*innen zu verändern. So erklärte sich Janka bereit an der Kampagne der Deutschen Aidshilfe „Wussten Sie eigentlich“ mitzuwirken und unter dem Slogan „Heroin kann Leben retten“ ihre Erfahrungen mit der Diamorphinbehandlung darzustellen. ► wusstensie.aidshilfe.de/de/heroin-kann-leben-retten

Wir werden Janka in Erinnerung behalten – als Drogengebraucherin, die sich mit hohem persönlichen Einsatz für die Veränderung von Lebensbedingungen Drogen gebrauchender Menschen einsetzte.

JES-Bundesvorstand