

DROGENKURIER

MAGAZIN DES BUNDESWEITEN JES-NETZWERKS

DEZ. 2006

NR. 68

Der Skandal um die Heroinbehandlung
ALLES IN SCHWARZ

■ **Substitution: Hoffnung durch neue Medikamente?**

■ **„Heroinbehandlung“ – alles aus?**

■ **Der neue JES-Sprecherrat stellt sich vor**

■ **„Pola oder Metha“ ist das hier die Frage?**

■ **HIV/Aids in Deutschland**

JUNKIES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

LIEBE LESERINNEN UND LESER DES DROGENKURIER,
LIEBE FREUNDINNEN UND FREUNDE
DES JES-NETZWERKS,

IMPRESSUM

Nr. 68, Dezember 2006

**Herausgeber des
DROGENKURIER:**

JES*-Netzwerk
c/o Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail:

jes-sprecherrat@yahoogroups.de

http://:jes-netzwerk.de

Dirk Schäffer (V.i.S.d.P.)

Mitarbeit:

Matthias Bayer
Alexander Dietsch
Bernd Forche
Mathias Häde
Marco Jesse
Sabine Lahmer
Jochen Lenz
Ilona Rowek
Claudia Schieren
Frank Wiedtemann

Satz und Layout:

Carmen Janiesch

Druck: DMP – Digital- & Offset-
druck GmbH

Auflage: 1.000 Exemplare

Der DROGENKURIER wird
unterstützt durch
Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
essex – Pharma
Sanofi Aventis

*Junkies, Ehemalige, Substituierte

Die Nennung von Produktnamen
bedeutet keine Werbung.

Ein aufregendes Jahr neigt sich dem Ende entgegen. Das bundesweite JES-Netzwerk möchte Ihnen und euch zum Ausklang des Jahres 2006 noch eine druckfrische Ausgabe des DROGENKURIER servieren.

Es war ein aufregendes Jahr für das JES-Netzwerk und für Drogen gebrauchende Menschen. So wirkte – direkt zum Jahresbeginn- die Ankündigung der christlich-liberalen Landesregierung in NRW alle Landeszuwendungen für die Drogenselbsthilfearbeit zu streichen wie ein Hammerschlag. Die Ankündigung wurde umgesetzt. Unsere Freundinnen und Freunde in NRW haben sich nicht entmutigen lassen und werden ihr Engagement für Drogen gebrauchende Menschen fortsetzen.

Die Arzneimittelstudie zur Heroingestützten Behandlung dominierte die Diskussionen wie kein anderes Thema. Das bundesweite JES-Netzwerk begleitete und kommentierte die Entwicklungen rund um dieses spannende Thema und hat die Hoffnung nicht aufgegeben, dass die eindeutigen Ergebnisse dieser Studie nun auch dazu beitragen dieser Behandlungsform eine wirkliche Chance in der Regelversorgung zu geben.

So ist es nicht verwunderlich, dass der DROGENKURIER auch in dieser Ausgabe die aktuellsten Entwicklungen hierzu vorstellt. Wir bedauern zutiefst, dass die Bewertung des Modellversuchs von vielen politisch Verantwortlichen durch parteipolitische und ideologische Komponenten dominiert wird.

Interessantes gibt es aber auch zur Substitution zu vermelden. Der DROGENKURIER stellt eine neue Studie zu Wirkunterschieden zwischen Polamidon und Methadon vor.

In den nächsten Monaten wird ein neues Medikament zur Substitutionsbehandlung in Deutschland zum Einsatz kommen ... mehr dazu in dieser Ausgabe!

Es gibt natürlich noch vieles mehr – mehr dazu auf den nächsten Seiten.

Das bundesweite JES-Netzwerk und die Deutsche AIDS Hilfe möchte sich bei allen Leser(inne)n und Förderern des DROGENKURIER bedanken und wünscht Ihnen und Euch Gesundheit und ein schönes Weihnachtsfest.

Das Team des DROGENKURIER

Alles aus bevor es richtig begann?

Heroinvergabe durch Regierungskoalition gestoppt

Eigentlich sollte dieser Beitrag den Titel „Unwürdiges Gezerre um die Heroinbehandlung“ tragen. Ja, es war tatsächlich ein unwürdiges Gezerre auf dem Rücken und zum Nachteil vieler Heroinkonsumenten. Nun ist das Gezerre beendet und zwar auf jene Weise wie von uns befürchtet.

Was ist passiert in den letzten Tagen und Wochen:

- die Studienergebnisse sind veröffentlicht und sprechen eine deutliche Sprache. Die Überlegenheit von Heroin gegenüber den mit Methadon behandelten Patienten ist signifikant
- Heroin ist ein sehr sicheres Medikament
- die Abnahme der Delinquenz ist bei den Deliktgruppen Ladendiebstahl, Raub und Handel größer als bei der Methadongruppe
- es gibt Anhaltspunkte dafür, dass nach der Überleitung in die Regelversorgung die Heroinbehandlung und die Methadonbehandlung mittelfristig aus gesellschaftlicher Sicht eine Kostenersparnis erbringen
- Die Zulassung von Diamorphin durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist erteilt

So weit so gut. Doch die Zeit drängte, denn am 31.12.2006 also in wenigen Tagen wird die Behandlung der Studienteilnehmer mit Heroin eingestellt.

Parteiübergreifender Konsens

Aktuell passiert etwas, was auf der politischen Bühne nicht oft vorkommt. Es gibt einen parteiübergreifenden Konsens über die Zulassung von Heroin als Medikament. Neben Bündnis 90/Die Grünen, der FDP, sowie Die LINKE/PDS gibt es auch in der SPD, die diese Studie auf den Weg brachte, weitgehende Übereinstimmung.

Auch viele CDU Politiker gaben positive Signale bezüglich der Regelversorgung mit Heroin, wie z. B. Frau Stolz die Sozialministerin aus Baden-Württemberg, Heinz Fendrich OB von Karlsruhe, Petra Roth OB von Frankfurt/Main, um nur einige zu nennen. Die Hamburger Gesundheitsministerin Birgit Schnieber-Jastram (CDU) sagte sogar zu, Patienten auch im kommenden Jahr weiterhin mit Heroin zu behandeln.

Neben der politischen Mehrheit sprachen sich die Bundesärztekammer, die Magistrate der an der Studie beteiligten Städte, Fachverbände der Drogen und AIDS-Hilfe wie AKZEPT; FDR, DHS, Deutsche AIDS-Hilfe, der DPWV, die Gesellschaft für Suchtmedizin die Selbsthilfen JES und SYNANON und viele mehr für eine Fortführung der legalen Verschreibung von Diamorphin aus.

Dieses einheitliche Bild zeigt sich äußerst selten und ist Ausdruck eindeutiger Ergebnisse der wissenschaftlichen Studie.

DER SKANDAL – Im Mittelpunkt steht Frau Eichhorn

Nun fühlten sich die Gesundheitspolitiker der CDU/CSU Bundestagsfraktion auf den Plan gerufen. Nach dem Motto „Was nicht sein darf, kann nicht sein“ brauchte es nun Argumente um die Fortführung der Behandlung mit Heroin zu verhindern.

Traurige Berühmtheit erlangte die Drogenpolitische Sprecherin der CDU/CSU Frau Eichhorn: Dieses Maß an Unfachlichkeit und ideologischer Frechheiten hat selbst bei jenen die der Fortführung der Heroingestützten Behandlung eher skeptisch gegenüberstanden Kopfschütteln verursacht.

Hier ein Paradebeispiel des politischen Versagens von Frau Eichhorn „mehrere Millionen Euro in die Fortführung des Heroin-Modellprojekts zu investieren ist falsch, nutzen wir das Geld, das für die Heroinsubstituti-



Frau Eichhorn, Drogenpolitische Sprecherin der CDU/CSU

on vorgesehen war, für eine Verstärkung der Cannabisprävention, denn wir müssen alles tun, um die Menschen vor einem Suchtschicksal zu bewahren.“

Diese Aussage macht deutlich, dass populistische Äußerungen Vorrang vor Menschenleben haben. Wir ersparen Euch an dieser Stelle weitere Aussagen von Frau Eichhorn mit denen sie tatsächlich das Studiendesign kritisiert. Einfach unglaublich!

Warum konnte sich die SPD nicht durchsetzen?

Diese Frage stellen wir uns in der Tat. Wie viel Druck wurde auf den Koalitionspartner ausgeübt? Wie wichtig ist den Gesundheitspolitikern der SPD diese Behandlungsform tatsächlich?

Wir konnten die stetigen Bemühungen der Bundesdrogenbeauftragten Frau Bätzing verfolgen. Auch Staatssekretätin Caspers-Merk positionierte sich sehr deutlich. Wo aber war die SPD Männerriege. Hubertus Heil zum Beispiel, der sich bereits vor einigen Jahren für eine solche Behandlungs-

form ausgesprochen hat. Wir können uns dem Eindruck nicht erwehren, dass Frau Bätzing nicht das Höchstmaß an Unterstützung erhielt. Es leuchtet nicht ein, dass mit der überwältigenden Mehrheit der Experten im Rücken und den eindrucklichen Studienergebnissen die Fortführung nicht durchgesetzt werden konnte.

Natürlich – Drogengebraucher haben keine Lobby und ein paar hundert Heroinkonsumenten sind nicht wichtig genug um die Koalition aufs Spiel zu setzen, oder?

Ein Zweifel bleibt schon ob man wirklich alle Register gezogen hat um dieses Projekt in die Regelversorgung überzuleiten und so eine weitere adäquate Ausdifferenzierung des Hilfesystems zu ermöglichen.

Was nun?

Nach der Blockade der CDU/CSU Fraktion im Bundestag gibt es dort keine Möglich-

keit mehr einen Gesetzentwurf einzubringen.

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit Vertreterinnen von Fachzeitschriften im Suchtbereich, zu dem auch das JES-Netzwerk als Herausgeber des DROGENKURIER eingeladen war, bestätigte die Bundesdrogenbeauftragte eine Fortführung der Behandlung mit Diamorphin für diejenigen Teilnehmerinnen die aktuell bereits Heroin erhalten bis zum 30.06.2007.

Nun gilt es eine Mehrheit für die Fortführung der Behandlung mit Diamorphin als Regelbehandlung über den Bundesrat zu organisieren. Gänzlich aussichtslos scheint dieses unterfangen nicht. So haben die Länder Hessen und Hamburg diesbezüglich positive Signale gesandt. Erforderlich ist allerdings, dass ein Bundesland einen ersten Schritt tut und einen Gesetzentwurf vorlegt der im Bundesrat mehrheitsfähig ist.

Sollte dies nicht gelingen, wäre das Ziel die Behandlung mit Diamorphin in die Regelbehandlung zu integrieren, wahrscheinlich für die nächsten Jahre vom Tisch.

Vielen von uns hat es schlicht die Sprache verschlagen. Wir sind maßlos enttäuscht, dass wieder einmal „Argumente aus der Mottenkiste“ gezogen wurden.

Für JES gilt es nun – gemeinsam mit seinen Bündnispartnern – mit unverminderter Kraft die politisch Verantwortlichen in den Bundesländern und Städten zu unterstützen. Die Länder Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen, stehen hierbei im Fokus. Da für eine Mehrheit im Bundesrat aber auch die Stimmen jener Länder benötigt werden, die bisher nicht am Modellversuch beteiligt waren, ist dort ebenso Engagement gefragt.

Noch haben wir nicht aufgegeben!

JES-Netzwerk

FRAU BÄTZING WEHRT SICH

27.11. 2006 Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Am 21. November ist in einem Gespräch der Fraktionsspitzen der Union und der SPD eine Entscheidung zum Fortgang der diamorphingestützten Behandlung gefallen. Die Union war nicht bereit, eine Gesetzesinitiative mitzutragen, die eine Überführung der Diamorphinbehandlung in eine Regelversorgung ermöglichen würde. Lediglich eine Weiterbehandlung der Patient/-innen in der Studie käme für die Union in Frage.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing, vertritt die Auffassung: „Ein solcher Vorschlag steht im Gegensatz zu den Ergebnissen der Arzneimittelstudie. Diese belegen, dass die Diamorphinbehandlung für die Zielgruppe der Schwerstopiatabhängigen der herkömmlichen Substitutionsbehandlung signifikant überlegen ist. Eine Begrenzung auf die Patientinnen und Patienten in der Studie leugnet diese Erkenntnisse. Diese Entscheidung führt dazu, dass etwa 1.500 schwerst Opiatabhängige in Deutschland das einzig wirksame Medikament verweigert wird. Diesen Menschen droht deshalb wieder die Verelendung.“

Die Position der Bundestagsfraktionen der Union ist auch deshalb nicht nachvollziehbar, weil sie sich gegen die Forderungen aus den betroffenen, zumeist unionsgeführten Städten und einigen CDU-geführten Ländern, zur Fortsetzung der diamorphingestützten Behandlung stellt. Diese haben bereits eine langfristige Integration der diamorphingestützten Behandlung in das Drogen-

hilfesystem begonnen oder setzen sie schon um. Die Städte sehen die Behandlung von schwerstabhängigen Menschen mit Diamorphin als einen wichtigen und wirksamen Baustein ihrer kommunalen Drogenhilfestrategie an und fordern eine entsprechende Änderung des Gesetzes.

Der Vorschlag, nur noch die etwa 350 Patienten der Studie weitzubehandeln, ist auch aus ökonomischer Sicht nicht praktikabel. Bereits jetzt operieren alle Studienzentren nicht mit voller Auslastung, deshalb sind die Kosten pro Patient in letzter Zeit gestiegen. Mit jedem weiteren Patienten, der aus der Behandlung ausscheidet, verschärft sich dieses ökonomische Problem. Sabine Bätzing: „Mit diesem Vorschlag stehlen sich die Bundestagsfraktionen der Union aus der Verantwortung.“

Offenkundig will sich die Union auf Bundesebene mit der Absage an ein Gesetz auch einer konstruktiven Auseinandersetzung mit dem Schlussbericht einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe entziehen. Dieser Schlussbericht empfiehlt eine sehr eng reglementierte Behandlung mit Diamorphin in einer Regelversorgung. Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden hat deshalb am 17. November beschlossen, dass das Bundesministerium für Gesundheit mit den Ländern entsprechende gesetzliche Möglichkeiten prüfen soll. Sabine Bätzing: „Wir werden die Verantwortlichen der Länder zu einem Gespräch einladen. Mit der geplanten Verlängerung der Behandlung bis zum 30.06.2007 haben die Länder ausreichend Zeit, um sich abzustimmen und einen Gesetzentwurf in den Bundesrat einzubringen. Die Hoffnungen der schwerstkranken Opiatabhängigen ruhen jetzt auf den Ländern.“

Drogensüchtige ohne Lobby

KOMMENTAR
VON CHRISTIANE
BADENBERG

Zugegeben, die Abgabe von Heroin auf Rezept ist nicht unumstritten. Auch in der Drogentherapie engagierte Ärzte sehen sie nicht unkritisch. „Welche Motivation soll ein Süchtiger haben, von der Droge loszukommen, wenn der Staat ihm das Heroin finanziert?“, ist ein Einwand, über den sich das Nachdenken lohnt.

Aber es sind nicht diese Bedenken, die dazu geführt haben, dass die Große Koalition sich entschlossen hat, die kontrollierte Abgabe an Schwerstabhängige aufzugeben. Aus Expertensicht gibt es keine Gründe dafür, denn die seit vier Jahren laufende Studie hat zu viel versprechenden Ergebnissen geführt.

Deshalb sprechen sich auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und die Bundesärztekammer für die Abgabe aus. Die BÄK hält die Heroinabgabe an eine begrenzte Zahl Schwerstabhängiger für eine sinnvolle zusätzliche Therapieoption. Und selbst die baden-württembergische CDU-Sozialministerin Monika Stolz ist für eine Heroinabgabe auf Rezept.

Die Ärztin konnte sich aber nicht gegen ihre Parteifreunde durchsetzen. Und allein hier liegt der wahre Grund für den Abgabestopp. Es geht nicht um Hilfe für die Süchtigen, sondern um parteipolitisches Kalkül. Vor allem in den Unionsregierten Ländern Bayern und Baden-Württemberg gab es große Vorbehalte gegen die legale Heroinabgabe. Und wegen ein paar Süchtiger, die ohnehin kaum eine Lobby haben, riskiert die SPD keinen Streit in der Großen Koalition.

Ärztezeitung 24.11.2006

HIV-Infektion bei Drogengebrauchern

Aktuelle Daten des Robert Koch Instituts

Die hier vorgestellten Daten stammen aus dem am 31. Oktober 2006 erschienenen Bericht des Robert Koch Instituts (RKI).

Entwicklung der HIV-Melddaten

Bis zum 01. September 2006 wurden dem RKI für das erste Halbjahr 2006 insgesamt 1.197 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Damit bleibt die Zahl der HIV-Neudiagnosen im ersten Halbjahr 2006 auf dem hohen Niveau der beiden vorangegangenen Halbjahre 2005.

Betrachtet man die Entwicklung der HIV-Neudiagnosen in den verschiedenen Betroffenenengruppen, so lassen sich in allen Gruppen – außer den Personen mit Herkunft aus Hochprävalenzregionen – gegenüber den beiden Vorhalbjahren keine wesentlichen Änderungen feststellen.

- Angaben zum Infektionsweg lagen für 86% der im ersten Halbjahr 2006 neu diagnostizierten HIV-Infektionen vor.
- Darunter stellen MSM (Männer die mit Männern Sex haben) mit 62 % die größte und in den letzten Jahren anteilmäßig wie auch in absoluten Zahlen am kontinuierlichsten anwachsende Gruppe.
- Erstmals seit 2001 stellen im ersten Halbjahr 2006 Personen, die ihre HIV-Infektion durch he-

terosexuelle Kontakte erworben haben und nicht aus Hochprävalenzländern stammen (Hetero), mit 17% die zweitgrößte Betroffenenengruppe dar.

- Personen, die aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung (Hochprävalenzländer, HPL) stammen, sind mit 13% an dritter Stelle der HIV-Erstdiagnosen. Es ist anzunehmen, dass der überwiegende Teil der Personen aus HPL sich in ihren Herkunftsländern infiziert hat.
- Die Gruppe der Personen, die eine HIV-Infektion über i.v. Drogengebrauch (IVD) erworben haben, stand mit 7% unverändert an vierter Stelle.



- Im ersten Halbjahr 2006 wurden 7 HIV-Infektionen bei Kindern und Neugeborenen HIV infizierter Mütter (PPI) diagnostiziert (1%).

Die Situation bei DrogengebraucherInnen

Bei i.v. Drogengebrauchern ergibt sich bundesweit keine wesentliche Veränderung in der Gesamtzahl der Erstdiagnosen gegenüber den beiden Vorhalbjahren. Der überproportional hohe Anteil von Meldungen aus Nordrhein-Westfalen, auf den bereits im vorangegangenen Halbjahresbericht hingewiesen wurde, bleibt auch im ersten Halbjahr 2006 bestehen und verstärkt sich sogar noch. Dabei hat in NRW der Anteil der Frauen unter den Meldungen über neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei i.v. Drogengebrauchern deutlich zugenommen: Er steigt von 24 % im Jahre 2005 auf 42 % im ersten Halbjahr 2006.

Derzeit werden in Zusammenarbeit mit der zuständigen Landesgesundheitsbehörde weitere Recherchen durchgeführt, um die Ursachen dieser Zunahme von HIV-Meldungen abzuklären.

Die unten abgebildete Tabelle gibt einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl der HIV-Erstdiagnosen für den Infektionsweg „intravenöser Drogengebrauch“ seit dem Jahr 1995.

Diese Zahlen machen deutlich, dass eine kontinuierliche Abnahme der neudiagnostizierten HIV Infektionen bei DrogengebraucherInnen zu verzeichnen ist. Eine Ausnahme bildet ihr lediglich das Jahr 2003.

Die nachfolgende Darstellung zeigt die Anzahl der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen in den letzten 12 Monaten in exemplarischen Städten bzw. Bundesländern.

Bundesland / Städte	Anzahl HIV-Erstdiagnosen bei IVDU
Baden-Württemberg	12
Bayern	11
München	4
Nürnberg	4
Berlin	4
Hamburg	15
Hessen	5
Frankfurt a.M.	2
Niedersachsen	25
Hannover	15
Nordrhein-Westfalen	54
Köln	3
Düsseldorf	2
Essen	4
Dortmund	17
Münster	8
Bonn	3
Sachsen, Sachsen-Anhalt	0
Thüringen	5

Während in Städten wie Berlin und Frankfurt eine deutliche Reduzierung von HIV-Infektionen bei Drogengebrauchern festzustellen ist, zeigt sich eine besorgniserregende Anzahl von Neudiagnostizierten HIV-Infektionen in Dortmund sowie in Münster. Derzeit ist völlig unklar welche Gründe (vermehrte Testung, Anstieg der Prävalenz von Drogengebrauchern) es für diese relativ hohe Anzahl von neudiagnostizierten HIV Infektionen gibt.

Eines ist aber sehr deutlich: Die insgesamt positive Entwicklung hinsichtlich der fast kontinuierlichen Reduzierung von HIV Infektionen bei iv DrogengebraucherInnen lässt sich auf diesem niedrigen Niveau nur mit unverminderten Anstrengungen in der Präventionsarbeit sichern. Ein wesentliches Element dieser Arbeit wird bisher durch die AIDS Hilfen und die MultiplikatorInnen des bundesweiten JES-Netzwerks im Rahmen ihrer Selbsthilfearbeit sichergestellt. In Anbetracht der vorliegenden Daten für das Land Nordrhein-Westfalen sind die umgesetzten Kürzungen in den Bereichen Drogenselbsthilfe sowie AIDS- und Drogenhilfe in keinsten Weise nachzuvollziehen.

Dirk Schäffer



	Bis 1997	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	gesamt
IVDU	958	254	203	197	170	115	108	140	131	141	68	2476
	11,0%	11,8%	10,6%	11,3%	10,1%	8,0%	6,3%	7,1%	6,0%	5,7%	5,7%	9,1%
Männer	657	173	140	136	127	80	75	99	89	104	44	1724
Frauen	278	66	55	54	38	34	32	40	38	32	21	688
Ohne Angabe	23	6	8	7	5	1	1	1	4	5	3	64

Der neue JES-Sprecherrat stellt sich vor

Mittlerweile sind zwar einige Wochen vergangen, aber dennoch wollen wir in dieser Ausgabe des DROGENKURIER die Möglichkeit nutzen den Leserinnen und Lesern jene Personen vorzustellen die Maßgeblich für die bundesweite Arbeit des JES-Netzwerks verantwortlich sind. Dies natürlich nicht selbsternannt. Während die JES-Bundessprecher quasi im Rahmen einer „Mitgliederversammlung“ von allen anwesenden JES-Gruppen gewählt werden, erlangen die „Schienekoordinatoren(inn)en“ ihr Mandat durch eine Wahl auf der Landesebene.

Ein Überblick über die Aufgabengebiete des JES-Sprecherrats

Die bundesweite Arbeit unseres Netzwerks wird durch die von den JES-Mitgliedern gewählten Bundessprechern und Schienekoordinatoren geleistet. Diese Personen bilden gemeinsam den JES-Sprecherrat.

Der bundesweite JES-Sprecherrat ist das politische Sprachrohr unseres Netzwerks und damit vor allem die Vertretung in der Öffentlichkeit, bei Kongressen und bundesweiten Veranstaltungen. Ein weiterer Schwerpunkt dieses Gremiums ist die Vorbereitung, Durchführung, Leitung und Dokumentation der JES-Seminarreihe. Im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Treffen des JES-Sprecherrats werden die verschiedenen Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen aus den unterscheidenden Regionen unseres Netzwerks gebündelt und

diskutiert, werden bundesweite Veranstaltungen vor- und nachbereitet.

Die enge Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Drogen der Deutschen AIDS-Hilfe und hier insbesondere mit dem Referenten für Drogen und Haft – Dirk Schäffer – unterstützt den Sprecherrat in der Umsetzung der über die Krankenkassen beantragten Mittel sowie jener Mittel die über den DAH Haushalt für die Drogenselbsthilfe zur Verfügung stehen.

Der JES-Sprecherrat arbeitet ferner in politischen Entscheidungsgremien und bundesweiten Fachgruppen der Drogenarbeit mit um hier die Interessen von Junkies, Ehemaligen und Substituierten einzubringen.

Dieses Gremium führt regionale Erfahrungen zu Impulsen zusammen, mit denen die Arbeitsansätze des JES-Netzwerks konzeptionell weiterentwickelt werden können.



Frank Wiedtemann
(Heilbronn)
JES-Bundessprecher

Als „Jungfünfziger“ bin ich fast schon so etwas wie der Dinosaurier im JES-Sprecherrat. Ich war 23 Jahre lang auf Heroin und man hat mich insgesamt etwas über zwanzig Jahre in irgendwelche Knäste weggesperrt. Auch meine Biographie ist geprägt vom Sterben vieler Freundinnen und Freunde, mit denen ich ein Stück des Weges gemeinsam gehen durfte. Vor fünf Jahren habe ich eine Therapie gemacht und bin seither clean.

In Heilbronn hängen geblieben, gründete ich vor über 5 Jahren mit Freunden JES-Heilbronn. Ich arbeitete des öfteren ehrenamtlich im Kontaktladen, wo ich mein bei der JES-Arbeit erworbenes Wissen sehr gut als Multiplikator nutzen kann.

Regional gelte ich wohl als unheilbarer Romantiker, da ich fest davon überzeugt bin, auf den Szenen, – verloren geglaubte Werte wie Freundschaft und Solidarität wieder erwecken und leben zu können.

Überregional verspreche ich mir Stimme sein zu können für all die sprachlosen, die dabei sind sich aufzugeben. Meine Vision ist es immer mehr Leute in der Selbsthilfe als Aktivistinnen zu rekrutieren um die Stellung von JES als solidarisches und selbstbewusstes Netzwerk für Drogengebraucher zu stärken.

Frank Wiedtemann



Marco Jesse
(Bremen)
JES-Bundessprecher

Mein Name ist Marco Jesse. Vor 37 Jahren wurde ich in Bremen geboren, wo ich auch die ersten Lebensjahre verbracht habe. Relativ früh habe ich aber (zuerst mit meinen Eltern – später aber auch alleine – einen Streifzug durch die Republik begonnen. Neben ca. einem halben Jahr in Amsterdam habe ich in Karlsruhe, Köln, Baden-Baden, Syke und ein paar Dörfern dazwischen, gelebt.

Den Großteil meines Lebens – ca. 20 Jahre – habe ich mit von allen möglichen illegalen Drogen Erfahrungen gesammelt. In erster Linie verstehe ich mich aber als Opiatgebraucher. Drogengebrauch alleine war und ist aber nicht der einzige Antrieb für mich, mich in Drogenszenen aufzuhalten. Die (Sub-)Kultur in der Drogen oftmals konsumiert wurden und werden, hatte immer einen ganz besonderen Reiz für mich.

Bei JES bin ich seit nunmehr ca. 10 Jahren aktiv. Kennen gelernt habe ich JES aufgrund einer Bewährungsaufgabe die ich durch gemeinnützige Arbeit abzuleisten hatte. Der Kontaktladen der Bremer Gruppe war der Ort

wo das am lockersten gehen sollte. Nachdem ich angefangen hatte dort zu arbeiten, hat es mir zu meiner eigenen Überraschung sehr gut gefallen und ich wollte mich auch über die Gerichtsstunden hinaus einbringen und für die Interessen von Drogengebrauchern stark machen.

Ziemlich schnell musste ich dann aus der Not heraus auch Verantwortung in Form eines Vorstandsamts übernehmen, da einfach niemand anderes bereit war das zu machen. Seit dem versuche ich mit wechselndem Erfolg und ebenso wechselnden Kollegen und Kolleginnen die Anlaufstelle von JES-Bremen zu leiten und die Existenz zu sichern.

Vor 6 Jahren habe ich begonnen mich auch über die Landesgrenze hinaus zu engagieren indem ich die Koordination der Nordschiene übernahm. Ähnlich wie in Bremen war hier einfach keine Alternative vorhanden und die neuen Perspektiven in der JES-Arbeit haben mich auch sehr gereizt. Im letzten Jahr habe ich dann die Koordination an zwei Nachfolgerinnen weitergegeben. Vor 2 Jahren wurde ich in Berlin zum JES-Bundessprecher gewählt und beginne nun meine zweite Amtszeit.

Im Sprecherrat bzw. für ihn übernehme ich die Vertretung im Delegiertenrat der Deutschen AIDS Hilfe und im Aktionsbündnis Hepatitis um dort die Interessen von JES und Drogengebrauchern zu vertreten. Dazu werde ich auch an anderen Kongressen etc. teilnehmen und zusammen mit den KollegInnen auf den JES-Seminaren Informationen weitergeben.

Ich bin überzeugt das wir in den nächsten Monaten und Jahren viel daran arbeiten müssen, das im Bereich der Drogenarbeit Erreichte zu halten, uns gegen den Sozialabbau zu wehren und notwendige Behandlungsalternativen für HeroinkonsumentInnen in die Regelversorgung zu übernehmen

Damit wir all dies oder doch zumindest einen Teil davon erreichen können ist es wichtig das sich Drogengebraucher wieder stärker solidarisieren und wir uns auch mit anderen Menschen, die von den gleichen Einschnitten betroffen sind (wie z. B. andere Positivengruppen) zusammentun um für unsere Interessen zu kämpfen. Erst Schritte sind schon getan aber wir haben noch viel zu tun – in diesem Sinne ...

Marco Jesse



Claudia Schieren
(Berlin)
JES-Bundessprecherin

Mittlerweile bin ich 42 Jahre alt, habe 2 Jungs (17 + 19 Jahre) und lebe seit 17 Jahren in einer festen Beziehung.

Nach meiner langjährigen Phase des Konsums von illegalen Drogen, habe ich mich ca. 1994 in die Substitution begeben und zeitgleich begonnen mich in der Drogenselbsthilfe zu engagieren.

Zuerst war ich in der Selbsthilfe / Kontaktladen in Bonn als „Arbeitsstünder“ tätig. Nach Ableistung der Stunden fand ich Gefallen an der Arbeit und habe mich dort weiter ehrenamtlich engagiert. Nach kurzer Zeit schon bekam ich die Gelegenheit über eine Anstellung über „Arbeit statt Sozialhilfe“ und anschließend als ABM Kraft, dort weiter zu arbeiten.

Insgesamt habe ich in den 4 Jahren DASB e.V. viel gelernt und die unterschiedlichsten Tätigkeiten übernommen. Ich fand Gefallen daran andere Menschen zu beraten und zu unterstützen, da ich die meisten Situationen aus meinen Drogenstationen kannte und diese Erfahrungen gern weitergegeben habe.

Bis zu meinem Umzug nach Berlin, war die Leitung des JES-Kontaktladens in Düsseldorf eine weitere Station meines Lebens mit der JES-Selbsthilfe.

Meine Tätigkeit im Sprecherrat habe ich als Koordinatorin der Westschiene begonnen. Im Rahmen eines JES- Jahrestreffens vor 4 Jahren bot sich die Chance direkt in den Sprecherrat gewählt zu werden, nachdem mich ein „netter Kollege“ sozusagen „genötigt“ hatte, mich zur Wahl zu stellen. Ich bereue dies bis zum heutigen Tage nicht, denn die Arbeit im Sprecherrat und mit den Kollegen macht mir sehr viel Spaß.

Ich versuche soviel Zeit wie irgendwie möglich zu investieren, um mich an allen Themen zu beteiligen. Als Sprecherratmitglied habe ich die Aufgabe übernommen an den Delegiertenratsitzungen der DAH teilzunehmen. Wenn irgendwie möglich übernehme ich jährlich die Leitung eines JES-Seminar, wobei es sich meistens um das Neueinsteigerseminar handelt. Ich knüpfe gern Kontakt zu neuen JES-Leuten und versuche meine Erfahrungen mit JES weiterzugeben.

Dies lässt sich zusätzlich zu meiner Arbeit und Familie gut koordinieren, denn ich arbeite jetzt in einem völlig anderen Bereich – Beratung und Betreuung von langzeitarbeitslosen Menschen.

Claudia Schieren

Bernd Forche

(Leipzig)

JES-Bundessprecher

Mein Name ist Bernd. Ich war etwa 14 Jahre alt als ich mir den ersten „Knaller“ hab machen lassen. Das war für mich damals die absolute Rettung da ich die Wärme und Geborgenheit spürte nach der ich gesucht hatte.

Mit 19 machte ich ein 1-jähriges Vorpraktikum zum Krankenpfleger mit Schwerpunkt Psychiatrie in Bonn. Ich wurde rückfällig und ging zurück nach Hamburg. Zwei Jahre später war ich am Ende, Untergewicht, Obdachlosigkeit und Perspektivlosigkeit waren angesagt. Cleanphasen und Phasen des Drogenkonsums wechselten sich stetig ab. Nach dem versuch einer stationären Therapie und einer Nachsorge WG beschloss ich mich substituieren zu lassen. Nach Jahren des clean Drills

entdeckte ich Anfang 2005 JES in Berlin wieder. Ich erinnerte mich, JES in seiner Gründerzeit in Hamburg kennen gelernt zu haben. Ich bemühte mich um Kontakt. Ich fühlte mich sofort wohl und als Mensch anerkannt. JES bot mir die Möglichkeit meine 20 jährige Erfahrung als Drogengebraucher politisch einzubringen und konstruktiv meinen Alltag zu gestalten. Anfang dieses Jahres orientierte ich mich nach Leipzig. Im März 06 ergab sich die Gelegenheit mit anderen Menschen dort eine JES- Gruppe zu gründen. Wir bildeten eine kleine Gemeinschaft in der man sich gegenseitig unterstützt und füreinander da ist. Darüber hinaus nutzen wir die Möglichkeit uns drogenpolitisch auf kommunaler Ebene zu engagieren und uns für ein menschenwürdigeren Umgang mit Drogengebrauchern in Leipzig einzusetzen. Ein weiterer wichtiger Bestandteil sind die Aktivitäten des Autonomen Drogeninfostands, mit dem wir auf Partys präsent sind und Substanzinformationen und safer use Tipps an Interessierte verteilen. Mir ist wichtig im Rahmen meiner Arbeit als JES-Bundessprecher Brücken zu bauen und alte Stigmata zu widerlegen.

Ich freue mich über das entgegengebrachte Vertrauen und will dazu beitragen gemeinsam die erfolgreiche Arbeit des Sprecherrates die nächsten 2 Jahre weiter zu führen.

Bernd Forche



Jochen Lenz

(Köln)

JES-Bundessprecher

Ich heiße Jochen Lenz, bin 37 Jahre, eigentlich Saarländer und lebe auf der „Schäl Sick“ im schönen Köln Kalk. 1992 kam ich zum ersten Mal mit Drogenpolitik in Kontakt und gründete mit Menschen aus ganz Deutschland den H.a.n.f. e.V. und dort im Vorstand tätig. Die folgenden Jahre war ich als Student politisch engagiert, half mit die drei großen Streiks gegen die Studiengebühren zu organisieren, war im Studentenparlament als Vertreter der Alternativen Liste.

Einige Jahre verlor ich mich in der Goaszene (lege manchmal noch auf kleinen, aber feinen Partys als Chill-Out-Dj auf), was mein Studium doch sehr streckte. Seit zwei Jahren bin ich beim Junkie Bund Köln e.V., schrieb meine Diplomarbeit über akzeptierende Drogenselbsthilfe, war ein Jahr im Vorstand und hab im November mein Berufsanerkennungsjahr fertig. Im Rahmen meiner Tätigkeit im JBK gilt es für mich die Arbeit von Bernd Lemke, der vor kurzem leider verstarb, weiterzuführen. Als neuer JES-Bundessprecher möchte ich dazu beitragen die bundespolitischen Themen stärker voranzubringen. Ich sehe mich als jemand mit doppelter Betroffenheit, einerseits als Sozialpädagoge, andererseits als jemand mit Drogenenerfahrung.

Jochen Lenz



Alexander Dietsch
(Wuppertal)
JES-Westschienenkoordination

Mein Name ist Alexander Dietsch. Ich bin 36 Jahre alt und wurde am 06.03.1970 in Wuppertal, meinem derzeitigen Wohnort, geboren.

Nachdem ich relativ gut behütet bei meinen Eltern, mit zwei Geschwistern, aufgewachsen bin, musste ich in meiner späteren Jugend schockartig erkennen, dass das (reale/menschliche) Gesellschaftsleben nicht halb so rosig ist, wie ich es bis dahin dachte.

Bislang war ich überzeugt, der Mensch würde nach bestem Wissen und Gewissen handeln; dass es in den meisten Fällen aber eher aus Geldgier und Egoismus geschieht,

bzw. Begleitumständen zu tun. Vieles habe ich über mich selbst und die Welt in dieser Zeit kennen gelernt. Vor allem, dass Verbote sinnlos sind (so lange das jeweilige Vorhaben keinen Anderen betrifft). Wer eine bestimmte Erfahrung machen will, der macht sie; egal, ob verboten oder nicht. Der beste Schutz ist dann schlicht die Hilfe. So auch beim Thema Drogen. Das Verbot (die Kriminalisierung) zwingt uns in den gesellschaftlichen Abstieg – doch verhindern tut es nichts. Eine wirkliche Hilfe wäre z. B.:

- schonungslose, ernsthafte und „echte“ Aufklärung und
- entkriminalisierende Drogenpolitik, ohne Ächtung des/der Betroffenen

Genau dafür setzt sich u. a. auch JES ein, und daher setze ich mich für JES ein.

Genau diese Themenrichtung (wie „selbständiges Denken und Entscheiden durch realistische Aufklärung“) bewegt mich am meisten. Da JES auch an politischen Veränderungen arbeitet, habe ich die Koordination der JES-Westschiene übernommen, um dabei mitzuhelfen. Aktuell arbeite ich im Junkie Bund Köln –eine Aufgabe die mir viel Freude macht. So bekomme ich durch meine Mitarbeit ein stärkeres Selbstwertgefühl. Hier kann ich meinem Unmut Ausdruck verleihen und stehe, durch die Gespräche mit Anderen, nicht mehr alleine da. Man bekommt Zuspruch und kann aktive etwas bewirken.

Gemeinsam sind wir stark.

Alexander Dietsch

Katrin Heinze
(Halle)

Nordschienenkoordination

Da die Wahl der neuen Koordinatorin mit dem Redaktionsschluss dieser Ausgabe kollidierte liegt derzeit kein Bild und keine persönliche Vorstellung von Katrin vor.

An dieser Stelle möchte sich das bundesweite JES-Netzwerk bei Ilona Rowek und Sabine Lahmer für die geleistete Arbeit im Rahmen ihrer Nordschienenkoordination bedanken.

Dirk Schäffer

Matthias Bayer
(München)
JES-Südschienenkoordination

Mein Name ist Matthias Bayer. Ich bin 52 Jahre alt, seit meinem 16. Lebensjahr mit harten Drogen konfrontiert. Nach sechs Clean-Therapieversuche und 11 Jahren Inhaftierung werde ich nun substituiert. Seit 1992 bin ich bei J.E.S. München aktiv.

Mit dem Vertrauen meiner KollegInnen bei JES-München und den Rahmenbedingungen in der AIDS Hilfe gilt es für die Gruppen der JES-Südschiene ein zuverlässiger Ansprechpartner zu sein und Kontinuität in die Koordinationsarbeit im Süden zu bringen. Es ist mein Ziel dass JES auch in Süddeutschland wieder eine größere Bedeutung für DrogengebraucherInnen erreicht und JES so die Interessen Drogen gebrauchender Menschen in Zukunft wahrnehmen kann. Im Mittelpunkt meiner Arbeit steht daher die enge inhaltliche Abstimmung der Arbeit in den Bereichen Prävention und Drogenpolitik mit den regionalen JES-Gruppen und Initiativen.

Mathias Bayer



ließ mich dann erstmal recht haltlos durch mein Leben irren.

Neben diesem Erkenntnisschock führte die Tatsache, dass die schulische und gesellschaftliche Aufklärung über Drogen sehr einseitig und übertrieben dargestellt wurde, dazu, dass ich meine eigenen Erfahrungen machen wollte. So kam es, dass ich nach 16 Jahren drogenmäßiger Enthaltbarkeit, sportlicher und kreativer Hobbys dann doch noch über anfänglichem Wochenend-Alkoholexzessen bei Haschisch und später bei sog. harten Drogen und zuletzt hauptsächlich bei Heroin gelandet bin.

Inzwischen habe ich über die Hälfte meines Lebens mit Drogen und dessen Umfeld

Substitution – neue Erkenntnisse, neue Medikamente

In den letzten Monaten geriet die Substitutionsbehandlung in die Schlagzeilen. Die Überprüfung und Verurteilung von MedizinerInnen die in der Substitutionsbehandlung tätig sind, wurde im Spiegel, Fokus und vielen anderen Zeitungen zum Anlass genommen die Substitution in den Blick zu nehmen. Auszüge der Berichterstattung sind in der Rubrik „Pressespiegel“ zu finden.

Der DROGENKURIER möchte Ihnen und Euch einen Überblick über wichtige neue Erkenntnisse und Neuerungen im Medikamentenbereich geben. Wir hoffen, dass dies ein Schritt zur Versachlichung der Debatte ist.

Polamidon – das bessere Methadon?*

Über viele Jahre berichteten substituierte Drogengebraucher, dass sich die Mitte der 90er Jahre vorgenommene „zwangsweise“ Umstellung von Polamidon auf das damals preiswertere Methadon Razemat für sie in unterschiedlicher Weise nachteilig ausgewirkt hat. Diese negativen Auswirkungen wurden entweder zumeist als „Einbildung“ abgetan oder als Strategie für eine Dosissteigerung gewertet.

Die Diskussion ebte ab und der Ärger vieler Patienten verging. Mit dem Erscheinen der so genannten „Bochumer Studie“ erhielt diese Diskussion neue Nahrung.

Nachfolgend wollen wir den geschichtlichen Kontext dieser „Zwangsumstellung“ darstellen und einige Ergebnisse der „Bochumer Studie“ von Herrn Dr. Elsner vorstellen.

* Diesem Text liegen Auszüge der Publikation „Levomethadon versus Methadon-Razemat Aktueller Stand der wissenschaftlichen Diskussion“ zugrunde.

Aus Methadon wurde Polamidon
Methadon wurde erstmals 1939 durch Mitarbeiter der IG Farben synthetisiert und 1942 in Deutschland patentiert.

Als die Farbwerke nach Kriegsende durch Enteignungen ihre Patentrechte verloren, gelangten die Forschungsunterlagen in die USA. Dort wurden Opiatkonsumenten bereits 1948 mit Methadon-Razemat behandelt.

1949 wurde das Methadon-Razemat in Deutschland als Schmerzmittel unter dem Namen Polamidon zugelassen.

Diverse Untersuchungen bildeten nachfolgend die Grundlage für die Ablösung von Methadon Razemat durch die Reinsubstanz Levomethadon, das 1965 in Deutschland unter dem Namen L-Polamidon eingeführt.

Methadon Razemat nicht zur Substitution geeignet?

Methadon Razemat wurde nun nach und nach aus dem Handel genommen und 1974 im Betäubungsmittelgesetz als nicht mehr verschreibungsfähiges Betäubungsmittel eingeordnet.

Die stetige Zunahme von HIV Infektionen bei Drogenkonsumenten sowie ein immenser Anstieg von Drogentodesfällen weckte in Deutschland das Interesse an der Substitutionsbehandlung von Heroinkonsumenten. Vorbild waren die Methadon-Programme in den Niederlanden den USA und der Schweiz, dort wurde Methadon Razemat verwendet.

Da das Razemat hier nicht mehr zur Verfügung stand wurde im Rahmen der ersten wissenschaftlichen Erprobungsvorhaben in NRW L-Polamidon verwendet.

Alles im Sinne des Patienten?

Obwohl mit L-Polamidon ein wirksames und gut verträgliches Substitut zur Verfügung stand, wurde im Rahmen einer Änderung

des Betäubungsmittelgesetzes 1994 das Methadon Razemat in Deutschland wieder verschreibungsfähig.

Hintergrund dieser Entscheidung war, die Substitution in Deutschland internationalen Standards anzugleichen.

Man ging davon aus, das L-Polamidon (Levomethadon) und Methadon Razemat identisch wirken und einfach austauschbar seien.

Umrechnungstabelle

L-Polamidon (1% Lösung)	=	Methadon Rezeptur
1ml / 5mg	=	1ml / 10mg
2ml / 10mg	=	2ml / 20mg
3ml / 15mg	=	3ml / 30mg
4ml / 20mg	=	4ml / 40mg
5ml / 25mg	=	5ml / 50mg
⋮		⋮
9ml / 45mg	=	9ml / 90mg
10ml / 50mg	=	10ml / 100mg
12ml / 60mg	=	12ml / 120mg
15ml / 75mg	=	15ml / 150mg

In den Folgejahren wurde L-Polamidon vielerorts auf Druck der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen durch das preiswertere Methadon-Razemat ersetzt.

JES, die Interessenvertretung substituierter Menschen protestierte gegen die damalige Umstellung fast aller Patienten auf Methadon Razemat. Viele Substituierte wurden durch den Wechsel des Medikaments verunsichert – zumal die Behandlung mit L-Polamidon bei vielen ausgezeichnet funktionierte.

	N	Alter im Durchschnitt	Opiatkonsum	Anzahl Substitutionen	Anzahl Entzüge
Umstellung	27	34,9	16,2 Jahre	4	8,7
Direkteinstellung	10	36	16,6 Jahre	3,1	8,7

Es leuchtet nicht ein, dass erfolgreich substituierte Heroinkonsumenten zu einer Substanz wechseln müssen, die angeblich zur Hälfte aus unwirksamen Bestandteilen besteht. Wir fragen uns, warum man nicht gleich bei der Reinsubstanz (L-Polamidon) blieb?

Viele PatientInnen berichteten über Unverträglichkeiten nach der Umstellung. Dies wurde zumeist als „Spinnerei“ abgetan.

Es erstaunt, dass eigentlich niemand einen Blick in unterschiedliche Studien warf die schon in den 60er und 90er Jahren zu dem Ergebnis kamen, dass das Dextromethadon im Methadon Razemat vielfältige Nebenwirkungen hat und nicht wirkungslos ist.

Ein Hoffnungsschimmer ist erkennbar

Erst 2005 wurden die durch Substituierte geschilderten Nebenwirkungen und Beschwerden unter der Therapie mit Methadon-Razemat unvoreingenommen aufgegriffen. Im Rahmen der so genannten „Bochumer Studie“ wurden

- 37 Heroinkonsumenten aus einer Gruppe von 77 Betroffenen aufgenommen, die sich einer Therapie mit L-Polamidon unterziehen wollten.
- 27 PatientInnen stimmten zu sich von Methadon Razemat auf Levomethadon (L-Polamidon) umstellen zu lassen.
- 10 Patienten direkt auf L-Polamidon eingestellt.

Es wurden bewusst chronisch Kranke und so genannte multimorbide Drogengebraucher aufgenommen um zu untersuchen ob

es unter der Substitution mit L-Polamidon zu einer Beschwerdelinderung kommt.

Zusammenfassend zeigten die Ergebnisse der klinischen Beobachtungen, dass L-Polamidon körperliche Nebenwirkungen wie Magenbeschwerden und übermäßiges Schwitzen in höherem Maße verringert und bessert als Methadon-Razemat. Die Erwartungen an die Umstellungen von Razemat auf L-Polamidon wurden durch die tatsächlich erzielten Ergebnisse übertroffen. So ist bei Suchtdruck und Depressionen L-Polamidon dem Methadon-Razemat überlegen.



Für uns als JES-Netzwerk ist besonders wichtig, dass hier die Einschätzungen von substituierten bezüglich seelischer und körperlicher Beschwerden ernst genommen wurden.

Wie bei allen anderen Therapien auch, gilt auch bei der Substitution das Medikament zu verwenden dass therapeutische Vorteile besitzt.

Auch die finanziellen Beweggründe die zur verstärkten Verschreibung von Methadon-Razemat führten sind gegenstandslos. Bei Tagesdosen bis 60mg ist L-Polamidon preisgünstiger als die dosisgleiche Menge von 120mg Methadon.

Wer mehr zu dieser Studie wissen möchte, kann sich direkt an den Studienautor wenden:

Dr. Elsner
Methadonambulanz der
Krisenhilfe Bochum
Viktoriastr. 67
44793 Bochum

Subutex (Buprenorphin) eine Option für viele Heroinkonsumenten

Das Arzneimittel SUBUTEX mit dem Wirkstoff Buprenorphin ist das neueste Substitut in Deutschland und wird seit dem Jahr 2000 in der Behandlung von Opiatkonsumenten eingesetzt. Als Schmerzmittel ist es jedoch schon 30 Jahre unter dem Namen „Temgesic“ bekannt. Es wird als Sublingualtablette in den Dosierungen 0,2mg, 4 und 8mg verabreicht.



Wie in vielen anderen Lebensbereichen ist auch innerhalb der Szenen Drogen konsumierender Menschen Halbwissen verbreitet und die Bildung von Mythen an der Tagesordnung.

Ein Paradebeispiel hierfür zeigte sich während und nach der Einführung von SUBUTEX in Deutschland. Schnell entstanden Mythen über dieses „merkwürdige Medikament“, das Entzugserscheinungen verursacht. Die Folge war, dass fast ausschließlich negative Erfahrungen innerhalb der Community kursierten. (Hierbei handelte es sich selten um selbst erlebtes sondern vielfach wurde nach dem Prinzip „Stille Post“ verfahren:

Als bundesweites JES-Netzwerk waren wir damals bestrebt fachlich und neutral über SUBUTEX zu informieren und somit Ängste zu nehmen und vorurteile abzubauen. Schließlich bot die Einführung von SUBUTEX die Chance die Palette der zur Verfügung stehenden Präparate zur Behandlung von Opiatkonsumenten zu erweitern und so eine individuellere und erfolgreichere Behandlung zu ermöglichen.

Heute werden tausende von Heroinkonsumenten erfolgreich mit SUBUTEX substituiert. Für einen Teil der Patienten als hat sich SUBUTEX eine sehr wertvolle Medikation erwiesen.

SUBOXONE®

Ein neues Medikament zur Behandlung der Opiatabhängigkeit

Am 01. März 2007 wird in Deutschland ein neues Medikament zur Substitution mit dem Namen „SUBOXONE“ eingeführt. SUBOXONE wird u. a. in Amerika bereits seit 3 Jahren in der Substitutionsbehandlung eingesetzt.

Wir als bundesweites JES-Netzwerk haben die Möglichkeit vor der Einführung von SUBOXONE über dieses Medikament zu informieren und so eventuell Spekulationen über die Wirkungsweise zu minimieren.

- Bei SUBOXONE handelt es sich um ein Kombinationspräparat aus Buprenorphin (SUBUTEX) und dem Opiat-Antagonisten Naloxon (wie z. B. in Narcani®) in einem Verhältnis von 4:1.
- Bei regelrechter sublingualer Anwendung wirkt SUBOXONE genauso wie das bekannte SUBUTEX
- Das in SUBOXONE befindliche Naloxon hat somit bei richtiger sublingualer Einnahme **keine** Wirkung.
- Bei missbräuchlicher intravenöser oder nasaler Anwendung wirkt SUBOXONE® jedoch zunächst wie Naloxon. Das Naloxon löst beim Anwender ein Entzugssyndrom für eine Zeit von ca. 15–90 Minuten aus. Erst danach kann das in SUBOXONE® enthaltene Buprenorphin seine Wirkung entfalten.

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel in Deutschland

Substitutionsmittel	2002	2003	2004	2005
Methadon	72,1 %	70,8 %	68,3 %	66,2 %
Levomethadon	16,2 %	14,8 %	15,0 %	15,8 %
Buprenorphin	9,7 %	13,0 %	15,6 %	17,2 %
Dihydrocodein	1,7 %	1,2 %	0,9 %	0,7 %
Codein	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %

Quelle Drogen und Suchtbericht Mai 2006



Die Einführung von SUBOXONE ist somit auch eine Reaktion auf die bekannt gewordene „missbräuchliche Anwendung“ von SUBUTEX.

Anlässlich des 15. Kongresses der Suchtmedizin vom 3.–5.11.2006 in Berlin, erklärte Dr. Hennig (Leiter der Klinischen Forschungsabteilung bei Essex Pharma), dass die unsachgemäße Verwendung der Substitute durch Patienten und andere Personen, zu einem ernstzunehmenden Problem geworden sind. Der zunehmende Missbrauch führe darüber hinaus dazu, dass erneut über die Sinnhaftigkeit der Substitutionsbehandlung kritisch diskutiert würde. Dr. Hennig wies darauf hin, dass alle Substitutionsmittel Naloxon enthalten könnten.

In den nächsten Wochen und Monaten wird es sicherlich eine Menge Informationen zu

diesem neuen Substitut geben. Falls ihr mehr erfahren wollt, wendet euch an euren substituierenden Arzt.

Wie sehen die Leserinnen und Leser des DROGENKURIER die Einführung des neuen Präparates?

- Ist es z. B. richtig der missbräuchlichen Verwendung von Substituten entgegenzuwirken bevor eine ganze Therapieform wie bereits in Ansätzen zu sehen war in Frage gestellt wird?
- Ist es ethisch vertretbar das die missbräuchliche Anwendung eines Medikaments Entzugssymptome hervorruft dann aber doch seine Wirkung entfaltet?

Zu diesen und weiteren Fragen hat das bundesweite JES-Netzwerk derzeit noch keine abgestimmte Position und Haltung. Das Team des DROGENKURIER möchte euch herzlich zur Diskussion einladen.

Dirk Schäffer





Tod in Haft

Auf akutem Entzug gefoltert zu werden gehört vermutlich zu den schlimmsten Alpträumen, die einen Drogenkonsumenten zu plagen vermögen. Mitte November im Siegburger Jugendgefängnis ist dieser Horror für einen 20 Jährigen zur entsetzlichen Realität geworden; nach 18 Stunden Tortur hatte man ihn dann schliesslich zur Selbsttötung gezwungen. Dies alles widerfuhr dem Opfer in der Obhut des Staates und die zur Hilfe gerufenen Gefängniswär-

ter haben offenkundig nichts unternommen, um dem Gepeinigten zu helfen.

Wie konnte so etwas passieren, fragen nun, etwas scheinheilig, die Verantwortlichen. Einige Antworten scheinen sich bereits jetzt, wenige Tage nach der entsetzlichen Tat, anzubieten.

„Schutzgemeinschaft“

So wurde dieser Jugendliche mit seinen akuten Entzugssymptomen nicht etwa mit

Methadon behandelt, um den Entzug zu dämpfen, sondern „zu seinem Schutz“ mit 3 anderen Häftlingen zusammengesperrt.

Insbesondere deren Anführer, galt der Justiz als besonders gefährlich und, obwohl erst 17, wie es heisst, „untherapierbar“.

Die Unterbringung in Gemeinschaftszellen, so betont man nun gern, habe in kritischen Fällen wie diesem schon oft Menschenleben gerettet. Wenn eine Zellengemeinschaft jedoch derart offensichtlich unsensibel zusammengestellt wird, stellt sich sogar die heikle Frage, ob hier nicht eventuell bewusst jemand ‚zur Räson gebracht‘ werden sollte.

„Lasst und den Junkie zu Sigi Schläger und Hans Haudrauf legen, dann hat das Gewinsel schnell ein Ende“ so hieß es schon früher offenbar gern mal, wenn ein Drogenkonsument auf Entzug eingeliefert wurde.

Es scheint sich beim Strafvollzug in den vergangenen Jahren allgemein nicht viel zum Positiven geändert zu haben. Überall muss gespart werden und bei Straftätern zu kürzen, bringt nun mal Applaus.

Eine deutlich negative Entwicklung der Situation in Haft bestätigen auch viele der Kontaktgruppen, deren Arbeit in den letzten Jahren von immer neuen Kürzungen zunehmend behindert war. So wurden in der Siegburger JVA die wichtigen Aussenkontakte am Wochenende komplett gekappt. Externe Drogenberater gibt es, ebenfalls aus Kostengründen, in den Haftanstalten des Landes inzwischen kaum noch.

Der Boss

Eine Schlüsselrolle in einem Gefängnis nimmt stets der jeweilige Anstaltsleiter ein. Dieser kann weitgehend autark walten und bestimmt daher das Klima und die Gegebenheiten in der Justizvollzugsanstalt.

Und, richtig, beim – inzwischen seines Postens enthobenen – Leiter der Siegburger JVA, Wolfgang Neufeind scheint es sich um ein ganz besonderes Exemplar zu handeln:

Noch als bereits Ermittlungen wegen Mordes liefen, sprach dieser ausdrücklich von Selbsttötung und setzte sich flugs zu einer Fortbildung ab, war auch nach einer Woche für niemanden zu erreichen. Erst externe Mediziner hatten den Mord als solchen



Alcatraz

entdeckt. Der Gefängnisarzt hatte nämlich bereits einen auf „Selbsttötung“ lautenden Totenschein ausgestellt. Trotz offenkundig sichtbarer Folterspuren! Dies spricht Bände über das Klima in dieser Anstalt – und lässt zudem die zahlreichen Selbsttötungen in deutschen Gefängnissen in einem eher fahlen Licht erscheinen.

Schwere Beschuldigungen gegen Anstaltsleiter Wolfgang Neufeind erhebt auch der ehemalige Anstaltsparrer, Rudolf Hebel. So sei Neufeind höchst selten mit Gefangenen in persönlichen Kontakt getreten, habe sich überhaupt kaum im Haftbereich blicken lassen und betrachte die Gefan-

genen offenbar als minderwertig. Die bereits vor dieser grauenhaften Tat oft kritisierten skandalösen Zustände im Siegburger Jugendgefängnis nahm er demnach weitgehend tatenlos hin.

Siegburg ist überall

Der Fisch stinkt also tatsächlich meist am Kopf, wie es so schön heisst! Dieser Satz lässt sich wohl getrost

auch für die politische Ebene anwenden. Es existieren durchaus bereits jetzt Anzeichen dafür, dass im Zuge der Föderalismusreform – nun sind die Länder vollends für den Vollzug verantwortlich – ein fatales Wettrennen um den billigsten Vollzug beginnt. Mit unqualifizierten und unterbezahlten „schwarzen Sherrifs“, anstelle ausgebildeter Justizvollzugsbeamter, um nur eine der Tendenzen zu nennen.

Fazit:

- Gefangene haben leider kaum eine Lobby, die ihre Interessen vertritt. Erst wenn sich spektakuläre Vorfälle wie in

Siegburg ergeben, wird der Vollzug für die breite Masse überhaupt zum Thema. Für kurze Zeit.

- Populistische Einsparungen beim Vollzug bringen uns allen mittelfristig immens teure Probleme und sind schon daher nicht zu verantworten!
- Der Vollzug, insbesondere bei Jugendlichen, sollte keine reine Verwahrung darstellen. Aussenkontakte zu entsprechenden Gruppen oder externen Drogenberatern sind immens wichtig und dürfen keinesfalls kurzfristigen finanziellen Überlegungen geopfert werden.
- Drogenkonsumenten gehören für ihren Lebensstil nicht in den Knast! Beschaffungskriminalität entfällt weitgehend, wenn man diesen Menschen die benötigten Substanzen kontrolliert und in medizinischer Qualität zur Verfügung stellt. Dies wurde erst unlängst im Rahmen der deutschen Heroinstudie – leider ohne Konsequenzen für die praktische Drogenpolitik – klar bewiesen.
- Unsere Gefängnisse wären ohne die massenhaft dort einsitzenden, oft jugendlichen Drogengebraucher nämlich gleich ein gutes Stück weniger überfüllt.

M.Haede

Persönlicher Erfahrungsbericht zur Umstellung von Methadon zu Subutex

Ich möchte nachfolgend meine Erfahrungen im Landeskrankenhaus Hildesheim, bei der Umstellung von Methadon zu Subutex weitergeben.

Ich bin innerhalb von nur 8 Tagen, von 13 (ml) Methadon, auf zwei (ml) abdosiert worden.

Meine Dosis nehme ich morgens ein. Am folgenden Tag wurde ich darauf hingewiesen das ich erst „halb entzügig“ sein müsste um die Umstellung vornehmen zu können. Ich konnte mir darunter wenig vorstellen und vertraute den Ärzten ohne Kenntnis darüber, in welche Gefahr ich mich begab.

Ca. 29 Std. nach meiner letzten Methadoneinnahme (2ml) bekam ich, meine erste Subutexdosis und musste trotz steigender Dosis (bis 24mg) leider einen „Turboentzug“ erfahren, und das über mehr als zwölf Stunden. Als dann erstmalig der Arzt vom Dienst gerufen wurde, (was wieder mehr als anderthalb Stunden dauerte) erhielt ich nach einem 20min. Beratungsgespräch (wohlgemerkt auf Entzug) 20mg Diazepam. Ich schlief ein. Niemand hatte mich darüber informiert „das Subutex den Körper vom restlichen Methadon reinigt“. Und dies obwohl es 2 Tage zuvor, schon einmal zu ähnlichen Problemen bei einem anderen Patienten kam. Auf meine Frage ob es mir denn genauso ergehen könnte, sagte man mir ich bräuchte mir keine Sorgen zu machen.

Mein Fazit: eine katastrophale Vorbereitung, Beratung und Information durch die Mediziner.

Wahrscheinlich verursacht durch mangelnde suchtmедицинische Kenntnisse.

S.Ö



JES Jahrestreffen 2006

Das JES Jahrestreffen in Bremen

Im Oktober hatten wir endlich wieder einmal die Gelegenheit in großer Runde zum Jahrestreffen in Bremen zusammenzukommen. Es gab ja auch einiges zu tun: der Sprecherrat wollte von seiner Arbeit in den vergangenen zwei Jahren berichten; die Vertretung für die nächsten zwei Jahre musste gewählt werden und nicht zuletzt sollten die Teilnehmer die Gelegenheit haben, die Themen die ihnen unter den Nägeln brennen zu benennen und den Bundessprechern so die Arbeitsgrundlage der nächsten 2 Jahren zu geben.

15 Jahre JES-Bremen

Aber es gab neben der Arbeit auch einen Grund zu feiern – die Bremer JES-Gruppe feierte in diesem Jahr ihr 15-jähriges Bestehen und es war besonders schön zu dieser Gelegenheit JES-Vertreter und Vertreterinnen aus dem ganzen Bundesgebiet an der Weser willkommen heißen zu können. Wie es schon zur Tradition geworden ist, hat dieser Sprecherrat auch zu diesem Jahrestreffen wieder lange über ein Thema für das Jahrestreffen diskutiert. Es war nicht einfach in Zeiten von Gesundheits- und So-

zialreformen / regionalen Kürzungen und einer zunehmenden Abkehr von akzeptierenden und schadensminimierenden Modellen in der Drogenpolitik und -Hilfe, eine Auswahl und Wertung vorzunehmen. Aber schließlich haben wir uns entschlossen die Legalisierung zum Oberthema zu machen, da uns dies auch gleichzeitig die Gelegenheit gab, die Kampagne ‚Das undenkbar denken‘ nochmals einer breiteren Öffentlichkeit vorzustellen und auf die drohende Einstellung der Heroingestützten Behandlungen einzugehen.


Mit diesem Motto wurde dann auch zur Pressekonferenz eingeladen und eine Presseerklärung verfasst. Teilnehmer an der Presse Konferenz waren Alexander Dietsch für den JES-Sprecherrat, Marco Jesse als Vertreter der Bremer JES-Gruppe und Jürgen Heimchen als Mitorganisator der Legalisierungskampagne. Dirk Schäffer, der ebenfalls an der Pressekonferenz teilnehmen wollte, musste leider aus gesundheitlichen Gründen kurzfristig absagen. Ein Vertreter der Grünen Jugend konnte ebenfalls trotz vorheriger Zusage nicht teilnehmen.

Bereits im Vorfeld zeichnete sich ein reges Interesse der örtlichen Medien ab. Dies lag zu einem großen Teil wohl daran, dass die Drogenpolitik in Bremen aufgrund des ‚Fall Kevin‘ (das Kind Drogengebrauchender Eltern, das verstorben ist, nachdem es misshandelt wurde) in den letzten Wochen bereits stark im Öffentlichen Interesse stand. So war es auch nicht verwunderlich, dass auf der Pressekonferenz, die mit 7 MedienvertreterInnen recht gut besetzt war, auch

dieses Thema angesprochen wurde. Dennoch können wir rückblickend sagen, dass die Artikel die erschienen sind und der Bericht der bei Radio Bremen gesendet wurde, sehr objektiv waren. Das Radiointerview der ‚Antenne Bremen‘ hat ebenfalls einen guten Verlauf genommen. Alles in allem also eine erfolgreiche Pressearbeit.

2500 Unterschriften für die Legalisierung

Die Heroinstudie wurde im weiteren Verlauf des Treffens noch einmal aufgegriffen, als Ilona die zentralen Ergebnisse und die vom Sprecherrat erarbeitete Argumentationshilfe vorstellte. Dabei konnten wir auch den aktuellen Zwischenstand der Unterschriftenkampagne präsentieren. Es werden sowohl bei Dirk Schäffer in Berlin als auch bei Jürgen Heimchen in Wuppertal Unterschriftenlisten gesammelt. Dazu kommen noch die Online eingegangenen Unterschriften, die Matthias Haede für uns sammelt. Zusammen ergibt das ca. 2.500 Unterschriften, gesammelt wurden.

Als weiteres Ergebnis der Arbeit des Sprecherrats wurde ein Poster vorgestellt, mit dem wir im Rahmen der diesjährigen „Positiven Begegnungen“ an einem Wettbewerb teilnehmen. 



JES INTERN: Zusammenarbeit mit der DAH

Nach einem langen und oft anstrengenden Diskussionsprozess hat es eine Entscheidung zu der künftigen Vertretung von Netzwerken in den Gremien der Deutschen AIDS Hilfe gegeben.

Zu den maximal zweimal jährlich stattfindenden Treffen der Netzwerke und kooperierender Gruppen werden bisher folgende Teilnehmer eingeladen:

- An und Zugehörigenetzwerk;
- JES;
- Akzeptierende Eltern;
- Eve + Rave;
- Afro Leben plus;
- 20+pos;
- Netzwerk plus;
- Frauen;
- Konferenz Schwuler Landesverbände;
- Positiv e.V.

Diese Liste kann jederzeit durch das Treffen der Netzwerke (TdNW) und /oder die Geschäftsstelle / Vorstand der DAH erweitert werden.

Es können je Netzwerk / Gruppe max. 2 Pers. an den Treffen teilnehmen.

Auf dem ersten jährlichen Treffen stellt der Vorstand der Deutschen AIDS Hilfe die Themen-schwerpunkte für die kommenden zwei Jahre vor.

Das TdNW wählt daraufhin bis zu 9 Personen aus den entsendenden Strukturen, die sowohl die inhaltlichen Themenschwerpunkte besetzen, als auch die Interessen aller NW im Delegiertenrat vertreten können.

Über diese Personen muss eine Einigung mit dem Vorstand noch während des TdNW erfolgen. Sollte es keine Einigung geben, entscheidet der Ausschuss „Mitgliedschaften und Konflikte“ des Delegiertenrats. Nach einer Einigung werden die Delegierten der NW vom Delegiertenrat offiziell berufen. Eine Ablehnung der Delegierten durch den DR ist nicht möglich.

Wer kann JES im Delegiertenrat vertreten?

Für uns heißt das, dass wir nicht mehr wie bisher automatisch zwei Plätze im Delegiertenrat für JES besetzen können, sondern uns mit den Kolleginnen und Kollegen aus den anderen Netzwerken über eine Vertretung im Delegiertenrat absprechen müssen.

Sicherlich stellt Ihr Euch die Frage, wie Ihr an dem Treffen der Netzwerke teilnehmen könnt. Die Entscheidung über die Vertretung auf dem Treffen fällt der Sprecherrat, was aber nicht heißt, dass Ihr nicht gerne Euer Interesse an der Arbeit bekunden könnt. Die Vertretung im Delegiertenrat und auf dem Netzwerktreffen müssen nicht zwangsläufig die Mitglieder des Sprecherrates übernehmen.

Bei Interesse wendet Euch einfach auf dem üblichen Weg an den Sprecherrat (jes-sprecherrat@yahoooroups.de).

Marco u. Claudia

Die Hoffnung mit dem Poster den ersten Platz zu machen und den damit verbundenen Preis „abzustauben“, hat sich leider nicht erfüllt. Wir mussten uns letztendlich dem Netzwerk der An- und Zugehörigen geschlagen geben.

Es gab aber auch noch andere Themen und Schwerpunkte über die wir sprechen wollten und mussten. So präsentierte Claudia den Tätigkeitsbericht des Sprecherrates, den alle TeilnehmerInnen auch noch einmal in ausgedruckter Form mit nach Hause nehmen konnten, und die letzten Ereignisse rund um das Thema der bundesweiten JES-Koordinationsstelle wurden angesprochen. Ohne an dieser Stelle noch einmal auf die Details einzugehen, könnt Ihr sicher sein, das der Sprecherrat dran bleiben wird. Trotz der letzten Rückschläge ist die Wiedereinrichtung der Personalstelle für die JES-Koordination bei der Deutschen AIDS Hilfe ein Punkt an dem wir weiter mit aller Kraft arbeiten werden.

In diesem Zusammenhang stellte sich auch wieder einmal die Frage nach der Gründung eines JES-Vereins auf Bundesebene. Wir haben verstanden, dass es hier ein Interesse im Netzwerk gibt diesen Punkt zu diskutieren und eine Vereinsgründung ins Auge zu fassen. Auch hier werden wir nach einer Möglichkeit suchen die Argumente für und gegen einen solchen Schritt zusammen zu führen und dann entsprechend zu handeln.

Aber wir haben uns nicht nur zum Arbeiten getroffen sondern wir wollten auch gemeinsam feiern. Dazu hatten wir am Abend die Gelegenheit im ‚Meisenerfrei‘. Nach einem kurzen Schreck, als der Bluesclub entgegen der Reservierung plötzlich Eintritt verlangte, wurde es ein sehr netter Abend. Fast alle ange-reisten JES'lerinnen und JES'ler fanden früher oder später den Weg ins Meisenerfrei, wo zu vorgerückter Stunde auch noch eine Nirvana Cover Band live spielte. Leider wurde es dabei etwas laut, so dass Unterhaltungen kaum noch möglich waren. Das war aber auch der einzige Wermutstropfen. Ansonsten war es ein sehr schöner Abend

Marco Jesse

Diskriminierung von Drogengebrauchern melden

Bereits in einer der letzten Ausgaben des DROGENKURIER berichteten wir über die Aktion „AntiStigma“ die sich gegen die Diskriminierung von DrogengebraucherInnen wendet.

AST möchte zum Umdenken anregen, denn Sucht ist kein Randphänomen, sondern ein Teil unserer Gesellschaft!

AST e.V. ist also eine Aktion mit einem klaren Anliegen.

Es kommt immer wieder zu offenen oder versteckten Diskriminierungen: Bei der Suche nach Ausbildung, Arbeit und Wohnung, bei der Suche nach Hilfe, im Gesundheitswesen, auf Sozialämtern und an den Schaltern der Krankenkassen.

Der erste Schritt zur Hilfe und Vorbeugung ist die Befreiung von Stigma und Diskriminierung. Dazu ist es wichtig, Vorfälle zu benennen und zu sammeln.

fentlich werden kann. Selbstverständlich ohne Nennung des Namens.

Wichtig ist, wann, wo und durch wen eine Diskriminierung erlebt oder beobachtet worden ist und was genau passiert ist.

AST hofft durch diese Aktion einen ersten und wichtigen Schritt zur Integration und respektvollen Gleichbehandlung suchtkranker Menschen zu erreichen.

Hier alle notwendigen Infos:

Ast e.V.
Postfach 200401
80004 München
Nicole Widder-Flierl
Tel. 089/12737751
Fax: 089/12737752
Ast.eV@t-online.de
www.antistigma.de

AST wird eine Datenbank erstellen und auswerten.

Das JES-Netzwerk bittet alle hierbei um Mithilfe und Unterstützung. Berichtet AST über erlebte oder beobachtete Diskriminierungen. Alle Informationen werden anonym behandelt.

Die Meldungen können über die Geschäftsstelle von AST über Telefon, E-Mail oder Fax mitgeteilt werden. Wichtig wäre auch, dass der Tatbestand auf der Internetseite veröf-



Einstieg zum Ausstieg

20 Jahre Erfahrung in der **Suchttherapie**

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

AVS 506 06 044-1604

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



sanofi aventis

Das Wichtigste ist die Gesundheit

Neue Medien der DAH im Überblick

Hier wieder einige interessante Materialien aus der Ideenschmiede der DAH. Wie immer kann alles kostenlos unter www.aids-hilfe.de oder per Fax 030/69 00 87-42 bestellt werden.

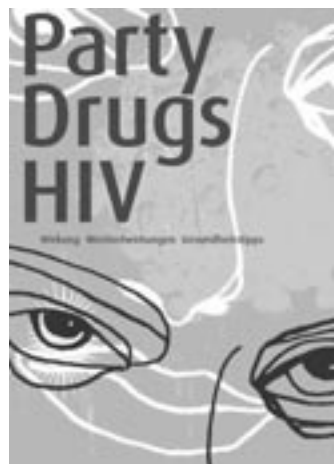
PARTY DRUGS HIV

Menschen mit HIV haben beim Drogenkonsum ein höheres Gesundheitsrisiko, vor allem dann, wenn sie antiretrovirale (= gegen HIV gerichtete) Medikamente einnehmen. Diese können dazu führen, dass die Blutspiegel von Drogen sehr viel höher sind als sonst und die Drogen langsamer abgebaut werden.

Die gleichzeitige Einnahme von Drogen und Medikamenten kann außerdem zu psychischen und neurologischen Problemen führen oder sie verstärken. Darüber hinaus beeinflussen manche Drogen das Sexverhalten und erhöhen so das Risiko einer Übertragung von HIV, Hepatitisviren oder anderen sexuell übertragbaren Erregern.

Diese Broschüre

- informiert über Wirkungen, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen der gängigen Drogen (einschließlich Benzodiazepine, Opiate und Potenzpillen)



Bestellnr.: 020103

- weist auf mögliche Wechselwirkungen mit antiretroviralen Medikamenten und mit anderen Drogen hin
- enthält Tipps, wie man Risiken für sich selbst und andere möglichst gering hält.

Zugehende Sozialarbeit mit Drogen gebrauchenden Frauen und Männern

Das in diesem Handbuch thematisierte Arbeitsfeld, hat sich analog zu den gesellschaftlichen und drogenszenebezogenen Verhältnissen in den letzten Jahren grundlegend verändert. Diesem Wandel tragen wir mit der nun vorliegenden Neuauflage dieses Handbuchs Rechnung.

Das Handbuch wendet sich an PraktikerInnen der sozialen Arbeit mit dem Schwerpunkt „zugehende Arbeit“

Es bietet neben der Vorstellung von Praxisbeispielen aus unterschiedlichen Zielgruppen viel Basiswissen und zeigt Chancen und Grenzen dieser Arbeitsform auf.

Zentrales Anliegen dieses Mediums ist auf die besondere Bedeutung dieser Arbeitsform für die HIV und Hepatitis Prävention sowie für die allgemeine Gesundheitsförderung bei DrogengebraucherInnen aufmerksam zu machen.



Bestellnr.: 010005

Ferner soll das Handbuch AIDS- und Drogenhilfen und andere Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens dazu motivieren diese Arbeitsform wieder stärker in den Fokus zu rücken.

Manual Hepatitis und Drogengebrauch wieder erhältlich

Das Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch mit seinen Mitgliedern (Akzept e.V., JES, DGS, Eltern und Angehörige für akzeptierende Drogenarbeit sowie die Deutsche AIDS Hilfe) startete im Jahr 2004 seine Arbeit um das Fachwissen zu Hepatitiden bei allen involvierten Akteuren (Mitarbeiter(innen) in Aids- und Drogenhilfen, Medizinerinnen, sowie in anderen sozialen/medizinischen Hilfesegments) zu erweitern und die Bedeutung hinsichtlich der epidemiologischen Verbreitung sowie der Schwere der Infektion deutlich zu machen.

Das Manual Hepatitis und Drogengebrauch, zugleich größtes Projekt des Aktionsbündnisses, sollte Mitarbeiter(innen) psycho-sozialer-/Gesundheitsberufe das nötige Grundwissen und eine grundlegende Orientierung zur verbesserten Ansprache, Beratung und Behandlungsüberleitung von Betroffenen an die Hand zu geben.

Die Kapitel zeichnen sich durch eine große Praxisnähe aus. Hiermit wurde die Anwendungs- und Praxistauglichkeit in unterschiedlichen Settings gewährleistet.

Die Berücksichtigung von Präventionsstrategien in unterschiedlichen Settings machen dieses Handbuch u. a. für nachfolgende Einrichtungs- und Angebotstypen nutzbar

- Niedrigschwellige Kontaktarbeit (Kontaktladen, mobiler/stationärer Konsumraum, Streetwork)
- Ambulante Einrichtungen (Beratungsstellen)
- Stationäre Einrichtungen, Wohnprojekte
- Gefängnis

Die große Nachfrage und die positiven Rückmeldungen zeigten, dass dieses Manual aktuelle Bedarfe aufgreift.

So war die erste Auflage schnell vergriffen. Durch die Förderung des Bundesgesundheitsministeriums ist es uns nun möglich einen Nachdruck anzubieten. Bei Interesse einfach das Bestellformular kopieren, ausfüllen und an die angegebene Adresse senden.

Dirk Schäffer

AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH

Handbuch

Hepatitis C und Drogengebrauch



Grundlagen,
Therapie,
Prävention,
Betreuung und
Recht

Herausgegeben vom Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch

BESTELLUNG

Hiermit bestelle(n) ich/wir 1/ ... Exemplar(e) des Handbuches
Hepatitis C und Drogengebrauch

Name: _____

Einrichtung: _____

Arbeitschwerpunkt(e): _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Website: _____

Email: _____

(Bitte deutlich schreiben)

Das Handbuch ist gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und wird kostenlos abgegeben. Den Portoanteil von 3.00 € pro Exemplar (Inland) / für die Gesamtendung überweise ich nach Erhalt des Zahlscheines.

Bestellungen an:

akzept e.V.

Christine Kluge Haberkorn

Südwestkorso 14

D-12161 Berlin

buero@akzept.org, akzeptbuero@yahoo.de, www.akzept.org

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: JES.Bi.Selbsthilfe.
e.V.@gmx.de
info@jes-bielefeld.de
www.jes-bielefeld.de
Ansprechpartner:
Mathias Häde
(0521/977 96 14)

JES-Bonn

c/o AIDS-Initiative Bonn e. V.
Bertha-von-Suttner Platz 1-7
53111 Bonn
Tel.: 0228/422 82-0
Fax: 0228/422 82-29
E-mail: c.skomorowsky@
aids-initiative-bonn.de
www.aids-initiative-bonn.de
Ansprechpartnerin:
Christa Skomorowsky

Junkie-Bund Köln e. V.

Taunusstr. 12 b
51105 Köln
Tel.: 0221/62 20 81
Fax: 0221/62 20 82
E-mail:
junkiebund@netcologne.de
www.junkiebund.de
Jochen Lenz (JES-Bundessprecher)

JES-Minden

c/o Dirk Engelking
Süntelstr 8
32423 Minden
Tel: 0160/323 93 11

JES-Münster

c/o INDR0 Münster
Bremer Platz 18-20
48155 Münster
Tel: 0251/601 23
Fax: 0251/66 65 80
Ansprechpartner:
Peter Bissert

AIDS-Hilfe NRW e. V./

JES-NRW e. V.

Lindenstr 20
50674 Köln
Tel.: 0221/92 59 96-0
Fax: 0221/92 59 96-9
info@jesnrw.de
http://nrw.aidshilfe.de

JES-Wuppertal

c/o Gleis 1
Döppersberg 1
42103 Wuppertal
Tel.: 0202/47 868-43 (JES)
Tel.: 0202/47 828-11 (Gleis 1)
Fax: 0202/47 828-21 (mit Ver-
merk: für JES)
Alexander Dietsch
Westschienenkoordination
E-mail: Wleprechaun@aol.com

JES-Nordschiene

JES-Bassum

c/o Tandem
Meierkamp 17
27211 Bassum
Tel.: 04241/97 00 18
Fax: 04241/97 04 60
E-mail: Tandem-Bassum@
t-online.de
(Mobil: 0179/390 53 20)

JES-Berlin

c/o Druckausgleich
Anzengruberstr 5
12043 Berlin
E-mail: Claudi39@arcor.de
(JES-Bundessprecherin)

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
Ansprechpartnerin:
Stephanie Schmidt

JES-Bremen e. V.

Findorffstr 94
28215 Bremen
Tel.: 0421/35 48 95
Fax: 0421/376 23 38
E-mail: JESBremen@aol.com
http://www.jesbremen.de
Ansprechpartner/in: Marco Jesse,
(JES-Bundessprecher), S. Lahmer

JES-Halle

c/o Drobs Halle
Moritzzwinger 17
06108 Halle
Tel: 0345/517 04 01
Fax: 0345/517 04 02
Ansprechpartnerin: Katrin Heinze

**Bundesweite
Internetseite
www.jes-netzwerk.de**

**Immer aktuell
und lesenswert:
www.trio-media.de/
jesjournal/**

JES-Hannover

c/o Selbsthilfe e. V.
Drogengefährdeter
Warstr. 15
30167 Hannover
Tel.: 0511/541 45 07
Fax.: 040/36 03 47 39 66
Mobil: 0173/907 43 08
Email: JESHannover@aol.com

JES-Kassel

c/o AIDS-Hilfe Kassel e. V.
Motzstr. 4
34117 Kassel
Tel.: 0561/10 85 15
Fax: 0561/10 85 69
Ansprechpartner:
Kurt Schacknar, Ralf Menger

JES-Kiel

c/o Cafe Kontaktladen „Klaro“
Boninstr. 47
24114 Kiel
Tel.: 0431/137 92

JES-Leipzig

c/o DRUG SCOUTS
Eutritzscher Strasse 9
04105 Leipzig
Tel: 0341 211 20 22
jes.leipzig@jes-netzwerk.de
Bernd Forche (JES-Bundessprecher)

JES-Lübeck

c/o Hans Lothar Schneider
Am Finkenberg 42
23738 Lensan
Tel: 04363/90 45 30
Email: Hans-Lothar.
Schneider@arcor.de

JES-Osnabrück e. V.

Möserstr. 56
49074 Osnabrück
Tel.: 0541/289 13
Fax: 0541/350 21 42
Ansprechpartner/in: Susanne
Shahadeh
jes-os@t-online.de

JES-Oldenburg e. V.

c/o Oldenburgische
AIDS-Hilfe e. V.
Bahnhofstr. 23
26122 Oldenburg
Tel.: 0441/264 64
Fax: 0441/142 22 (z.Hd. JES)
Ansprechpartnerin: Indra Peters
E-mail: jes-oldenburg.ev.@
ewetel.de

JES-Rostock

c/o Anne Franke
Am Wendländer Schilde
18055 Rostock

JES-Schwerin

c/o Eric Rohde
Hegelstr. 14
19063 Schwerin



... gesehen im schönen Austria

JES-Südschiene

JES-Donauwörth

c/o Jörn Wonka
Donauwörther Str. 8 b
86663 Bäumenheim
Tel: 0170/985 31 42

JES-Frankfurt

c/o C. und G. Holl
Wittelsbacherallee 34
60316 Frankfurt/Main
Tel.: 069/75893605
E-mail: DieHolls@aol.com

JES-Jugend-, Drogen und AIDS-Hilfe Gunzenhausen e. V.

Bühringer Str. 18
91710 Gunzenhausen
Tel.: 09831/61 98 67
Fax: 09831/31 02 76
E-mail: JES-ML@t-online.de
Ansprechpartnerin: Monika Lang

JES-Heilbronn

c/o Kontaktladen Heilbronn
Bahnhofstr. 43
74072 Heilbronn
Tel.: 07131/67 86 87
Fax: 07131/67 86 88
E-mail: JESHnwiedtemann@web.de
Ansprechpartner: Frank Wiedtemann (JES-Bundessprecher)

JES-Marburg

c/o Thomas Bierbaum
Am Mehrdrusch 9
35094 Lahntal-Gossfelden
Tel.: 0177/702 33 86
E-mail: Jes@freenet.de

JES-München

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

Junkiebund Nürnberg e. V.

c/o MUDRA gGmbH
Ludwigstr. 61
90402 Nürnberg
Tel.: 0911/241 82 25
E-mail: Junkiebund@odn.de
Ansprechpartner: Norbert Spangler, Ernst Bauer

JES-Würzburg

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

JES-Stuttgart

c/o Café Maus
Hauptstätter Str. 108
70178 Stuttgart
Fax: 0711/60 15 47 80
Tel.: 0175/985 88 20 (R. Baur)

Weitere wichtige Adressen

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin
Tel.: 030/69 00 87-56
Fax: 030/69 00 87-42
E-mail: Dirk.Schaeffer@dah.aidshilfe.de

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit

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

akzept e. V.

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

JES-Sprecherrat Mailingliste

jes-sprecherrat@yahoogroups.de

Mailinglisten – Schienen

JES-Suedschiene@gmx.net (Nord)
Nordschiene
JES@yahoogroups.de (Süd)
jes
forum@yahoogroups.de (West)
JES_Netzwerk@yahoogroups.de (bundesweit)

Bitte teilt uns eventuelle Adressänderungen mit!!! (Stand der Adressen: 15.11.2006)



Bernd Lemke ist tot!

Das bundesweite JES-Netzwerk trauert um Bernd Lemke.

Seit mehr als 15 Jahren für Drogen gebrauchende Menschen aktiv war Bernd maßgeblich an der Entstehung und Entwicklung des bis heute einmaligen Kontaktladensmodells in Nordrhein Westfalen beteiligt. Als Drogengebraucher, Mitarbeiter des Junkie Bund Köln sowie als Vorstandsmitglied des JES Landesverbandes NRW trat Bernd für die Akzeptanz unterschiedlichster Lebensstile und Lebensentwürfe ein.

Mit Bernd Lemke verliert das Netzwerk einen seiner langjährigen Mitstreiter, der sich vor allem durch sein Engagement und seine persönliche Integrität auszeichnete.

Bernd, wir werden dich vermissen ...



Das A, B, C des Drogenkurier



wie GHB (Gammahydroxybuttersäure)

GHB auch bekannt als Liquid Ecstasy, Liquid E, Liquid X, wurde in den 60er Jahren erstmals synthetisch hergestellt. Als Medikament diente es als Narkosemittel und als Hilfsmedikament beim Alkoholentzug. Da die Nebenwirkungen jedoch zu groß waren, wird es heute in Deutschland kaum mehr medizinisch eingesetzt. Ferner wurde GHB in Bodybuilderkreisen als Stimulanz (es stimuliert das Wachstumshormon) benutzt und von Sportlern als verbotenes Dopingmittel eingesetzt.

Als Partydroge tauchte GHB erstmals in den 90er Jahren in englischen Clubs auf und wird seit dem auch in Deutschland konsumiert.

GHB fällt seit dem 1. März 2002 in Deutschland unter die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften.



Die Wirkung ist u. a. abhängig von der Dosis, dem Reinheitsgrad, den Gewöhnungseffekten, von Set (innerer Zustand) und Setting (Umfeld) des Users. Sie tritt etwa 10–20 Minuten nach oraler Einnahme ein und dauert 1,5 bis 3 Stunden. Meist ist keine exakte Dosierung möglich, da in der Regel unbekannt ist, welche Stoffe in der Flüssigkeit enthalten sind und welchen Wirkstoffgehalt GHB tatsächlich hat.

Der Konsum von GHB zusammen mit Alkohol, Opiaten oder anderen die Atmung beeinträchtigen legalen und illegalen Drogen birgt lebensbedrohliche Gefahren. Bei

mehreren Konsumenten hat dieser Mischkonsum zu Atemlähmungen bis hin zum Erstickungstod geführt.

GHB und HIV-Medikamente:

Ebenfalls lebensgefährliche Verstärkung bei Mischkonsum zwischen antiretroviralen-Medikamenten (Proteasehemmer z. B. Kaletra, Reyataz, Crixivan, Norvir, Invirase) in Kombination mit GHB.

Übrigens ist diese lebensgefährliche Verstärkung der GHB Wirkung (Atemdepression, Koma, epileptische Anfälle) auch schon bei geringer Dosis möglich !!!

Einen risikofreien Konsum von GHB gibt es nicht. Der Konsum von GHB kann mit erheblichen, akuten und langfristigen Risiken verbunden sein. Die nachfolgenden safer-use-Informationen bieten die Möglichkeit der Schadensbegrenzung:

Personen mit Epilepsie, Herz- und Nierenfunktionsstörungen sollten auf keinen Fall GHB konsumieren da selten klar ist, wie hoch der Stoff dosiert ist und wie der Körper darauf reagiert, sollten konsumentenschlossene Personen GHB immer erst niedrig dosieren (antesten)!

- verzichte bei GHB/GBL auf Mischkonsum jeglicher Art, besonders mit ALKOHOL und Opiate – Lebensgefahr !!!
- trinke ausreichend Wasser, denke an die Zufuhr von Vitaminen (z. B. Obst) und Mineralien verzichte auf die Anwendung von GHB, wenn du alleine bist.
- Ein Fahrzeug führen und GHB – das geht gar nicht



wie Heroin

Die Geschichte des Heroins

Die Geschichte des Konsums von betäubenden oder anregend-euphorisierenden Opiaten reicht bis ca. 3000 v. Chr. in das alte Ägypten zurück und führt bis in die Neu-

zeit zu den Opiumhöhlen von China. Auf die schmerzstillende, beruhigende, manchmal aber auch anregende Wirkung von natürlichen Opioiden wurden Pharmazeuten und Chemiker bereits Anfang/Mitte des 19. Jahrhunderts aufmerksam und versuchten ein synthetisches Äquivalent zu dem Naturstoffextrakt Opium zu finden und ein Heilmittel zu entwickeln, das schnell herzustellen war und entsprechend auch vermarktet werden konnte.

Der englische Chemiker C. R. Wright entwickelte 1873 ein Verfahren zur Synthetisierung Diacetylmorphins, eines Syntheseprodukts aus Morphin und Essigsäureanhydrid. Am 26. Juni 1896 griff Aktiengesellschaft Farbenfabriken (heute Bayer) das Verfahren auf und ließ es unter der Bezeichnung Heroin und der Patentnummer 31650 F 2456 schützen. Wenig später gelang es am 21. August 1897 nach dem gleichen Verfahren dem bei Bayer beschäftigten Chemiker Felix Hoffmann ebenso die Synthetisierung Diacetylmorphins. Daraufhin startete ab 1898 der Bayer-Konzern die Produktion von Diacetylmorphin.



Heroin wurde als ein oral einzunehmendes Schmerz- und Hustenmittel vermarktet. Es fand auch Anwendung bei etwa 40 weiteren Indikationen. Als Nebenwirkungen wurden



lediglich Verstopfung und leichte sexuelle Lustlosigkeit beschrieben, weshalb das Opioid von der Ärzteschaft sowie von den Patienten zunächst überaus positiv aufgenommen wurde. 1904 wurde erkannt, dass Heroin, genau wie Morphin, zur schnellen Gewöhnung und Abhängigkeit führt. Zwar warnten einige Ärzte, dass es das gleiche Abhängigkeitspotenzial wie Morphin besitze, diese blieben jedoch in der Minderheit. Das lag einerseits an der aggressiven Vermarktung, andererseits daran, dass die orale Darreichungsform zu einer sehr viel langsameren und geringer dosierten Aufnahme des Stoffes führte, wodurch starke Rauschzustände und Abhängigkeit in der Regel ausblieben. Außerdem gab es damals noch keine Stigmatisierung Opioidabhängiger. Diese entwickelte sich jedoch langsam im ausgehenden 19. sowie dem beginnenden 20. Jahrhundert speziell in puritanischen Kreisen in den USA.

Zur stigmatisierten Droge entwickelte sich Heroin ab ca. 1910 vor allem in den USA, wo die Morphin- und Opiumsucht weit verbreitet war. Als bekannt wurde, dass gerauchtes oder intravenös gespritztes Heroin eine stärkere Wirkung hatte, stiegen viele Abhängige auf die leicht erhältliche Substanz, die außerdem nebenwirkungsärmer als Morphin war (v.a. Histaminreaktion), um. Der Hauptgrund für die Illegalisierung von Heroin ist jedoch bei der damaligen Stigmatisierung chinesischer Einwanderer zu finden, die häufig Opium rauchten und später auch Heroin konsumierten. Dadurch wurden diese Substanzen mit den ohnehin unliebsamen Chinesen assoziiert, weswegen zuerst einzelne Bundesstaaten der USA verschiedene Gesetze zwecks Verbot einführten. Später (auf der ersten Opiumpkonferenz) wurde zum ersten Mal ein staatenübergreifendes Verbot diskutiert, welches ausschließlich politisch und nicht medizinisch motiviert war (Diamorphin gilt bis heute als eines der wirksamsten sicheren Opiode). 1931 gab Bayer dem politischen Druck nach, stellte die Produktion

ein und entfernte Heroin damit aus seiner Produktpalette. Stattdessen konzentrierte sich die Firma auf ihre zweite, bahnbrechende Entdeckung: das Aspirin, mit dem Heroin ironischerweise bis heute teilweise gestreckt wird und welches, was noch ironischer ist, heute nach verschiedenen Statistiken für mehr Todesfälle als (illegales) Heroin verantwortlich ist, obgleich frei verkäuflich. In Deutschland wurde Heroin noch bis 1958 verkauft. Das Verbot erfolgte erst am 6. April 1971.



wie Illegalität

Gedanken zur Illegalität von Drogen*

„Drogen richten vor allem deshalb Schaden an, weil sie illegal sind“ (Spiegel 1988/ Nr.45, 163).

Die Illegalität heutiger Drogen in der BRD, einhergehend mit der Kriminalisierung der Konsumenten, hat in der aktuellen Form eine kurze, etwa drei Jahrzehnte alte Geschichte (erstes BtMG seit 1972). Illegalisierter Drogenkonsum hat sich jedoch in den Köpfen als ein ewig bestehendes und besonders gefährliches Delikt niedergeschlagen. Die Kriminalisierung des Drogenkonsums ist selbstverständlich geworden wandlungsfähig.

Illius (1992) erklärt die Legalität von Drogen wie Alkohol, Nikotin usw. damit, dass sie keine Wertkonflikte auslösen, obwohl sie weit mehr Schäden für die Volksgesundheit anrichten. Historisch gesehen gab es auch Verbote für Alkohol und Nikotin, aber diese Drogen haben den Weg aus der Illegalität geschafft.

Die Mythen, denen historisch gesehen zum Beispiel Kaffee und Nikotin ausgesetzt waren, sind verblasst. Die ihnen unterstell-

te Wertebedrohung hat sich letztlich durch integrieren, alltäglichen Konsum verschlissenen. Die ehemals negative Etikettierung verschwand zu Gunsten der Akzentuierung des realen Gebrauchswerts.

Die Dämonisierung der illegalisierten Drogen hat ihren wesentlichen Grund in einem Verbot, das beständig übertreten wird. Die Strafverfolgung ist nicht in der Lage, diese Straftaten zu verhindern, aber sie leistet zumindest gute Dienste für eine ideologische Anti-Drogen-Stimmung.

Die Illegalität hat sich in gewisser Weise zu einem Grundsatz entwickelt, der keines besonderen Beweises bedarf.

Die Erklärung der Illegalität entspricht dem Prinzip des Strafgedankens: Strafe als Machtdemonstration der Problem- und Handlungsrichtlinienkompetenz, die sich realisiert über die strukturelle Benachteiligung der Drogenkonsumenten. Dieser Machtdemonstration wird ein hoffnungsvoller pädagogischer Effekt angehängt, gemäß dem Motto, „aus Schaden wird man klug“.

Der zynische Kreislauf, der die Illegalität von Drogen erst erzeugt, besteht darin, dass die negativen Auswirkungen der Illegalität auf die Drogenkonsumenten als zwangsläufige Effekte des Drogenkonsums gedeutet werden. Sie entstehen aber nur auf Grundlage der künstlich geschaffenen Konsumbedingungen. Die soziale und berufliche Integration wird bedroht, weil ab einer bestimmten Intensität der Drogenkonsum unter dem Druck des Verbots zur Ganztagsbeschäftigung wird.

Die Frage, wieviel an Strafe notwendig sein soll um Drogenkonsumenten abzuschrecken oder zur Umkehr zu bewegen, ist unklar. Deshalb fällt die Strafverfolgung und das Strafmaß international quantitativ verschieden aus.

Im Mittelpunkt steht die Unrechtmäßigkeit von Drogenkonsum zu manifestieren und dies ist auch bedingt erfolgreich.

*Auszüge aus: Zur symbolischen und politischen Funktion des Drogenkonsums von W. Seubert.

Neue Richtlinien geben Drogengebrauchern Hoffnung

Die Therapie der HCV-Infektion bei Substituierten fristet weiterhin ein Schattendasein. Auch wenn es engagierte MedizinerInnen gibt, die diese Therapie durchführen und dazu beitragen die außerordentlich positiven Ergebnisse der Fachöffentlichkeit vorzustellen.

Die Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) war maßgeblich verantwortlich, dass sich im letzten Jahr eine Arbeitsgruppe konstituierte um auf Grundlage von Studienergebnissen und Praxiserfahrungen neue Leitlinien zu erarbeiten.

Am 14. Juli 2006 wurde im Rahmen des 7. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin in München der Konsensustext verabschiedet

Nachfolgend stellen wir die zentralen Aussagen der Richtlinien in Auszügen vor. Der Gesamttext ist zu finden unter www.dgds.de sowie auf den Seiten des JES-Netzwerks www.jes-netzwerk.de

Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern*

Einleitung

Hinsichtlich der Therapie der Hepatitis C werden die jeweils bestehenden Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauung und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) zu Grunde gelegt. Diese behandeln nicht spezifisch die Situation intravenös Drogengebrauchender bzw. führen i.v. Drogenabhängigkeit (IVDA) als Kontraindikation an.

Grundlage

IVDA sind diejenige Gruppe, die am häufigsten mit HCV infiziert sind. Die Prävalenz beträgt in Deutschland zwischen 37% und 98%.

Hierunter befinden sich auch häufig HAV-, HBV- und/oder HIV-Koinfizierte mit deutlich höherer Mortalität.

Der Anteil der Neuinfektionen, der auf intravenösen Drogengebrauch zurückzuführen ist, liegt in Deutschland bei über 50%. Alkohol ist der bedeutsamste Prädiktor für eine Progression der Hepatitis C.

Es ist zu berücksichtigen, dass 30% der IVDA, die mit Methadon behandelt werden, einen schädlichen Alkoholkonsum haben.

Konsensus

IVDA mit einer chronischen Hepatitis C können antiviral mit Interferonen und Ribavirin behandelt werden. Es erscheint sinnvoll anhand des aktuellen Drogenkonsummusters folgende Gruppen intravenös Drogengebrauchender zu unterscheiden:

1. Patienten mit aktuellem intravenösen Drogenkonsum,
2. Patienten in einem Substitutionsprogramm,
3. Patienten während der Entzugsbehandlung,
4. Patienten nach einer Entzugsbehandlung,
5. Patienten, die länger als 12 Monate keine Drogen mehr konsumiert haben.

Es wird empfohlen,

1. bei Patienten mit aktuellem intravenösen Drogenkonsum wie im Einzelfall zu entscheiden, in der Regel sie aber eher nicht zu behandeln
2. Die Substitutionsbehandlung stellt in der Suchtmedizin das beste Setting für eine Hepatitis C Therapie dar
3. Patienten während der Entzugsbehandlung können im Einzelfall mit einer HCV-Therapie beginnen
4. Patienten nach einer Entzugsbehandlung können im Einzelfall behandelt werden, sollten jedoch engmaschig auch hinsichtlich der Suchterkrankung betreut werden
5. Patienten, die länger als 12 Monate keine Drogen mehr konsumiert haben, können prinzipiell wie allgemein empfohlen behandelt werden. Möglicherweise benötigen sie zusätzlich Therapie, da die Nebenwirkungen an frühere Entzugssymptome erinnern können

Die Reinfektionsrate ist bei IVDA nicht höher als bei nichtdrogenabhängigen Kollektiven. In Follow-up-Studien muss dieses Thema weiter erforscht werden. Auch der Einfluss von Beikonsum und einer adäquaten Therapie der Nebenwirkungen auf die SVR sollte in größeren Gruppen erforscht werden.

Wie oft sollen IVDA hinsichtlich HCV getestet werden?

- IVDA sollten einmal jährlich auf HCV getestet werden.
- IVDA sollen darüber informiert werden, wie sie sich vor Infektionen, (insbesondere HBV-, HCV- und HIV-Infektionen) schützen können

Wir möchten insbesondere MitarbeiterInnen in AIDS- und Drogenhilfen dazu aufrufen diese Leitlinien in interdisziplinären Arbeitskreisen und in Kontakten zu Medizinern zu thematisieren. Es gilt mehr Ärzte darüber zu informieren, dass sich die Substitutionsbehandlung von einer Kontraindikation zum besten Setting der HCV Therapie von Drogengebrauchern entwickelt hat.

Auch Drogengebraucher sollten sich auf diese Richtlinien berufen und ihren Substituierenden Arzt über die wichtigen Neuerungen informieren. Nur so werden wir erreichen, dass mittelfristig mehr HCV infizierte Drogengebraucher behandelt werden.

*Auszüge



Substitutionstherapie und Hepatitis C-Behandlung

Therapiekompetenz
in einmaliger Kombination
für Patient und Therapeut



essex pharma

Substitution im Brennpunkt

Anmerkungen des JES-Netzwerks:

Wie bereits an andere Stelle dieser Ausgabe beschrieben, ist die Substitutionsbehandlung in den letzten Monaten in die Diskussion geraten.

Auslöser für die Berichterstattung, an der sich u. a. auch so renommierte Magazine wie DER SPIEGEL beteiligten, war die Anklage bzw. Verurteilung von in der Substitutionsbehandlung tätigen Medizinern.

Als bundesweites JES-Netzwerk liegt uns nicht daran die im Raum stehenden Vorwürfe zu verharmlosen.

Fahrlässiges und eindeutig kriminelles Verhalten wird durch JES verurteilt. Sollten die dargestellten Fakten der Wahrheit entsprechen erweisen jene Ärzte ihren KollegInnen und Drogen gebrauchenden Menschen einen „Bärendienst“.

Der bereits heute von substituierenden Ärzten kritisierte Dokumentationsaufwand wird steigen.- Das Image einer gesamten Fachrichtung wird diskreditiert. Substituierende Ärzte werden noch vorsichtiger in Sachen „Take Home Regelung“ usw. usw. Diese Aufzählung negativer Auswirkungen ließe sich beliebig fortsetzen.

Umso wichtiger erscheint uns eine differenzierte, neutrale Auseinandersetzung und Berichterstattung. Ist dies im folgenden Artikel gelungen ...?



DEUTSCHE ÄRZTE ALS DEALER – KICK AUF KRANKENSCHHEIN

Kriminelle Ärzte und schlampige Kontrollen bringen die Behandlung Drogensüchtiger mit Methadon in Verruf. Dabei sollen die Me-

diziner künftig womöglich sogar Heroin verschreiben dürfen.

Die Dealerin war geständig, die Richter machten kurzen Prozess: Nur einen Vormittag benötigte das Landgericht Aurich Ende Juli, um Christiane B. für vier Jahre und sechs Monate hinter Gitter zu schicken. Die 51-jährige habe Junkies im großen Stil mit Stoff versorgt, weil sie Geldsorgen gehabt habe, hieß es im Urteil. Einer der Kunden starb an den Drogen.

Bemerkenswert an dem Verfahren war der Beruf der Drogenhändlerin: Christiane B. ist Ärztin, spezialisiert auf die Behandlung Süchtiger. Doch in ihrer Praxis in Ostfriesland zweigte sie jahrelang unbemerkt heiße Ware ab: Polamidon, ein synthetisches Opiat, das – wie auch das bekanntere Methadon – Süchtigen als Drogensersatz dient. Der Stoff wird normalerweise unter Aufsicht getrunken. Spritzen Fixer ihn sich hingegen in die Venen, wirkt er ähnlich wie Heroin.

Die Dealerin im weißen Kittel ist kein Einzelfall. Allein in Niedersachsen leiteten Staatsanwälte jetzt mindestens vier ähnliche Verfahren gegen Mediziner ein, nachdem dort vor einigen Wochen die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) begonnen haben, Drogenärzte systematisch zu überprüfen. Auch in anderen Bundesländern mussten sich in den vergangenen Monaten immer wieder Ärzte vor Gericht verantworten, weil sie Fixer illegal mit Drogen bedient haben.

Kriminelle oder fachlich überforderte Mediziner werfen so ein schlechtes Licht auf die kontrollierte Drogenversorgung. Sie bringen damit zugleich ein Behandlungssystem in Verruf, das lange politisch heftig umstritten war, sich aber nun langsam zu etablieren begann. Vor allem nähren solche Strafverfahren Zweifel an einem Projekt, mit dem die Opiat-Abgabe jetzt noch erheblich ausgeweitet werden soll: Noch dieses Jahr will die Große Koalition in Berlin entscheiden, ob Ärzte künftig neben Methadon oder Polamidon sogar reines Heroin auf Rezept verordnen dürfen.

Eigentlich dient die Drogenversorgung auf Krankenschein dazu, langfristig Abhängige von ihrer Sucht zu befreien. Doch obwohl nach Expertenschätzungen pro Jahr höchstens 2 von 100 Fixern den Absprung schaffen, gilt das Methadon-Programm weithin als Erfolg: Mit der Ersatzdroge gelinge es immerhin, die Patienten zu „stabilisieren“, argumentieren Befürworter. Junkies auf Methadon können trotz Sucht einer Arbeit nachgehen und in ihren Familien leben. Auch die Zahl der Drogentoten ist gesunken, die offene Drogenszene geschrumpft.

Der Erfolg hat allerdings Nebenwirkungen. Seit Jahren klettert durch die Dauerversorgung die Zahl der Methadon-Patienten, derzeit sind rund 65 000 in ärztlicher Behandlung – schätzungsweise die Hälfte aller Opiat-Abhängigen in Deutschland. Ein gutes Geschäft, vor allem für Mediziner: Bis zu 2000 Euro setzen sie pro Patient jedes Jahr um. Und dabei sind sie nicht an strenge Budgetregeln gebunden, wie sie bei der Behandlung anderer Krankheiten gelten.

Dennoch fehlt es angesichts der wachsenden Kundschaft an Ärzten, die sich mit Sucht auskennen. Gerade erfolgreiche Mediziner verspüren nur wenig Neigung, ihr Wartezimmer mit Junkies zu füllen, die andere Patienten vertreiben könnten. Und Spezialisten wie Nervenärzte oder Psychotherapeuten zeigen ebenfalls kaum Interesse an Dauerkunden, die sich letztlich nur „versorgen, aber kaum therapieren lassen“, wie der Barsinghausener Neurologe Elmar Straube sagt.

Die Folge: Immer häufiger tummeln sich überforderte Hausärzte und reine Geschäftsmacher in dem Metier. „Für Kollegen mit finanziellen Schwierigkeiten ist das ideal“, so ein Mediziner, „man muss zumindest sein Wartezimmer nie mehr renovieren – und die Patienten kommen doch.“

Wie sich das auswirken kann, zeigen Akten von Staatsanwaltschaften und Krankenkassen. „Methadon wird Süchtigen immer wieder ohne jede Kontrolle und Untersuchung mitgegeben“, klagt etwa der Lüneburger Ober-

staatsanwalt Jürgen Wigger. Seine Ermittler haben in den vergangenen Wochen mehrere Praxen durchsucht und drei Verfahren gegen Sucht-Ärzte aus der niedersächsischen Stadt Uelzen eingeleitet. Selbst Minderjährige hätten den Stoff erhalten, so die Ankläger. Dabei reichen schon wenige Milliliter, um einen gesunden Menschen zu töten. Die Mediziner, so Wigger, hätten mit dem Methadon einen florierenden Handel betrieben.

Als besonders krasser Fall gilt die Geschichte einer Lüneburgerin: Als die Süchtige zur Entgiftungstherapie in eine Drogenklinik kam, rief sie von dort aus einfach ihren Substitutionsarzt an und bestellte telefonisch ein Methadon-Rezept. Das ließ sie von einem Taxifahrer abholen, der dann auch gleich zur Apotheke fuhr und die Ware in die Klinik brachte. „Die Drogenbeschaffung war nicht schwerer, als eine Pizza zu bestellen“, sagt Ermittler Wigger: „Da wird nicht die Sucht bekämpft, sondern gefördert.“

Auch andere Verfahren offenbaren Missstände.

- im bayerischen Ansbach wurde im Juli ein 51-jähriger Arzt zu Bewährungsstrafe und Geldbuße verurteilt, weil er massenhaft Methadon unkorrekt abgegeben hatte. Zwei Patienten waren an einer Überdosis gestorben;
- so steht zurzeit ein 71-jähriger Arzt in Kassel vor Gericht, weil er über Jahre hinweg 700 Liter Methadon im Schwarzmarktwert von 700 000 Euro aus seiner Praxis abgezweigt haben soll. Russische Kriminelle sollen den Stoff aufgekauft haben;
- in Augsburg wurde ein Drogenarzt zu zwei Jahren und neun Monaten Haft verurteilt, weil ein Patient an einer Überdosis Methadon starb;
- im niedersächsischen Diepholz wurde ein Arzt angeklagt, weil er 350-mal Drogen illegal verkauft haben soll.

Neben krimineller Energie sind es oft auch schlichte Unzulänglichkeiten, die das Behandlungssystem in Frage stellen. Denn mitunter entwickeln Ärzte seltsame Helfersyndrome – mit fatalen Folgen: „Süchtige finden schnell heraus, welche Ärzte unsicher und weich sind“, sagt der Münchner Medizinprofessor und Suchtexperte Michael Soyka, „und

dann gehen sie natürlich in die Praxis, in der sie besonders leicht an Stoff kommen.“

So wie bei der ostfriesischen Drogenärztin Christiane B.: Als sie ihre Praxis einmal nicht öffnen konnte, klebte sie einfach ein Schild an die Türe: „Pola ist im Garten.“ Dort fanden die Fixer eine Flasche Polamidon und kleine Becher – zur Selbstbedienung.

Aufgeschreckt von den Ermittlungen der Staatsanwaltschaften, hat nun immerhin die niedersächsische KV schärfere Prüfungen angekündigt. Viele Mediziner reagieren prompt empört auf solche Nachforschungen. „Manche drohen sogar, die Substitution aufzugeben“, berichtet Cimander. Dann breche die Versorgung der Süchtigen zusammen – sie müssten „zurück auf die Straße“.

Dabei werden demnächst womöglich noch mehr Drogenärzte gebraucht, sollte das Betäubungsmittelgesetz die Verschreibung von Heroin zulassen. Zwar wurde die Heroinvergabe bislang nur im Rahmen einer Studie in sieben Großstädten getestet, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat den Einsatz als Medikament aber bereits befürwortet. Der Kick auf Krankenschein könnte Tausende Junkies zusätzlich in die Behandlung locken.

Der Hamburger Medizinprofessor Achim Schmoltd fürchtet deshalb schon Schlimmes: „Anfangs war die Vergabe von Methadon auch streng geregelt. Inzwischen gehen viele Ärzte zu leichtfertig damit um“, klagt er. Das könne sich beim Heroin wiederholen. „Spätestens wenn Süchtige nicht mehr nur in Großstädten, sondern auf dem Land versorgt werden sollen“, so Schmoltd, „bekommen wir dieselben Probleme, die derzeit beim Methadon bestehen.“

Selbst ausgewiesene Suchtexperten geraten dabei schon mal auf Abwege: In Kassel hat die Staatsanwaltschaft jetzt einen 55-jährigen Arzt angeklagt, der Methadon gleich in Sprudelwasserflaschen abgefüllt und an Süchtige verkauft haben soll. Bis zu seiner Verhaftung schulte der Mediziner in Hessen Kollegen ausgerechnet in der richtigen Behandlung Abhängiger.

Was selbst die Drogenärzte nicht bemerkt hatten: Der Mediziner war süchtig und brauchte Geld für sein Kokain.

KV DROHT METHADON-ÄRZTEN HÄRTERE GANGART AN

Die Auseinandersetzung um die 349 substituierenden Ärzte in Niedersachsen hält an. Nachdem fünf Ärzte in die Mühlen der Justiz geraten sind wegen Methadonhandels oder Abrechnungsbetrugs im Zusammenhang mit der Methadonabgabe, sehen sich die substituierenden Kollegen seit Mitte Juli mit Überprüfungen durch die KV Niedersachsen konfrontiert. Nicht alle Ärzte kommen dem Auskunftsverlangen aber nach.

Im Juli 2006 wurde eine substituierende Ärztin zu vier Jahren und sechs Monaten Gefängnis verurteilt, weil sie mehr Methadon von der Apotheke geordert hatte, als sie tatsächlich brauchte, und den Rest an Drogensüchtige verkaufte. Vier weitere Ärzte werden zur Zeit von der Staatsanwaltschaft verdächtigt, ihren abhängigen Patienten zwar mehrere Tagesrationen Methadon mitgegeben (Take-home-Regelung), aber trotzdem die tägliche Verabreichung abgerechnet zu haben. Fragebogen stößt bei Ärzten nicht auf große Gegenliebe.

KV will Klarheit gewinnen – Ärzte wehren sich

Über die gängige Praxis der Methadonabgabe wollte nun die KV Klarheit gewinnen. Per Fragebogen forderte sie deshalb von substituierenden Kollegen Auskunft über das Prozedere, fragte nach Behandlungsblättern, Labordokumentationen und Durchschriften der ausgestellten Betäubungsmittelrezepte aus dem vierten Quartal 2005 sowie danach, wie oft und unter welchen Umständen von der Take-home-Regelung Gebrauch gemacht wurde.

Mehrere betroffene Ärzte wehrten sich gegen den Fragebogen. Sie warfen der KV vor, sie unter Generalverdacht zu stellen und von ihnen einen großen unbezahlten Dokumentationsaufwand zu verlangen.

Auch ein Brief des Dachverbands der substituierenden Ärzte Deutschlands (DSÄ) konnte die KV nicht dazu bewegen, die Fragebogenaktion einzustellen. Wilhelm Siepe, Generalsekretär der DSÄ, bat die KV darum, die staatsanwaltlichen Ermittlungen „nicht mit

einer aufwendigen und vorhersehbar ergebnislosen Aktion zu beantworten, die das Dasein der substituierenden Ärzte unverhältnismäßig belastet, ohne ihrer Reputation irgendeinen Nutzen bringen zu können“. Etwa 20 Prozent der Ärzte haben laut KV nicht auf ihr Auskunftersuchen reagiert. Nun will sie für das vierte Quartal 2005 auch die Abrechnungen prüfen.



Zur Begründung erklärte Detlef Haffke, Sprecher der KV: „Inzwischen sind in Niedersachsen vier Fälle bei der Staatsanwaltschaft gelandet, und zwar nicht wegen Methadonhandels, sondern wegen Abrechnungsbetrugs.“ Sollten die Ärzte trotz der Inanspruchnahme der Take-home-Regelung eine tägliche Verabreichung des Methadons abgerechnet haben, wäre das Abrechnungsbetrug – „und das ist der Grund für unsere Anfrage an die Ärzte“, so Haffke.

Der KV-Vorstand wolle sich in diesem Monat mit der Frage befassen, wie mit den Ärzten zu verfahren sei, die nicht auf den Fragebogen reagierten. Die Beratungen seien „ergebnisoffen“, sagte Haffke. In einem Brief an eine betroffene Kollegin deutet die KV aber schon an: Wenn die Ärztin die angeforderten Daten nicht liefere, behalte man sich vor, ihre Abrechnung „sachlich-rechnerisch zu berichtigen und gegebenenfalls weitere Maßnahmen einzuleiten“.

Ärzte Zeitung, 10. 10. 2006

DROGENKRANKE MIT METHADON VERSORGT – BEWÄHRUNGSSTRAFE FÜR MEDIZINER.

Ansbach. Landarzt wegen Drogen-Verstößen zu Bewährungsstrafe verurteilt

Das Landgericht Ansbach hat einen Arzt aus Feuchtwangen wegen unerlaubter Abgabe und Verschreibung von Betäubungsmitteln in 455 Fällen zu neun Monaten Haft auf Bewährung verurteilt. Der 51 Jahre alte Mediziner hatte Suchtpatienten mit dem Ersatzstoff Methadon behandelt. Laut Staatsanwaltschaft hielt er sich dabei nicht immer an die Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes. Vom ursprünglich erhobenen Vorwurf der leichtfertigen Todesverursachung von zwei Patienten rückte das Gericht nach 14 Verhandlungstagen allerdings ab.

Nach einer Absprache zwischen Gericht, Staatsanwaltschaft und Verteidigung konnte der seit April laufende Prozess früher als ursprünglich geplant beendet werden. Der Vorsitzende Richter Hans Blummoser erlegte dem Landarzt ein partielles Berufsverbot auf, wonach er fünf Jahre lang keine opiatabhängigen Patienten mehr behandeln darf. Er muss außerdem 3000 Euro zahlen.

Der Verteidiger des Mannes, Alexander Seifert, zeigte sich nach Abschluss des Prozesses zufrieden mit dem Urteil: «Von den angeklagten 1830 Verstößen ist nicht viel übrig geblieben.» Sein Mandant habe allerdings erkannt, dass auch ein Arzt, der aus edlen Motiven heraus handle, sich an die Bestimmungen halten müsse. Die Verhandlung habe jedoch gezeigt, dass der Arzt seine drogenabhängigen Patienten sehr wohl eingehend untersucht und sie auch psychologisch begleitet habe. Er habe allerdings die vorgeschriebenen Konsultationen nicht eingehalten und zu große Mengen auf einmal verschrieben. Zwei Patienten hatten sich das für mehrere Tage gedachte Methadon 2001 und 2002 auf einmal gespritzt und waren daran gestorben.

Frankenpost, 21. 7. 2006

VITAMIN B FÜR JUNKIES

Urteil im „Apotheker-Prozess“: Landgericht verhängt wegen Betruges 14 Monate auf Bewährung. Der Ex-Apotheker soll sich mit HIV-Rezepten um mindestens 160.000 Mark bereichert haben

Seine eigene Verurteilung mag sich Dr. F. erst gar nicht mehr anhören. Er hält das Verfahren gegen ihn ohnehin für eine Gerichtsspöke. „Sie erzählen einfach Blödsinn“, schreit er der Richterin entgegen. „Und sie wissen das.“ Sagt's – und verabschiedet sich mit einem Türknall.

Aus dem Saal

14 Monate auf Bewährung wegen gewerbsmäßigen Betrugs, dazu 1.200 Euro Geldstrafe: Die Berufungsrichter am Landgericht hegten keine Zweifel an der Schuld des angeklagten Apothekers. Sie sehen es nach gut achtmonatiger Verhandlung als erwiesen an, dass er HIV-infizierten Drogenabhängigen statt der verschriebenen Medikamente bis zu 800 Mark bar auf die Hand gab – die Rezepte aber sehr wohl mit den Krankenkassen abrechnete. Allein 1998 und 1999 soll sich F. auf diese Weise um mindestens 160.000 Mark bereichert haben. Anschließend wurde seine Apotheke in der Neustadt geschlossen, die Approbation entzogen.

Das kommt einem Berufsverbot für den 60-jährigen gleich – weswegen die Berufungsrichter gestern auf die Verhängung eines solchen verzichteten. Das Amtsgericht hatte 2003 neben einer Bewährungsstrafe von einem Jahr noch ein einjähriges Berufsverbot erlassen.

Die Geschäftszahlen des Angeklagten ließen Zweifel aufkommen. Binnen eines Jahres stiegen die Umsätze mit HIV-Präparaten in seiner Apotheke um das Siebenfache, auf zuletzt fast 700.000 Mark. „Und es gibt keine Erklärung für diese steigenden Umsätze“, sagt die Richterin.

Er sei „zu geldgierig“ gewesen, soll er seinen MitarbeiterInnen offenbart haben. Doch davon will er heute nichts mehr wissen – und weiter klagen. Sein Anwalt meldete bereits Revision an.

Jan Zier

taz Nord 26. 9. 2006

Ungerechtfertigte staatsanwaltliche Ermittlungen in Ravensburg bedrohen die Sicherstellung der Substitution

Bereits im Frühjahr 2006 wurde ein Ravensburger Arzt einem aus meiner Sicht vollkommen ungerechtfertigten Ermittlungsverfahren im Rahmen einer Substitutionsbehandlung unterzogen. Der Substitutionsfall, in dem ermittelt wird, war kurz zuvor von der Qualitätssicherungskommission der KV Baden-Württemberg als einwandfreie Substitution ohne Beanstandungen bewertet worden. Trotz dieser Tatsache hat die Staatsanwaltschaft Ravensburg von sich aus ohne Grund (ohne Todesfall oder Anzeige) dieses Ermittlungsverfahren in Gang gesetzt.

Bei laufender Sprechstunde wurden die Krankenakten in der Praxis von zwei Polizeibeamten beschlagnahmt. Dieses Ermittlungsverfahren hat unter den substituierenden Ärzten für sehr viel Unruhe und Besorgnis gesorgt. Der betreffende Arzt hat sich weitestgehend aus der Substitution zurückgezogen. Auch andere Ärzte haben beschlossen keine neuen Patienten mehr in die Substitution aufzunehmen. Durch diese Entwicklung hat sich die ohnehin unzureichende Sicherstellung der Behandlung von Substitutionspatienten in der Region Bodensee-Oberschwaben weiter dramatisch zugespitzt.

Am 20. 10. 2006 hat derselbe Staatsanwalt in Ravensburg ein zweites Mal zugeschlagen. Mit richterlichem Durchsuchungsbefehl wurden in meiner Praxis ebenfalls bei laufender Sprechstundentätigkeit die Akten eines substituierten Patienten beschlagnahmt. Auch hier bestand keine Ermittlungsnotwendigkeit (kein Todesfall, keine Anzeige). Der Staatsanwalt hatte lediglich auf Grund einer Ermittlung gegen den Patienten den Verdacht, dass die Substitution wegen eines Beikonsums zu beenden sei und dass die von mir praktizierte take-home Verordnung nicht gerechtfertigt sei. Diese Substituti-

onsbehandlung wurde zwei Jahre zuvor in der Justizvollzugsanstalt Ravensburg von dem dort angestellten Arzt begonnen und am 21. 12. 2004 zur Weiterführung an mich überwiesen. Es war also eine Weiterbehandlung in der freien Arztpraxis ohne Unterbrechung. Interessanterweise wurde die Substitution auch in der JVA trotz eines temporären Opiatbeikonsums nicht abgebrochen.

Auf Grund der o.g. Sachlage sehe ich mich gezwungen, die Substitution in meiner Praxis zu beenden. Wenn qualifizierte, von ärztlichen Kommissionen als einwandfrei bewertete Substitutionsbehandlungen von Staatsanwälten trotzdem strafrechtlich verfolgt werden können, kann man keinem Arzt mehr raten, diese Behandlungen auch weiterhin durchzuführen. Ich selbst bin seit ca. 10 Jahren Mitglied der früheren Methadon-Kommission der KV Baden-Württemberg und seit 4 Jahren Vorsitzender der Qualitätssicherungskommission der Bezirksdirektion Süd-Württemberg. Vor 2 Jahren hat mich die Bezirksärztekammer Süd-Württemberg für meine Verdienste um die Qualitätssicherung in der Substitution mit der Wilhelm Griesinger Medaille ausgezeichnet. Ich finde die drohende Kriminalisierung von Ärzten, die sich der ohnehin schwierigen Aufgabe der Substitutionsbehandlung annehmen, für absolut untragbar.

Nach meinen ersten Telefonaten überlegen sich auch weitere Kollegen im Kreis Ravensburg und im Bodenseekreis die Substitutionsbehandlung ebenfalls zu beenden. Ich selbst würde diese Entscheidung unter den derzeitigen Umständen auch für vollkommen notwendig und richtig halten. Für die betroffenen Patienten wäre das eine Katastrophe. Ich werde mich nächste Woche um ein gemeinsames Treffen mit den Kolleginnen und Kollegen bemühen, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Auch der Kollege, der geplant hatte im Frühjahr 2007 in Ravensburg eine Schwerpunktpraxis für Substitution zu eröffnen, wird von mir über die aktuelle Situation informiert werden.

Ravensburg, 22. 10. 2006
 Dr. Dietmar Hawran, Vorsitzender der QSK Substitution der
 KV Baden-Württemberg, BD Süd-Württemberg

Dr. Dietmar Hawran
 Bodensee - Württemberg

**Den symbolischen Preis des DROGENKURIER
für die Sauerei des Monats erhält heute:**



Maria Eichhorn,
(Drogenbeauftragte der CDU/CSU-Bundestagsfraktion)
stellvertretend für die
CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Für die fachlich und ethisch nicht vertretbare Blockadehaltung zur Fortführung der Behandlung mit Diamorphin.

Dies ist ein Skandal, wehrte Volksvertreter !



Junkies – Ehemalige – Substituierte
Bundesweites Drogenselbsthilfenetzwerk

c/o Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Dieffenbachstr. 33

10967 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: jes-sprecherrat@yahoogroups.de

www.jes-netzwerk.de