

DROGENKURIER

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

MÄRZ 2010

NR. 81

JUNKLES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

Treibjagd auf substituierende Ärzte



- Strafvollzug: Ein Gesetz wie Knüppel auf'm Kopp
- akzept e.V.: IMPROVE-Studie zeigt Schwachstellen der Substitution

IMPRESSUM

Nr. 81, März 2010
Herausgeber des
DROGENKURIER:

JES*-Bundesverband e. V.
c/o Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 030/69 00 87-56
Fax: 030/69 00 87-42
Mail: vorstand@jes-bundesverband.de
www.jes-bundesverband.de

Dirk Schäffer, Deutsche
AIDS-Hilfe e. V. (V.i.S.d.P.)

Mitarbeit:

Mathias Häde
Katrin Heinze
Marco Jesse
Jochen Lenz
Max Plenert
Claudia Schieren
Markus Bernhard

Titelfoto:

Bruce Livingstone/
istockphoto.com

Satz und Layout:

Caja

Druck:

X-Press Grafik & Druck GmbH
Lützowstr. 107-112
10785 Berlin

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.

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

Wir freuen uns sehr Ihnen und Euch die erste Ausgabe des DROGENKURIER im Jahr 2010 vorstellen zu können.

Nach 20 Jahren interessanter Arbeit als „Netzwerk von aktuell Drogen gebrauchenden, Substituierten und Ehemaligen“ haben wir uns entschlossen, JES in eine Rechtsform zu überführen. Ein längst überfälliger Schritt, wie wir finden.



Diesen neuen Abschnitt unserer Arbeit wollen wir mit einem neuen Logo sowie einem neuen Schriftzug verdeutlichen. Wer aber nun vielleicht denkt „JES hat sich nun endgültig angepasst“ wird irren – JES wird auch als Verein die Interessen Drogen gebrauchender Menschen unmißverständlich und unbequem vertreten.

Wir möchten alle, die mit den Zielen und Haltungen unserer Arbeit übereinstimmen können, für eine Mitgliedschaft im neuen JES-BUNDESVERBAND gewinnen.

Was sind die Gründe warum sich ehemals substituierende Ärzte von dieser wichtigen Behandlungsform abgewandt haben? Auf diese und andere Fragen gibt die aktuelle Studie von AKZEPT e. V. ,die wir in dieser Ausgabe ausführlich vorstellen, eindeutige Antworten.

Der Tod von Herrn Dr. Quathamer hat uns sehr nachdenklich gestimmt. Unsere Gedanken zu diesem Freitod eines Arztes der immer für die Belange seiner Drogen gebrauchenden Patienten da war, finden sich im Beitrag „EIN UNMÖGLICHER SPAGAT“

Darüber hinaus enthält der neue DROGENKURIER Neuigkeiten zur diarmorphingestützten Substitution sowie einen Beitrag zu den untauglichen Versuchen der Politik das Thema „Drogen im Strafvollzug“ zu bekämpfen.

Wie immer würden wir uns freuen, wenn JES ein interessantes Magazin von Drogengebrauchern für Drogengebraucher und Interessierte realisiert hat.

Das Team des
DROGENKURIER



FOTO: © GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Richtlinien für die kassenfinanzierte Diamorphinbehandlung

In der letzten Ausgabe des Drogenkurier haben die beiden Patientenvertreter einen Einblick in die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gegeben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von den Krankenkassen erstattet werden.

Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien gelten für die gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte und die behandelnden Ärzte sowie andere Leistungserbringer.

Entscheidungen werden im G-BA von Leistungserbringern (den Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern) und Kostenträgern (den Krankenkassen) herbeigeführt. Diese „Bänke“ beraten gemeinsam über die medizinisch notwendige und sinnvolle Versorgung einerseits und den wirtschaftlichen Umgang mit den in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Finanzmitteln andererseits.

Fortsetzung S. 4

Nun sind fast 3 weitere Monate vergangen und die Diskussionen in vielen Städten um die Einführung der Regelversorgung mit Diamorphin kommen nicht recht voran da alle Beteiligten immer noch auf die entsprechenden Richtlinien warten.

300 Plätze in NRW?

So hört man aus NRW, dass die Landesregierung Vorgaben bzw. Richtwerte für die maximale Anzahl der mit Diamorphin zu behandelnden Drogenkonsumenten formuliert hat. Hierbei soll es um ca. 300 Menschen gehen denen diese hocheffektive Behandlung zur Verfügung gestellt werden soll.

Wir fragen uns, ob es denn an der Landesregierung ist hier Richtwerte vorzugeben?

Heißt das etwa, dass die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen die entsprechenden Genehmigungen zum Betrieb solcher Einrichtungen auf Grundlage dieser Zahlen ausstellt und den realistischen Bedarf, wie er von Fachleuten aus Medizin und sozialer Arbeit in den Kommunen formuliert wird, negiert?

Wenn man bedenkt, dass derzeit bereits in Bonn und Köln ca. 70 Heroinkonsumenten

mit Diamorphin behandelt werden und viele weitere Städte Interesse angemeldet haben, erscheint diese politische Zahl sehr gering.

Da solche Diskussionen Drogen gebrauchende Menschen und viele im Hilfesystem arbeitende nur verunsichern, ist es eigentlich positiv zu bewerten, dass die Zwischenergebnisse der Verhandlungen im G-BA – obwohl sie vertraulichen Charakter haben – öffentlich geworden sind.

Kritik von allen Seiten

Ohne Übertreibung kann man sagen, dass diese Richtlinienentwürfe für großes Unverständnis und gar Empörung gesorgt haben. Neben der Bundesärztekammer sehen auch die Modellstädte erheblichen Verbesserungsbedarf.

So wurde bekannt, dass die Richtlinien derart hochschwellig sein sollen, dass drei Ambulanzen aus der Modellphase ihre Arbeit unter diesen Richtlinien **nicht** fortsetzen könnten.

Der geneigte und kritische Beobachter dieser Verhandlungen fragt sich natürlich, was dort im Bundesausschuss vorgeht. Was ist das Ziel dieser Beratungen? Geht es hier darum eine gute Qualität zu verankern, wie sie bisher durch die Modellprojekte er-

bracht wurde, oder wird hier der Versuch unternommen unter dem Deckmantel der Behandlungsqualität hochschwelligste Bestimmungen zu formulieren die nicht oder nur mit hohem finanziellen und personellen Aufwand zu erfüllen sind?

An dieser Stelle möchten wir nicht unerwähnt lassen, dass die maßgeblichen Akteure im Gemeinsamen Bundesausschuss eher zu den Kritikern der gesamten Behandlungsform gehören. So ließen die Vertreter der KBV nichts unversucht um in den Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Bundestages die Studie selbst zu kritisieren und die Erfolge der Diamorphingestützten Behandlung anzuzweifeln und zu schmälern.

Dies hat alles nichts genützt, denn die große Mehrheit im Bundestag hat dem Gesetz zur Diamorphingestützten Substitutionsbehandlung zugestimmt.

Es ist daher nur sehr naheliegend wenn wir als Interessenvertretung Drogen gebrauchender Menschen schon etwas skeptisch sind, dass nun ausgereicht die Kritiker der Behandlung für die Richtlinien zur Kasernenfinanzierung verantwortlich sind.

Eines ist klar, mit überhöhten „Qualitätsanforderungen“ kann man auch dazu beitragen, dass viele Städte und Länder Abstand von dieser Behandlung nehmen.



Aufgezogene Spritze in der Schielestraße

JES fordert:
**Patienteninteressen
 in den Mittelpunkt stellen**

Wir, als JES-Bundesverband fordern den G-BA daher auf dafür Sorge zu tragen, dass der durch das Gesetz erteilte Auftrag auch bundesweit die Möglichkeit zur Umsetzung erhält.

Wenn überhöhte Qualitätsanforderungen dazu führen, dass Drogen gebrauchenden Menschen die Möglichkeit der Behandlung genommen wird, hilft dies niemandem – außer vielleicht jenen die diese Behandlungsform sowieso nie wollten.

JES-Bundesverband



Ein Gesetz wie „Knüppel auf'm Kopf“

Bundesrat beschließt Gesetz zur „besseren“ Bekämpfung des Einbringens von Rauschgift in Vollzugsanstalten – Bundesregierung zeigt sich kritisch.

Auf Initiative der Landesregierung von NRW beschloss der Bundesrat im Januar 2010 ein Gesetz, dass das Einbringen von Rauschgift in eine Vollzugsanstalt, Handelreiben mit sowie die Veräußerung und die Abgabe von Betäubungsmitteln im Vollzug als einen besonders schweren Fall im Sinne des § 29 Absatz 3 Satz 2 BtMG normiert. Die vorgesehene Strafandrohung von bis zu 15 Jahren soll hierbei eine erhebliche Abschreckung bewirken und so den Schmuggel und den Rauschgifthandel in Vollzugseinrichtungen eindämmen.

... und sie haben nichts gelernt

Man fragt sich hier tatsächlich ob die politisch Verantwortlichen in NRW und in anderen Ländern nichts aus der Vergangenheit gelernt haben. Kann man die im Gesetzentwurf beschriebenen negativen Auswirkungen des Drogenkonsums in Haft wie z.B.

Überdosierungen, Drogentodesfälle, Händlerhierarchien, gesundheitliche Gefahren durch HIV und Hepatitis Infektionen noch nachvollziehen, so verfallen die Verantwortlichen mit ihren Lösungsvorschlägen in eine teilweise zynische rechtspolitische Repressionslogik.

Gute Beispiele gäbe es genug

Seit vielen Jahren zeigen uns unsere europäischen Nachbarn in Spanien aber auch viele andere Länder, dass man das „Drogenproblem in Haft“ ganz entscheidend durch eine breite Palette von Angeboten zur Schadensminimierung und Behandlung in den Griff bekommen kann. So hält der spanische Vollzug in allen Haftanstalten eine Spritzenvergabe vor und alle inhaftierten Opiatkonsumenten erhalten die Möglichkeit einer Substitution.

Ein Blick in Berichte der WHO und der EMCDDA zeigt das Versagen der Politik auf. Denn nicht nur in Europa sondern auch in

Moldavien, Kirgisistan und Weißrussland hat man erkannt, dass Repression alleine ein stumpfes Schwert ist und Spritzenaustauschprogramme in Haft eingeführt.

In Deutschland hingegen negieren die Verantwortlichen die Hinweise der Fachleute aus Wissenschaft, Medizin und sozialer Arbeit.

Trotz eines erfolgreichen Modellversuchs der Spritzenvergabe in Haft gibt es in Deutschland nur noch eine Justizvollzugsanstalt, die den Gefangenen sterile Spritzen gegen bereits benutzte Spritzen eintauscht (JVA für Frauen, Berlin-Lichtenberg). Dieses Projekt besteht seit über 10 Jahren und wie auch die Wissenschaftliche Begleitung zeigte, hat es sich als erfolgreich erwiesen. Um die Infektionsgefahren in Justizvollzugsanstalten zu reduzieren, ist eine Ausweitung dieses Angebots auf andere Justizvollzugsanstalten dringend erforderlich.

Während die Substitutionsbehandlung in Freiheit für ca. 50% der Opiatkonsumenten

ten ein erfolgreiches Behandlungsangebot darstellt, werden in Haft nur etwa 3 % der inhaftierten Opiatkonsumenten dauerhaft behandelt.

Dass die Substitution maßgeblich dazu beitragen kann die Anzahl der Inhaftierten zu reduzieren, die ihren Konsum in Haft fortsetzen, ist allgemein bekannt. Ganz nebenbei wäre eine verbesserte Substitutionspraxis auch ein humanitärer Beitrag gegenüber drogenkonsumierenden Gefangenen und würde die Anschlussbehandlungen nach der Haftentlassung erleichtern.

Dass diese Angebote auch der Sicherheit und Ordnung zuträglich wären und auch die Bediensteten entlasten würden, sei hier nur am Rande bemerkt.

Wie absurd dieses Gesetz ist lässt sich aus der Stellungnahme der Bundesregierung entnehmen.

„Insgesamt geht die Bundesratsinitiative zu weit.“ ist dort zu lesen und die Bundesregierung bezweifelt, dass durch eine erhöhte Strafandrohung das Einbringen von Drogen in den Vollzug signifikant reduziert werden kann. **Die Nachfragesituation bliebe deshalb auch bei verschärften Strafandrohungen nach aller Voraussicht gleich.**

Vor diesem Hintergrund ist bereits in tatsächlicher Hinsicht zu hinterfragen, inwieweit das vom Bundesrat verfolgte präventive Regelungsziel, durch erhebliche Erhöhung der Strafandrohung das Einbringen von Drogen in den Vollzug zu reduzieren, überhaupt in signifikantem Umfang erreicht werden könnte.

Weiter erläutert die Bundesregierung, **dass der Drogenschmuggel z. B. durch Vollzugsbeschäftigte, Anstaltslieferanten bereits mit den bestehenden Gesetzen als besonders schwerer Fall gilt.**

Welch eine Ohrfeige für die „Gesetzesinitiatoren“ aus NRW; bleibt zu hoffen, dass die Mehrheit im Bundestag dieses Gesetz ablehnt!

Dirk Schäffer

Es gibt nichts was man nicht besser machen könnte

IMPROVE – Studie von AKZEPT e. V. evaluiert Versorgungslage und Zugangshürden der Substitution

Der Bundesverband Akzept e.V. setzt sich seit vielen Jahren, gemeinsam mit seinen Kooperationspartnern wie z. B. der DAH, für eine Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung ein. Dies mit dem Ziel eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung Opiatabhängiger zu gewährleisten.

Neben diverser Expertentreffen und Fachtage im Rahmen dessen detaillierte Problembeschreibung vorgenommen und Lösungsvorschläge erarbeitet wurden, hat akzept nun eine Befragung unter Drogenkonsumenten, Substitutionspatienten und Suchtmediziner durchgeföhrt um die Hindernisse für den Zugang und die Aufrechterhaltung sowie die Qualität der Substitutionsbehandlung zu evaluieren.

Konkret wurde ein interview- und fragebogengestütztes Verfahren angewandt, um Einstellungen und Erfahrungen von

- 200 Drogenkonsumenten
- 200 Substitutionspatienten
- 101 substituierenden Ärzten und
- 51 nicht-substituierenden Ärzten mit suchtmedizinischer Qualifikation zu erheben

METHODEN DER STUDIE IMPROVE

Die Datenerhebung unter Drogenkonsumenten, Substitutionspatienten und Ärzten erfolgte mit jeweils zwei Untergruppen:

- Patienten/Drogengebraucher
 - Patienten: Opioidabhängige, die sich gegenwärtig in OST* befinden
 - Opioidkonsumenten: Opioidabhängige, die sich gegenwärtig nicht in OST befinden
- Ärzte
 - Substituierende Ärzte
 - Nicht substituierende Ärzte: Ärzte mit suchtmedizinischer Qualifikation, die nicht aktiv substituieren (noch nie oder nicht mehr)

Will man die Ergebnisse der Studie in einem Satz zusammenfassen könnte man sagen: Die Substitution ist wirksam, aber die Versorgung Opiatabhängiger mit der Substitutionstherapie ist in einigen Regionen Deutschlands mangelhaft und restriktive Richtlinien und bürokratische Hürden halten viele Suchtmediziner von der aktiven Substitution ab.

ERGEBNISSE DER STUDIE IMPROVE

Die (flächendeckende) Versorgung Opiatabhängiger ist teilweise mangelhaft – Tabelle 1

Die derzeitige Verfügbarkeit der OST in Deutschland wird angesichts des enormen Bedarfs als unzureichend wahrgenommen – insbesondere außerhalb der Großstädte.

OST* =Opiatsubstitution

Ein erheblicher Teil der Patienten (insgesamt 31%) gibt an, die Versorgungssituation sei schwierig oder sehr schwierig. Hier gibt es regionale Unterschiede: während die Mehrzahl der Patienten im Norden (78%), Westen (80%) und Osten (68%) das Finden eines Substitutionsarztes als leicht oder sehr leicht einstufte, schätzte dies die Mehrheit der Patienten im Süden (54%) als schwierig oder sehr schwierig ein. Da diese Einschätzungen von Patienten stammen, die bei ihrer Suche nach Zugang zur OST erfolgreich waren, könnte es sein, dass sie die Schwierigkeiten beim Zugang zur OST unterschätzten.

Übereinstimmend mit den o.g. Ergebnissen waren die schlechte Verfügbarkeit eines Arztes (59%) und Wartelisten für die Aufnahme in die Behandlung (55%) stark präsent, als die Ärzte ebenfalls gebeten wurden, Hindernisse für Patienten beim Beginn der Substitution in ihrem Land oder ihrer Region anzugeben. Weitere Hindernisse bestanden im strengen Behandlungsreglement (64%), in fehlendem Wissen zu den verfügbaren unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten (41%) sowie in der Stigmatisierung (39%).

Am häufigsten war die Besorgnis, die Regeln der Behandlung nicht einhalten zu können (44%), und die Sorge vor einem Behandlungsabbruch (41%).

Im Durchschnitt 36% der aktuell Konsumierenden nehmen an, dass sie im Rahmen einer Substitution nicht ohne Beigebruch auskommen würden.

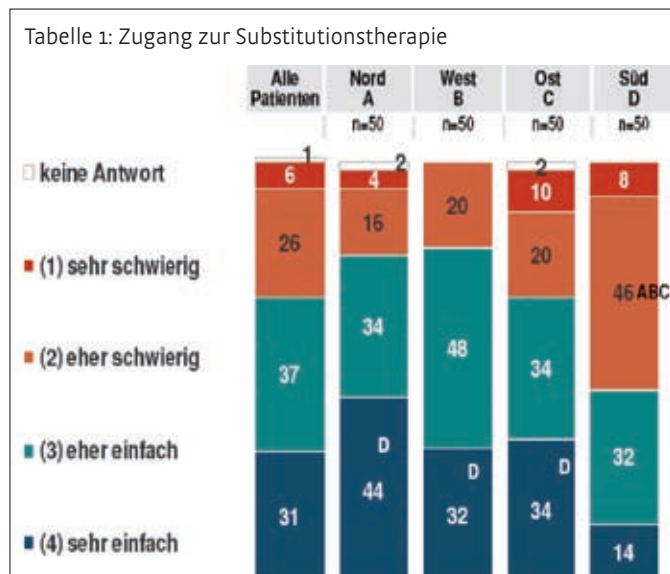
Im Vergleich zum Norden und zum Westen nannten Konsumenten im Süden und im Osten Schwierigkeiten beim Zugang zur OST (29% gegenüber 9%), die Existenz von Wartelisten (27% gegenüber 8%), sowie die Kosten (22% gegenüber 14%) als Gründe, keine OST zu machen.

Gründe warum Ärzte nicht substituieren – Tabelle 3

Um das Missverhältnis zwischen Angebot und Bedarf bei der OST-Verfügbarkeit in Deutschland aufheben zu können, ist es unabdingbar, die Gründe zu verstehen, warum viele zur OST zugelassenen Ärzte diese Therapie nicht anbieten. Bemerkenswert dabei ist, dass 82% der nicht substituierenden Ärzte in der Vergangenheit substituiert haben.

Wenn nicht substituierende Ärzte gefragt werden, was sich ändern müsste, damit sie wieder substituieren, waren dies:

- die politischen /rechtlichen Rahmenbedingungen (37%) – eine Verringerung der juristischen Bürokratie und die Schaffung klarerer Strukturen und Bedingungen
- organisatorische Aspekte (18%) – eine Verringerung des Aufwands im Büro
- eine Anhebung der Vergütung /der Honorare (14%)

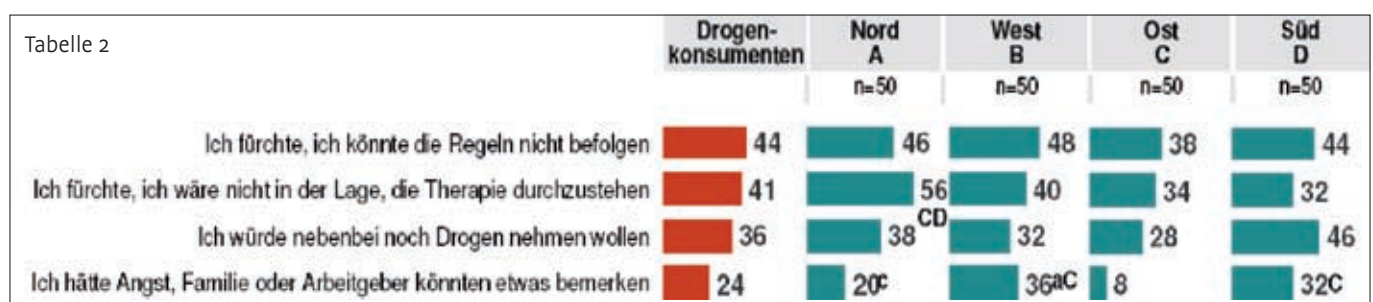


Gründe sich nicht substituieren zu lassen – Tabelle 2

Für ihr Fernbleiben von einer OST gaben Opioidkonsumenten eine Reihe von Gründen an.

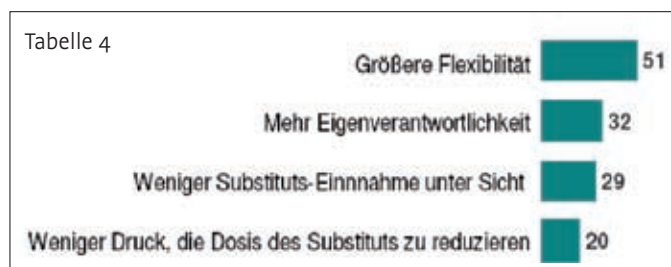
Auch aktiv substituierende Ärzte wünschen sich ähnliche Veränderungen:

Im Fokus stehen hierbei die politischen/rechtlichen Rahmenbedingungen (47%) – weniger Bürokratie, ein weniger restriktives Vorgehen sowie juristische Unterstützung statt Sanktionen



Was wünschen sich Substituierte? – Tabelle 4

Auf die Frage, was für sie eine Fortführung der Therapie erleichtern würde, gaben die Substitutionspatienten am häufigsten Folgendes an: größere Flexibilität (51%), mehr persönliche Verantwortung (32%) sowie eine Verkürzung der Zeitspanne, in der der Dosisgebrauch überwacht wird (29%).



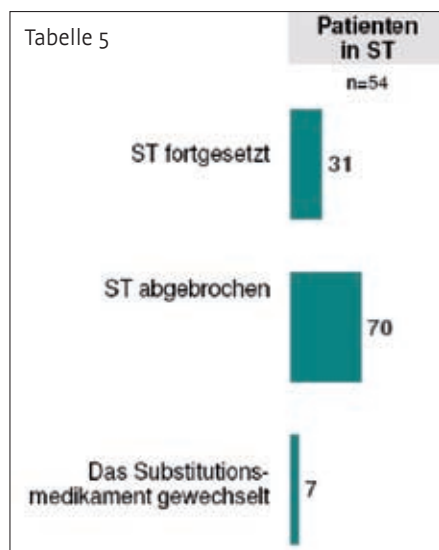
Mangel an Therapieangeboten im Strafvollzug – Tabelle 5

Ein erheblicher Anteil der Opioidabhängigen hat bereits eine Freiheitsstrafe verbüßt: Nur ein Drittel der Patienten (35%) und Opioidkonsumenten (32%) waren noch nie in Haft.

Die durchschnittliche Anzahl der Gefängnisaufenthalte betrug 2,8 bei Patienten und 4 bei Opioidkonsumenten. Diese Gefängnisaufenthalte waren bei Patienten zu 86% und bei Opioidkonsumenten zu 70% auf Drogendelikte zurückzuführen. Die durchschnittliche Gesamtdauer des Gefängnisaufenthalts betrug 3,2 bzw. 4,6 Jahre.

Von denjenigen Patienten und Opioidkonsumenten, die bis zum Antritt der Freiheitsstrafe in OST waren, mussten infolge des Haftantritts 70% die Therapie abbrechen.

Diese Ergebnisse zeigen, dass nur wenige Patienten und Opioidkonsumenten die Chance hatten, ihre Therapie im Strafvollzug zu beginnen oder fortzuführen. Somit bleibt die Chance ungenutzt, den Zustand dieser Patienten während ihres Gefängnisaufenthalts zu stabilisieren und zu verbessern.



Und trotz allem ... die Substitutionsbehandlung ist wirksam – Tabelle 6

Übereinstimmend mit der internationalen Erfahrung schätzen Ärzte, Patienten und nicht substituierte Opioidkonsumenten den Wert und die Vorteile der Substitutionsbehandlung Insgesamt sehen Patienten und Ärzte die soziale Rehabilitation, verringerte Straffälligkeit, verringerten Drogenkonsum und verbesserten Gesundheitszustand als wichtigste Aspekte der OST.

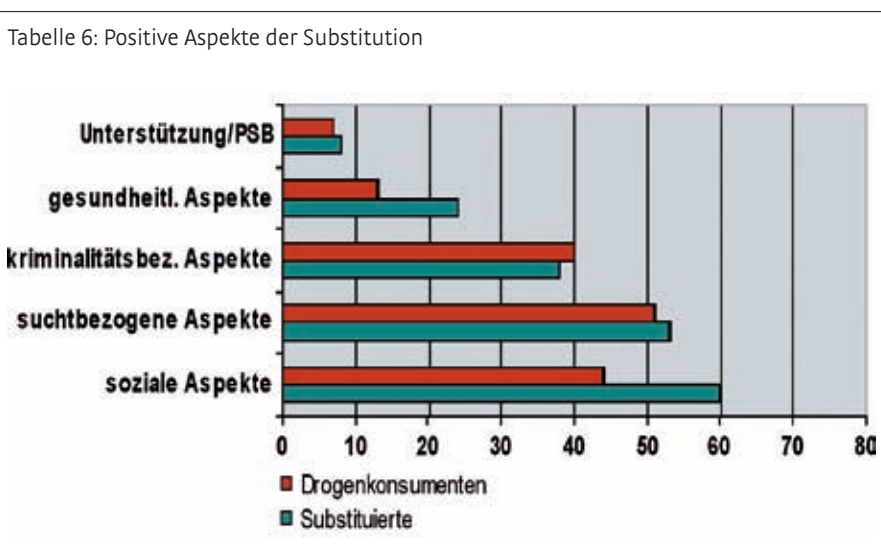
Demgegenüber werden die Effekte der PSB (Psychosoziale Betreuung) von Patientenseite weitaus geringer eingeschätzt als dies vom Hilfesystem angenommen wird. Lediglich 7% der 200 Befragten Substituierten zählen die Unterstützung durch die PSB zu den positiven Effekten der Behandlung.

Dies sollte ein Grund mehr sein um schnellmöglich zu einer wirklichen Entkopplung von medizinischen und sozialen Hilfen in der Substitutionsbehandlung zu kommen.

Die heute weitgehend als verpflichtender Bestandteil der Substitution gesehene PSB kann ihre Potentiale nur entfalten wenn der Patient diese Unterstützungsform wünscht.

Akzept wird die Ergebnisse dieser Studie nutzen um den Diskurs mit den politisch Verantwortlichen und der Praxis fortzusetzen. Dies mit dem Ziel die Potentiale die die Substitutionsbehandlung bietet in allen Regionen Deutschlands Drogen gebrauchenden Menschen zugänglich zu machen. Dies wird allerdings nur gelingen wenn die aktuellen Richtlinien wie BUB, BTMVV, RL BÄK dahingehend novelliert werden, dass sie einen klaren rechtlichen Rahmen bieten der die Therapiefreiheit nicht einschränkt. Diese Studie gibt den Entscheidungsträgern in den entsprechenden Organisationen und Behörden deutliche Hinweise wie dies gelingen kann.

Die Studienergebnisse sind unter www.akzept.org erhältlich.





Einstieg zum Ausstieg

20 Jahre Erfahrung in der

Suchttherapie

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

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Potsdamer Str. 8 · 10785 Berlin
www.substitutionstherapie.de
www.sanofi-aventis.de

sanofi aventis

Das Wichtigste ist die Gesundheit

Ein unmöglicher Spagat

JES-Bundesverband fordert: Treibjagd auf substituierende Ärzte beenden



FOTO: HARBURGER NACHRICHTEN

Dr. Quathamer †

Kurz vor Weihnachten wurde der substituierende Arzt und frühere Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes beim Landkreis Harburg **Hans Jürgen Quathamer** tot in seiner Winsener Wohnung aufgefunden. Herr Dr. Quathamer hinterlässt Frau und zwei Kinder. Sein Freitod wird in Zusammenhang mit Regressforderungen der KV Niedersachsen in Höhe von 660.000 Euro gebracht.

Auch im JES-Bundesverband hat der Tod von Herrn Quathamer große Betroffenheit hervorgerufen. Obwohl Herr Quathamer die Gründe für seinen Freitod nur selbst kennt, liegt für den JES-Bundesverband nahe, dass die seit 2007 vollzogene Treibjagd auf substituierende Ärzte in Niedersachsen und die hieraus resultierende Regressforderung von 660.000 gegen Herrn Quathamer handlungsleitend für seinen Freitod waren.

In den Ausgaben der Jahre 2007 und 2008 berichtete der DROGENKURIER immer wieder über das Vorgehen der „Task Force“

der AOK in Niedersachsen, die vier substituierende Ärzte wegen Verstößen gegen das BtmG angezeigt hatte und von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) eine Gesamtüberprüfung von über 200 substituierenden Ärzten verlangte.

So etwas nennt man Generalverdacht

Die KV Niedersachsen (KVN) meldete nach diesen Prüfungen 104 Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) der zuständigen Staatsanwaltschaft.

Dr. Quathamer war einer von ihnen. Er wurde 2007 von der Staatsanwaltschaft Lüneburg angeklagt. Ihm wurde vorgeworfen bei seiner Nebentätigkeit als Substitutionsarzt Methadon ohne die erforderliche Begleitkontrolle abgegeben zu haben und zudem ohne die erforderliche suchtmmedizinische Qualifikation behandelt zu haben. Hieraus wurde abgeleitet, dass er alle durch die Substitution generierten Einnahmen zurückzahlen hätte – insgesamt 660.000 Euro.

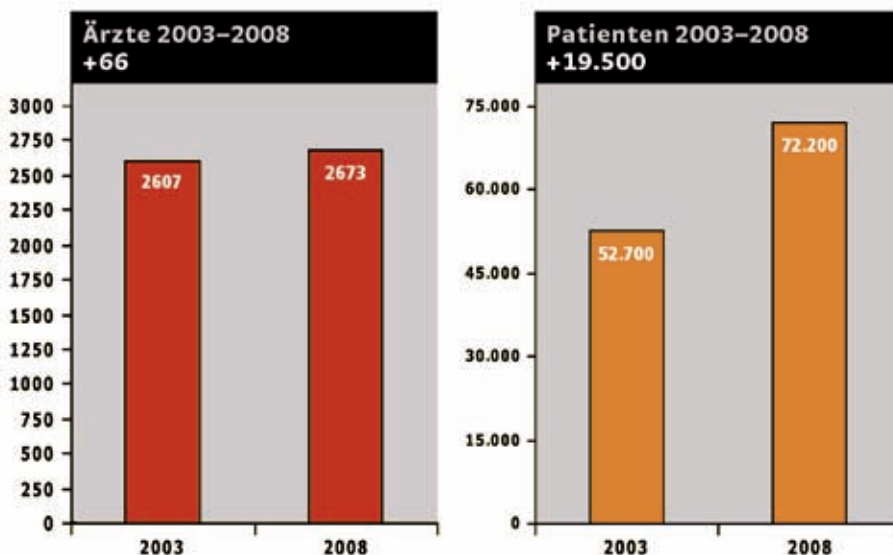
Wie bereits in früheren Berichten zu diesem Thema können und wollen wir uns nicht dazu äußern ob die Vorwürfe gegen Herrn Quathamer juristisch berechtigt waren oder nicht. Hierum geht es auch nicht. Der Fall Hans Jürgen Quathamer zeigt deutlich in welcher schwieriger Situation sich substituierende Ärzte befinden und dass sich eine praxisnahe und individuelle Substitution auch am Rande der gesetzlichen Regelungen oder gar darüber hinaus bewegen kann.

Seit vielen Jahren stehen wir vor dem Problem, dass die Anzahl von Ärzten die sich für eine Substitutionsbehandlung entscheiden stagniert oder gar sinkt und parallel hierzu die Anzahl substituierter Patienten kontinuierlich ansteigt (Abb. 1).

Dies hat zur Folge, dass viele Ärzte im städtischen Bereich überfrequentiert sind und mehr Patienten aufnehmen als eigentlich gut wäre.

In einigen ländlichen Landkreisen hingegen findet sich in einem Umkreis von 30 bis 50 Kilometer nur ein substituierender Arzt. Diese strukturellen und personellen

Abb. 1: Entwicklung der Arzt- und Patientenzahlen von 2003–2008



len Defizite „befördern“ eine Substitution die von den gesetzlichen und kassenrechtlichen Regelungen abweichen kann aber hierbei niemandem Schaden zufügt. Viele Ärzte handeln schlicht aus einer Notsituation. Es ist sicher kein Zufall, dass die meisten Verfahren gegen Substitutionsärzte in Niedersachsen die verbotene Mitgabe aus der Praxis sowie eine nicht bestimmungsgemäße Take Home Vergabe zur Grundlage haben.

§ Die dringend erforderliche Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen blieb bis auf einige kosmetische Veränderungen bisher aus und dies obwohl sich Suchtmediziner, Fachgesellschaften und Patienten weitgehend einig darüber sind, dass diese Behandlungsform größere Spielräume benötigt um Behandlungen zu individualisieren, Behandlungserfolge zu sichern und neue Ärzte für die Substitution zu gewinnen.

Ein Licht am Horizont?

Neben der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BTMVV) und den BUB-Richtlinien sind die Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) für die Substitution wegweisend. Lange hat sich die BÄK den Vorwurf gefallen lassen müssen, dass sie nicht die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Substitution beschreibt, sondern sich an den bestehenden Betäubungsmittelgesetzen orientiert.

Nach einigen Jahren steht aktuell die Überarbeitung dieser Richtlinien an und der vorliegende Entwurf gibt Anlass zur Hoffnung. Als Optimist könnte man die neuen Richtlinien zur Substitution der BÄK sogar als Quantensprung bezeichnen. JES als Interessenvertretung substituierter Drogengebraucher hat die Hoffnung, dass die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Substitutionsbehandlung nun endlich die Grundlage für die Formulierung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften bilden.

Eines steht fest: Alle die, die ein Interesse daran haben das die weltweit erfolgreichste Behandlungsform der Opiatabhängigkeit weiterhin allen zugute kommt die sich für diesem Weg entscheiden, müssen dafür Sorge tragen, dass substituierende Ärzte die mit großem persönlichem Engagement ihren Beruf ausüben nicht wie Dealer behandelt und angeklagt werden.

Ziel muss sein die strafrechtliche Ahndung ärztlichen Fehlverhaltens zugunsten ärztlichen Berufs- und Standesrecht zu ersetzen und somit die ärztliche Selbstkontrolle zu stärken.

Wir als bundesweite JES-Netzwerk möchten der Witwe und den Kindern von Herrn Quathamer unser aufrichtiges Beileid aussprechen.

... übrigens, bis auf wenige Ausnahmen wurden alle 104 Verfahren gegen substituierende Ärzte in Niedersachsen eingestellt.

JES-Vorstand



KLASSIKER DER PRÄVENTIONSARBEIT WIEDER VORRÄTIG

In den nächsten Tagen werden mehrere Medien die aufgrund der großen Nachfrage seit geraumer Zeit vergriffen waren in teilweise aktualisierter Form wieder zur Verfügung stehen.

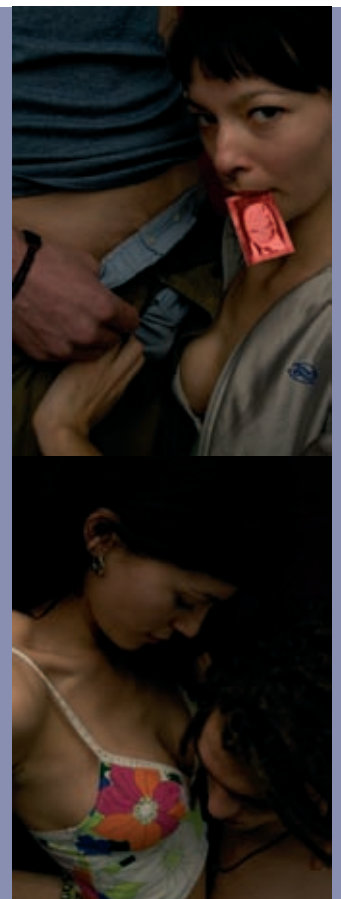
Schütz dich auch beim Sex!

Aktuelle Studien haben leider bestätigt, dass das Safer Sex Verhalten von DrogengebraucherInnen nur sehr unzureichend ist. So zeigte die COBRA Studie, dass ungeschützter Geschlechtsverkehr bei Substituierten insgesamt sehr häufig, besonders oft aber von HCV-HIV-koinfizierten praktiziert wird.

Es könnte auch mit der starken Präsenz des Themas "Safe use" – als maßgebliche Strategie zur Infektionsprophylaxe und Schadensminimierung – zu tun haben, dass das Thema "HIV/AIDS bei DrogengebraucherInnen durch sexuelle Übertragung" in den Hintergrund trat.

Mit der Neukonzeption der Broschüre "Schütz dich – auch beim Sex Infos für Drogengebraucherinnen und Drogengebraucher" wollen wir diesem Umstand entgegenwirken und dazu beitragen, das Themen wie "Sexualität und Drogengebrauch" bzw. "Safer Sex als Strategie zur Infektionsprophylaxe" wieder vermehrt in den Fokus der Diskussion innerhalb der Zielgruppe der DrogengebraucherInnen rücken. In der nun vorliegenden Broschüre wurde ein besonderes Augenmerk auf das Thema STD´s gelegt und Risikofaktoren Drogen gebrauchender Menschen unter Berücksichtigung der Lebensbedingungen thematisiert.

Diese Broschüre ist kostenfrei unter www.aidshilfe.de → Materialien zu bestellen. Oder auch per Mail an: dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de



Professoren fordern Legalisierung

von Maximilian Plenert, Geschäftsführer des Schildower Kreises

Der Schildower Kreis ist ein Netzwerk von Experten aus Wissenschaft und Praxis, die auf die schädlichen Folgen der Drogenprohibition aufmerksam machen und legale Alternativen zur repressiven Drogenpolitik aufzeigen wollen. Unter den Mitgliedern finden sich Professoren für Strafrecht, Erziehungswissenschaften, Verwaltungswissenschaften, Kriminologie und Sozialpädagogik, sowie Ärzte, Vertreter der Deutschen AIDS-Hilfe und dem Deutschen Hanf Verband.

In ihrer letzten Pressemitteilung („Drogenpolitik weiterdenken – Entkriminalisierung ausgestalten“) forderten sie die Verantwortlichen und konkret die Bundesdrogenbeauftragte Dyckmans auf, eine Enquête-Kommission einzurichten, um Schaden und Nutzen der Drogenpolitik ideologiefrei wissenschaftlich zu überprüfen. Auch die Abschaffung der Drogenprohibition und die Möglichkeit legaler Bezugswege müssten hierbei in Erwägung gezogen werden.

Im Schildower Kreis sind u.a. folgende Fachleute vernetzt: Prof. Dr. habil. Gundula Barsch, Dipl.-Psych. Lorenz Böllinger, Prof. Dr. Horst Bossong, Dr. Bernd Dollinger, Prof. Dr. Johannes Feest, Andreas Heimler, Prof. Dr. Henner Hess, Prof. Dr. Manfred Kappeler, Michael Kleim, Dr. Axel Klein, Dr. Nicole Krumdiak, Prof. Dr. jur. Cornelius Nestler, Dr. Bettina Paul, Dr. iur. habil. Helmut Pollähne, Prof. Dr. jur. Stephan Quensel, Dirk Schäffer, Prof. Dr. Sebastian Scheerer, Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Dr. Wolfgang Schneider, Prof. Dr. Heino Stöver, Dr. Rainer Ullmann, Dipl. FinW. Georg Wurth

Ihre Forderungen haben die Schildower in einem Manifest niedergeschrieben:

Drogenprohibition: GESCHEITERT, SCHÄDLICH und TEUER

Mit der Drogenprohibition gibt der Staat seine Kontrolle über Verfügbarkeit und Reinheit von Drogen auf.

Nicht die Wirkung der Drogen ist das Problem, sondern die repressive Drogenpolitik schafft Probleme. Die überwiegende Zahl der Drogenkonsumenten lebt ein normales Leben. Selbst abhängige Konsumenten bleiben oftmals sozial integriert. Menschen mit problematischem Drogenkonsum brauchen Hilfe. Die Strafverfolgung hat für sie und alle anderen nur negative Folgen.

Die Prohibition ist gescheitert

Prohibition soll den schädlichen Konsum bestimmter Drogen verhindern. Tatsächlich kann sie dieses Ziel nicht erreichen. Das zeigen alle wissenschaftlich relevanten Untersuchungen. Sogar die Evaluation des 10-Jahres-Programms der UNO zur Drogenbekämpfung kommt im Jahr 2008 zu diesem Schluss.

Wie beim Sex ist Abstinenz die sicherste Methode, um z. B. HIV Infektionen zu vermeiden, doch für die meisten ist das Zölibat keine erstrebenswerte Lebensweise. Prohibition schreckt zwar einige Menschen ab, verhindert aber Aufklärung und vergrößert gleichzeitig dramatisch die gesundheitlichen und sozialen Schäden für diejenigen, die nicht abstinent leben wollen. Selbst in totalitären Regimen und Strafanstalten kann Drogenkonsum nicht verhindert werden.

Die Prohibition ist schädlich für die Gesellschaft

- Sie schränkt Bürgerrechte ein und korrumpiert den Rechtsstaat.
- Sie fördert die organisierte Kriminalität und den Schwarzmarkt.
- Sie hat desaströse Auswirkungen auf Anbau- und Transitländer.
- Sie behindert eine angemessene medizinische Versorgung.

Die Prohibition ist teuer

- Die Bürger werden Opfer der Beschaffungskriminalität.
- Jedes Jahr werden Milliardenbeträge für die Strafverfolgung aufgewendet.
- Der Staat verzichtet auf Steuereinnahmen, die er bei einem legalen Angebot hätte.

Die Prohibition ist schädlich für die Konsumenten

- Konsumenten werden diskriminiert und strafrechtlich verfolgt.
- Es gibt keinen Verbraucher- und Jugendschutz.
- Riskante Konsumformen werden gefördert.
- Die Konsumenten werden gefährlichen Krankheiten ausgesetzt.
- Junge Menschen werden dauerhaft stigmatisiert.
- Normales jugendliches Experimentierverhalten wird kriminalisiert und das Erlernen von Drogenmündigkeit erschwert.

Der Staat darf die Bürger durch die Drogenpolitik nicht schädigen. Es ist deshalb notwendig, Schaden und Nutzen der Drogenpolitik ideologiefrei wissenschaftlich zu überprüfen. Das kann nach unserer Auffassung nur dazu führen, die Drogenprohibition aufzugeben und legale Bezugswege zu schaffen.

Die Europäische Union auf dem Weg zur Legalisierung

Die aktuell existierenden Gesetze zu Drogenpolitik in der Europäischen Union haben mehr Schaden angerichtet, als gutes getan. Das ist die Schlussfolgerung einer Öffentlichen Anhörung zur Drogenpolitik in der EU, die am 23. Februar im Europäischen Parlament in Brüssel stattfand.

Carel Edwards, Vorsitzender der Drogenkontrollereinheit der Europäischen Kommission sagte den Anhörungsteilnehmern: „Wir wissen, dass Repression nicht funktioniert. Europa ist langsam auf dem Weg zu liberalerer Drogenpolitik.“



Carel Edwards, Vorsitzender der Drogenkontrollereinheit der Europäischen Kommission

Der Zweck der Anhörung im Europäischen Parlament war die Diskussion des so genannten Reuter-Trautmann Bericht (Thema: Auswirkungen der Drogenpolitik im globalen Markt der letzten 10 Jah-

re). Dieser Bericht kommt zu dem Schluss, dass die praktizierte Anti-Drogen Strategie der EU-Länder in vielerlei Hinsicht fehlgeschlagen ist.

Laut dem Bericht gab es keine signifikante Änderung in dem Angebot und der Nachfrage nach illegalen Drogen zwischen 1998 und 2007. Auf der anderen Seite, ist der Preis für die repressive Politik ein unkontrollierter illegaler Markt, drogenbezogene Verbrechen und die Verbreitung von Krankheiten wie HIV/AIDS.

ENCOD (Europäische Koalition für eine gerechte und effektive Drogenpolitik) hatte die Anhörung zusammen mit dem Griechischen MEP Michael Tremopolous (Grüne) organisiert.

„Die Bürgergesellschaft hat die EU-Behörden seit Jahren gewarnt, dass die Drogenpolitik ineffektiv und kontraproduktiv ist, aber Nationalregierungen und EU-Behörden ignorieren diese Botschaften“ sagte Joep Oomen

von ENCOD. „Lokale Behörden und betroffene Bürger haben einen pragmatischen und vorausschauenden Ansatz zur Drogenproblematik. Europa sollte von diesen Erfahrungen profitieren.“

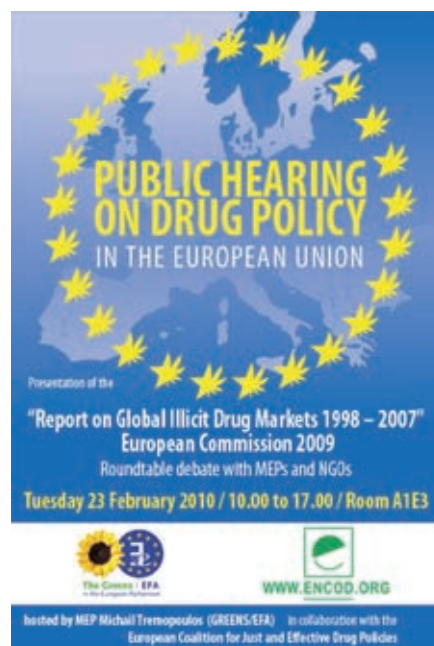
Die große Mehrheit der 40 Delegierten haben ihre Unterstützung für eine akzeptanzorientierte Drogenpolitik in der EU ausgedrückt, zu der ein legaler Rahmen für die Produktion, Verteilung und der Konsum von Drogen gehört.

Mit der Ausnahme von fünf Personen, haben alle Teilnehmer einer abschließenden Erklärung zugestimmt Diese sagt, dass restriktive Drogenpolitik mehr Schaden anrichtet, als sie gutes bewirkt. „Diese Politik weiterzuverfolgen wäre eine Art von krimineller Fahrlässigkeit Die Europäische Union weiß, dass Prohibition nicht funktioniert. Jetzt sollte sie auf der Basis dieses Wissens agieren“, sagte Joep Oomen.

Die Anhörung beschloss diverse Empfehlungen für EU Institutionen.

- So soll ein EU-Gipfel organisiert werden, im Rahmen dessen innovative Strategien, die nicht auf Prohibition basieren, mit Delegationen von Nationalregierungen und lokalen Behörden, Parlamentariern und bürgergesellschaftlichen Organisationen diskutieren werden
- Das Treffen ruft die EU dazu auf, Harm Reduction Ansätze zu stärken um Menschenrechte, individuelle Freiheiten und sozialen Zusammenhalt zu fördern.

Die Schlussfolgerungen der Anhörung werden auf dem Treffen mit der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen in Wien, 8.-12. März 2010, präsentiert.



Martin Steldinger

www.Encod.org

redaktionell bearbeiteter Text

Kommentar

Tschechiens kleiner, aber überfälliger Schritt

Ganz im Gegensatz zur Politik in Deutschland, setzt Tschechien in Sachen Drogen auf Entkriminalisierung und Liberalität. So hat die dortige Regierung zum 1. Januar diesen Jahres ein Gesetz erlassen, das den Drogenbesitz zum Eigenbedarf nicht mehr unter Strafe stellt. Die neu festgelegten Grenzen sehen folgende Mengen vor, die unter Eigenbedarf verbucht werden: 1,5 Gramm Heroin, 5 Einheiten LSD, 1 Gramm Kokain, 2 Gramm Amphetamine, 4 Ecstasy-Pillen und 15 Gramm Marihuana. Hinzu kommen jeweils fünf Hanfpflanzen, die jeder tschechische Bürger legal züchten darf.

Während die drogenpolitischen Neuerungen in Tschechien bisher nicht wirklich auf Widerstand stoßen, reagiert man in den Nachbarländern wie gewohnt übertrieben hysterisch auf die angebliche Drogenlegalisierung. So fürchten die Behörden, dass vor allem junge Menschen eine Art Drogentourismus ins benachbarte Ausland starten könnten. Eben diese Reaktion ist jedoch vollkommen überzogen. Wurden in Tschechien doch einzig geringe Drogenmengen für den Eigenbedarf von der Straf-



Bier aus Böhmen...



... oder Kiff aus Kladno

verfolgung ausgenommen. Der Verkauf von berauschenden Substanzen ist nach wie vor verboten. Auch heute ist die Verfolgung von Drogenkonsumenten in Tschechien noch möglich. Zwar nicht als Straftat, aber als Ordnungswidrigkeit.

Sollten die tschechischen Beamten einen Ausländer aufgreifen, der im Besitz von Drogen ist, droht diesem auch nach derzeitigem Recht ein Bußgeld von umgerechnet etwa 1000 Euro, sowie die Landesausweisung.

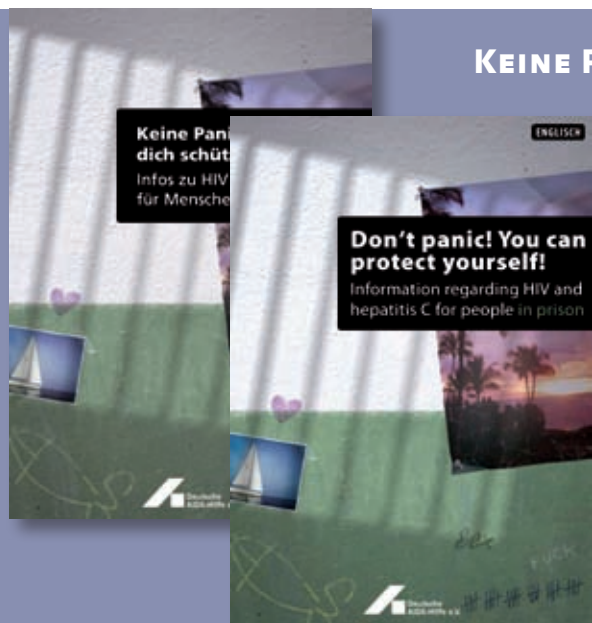
Die deutsche Polizei hingegen setzt derzeit an den Grenzen offenbar verstärkt sogenannte Drugwipe-Tests ein. Dabei wischen die Beamten z. B. über das Lenkrad eines Fahrzeuges und können dadurch erkennen, ob ein Fahrer Drogen konsumiert hat.

In Tschechien selbst sehen Drogenberatungsstellen die neue Gesetzeslage indes

mit gemischten Gefühlen. Zwar begrüßen Sie den Schritt in Richtung liberalerer Drogengesetze, bemängeln jedoch, dass zu wenig im Bereich der Prävention und Vorbeugung unternommen werde.

Die neuen tschechischen Regelungen sind zusammenfassend betrachtet keine Revolution, jedoch ein richtiger und wichtiger Schritt in Richtung einer liberaleren Drogengesetzgebung. Nach wie vor wird man jedoch sowohl in den östlichen Nachbarländern als auch im restlichen Europa darauf warten müssen, dass die Debatten um den Konsum von Drogen endlich von Sachlichkeit und Vernunft geprägt werden. Im Kampf um eine Freigabe weicher Drogen und die ärztliche Abgabe von Heroin, bleibt also noch viel zu tun!

Markus Bernhardt



KEINE PANIK –INFOS FÜR MENSCHEN IN HAFT

Die Risiken sich in Haft mit HIV oder Hepatitis zu infizieren sind aufgrund fehlender Schutzmöglichkeiten (z. B. Spritzenvergabe) sehr viel größer als in Freiheit. Dennoch ist PANIK hier nicht angebracht.

Sehr wohl aber sollten Inhaftierte über Infektionswege und Risiken gut informiert sein.

Auf Grundlage von Fragen aus dem Gefängnis hat die DAH hier Informationen zusammengestellt, wo es keine Ansteckungsgefahren gibt und wie sich Inhaftierte vor tatsächlichen Infektionsrisiken schützen können.

Ab sofort steht die Broschüre auch in englischer, russischer und türkischer Sprache zur Verfügung.

Diese Broschüre ist kostenfrei unter www.aidshilfe.de → Materialien zu bestellen. Oder auch per Mail an: baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

DIACETYLMORPHIN ERFOLGREICHER ALS METHADON

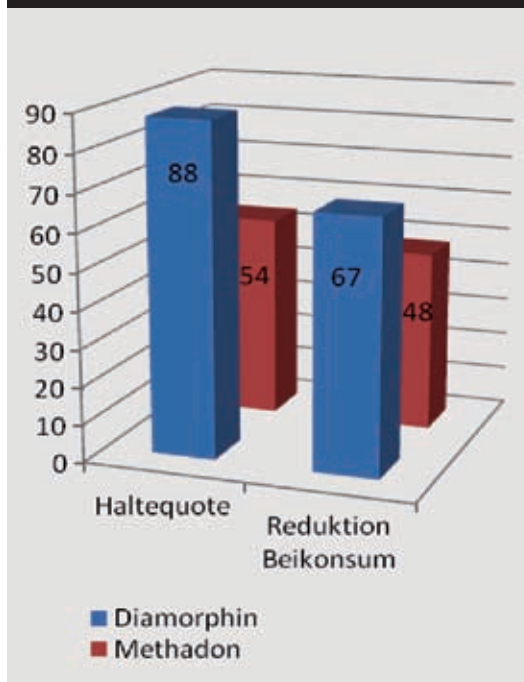
Kanadische Studie bestätigt deutsche Ergebnisse

Das 2008 abgeschlossene bundesweite Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Schwerstopiatabhängiger hatte eine Überlegenheit der Behandlung mit Diacetylmorphin (Diamorphin) gegenüber einer Methadonbehandlung gezeigt. Zum gleichen Ergebnis kommt eine kürzlich veröffentlichte kanadische Studie.

Die randomisierte, kontrollierte Phase-III-Studie schloss heroinabhängige Patienten ein, bei denen zuvor mindestens zwei Versuche zur Behandlung der Abhängigkeit (davon mindestens einer mit Methadon) fehlgeschlagen waren. 111 Teilnehmer wurden auf eine orale Methadonbehandlung, 115 auf eine intravenöse Diamorphin-Behandlung randomisiert. Die Studienteilnehmer waren mindestens 25 Jahre alt und seit mindestens fünf Jahren abhängig. Die Maximaldosis Diamorphin betrug 1000 mg, ein Umstieg auf eine Methadon-Substitutionsbehandlung war jederzeit möglich. Alle Teilnehmer wurden umfassend ärztlich und psychosozial betreut. Nach zwölf Monaten wurden als primäre Endpunkte der Verbleib in der Substitutionsbehandlung bzw. Drogenfreiheit sowie eine Reduktion des Beikonsums illegaler Drogen oder anderer rechtswidriger Aktivitäten bestimmt.

In der Diamorphingruppe lag der Anteil der Patienten, die in der Substitutionsbehandlung verblieben, bei 88%, verglichen mit 54% in der Methadongruppe. Die Reduktion des Beikonsums illegaler Drogen bzw. illegaler Aktivitäten betrug in der Diamorphingruppe 67%, in der Methadongruppe 48% (vergleiche Tab. 1). Die häufigsten schweren Nebenwirkungen in der Diamorphingruppe waren Überdosierungen (bei zehn Patienten) und Krampfanfälle (bei sechs Patienten). Wegen der konsequenten medizinischen Betreuung konnten diese Nebenwirkungen sofort behandelt werden und die Studienteilnehmer überlebten.

Tabelle 1: Vergleich Diamorphin- Methadon

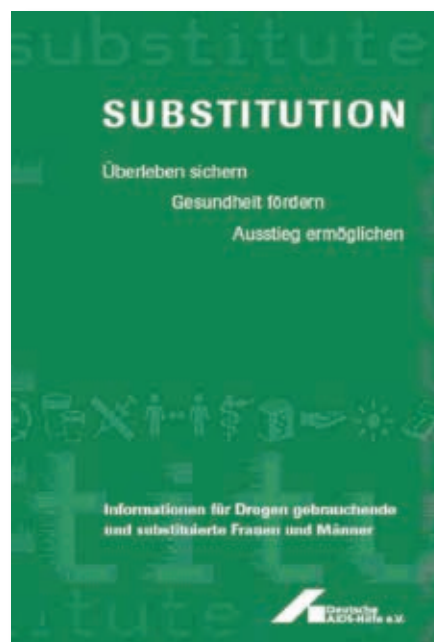


Die Autoren schlussfolgerten aus diesen Erfahrungen, dass Diamorphin zur Substitutionsbehandlung stets in einem Umfeld verabreicht werden sollte, wo schnelle medizinische Hilfe erreichbar ist. Trotz der Über-

legenheit von Diamorphin wurden in der Studie auch unter Methadon hohe Response-Raten und ein hoher Anteil von Teilnehmern, die die Behandlung zu Ende führten, beobachtet. Daher empfehlen die Autoren weiterhin Methadon als Mittel der Wahl für die Substitution von Opiatabhängigen. Lediglich solchen Patienten, die davon nicht profitieren, sollte Diamorphin unter ärztlicher Kontrolle verabreicht werden können.

Die Autoren verweisen darauf, dass ihre Ergebnisse konsistent sind mit Untersuchungen ähnlicher Art in Europa. Die Konsequenzen, die in Europa daraus gezogen werden, sind jedoch unterschiedlich: in der Schweiz und den Niederlanden wird Diamorphin Schwerstopiatabhängigen bereits verschrieben, andere Länder, z. B. Spanien, zögern noch. In Deutschland wurde im Mai 2009 ein Gesetz beschlossen, dass die rechtlichen Voraussetzungen für eine die Verschreibung von Diamorphin im Rahmen einer Substitutionsbehandlung Schwerstopiatabhängiger schafft.

Deutsche Apotheker Zeitung
28.01.2010



SUBSTITUTION

In wenigen Wochen wird die überarbeitete Fassung unserer Broschüre zum Thema „Substitution“ vorliegen. Die Broschüre wendet sich sowohl an bereits substituierte Drogenkonsumenten als auch an aktuell Konsumierende die sich für eine Substitutionsbehandlung interessieren.

Neben Grundlagen zur Substitution enthält die Broschüre z. B. Informationen über den Weg in eine Behandlung, zeigt die Potentiale der Substitution auf und informiert über Themen PSB und Take Home Vergabe.

Diese Broschüre ist kostenfrei unter www.aidshilfe.de → Materialien zu bestellen.
Oder auch per Mail an: dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de



HEROIN ÜBERSCHWEMMT DEN DROGENMARKT

In einem Monat starben vier Rauschgiftsüchtige an einer Überdosis Heroin

NÜRNBERG ■ Vier Drogentote in einem Monat: Im neuen Jahr setzt sich ein trauriger Trend fort. Vielen Konsumenten wird ein tödlicher Rauschgiftmix zum Verhängnis: Heroin überschwemmt den Markt zum Billigpreis. Das in der Szene beliebte Narkosemittel Fentanyl wird von Ärzten bereitwillig verordnet. Es wirkt hundertmal stärker als Heroin.

Vladimir Iwanow (Name geändert) starb mit 40 Jahren. Seine Leiche wurde vor dem Aufzug eines Hauses in Langwasser entdeckt. Einiges deutet darauf hin, dass sie dort abgelegt wurde. Der Tote wurde vermutlich von Bekannten ins Treppenhaus geschleppt, die kaum etwas so sehr fürchten wie die Polizei. Die Kripo ermittelt.

SCHWANKENDE QUALITÄT MACHT DIE WIRKUNG UNBERECHENBAR

Ein Risikofaktor ist die schwankende Qualität des Heroins und damit die Unberechenbarkeit der Wirkung. Die Drogenhilfe warnt ihre Klienten regelmäßig davor – und erreicht doch längst nicht jeden. Laut Thomas Trummer, Chef des Drogenkommissariats im Polizeipräsidium, wird das weiße Pulver auf der Straße mit einem Reinheitsgehalt angeboten, der zwischen sechs und 65 Prozent schwankt. Dass derart reines, kaum gestrecktes Heroin verkauft wird, wertet Trummer als Indiz dafür, dass der Markt satt ist. Er spricht von einer regelrechten „Heroinchwemme“.

Der Drogenhandel liegt in vielen Händen. „Es gibt keine Anzeichen dafür, dass der große Pate mit einem Heroinnetzwerk über Nürnberg sitzt“, fährt Trummer fort. Stattdessen gibt es viele mittlere und kleine Händler, die 50 oder 200 Gramm beschaffen und dann auf eigene Rechnung verkaufen. Für den Einkauf müssen sie nicht einmal weit fahren. Wer nach Frankfurt reist und sich dort ein bisschen umtut, wird fündig. „Die Verfügbarkeit von Heroin ist unheimlich hoch. Außerhalb Bayerns ist viel Stoff am Markt“, fährt Trummer fort.

Heroin allein bringt jedoch selten den Tod. Gefährlich wird es, wenn verschiedene Stoffe parallel genommen werden. Chemisch-toxikologische Gutachten bringen es im Nachhinein ans Licht: Vielen Opfern wurde ein giftiger Drogencocktail zum Verhängnis.

DER MIX DER SUBSTANZEN IST DAS PROBLEM

Heroin wird mit Benzodiazepinen, Entspannungs- und Beruhigungsmitteln, konsumiert. Dazu wird Alkohol getrunken. Immer häufiger entdecken Rechtsmediziner eine Substanz, die die Kripo als Riesenproblem bezeichnet: das Narkose- und Schmerzmittel Fentanyl. Es wirkt hundertmal stärker als Heroin. Mindestens vier Drogenkonsumenten, die im vergangenen Jahr starben, hatten Fentanyl im Blut.

Die Kripo hat versucht zu ermitteln, wie Rauschgiftabhängige an die mit Fentanyl getränkten Schmerzpfaster herankommen. „Es fanden sich keine Hinweise auf Diebstähle“, sagt Kommissariatsleiter Trummer. Die Kripo geht davon aus, dass Originalware ganz legal über Kassenrezepte auf den Markt gelangt. Ärzte lassen sich von ihren Patienten offen-



„5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“

Nach Angaben der Europäischen Union sind rund 600.000 Menschen in den europäischen Gefängnissen inhaftiert. Die Problemlagen in den Ländern sind sehr unterschiedlich, dennoch gibt es auch viele Herausforderungen die ähnlich gelagert sind (z. B. Infektionsgefahren, Schnittstellenmanagement).

*Unter dem Motto **Ressourcen stärken, Partizipation fördern: Gesundheit verbessern** will die „5. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ neue Antworten auf zentrale Herausforderungen geben.*

Seit 2004 verbinden die internationalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung in Haft wissenschaftliche Theorie mit der täglich gelebten Vollzugspraxis, zuletzt im Frühjahr 2009 in Wien.

Diese erfreulich produktive Form der Auseinandersetzung und des Austausches wollen wir weiter fortsetzen, um auf die zentralen Herausforderungen, die der Vollzugsalltag an Praxis, Politik und Forschung gleichermaßen stellt, die dringend notwendigen neuen Antworten zu geben.

Weitere Informationen unter www.gesundinhaft.eu, www.aidshilfe.de und www.akzept.org

bar bereitwillig dazu bringen, Rezepte auszustellen. Innerhalb von vier Jahren hat sich die Zahl der Verordnungen in Bayern nahezu verdoppelt. Wobei die Weltgesundheitsorganisation auch die Dosis, die auf einmal verschrieben werden darf, erhöht hat.

FENTANYL IST SCHLIMMER ALS HEROIN

Das Medikament wird als Droge missbraucht. Die Schmerzpflaster werden in kleine Stücke geschnitten, gelutscht oder ausgekocht. Die Flüssigkeit wird wie Heroin gespritzt. Fentanyl sei noch viel schlimmer als Heroin, weil die Wirkung gar nicht berechenbar sei, sagen Fachleute.

Die Drogenhilfe beobachtet diese Trends mit Sorge. Aufklärungskampagnen und Drogennotfalltrainings laufen bereits. Die Mudra hat sogar erreicht, dass Häftlinge, die kurz vor der Entlassung stehen und einen Entzug wider Willen hinter sich haben, noch im Knast für die Gefahren des Drogenkonsums draußen sensibilisiert werden, weil der Drogentod häufig an dieser Schwelle lauert. Am Ende aller Bemühungen steht jedoch immer wieder das Plädoyer für kontrollierte Drogenkonsum-

FENTANYL

Fentanyl ist ein synthetisches Opioid, das als potentes Schmerzmittel in der Anästhesie (bei Narkosen) sowie als transdermales therapeutisches System zur Therapie von chronischen Schmerzzuständen, die nur mit Opiatanalgetika ausreichend behandelt werden können, eingesetzt wird. Fentanyl fällt unter das Betäubungsmittelgesetz

ANWENDUNG: *Es gibt drei hauptsächlich Anwendungsformen: Als intravenöse Verabreichung (etwa in der Anästhesie oder Notfallmedizin), als transdermales therapeutisches System (Durogesic®) und in Form eines oral-transmukosalen therapeutischen Systems (Actiq®), welches bei Durchbruchschmerzen als Lutschtablette mit integriertem Applikator an der Mundschleimhaut angewendet wird. Seit dem 1. September 2009 ist das erste zugelassene Fentanyl-Nasenspray – (Instanyl® von Nycomed) – gegen Durchbruchschmerz auf dem europäischen Markt erhältlich.*

WIRKUNG: *Wegen seiner starken schmerzstillenden Wirkung wird Fentanyl häufig vor, während, und nach einem operativen Eingriff, eingesetzt. In Form von Hautpflastern wird es als Analgetikum bei starken, chronischen Schmerzen von Krebskranken verabreicht.*

Fentanyl wirkt vorwiegend stark schmerzlindernd (analgetisch) und beruhigend (sedierend). Es ist etwa 100-mal so potent wie Morphin (gemessen am Gewicht ist nur ein Hundertstel der Menge an Fentanyl nötig, um die gleiche Wirkung zu erzielen), während seine Wirkdauer in der Regel deutlich kürzer ist. Die Halbwertszeit liegt bei 3–12 Stunden. Fentanyl ist in seinen Nebenwirkungen gleichzusetzen mit Morphin. Fentanyl beeinträchtigt das Atemzentrum und führt bei höherer Dosierung zum Atemstillstand.

www.wikipedia.de



NEUER RATGEBER ZUM THEMA „FÜHRERSCHEIN“

Mehrere Tausend Führerscheine werden jedes Jahr in Deutschland entzogen. In vielen Fällen ist die erfolgreiche Teilnahme an der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU) die Voraussetzung für eine Wiedererteilung der Fahrerlaubnis. Ungefähr 100.000 dieser Fahreignungsbegutachtungen werden jedes Jahr in Deutschland durchgeführt. Nach dem Untersuchungsanlass Alkohol bilden die drogenbedingten Auffälligkeiten die zweitgrößte Anlassgruppe (18 Prozent in 2008).

Nicht nur von den Betroffenen wird die MPU häufig als ein „Buch mit sieben Siegeln“ wahrgenommen, und zahlreiche Mythen und Legenden ranken sich um den sogenannten „Idiotentest“. Die Drogen- und Jugendberatungsstelle des AKRM e.V. in Lörrach hat deshalb unter dem Titel „Führerschein (fast) weg?“ einen Ratgeber für die Drogen-MPU herausgegeben, der als „Lotse durch das Labyrinth von drogenbedingtem Führerscheinentzug, MPU und Wiedererlangung der Fahrerlaubnis“ dienen kann. Der MPU-Ratgeber von Robert Bischoff, Diplom-Sozialarbeiter und Suchttherapeut, ist aus der Beratungspraxis entstanden und wendet sich vor allem an Betroffene, kann aber auch für mit dem Thema befasste professionelle Helfer (z. B. Ärzte, Psychologen, Rechtsanwälte, Sozialarbeiter) nützlich sein.

Der Ratgeber berücksichtigt dabei die neuen Beurteilungskriterien der MPU-Gutachter, die seit dem 01.07.09 gelten.

Frank Meißner/Leiter der Drogen- und Jugendberatung Lörrach

Der MPU-Ratgeber kann über die DROBS Lörrach oder unter der ISBN-Nr. 978-3-00-029047-3 über den Buchhandel bezogen werden. Der Einzelpreis beträgt 5,- €. Ab einer Mindestbestellmenge von 10 Exemplaren kostet der Ratgeber nur noch 3,50 € (zuzüglich Porto).

räume; für einen Ort, an dem Abhängige „sicher und sauber“ konsumieren können. So formuliert es Thieme.

DIE HOFFNUNG RUHT AUF DER FDP

Auch der städtische Suchtbeauftragte Georg Hopfengärtner hält diesen Ansatz für richtig. Er verweist auf Forschungsergebnisse, die belegen, dass Konsumräume Leben retten können. Doch die CSU schaltet bei diesem Thema bislang auf Durchzug. Seitdem die FDP in Bayern mitregiert, hat Hopfengärtner „die Hoffnung, dass sich etwas bewegen könnte“. Es ist eine sehr leise Hoffnung.

Der Bote, Sabine Stoll 23.02.2010

KLINIK ZUR ABGABE VON HEROIN IN KOPENHAGEN ERÖFFNET

KOPENHAGEN ■ Nach jahrelangen Debatten ist am Montag in Dänemark eine Klinik eröffnet worden, die synthetisches Heroin, das so genannten Diamorphin abgibt. In der Klinik in der Hauptstadt Kopenhagen soll die Droge unter ärztlicher Aufsicht an 120 Süchtige und damit an rund ein Prozent aller Drogenabhängigen in dem skandinavischen Land abgegeben werden, sagte Klinik-Leiter Inger Nielsen.

Diamorphin wird bei Abhängigen eingesetzt, bei denen Ersatzstoffe wie Methadon nicht ausreichend wirken. In Deutschland, der Schweiz und in anderen Ländern gibt es solche Programme bereits.

„Unser Ziel ist es nicht, Heroin-Abhängige zu heilen“, sagte Nielsen. Vielmehr sollten die Süchtigen, bei denen Methadon nicht hilft, sauberes Heroin bekommen, damit sie keine Krankheiten riskieren und für die Beschaffung von Drogen keine Straftaten begingen.

An dem Programm können nur Patienten teilnehmen, die von einem Methadon-Therapiezentrum überwiesen werden und selbst um die Aufnahme bitten.

Das dänische Parlament hatte die Abgabe von Heroin unter medizinischer Aufsicht 2008 erlaubt. Die Klinik konnte aber erst eröffnet werden, nachdem sich die Stadt Kopenhagen bereit erklärt hatte, als Standort zu dienen.

Die Abhängigenorganisation Bruger Foreningen bewertet das Programm skeptisch, da die Teilnehmer sich zwei Mal täglich ihre Dosis Heroin abholen müsse. „Das heißt, wie ein Zombie zu leben, ohne einen Job oder ein Studium oder Hobbys“, sagte Organisationschef Jörgen Kjær.

Arzteblatt 22.02.2010

NEUER ANSATZ ZUR BEHANDLUNG VON HEPATITIS C

STANFORD/WASHINGTON ■ (dpa). Mit einer neuen Klasse von Proteinhemmern könnten sich langfristig Hepatitis-C-Infektionen besser behandeln lassen. US-Forscher haben Moleküle gefunden, die ein Protein hemmen, das zur Vermehrung der Hepatitis-C-Viren in menschlichen Zellen nötig ist.

Die Forscher um Nam-Joon Cho von der Universität Stanford in Kalifornien beschreiben ihre Ergebnisse im Fachjournal "Science Translational Medicine" (Bd. 2, Artikel 15ra6). Sie gehen davon aus, dass – ähnlich wie bei HIV – für die erfolgreiche Behandlung der meist chronischen Hepatitis C eine Kombination mehrerer Wirkstoffe nötig ist. Bisher ist die Infektion in 50 bis 80 Prozent der Fälle heilbar.

Zur Vermehrung der Hepatitis-C-Viren in den menschlichen Zellen sind eine Reihe von Proteinen notwendig. In den vergangenen Jahren wurden bereits Hemmstoffe dieser Proteine gefunden – bislang hat es allerdings noch kein Wirkstoff zur Zulassung geschafft. "Derzeit befinden sich etwa 30 Medikamente in klinischen Studien, die Mehrzahl davon sind Polymerase- und Protease-Hemmer", sagt Heiner Wedemeyer, Generalsekretär der Europäischen Lebergesellschaft.

Die Stanford-Wissenschaftler untersuchten das Protein NS4B, dessen Aufgaben nach Angaben von Wedemeyer "noch nicht im Detail" bekannt sind. Die Forscher um Cho schreiben NS4B eine Schlüsselrolle dabei zu, netzartige Gebilde in den Zellen zu schaffen, in denen sich das Erbgut der Viren vermehren kann. In dem Protein identifizierten sie den Bereich 4BAH2 und fanden Moleküle, die ihn und so die Virusvermehrung blockieren können.

Nach Angaben der Forscher sind weltweit rund 150 Millionen Menschen Träger des Hepatitis-C-Virus. Es wird in erster Linie über Blut und in geringem Maße auf sexuellem Weg übertragen. Die Erkrankung kann unbehandelt zu einer Leberzirrhose führen und eine Transplantation erforderlich machen. Bisherige Therapien haben starke Nebenwirkungen. Zu den Wirkstoffen, die derzeit in klinischen Studien auf dem Weg zur Zulassung als Medikament sind, gehören die Protease-Hemmer Telaprevir und Boceprevir.

Ärztezeitung 21.01.2010

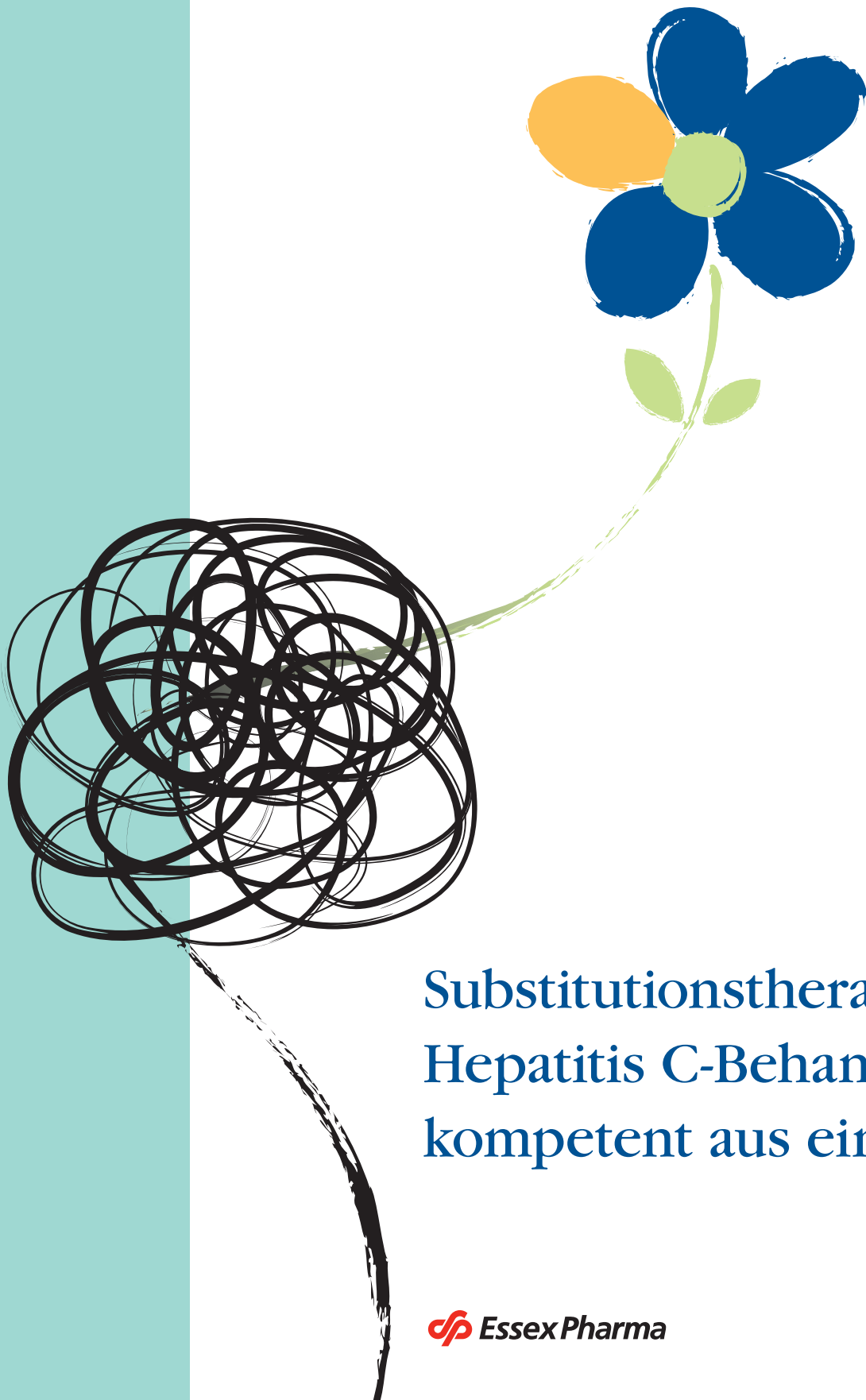


SUBSTITUTION IN HAFT

Drogenbenutzer/innen machen die größte Gefangenengruppe in Haft in Deutschland aus. Da es keine bundesweit einheitliche Regelung für Ersatzstoffbehandlung in Haft gibt, gibt diese Broschüre einen Überblick über die Formen der Substitution im Justizvollzug; sie enthält allgemeine Informationen über diese Behandlungsform und zeigt auf, wie sie in verschiedenen Bundesländern gehandhabt wird.

Diese Broschüre ist kostenfrei unter www.aidshilfe.de → Materialien zu bestellen. Oder auch per Mail an: baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

Für eine verantwortungsvolle Substitutionstherapie



**Substitutionstherapie und
Hepatitis C-Behandlung
kompetent aus einer Hand**

Lasst die Ärzte ihre Arbeit tun!

Seit fast 100 Jahren gibt es Erfahrungen (USA, GB) mit der sogenannten Opiaterhaltungstherapie.

In Deutschland wurde erst Anfang der 70er Jahre zum ersten Mal die Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige erprobt. Diese ersten Versuche Polamidon zur Substitution Opiatabhängiger einzusetzen (Niedersachsen Anfang der 70er) wurden nach 2 Jahren u.a. mit der Begründung beendet, dass die Substitution die Versorgungshaltung der Klienten fördere und sie sich zu sehr vom Ziel der Drogenabstinenz entfernen. Wohl bemerkt nach nur 2 Jahren!

Der Fall Dr. Kapuste

1976 schauten Opiatabhängige gebannt gen Süden, denn in München gab es einen Arzt, der begonnen hatte mit L-Polamidon zu substituieren, Dr. Hannes Kapuste (*27.09.32), u.a. Gesundheitswissenschaftler, ab 1974 als praktischer Arzt und Psychotherapeut tätig, startete im Mai 76 den ersten Versuch, eine größere Anzahl von Heroinabhängigen zu behandeln. Er konnte sich dabei auf die Erfahrungen in den USA berufen, befand sich jedoch im Widerspruch zu dem von der deutschen Psychiatrie aufgebauten Abstinenzparadigma. Mit der Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von 2 Jahren endete dieser erste Versuch nach etwa 2 Jahren. Nach erfolgreicher Revision wurde die Strafe auf

8 Monate Freiheitsentzug reduziert und zur Bewährung ausgesetzt. Zugleich wurde ihm für 5 Jahre ein partielles Berufsverbot erteilt.

Verurteilt wurde Kapuste, wegen des fortgesetzten Vergehens der ärztlich nicht begründeten Verschreibung von Betäubungsmitteln, denn laut Landgericht hatte er den „gefestigten Stand der deutschen medizinischen Wissenschaft“ nicht beachtet.

Nach Ablauf der 5 Jahre machte er 1983 einen zweiten Anlauf, gestützt auf eine zu seinen Gunsten ergangene Entscheidung des VGH München. Am 27.07.1986 erging wiederum ein Haftbefehl wegen desselben Vergehens und Kapuste verbrachte elf Monate in Untersuchungshaft bzw. Sicherungshaft in der Psychiatrie. Die später zusätzlich erhobene Anklage wegen fahrlässiger Tötung in drei Fällen musste fallengelassen werden und ein Sachverständiger bescheinigte ihm in seinem Gutachten „partielle Unzurechnungsfähigkeit“ bezüglich der Behandlung Opiatabhängiger, sodass er schließlich freigesprochen wurde. Es erging jedoch ein lebenslanges Berufsverbot der Behandlung Drogenabhängiger, dem folgte der Entzug der Approbation als Arzt durch die Regierung Oberbayerns „wegen Unzuverlässigkeit und Unwürdigkeit“.

Der Fall Niedersachsen

Es sind mittlerweile über 20 Jahre vergangen, der Strafrechtler Prof. Feest setzt sich für die längst überfällige Rehabilitation von Kapuste ein, aber eine Normalisierung rund um die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger hat nie stattgefunden. Im Gegenteil, nach einer flächendeckenden Überprüfung niedersächsischer Substitutionsärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die AOK wurde in 100 Fällen die Staatsanwaltschaft wegen Abrechnungsbetrug eingeschaltet. Die Folgen für die Betroffenen sind, meist schon während des Verfahrens, existenzvernichtend bis tragisch.

Hilfe und Unterstützung bekam die Staatsanwaltschaft von Peter Scherler, Leiter der Untersuchungskommission Falschabrechnung, die von der AOK und anderen Kassen getragen wird. Persönlich durchsuchte und verhörte er und half der Staatsanwaltschaft bei den Ermittlungen. Auch der sogenannte Experte, nicht substitutionserfahren, auf dessen Gutachten sich die Anklage stützte, steht der AOK sehr nahe, denn er arbeitet beim Med.Dienst der Krankenkassen. Interessenkonflikt? Befangenheit? Nein, man nennt den Mann vom MDK nicht Gutachter, sondern aus Sicht der Staatsanwaltschaft ist er ein sachverständiger Zeuge und der kann, anders als ein Gutachter nicht wegen Befangenheit abgelehnt werden.)

Nicht nur für den DGS (Gesellschaft für Suchtmedizin), sondern auch für Patienten, drängt sich der Verdacht auf,....“dass es durch den aktuell massiv gesteigerten Druck auf die Ärzte nicht mehr vornehmlich um die Beseitigung von Missständen, sondern um eine gezielte Behinderung der Substitutionstherapie Opiatabhängiger geht.“*

Kann man es den 40 Ärzten verdenken, die in den letzten Jahren allein in Niedersachsen die Substitutionsbehandlung aufgegeben haben? Jein, denn wer ist prädestiniert sich für eine rechtliche und medizinische Reform der Substitutionsbehandlung einzusetzen, wenn nicht Ärzte? Wo sollen die Kranken hin, wenn keiner mehr behandeln will? Wie sollen sie überhaupt gesund werden, faktisch entmündigt, in einem Klima allgegenwärtigen Misstrauens?

Quellen :

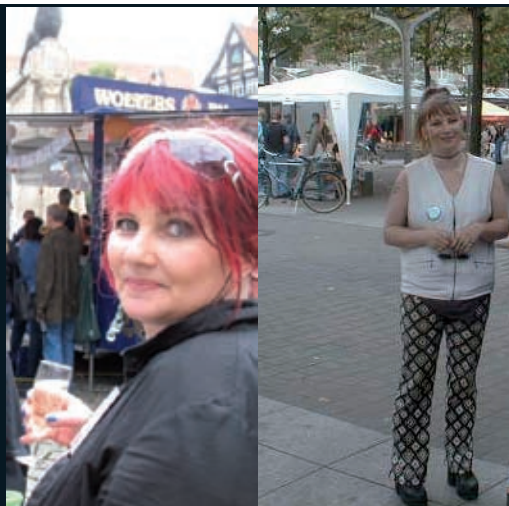
Feest, Prof. Johannes 2009 Aufruf zur Rehabilitation von Dr. Hannes Kapuste http://de.wikipedia.org/wiki/Hannes_Kapuste_27.09.2009
Ullmann, Dr.med. Rainer 2010 Strafrechtlicher Umgang mit substituierenden Ärzten aus suchtmmedizinischer Sicht www.indro-online.de/Ullmann2010.pdf

* DGS 29.06.09 Offener Brief a. d. Partner d. Subst.-Bhdlg. Opiatabhängiger



Dr. Kapuste 2009





Stephanie Schmidt (1965–2010) ist tot. Sie verstarb am 22. Januar 2010

Wir verabschieden uns und trauern um unsere Kollegin, Freundin, Mitstreiterin und eine langjährig engagierte JES-Aktivistin.

Stephanie Schmidt oder – wie sie viele besser kennen – einfach „Steph“ begann sich in den neunziger Jahren im Drogenselbsthilfenetzwerk JES zu engagieren.

In den damals sehr männerdominierten Strukturen von Drogenselbsthilfe fiel „Steph“ dann auch direkt auf und schaffte es schnell, ihren Platz zu finden und zu behaupten. Unter anderem fungierte sie einige Jahre als JES-Bundessprecherin.

Auf regionaler Ebene trat sie damals an die Braunschweiger AIDS-Hilfe heran, um dort eine JES-Gruppe zu installieren. Hieraus erwuchs eine enge Zusammenarbeit, und Steph war schnell untrennbar mit beidem, JES und der Aidshilfe, verbunden. Erst im Ehrenamt, später als hauptamtliche Mitarbeiterin brachte sie hier ihre vielen Kompetenzen ein.

Ihr Anliegen war es immer, sowohl in der Vor-Ort-Arbeit als auch auf der Bundesebene die Arbeit aktiv mitzugestalten und Verantwortung zu übernehmen. Und dies gelang ihr auf eindrucksvolle Art und Weise.

Allerdings vertrat sie nie nur die Interessen von Drogenkonsument(inn)en. Steph ging es immer um mehr, denn als Drogen gebrauchende HIV-positive Frau und Mutter war sie mit vielfältigen Stigmatisierungen, Zurückweisungen und Vorurteilen konfrontiert. Sie machte es sich zu ihrer Herzensaufgabe, gemeinsam mit vielen anderen gegen Ausgrenzung und Stigmatisierung anzugehen, wo immer sie diese sah – und sie tat dies stets mit all ihrer Kraft.

So war Steph über viele Jahre das Bindeglied des JES-Netzwerks zur Community der HIV-infizierten Menschen im Verband der Deutschen AIDS-Hilfe. Ihr gelang es über die Mitwirkung an den Positiven Begegnungen, ihre Mitarbeit im Netzwerk „Frauen und Aids“ und dem Delegiertenrat der DAH, bei der Vorbereitung verschiedener Aids-Kongresse und bei vielen anderen Dingen, die wir hier bestimmt vergessen haben, die Interessen verschiedener Gruppen verbindlich und auf sympathische Weise zu vertreten.

Ein weiterer Aspekt lag ihr immer am Herzen: Mutig ihr Gesicht in der Öffentlichkeit zu zeigen, um Stigmatisierung entgegenzuwirken. So etwa durch die Postkartenaktion und die Broschüre der Positivenselbsthilfe der Braunschweiger AIDS-Hilfe und zuletzt bei der großen Straßenbahnaktion „Aids braucht positive Gesichter“, deren Eröffnung Ende Oktober 2009 sie glücklicherweise noch miterleben durfte.

*Und noch etwas zeichnete Stephanie aus: Anders als vielen anderen fiel es ihr nie schwer, nach einiger Zeit selber als Person ein Stück zurückzutreten und ihre Erfahrungen an andere weiterzugeben. Ihr Motto, mit dem sie selbst den Artikel zu ihrer Lebensgeschichte im Handbuch „Drogen, HIV/Aids, Hepatitis“ der DAH überschrieb war: **„Ich gebe nicht auf!“***

Und kaum etwas trifft es wohl besser. So wird Steph immer in unserer Erinnerung bleiben: Ein kraftvolles Energiebündel, die oft über ihre eigenen Grenzen hinausging. Die alle Tiefschläge, die das Leben für sie bereit hielt, immer wieder meisterte und gar nicht daran dachte, sich davon aufhalten zu lassen. Und all dies in ihrer unglaublich sympathischen, verbindenden Art und Liebenswürdigkeit, mit ihrer großen Überzeugungskraft, Klarheit und Präsenz. Kaum jemand, der sie gekannt hat, kann hiervon unberührt geblieben sein.

Und so bleiben uns die gemeinsamen Erinnerungen: an das gemeinsame Arbeiten, die oft heftigen, aber fruchtbaren Debatten, an das harte Ringen an manchen Punkten, aber auch an das viele Lachen, die vielen schönen gemeinsamen Augenblicke.

*Steph, wir sind traurig und vermissen dich. Du fehlst uns. Aber wir wissen auch, was du jetzt sagen würdest: **Kein Grund aufzugeben – es gibt noch so viel zu tun!***

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
info@jesbielefeld.de
www.jesbielefeld.de
Ansprechpartner: Mathias Häde
(Westschienenkoordination)
(0521/398 86 66)

JES Bonn

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

JES Dortmund

c/o Susanne Kottsieper
Telefon: 0162/585 94 99

JES Hamm

c/o Renate Schröder Mischkowski
Mindener Weg 3
59056 Hamm

VISION (vorm. Junkie Bund Köln)

Neuerburgstr. 25
51103 Köln
Tel.: 0221/62 20 81
Fax: 0221/62 20 82
E-mail: info@vision-ev.de
www.vision-ev.de
Marco Jesse (JES-Bundessprecher)
Jochen Lenz (JES-Bundessprecher)

JES Minden

c/o Dirk Engelking
Laxburg 5
32423 Minden

**Bundesweite Internetseite: www.jes-netzwerk.de
Aktuell und lesenswert: www.trio-media.de/jesjournal/**

JES Münster

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

JES Neuwied

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

AIDS-Hilfe NRW e.V./JES NRW e.V.

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

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES-Wanne-Eickel

Guido Truszkowski
Landgrafenstr. 27
44651 Herne
Tel.: 02325 586207
Email: bushshit666@yahoo.de

JES Wuppertal

c/o Gleis 1
Döppersberg 1
42103 Wuppertal
Tel.: 0202/47 868-43 (JES)
Tel.: 0202/242 90 18
Fax: 0202/47 828-21 (mit Ver-
merk: für JES)
E-mail: jes-team-wuppertal@
t-online.de

JES-Nordschiene

JES Berlin

c/o Claudia Schieren
Heidenfeldstr. 9
10249 Berlin
E-mail: jesberlin@gmx.de
Claudia Schieren
(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

JES Halle

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

JES Hannover e. V.

c/o Ilona Rowek
Döbbekehof 2
30 659 Hannover
Tel: 0511/541 45 07
Mobil: 0173/907 43 08
E-mail: JESHannover@aol.com

JES Kassel

c/o AIDS-Hilfe Kassel e. V.
Motzstr. 1
34117 Kassel
Tel.: 0561/97 97 59 10
Fax: 0561/97 97 59 20
Ansprechpartner:
Kurt Schackmar, Ralf Megner

JES Kiel

c/o Tobias Plage
Hasselmannstr 9
24114 Kiel
Tel: 0421/364 07 69

JES Leipzig

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

JES Oldenburg e. V.

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

JES Peine

c/o Drogenberatung Peine
Werderstr. 28
31226 Peine

JES Rostock

c/o Anne Franke
Am Wendländer Schilde
18055 Rostock

JES Sylt

Denis Reinhardt
Postfach 2062
25968 Sylt OT Westerland

JES-Südschiene

JES Augsburg

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



AUFKLEBER „SCHÜTZ DICH VOR HIV UND HEP“

Ebenfalls wieder vorrätig sind die
Klebe-postkarte mit Infos per Bild
und Text zur Übertragbarkeit von
HIV und Hepatitis.

Klebekarten sowie eine große Auswahl weiterer Materialien für MitarbeiterInnen und Endverbraucher sind unter www.aidshilfe.de →
Materialien kostenfrei zu bestellen. Die Bestellung kann auch per Mail: dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de vorgenommen werden.

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES-Bodensee

Janka Muffler
Roseneggweg 7
78244 Gottmadingen
Dreamside@aol.com

JES Donauwörth

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

JES Frankfurt Ost

c/o BASIS e. V.
Musikantenweg 22
60316 Frankfurt am Main
Telefon: 069-75893605

JES Frankfurt

c/o Ch. und G. Holl
Wittelsbacher Allee 31
60316 Frankfurt
E-mail: dieholls@hotmail.de

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 Marburg

c/o Thomas Bierbaum
Am Mehrdrusch 9
35094 Lahntal-Gossfelden
Tel.: 01520/6 26 94 57
E-mail: Jes@freenet.de

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES Lörrach

c/o C. Droste
Spitalstr 68
79539 Lörrach

JES München/Metha Job

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

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

**(Stand der Adressen:
1. März 2010)**

Junkie Bund Nürnberg

c/o Norbert Spangler
Bulmannstr. 43
90459 Nürnberg

JES Würzburg

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

NEU NEU NEU NEU NEU NEU

JES Stuttgart

Schlosserstr 28a (Hinterhaus)
70178 Stuttgart
jesinitiative@yahoo.de
Tel.: 0711 / 76165419

JES-Bundesvorstand Mailingliste

vorstand@jes-bundesverband.de

JES-Netzwerk Mailingliste

jes_netzwerk@yahoogroups.de

Weitere wichtige Adressen

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

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

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit

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

akzept e. V.

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

Mitglied werden im JES-Bundesverband e.V.

Bereits in der letzten Ausgabe dieses Magazins haben wir Sie und euch darüber informiert, dass sich das bundesweite JES-NETZWERK nach 20 Jahren entschlossen hat die Bundesebene in eine Rechtsform zu überführen.

Parallel hierzu fand eine Neukonzeption des JES-Logos statt. Ihr folgt eine neue Internetpräsenz, die in wenigen Monaten fertiggestellt sein wird.



Der neue Bundesvorstand hat bereits seine Arbeit aufgenommen und die Gemeinnützigkeit für unseren neuen Verein JES-BUNDESVERBAND e. V. erwirkt.

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

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

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

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

JES Bundesverband e.V.
c/o Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin

Telefon: 030 69008756
Telefax: 030 69008742
vorstand@jes-bundesverband.de
www.jes-bundesverband.de

JES Bundesverband
Deutsche Kreditbank AG
Konto 1006396337
BLZ 100 300 00

Drogengebraucherinnen und Drogengebraucher besitzen ebenso wie alle anderen Menschen ein Recht auf Menschenwürde.

Bundesverband der Eltern und Angehörigen
für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

**Humanität in der
Drogenpolitik –
Ohne Legalisierung
geht es nicht !**

akzept 1993

Elternverband 2009



Bundesverband der Eltern und Angehörigen
für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

**Heroin
für alle
die es brauchen !**

www.akzeptierende-eltern.de

Bundesverband der Eltern und Angehörigen
für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

**Menschenwürde
in der
Drogenpolitik –
Ohne Legalisierung
geht es nicht !**

akzept 1993

Elternverband 2009

www.akzeptierende-eltern.de



leben mit drogen

Junkies – Ehemalige – Substituierte

Bundesweites Drogenselbsthilfenetzwerk

JES-Bundesverband e.V.

c/o Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: vorstand@jes-bundesverband.de

www.jes-netzwerk.de