

DROGENKURIER

MAGAZIN DES BUNDESWEITEN JES-NETZWERKS

DEZ. 2007

NR. 72

EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

JUNKIES



Heroingestützte Behandlung: Koalitionszwang oder Gewissensentscheidung?

- Kontaktläden nun rauchfrei?
- HIV und Hepatitis in Deutschland

IMPRESSUM**Nr. 72, Dezember 2007****Herausgeber des
DROGENKURIER:**JES*-Netzwerk
c/o Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail:

jes-sprecherrat@yahoogroups.de
<http://jes-netzwerk.de>Dirk Schäffer, Deutsche AIDS-Hilfe
e. V. (V.i.S.d.P.)**Mitarbeit:**

Roland Baur

Matthias Bayer

Alexander Dietsch

Bernd Forche

Mathias Häde

Katrin Heinze

Marco Jesse

Jochen Lenz

Claudia Schieren

Frank Wiedtemann

Titelfoto:© Deutscher Bundestag/
Lichtblick/Achim Melde**Satz und Layout:**

Carmen Janiesch

Druck: dmp | Digital & Offsetdruck**Auflage:** 1.000 ExemplareDer 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,

„Heroin und kein Ende – so oder so ähnlich könnte die Überschrift der aktuellen Geschehnisse lauten.

Noch immer ist keine definitive Entscheidung zur Fortsetzung der heroingestützten Behandlung gefallen und für viele DrogengebraucherInnen, die derzeit mit Heroin behandelt werden, ist diese Situation unerträglich.“

Dies war der Wortlaut des Vorwortes des letzten DROGENKURIERs. Diese Situationsbeschreibung trifft auch jetzt den Nagel auf den Kopf. Natürlich hat sich einiges bis heute getan aber eine wirkliche Entscheidung im Sinne Drogengebrauchender Menschen wurde nicht getroffen.

In dieser Ausgabe werfen wir einen ausführlichen Blick über die Grenzen Deutschlands hinaus und berichten über den Stand der Heroinvergabe in anderen Ländern.

KISS – eine neues und innovatives Selbstmanagementprogramm zur Förderung eines selbstbestimmten Konsums illegaler und legaler Substanzen hat unser Interesse geweckt. Wir wollen euch und Ihnen dieses Programm in der heutigen Ausgabe des DROGENKURIER näher vorstellen.

Dass das Thema HIV und AIDS trotz der nachlassenden Wahrnehmung in der Öffentlichkeit an Brisanz und Wichtigkeit nicht verloren hat, zeigt der Bericht des Robert Koch Instituts den wir in dieser Ausgabe vorstellen.

Schließlich hat der Anti-Raucher Bannstrahl auch die ersten Einrichtungen der AIDS- und Drogenhilfe erreicht und Drogengebraucher als Nutzer der Angebote wehren sich. Mehr dazu auf den folgenden Seiten.

Wir möchten an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen um uns bei den Abonnenten, Unterstützern und Sponsoren des DROGENKURIER zu bedanken. Ohne dieses Engagement wäre der DROGENKURIER in dieser Form nicht zu realisieren. DANKE !!!

Das Team des DROGENKURIER





The neverending Story

oder – Der mühsame Weg vom Modellprojekt zur Regelbehandlung

Wie bereits in den letzten Ausgaben wollen wir auch in diesem aktuellen DROGENKURIER über den aktuellen Stand der Diskussionen und Entscheidungen zur Behandlung von Opiatkonsumenten mit Heroin informieren.

Die Fakten

- Nach Abschluss der Arzneimittelstudie „Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“ ist eine Entscheidung zu treffen, ob die Diamorphinbehandlung als zusätzliche Option zur Behandlung Opiatabhängiger eingeführt und in das Regelsystem der gesund-

heitlichen Versorgung integriert werden soll.

- Die Studienergebnisse sprechen eine eindeutige Sprache. Eine Behandlung mit Diamorphin ist für jene Opiatkonsumenten zu ermöglichen, die bislang nicht oder nicht erfolgreich behandelt werden konnten.
- Die Patienten des Modellprojekts werden seit 1. Januar 2007 auf der Basis einer auf das öffentliche Interesse gestützten Ausnahmeerlaubnis weiter mit Diamorphin behandelt.
- Um eine Behandlung mit Heroin (Diamorphin) zu ermöglichen, muss Diamorphin

als verschreibungsfähiges Betäubungsmittel eingestuft werden. Darüber hinaus sind die Modalitäten gesetzlich zu regeln, unter denen Diamorphin zur Substitutionsbehandlung verwendet werden soll. Hierzu müssen Anpassungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG), der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (Btmvv) sowie des Arzneimittelgesetzes erfolgen.

- Diamorphin soll durch eine entsprechende Ergänzung der Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) insoweit verschreibungsfähig gemacht werden, als es zur substitions-gestützten Behandlung zugelassen ist.

Die Anhörung im Bundestag

Um das Ziel der Zulassung von Heroin als Medikament zu erreichen fand am 19. September eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages statt. Grundlage dieser Anhörung war der gemeinsame Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, DIE LINKE sowie der Fraktion der FDP.

Die dort eingeladenen Sachverständigen wurden von den Parteien befragt. Neben dem Bundesverband akzept e.V. der durch Prof. Heino Stöver vertreten war, hatte auch die Deutsche AIDS Hilfe eine Einladung als Sachverständige erhalten.

Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens dieser Anhörung erhielten wir leider nicht die Möglichkeit zu den Fragen der Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN mündlich Stellung zu nehmen. Allerdings lag den Gesundheitspolitikern die schriftliche Stellungnahme der DAH vor.

Um den Verlauf dieser Anhörung kurz zusammenzufassen lässt sich sagen, dass der überwiegende Teil der anwesenden Sachverständigen eine Fortführung der Heroinbehandlung als Regelversorgung unterstützte. Divergierende Ansichten gab es hingegen zu den im Gesetzentwurf beschriebenen Zugangskriterien zur heroingestützten Behandlung.

Von dieser Anhörung wurde ein Wortprotokoll erstellt, das unter dem folgenden Link einsehbar ist: <http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/062/prot.pdf>

Ein klares „JA“ im Bundesrat

Eine sicherlich richtungweisende Debatte fand zwei Tage später im Bundesrat statt.

Dort stand ein fast gleichlautender Gesetzentwurf zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung der Länder Hamburg, Hessen, NRW, Saarland und Niedersachsen zur Abstimmung.

Birgit Schnieber Jastram, Familien- und Sozialsenatorin (Hamburg), erläuterte die zentralen Elemente des Gesetzentwurfs und bat den Bundesrat um Zustimmung für eine Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes um zukünftig eine Substitution mit Heroin (Diamorphin) durchführen zu können.

In der abschließenden Abstimmung stimmen 13 der 16 Bundesländer für das

Gesetz. Lediglich Bayern, Baden Württemberg und Sachsen stimmten nicht mit „JA“.

Diese Zustimmung zu diesem Gesetz ist aus unterschiedlichen Aspekten wichtig.

- Mit der Zustimmung des Bundesrates wird endlich der Gesetzgebungsprozess in gang gesetzt und der Bundestag muss sich nun mit diesem bereits im Bundesrat beschlossenen Gesetz beschäftigen und eine Abstimmung herbeiführen.
- Gleichsam kann diese deutliche Mehrheit im Bundesrat dazu beitragen, dass die CDU/CSU Fraktion im Bundestag ihr kategorisches „NEIN“ zur Heroinbehandlung überdenkt.

Schließlich waren es 5 CDU regierte Bundesländer die die Initiative für dieses Gesetz ergriffen. Man kann nur hoffen, dass die Landespolitiker z. B. aus Hessen und Hamburg dahingehend auf ihre Bundestagsfraktion einwirken, dass das strikte ideologisch geprägte „NEIN“ zur Heroinvergabe völlig deplatziert ist und auch in den eigenen Reihen der CDU höchst umstritten ist.

Koalitionszwang oder Gewissensentscheidung

Natürlich sind die Abgeordneten des deutschen Bundestages nicht an Fraktionsmeinungen gebunden und nur ihrem Gewissen verpflichtet. (Art. 38 GG) Trotz dieser eindeutigen Regelung gibt es in der Alltagspraxis des Bundestages sehr wohl eine Fraktions- oder Koalitionsdisziplin, die vom Abgeordneten in der Regel eine Einordnung in das Interesse der Gesamtfraktion oder der Regierungskoalition erwartet. Die Abstimmung im CDU dominierten Bundesrat hat zu einer Diskussion geführt, dass eben diese Einordnung des Einzelnen in die Koalitionsdisziplin für diese Abstimmung aufgehoben wird und wie z. B. bei bestimmten Abstimmungen zu Kriegseinsätzen, (Tornadoeinsatz) eine freie Abstimmung möglich ist. Diese Maßnahme würde die Abgeordneten der SPD Fraktion aus einem Dilemma befreien und dem Gesetz zu einer klaren Mehrheit verhelfen.... und nicht zu vergessen die CDU/CSU Fraktion könnte bei ihrem „NEIN“ bleiben und gegenüber ihren Wählern das Gesicht wahren.

ÄRZTE|ZEITUNG

HEROINABGABE AUF REZEPT IST WEITER STRITIG Union fordert Überprüfung der Modellprojekte

FRANKFURT/MAIN ■ (ddp). Der Streit über den Umgang mit Schwerstdrogenabhängigen in Deutschland geht nach Medienberichten in der großen Koalition weiter.

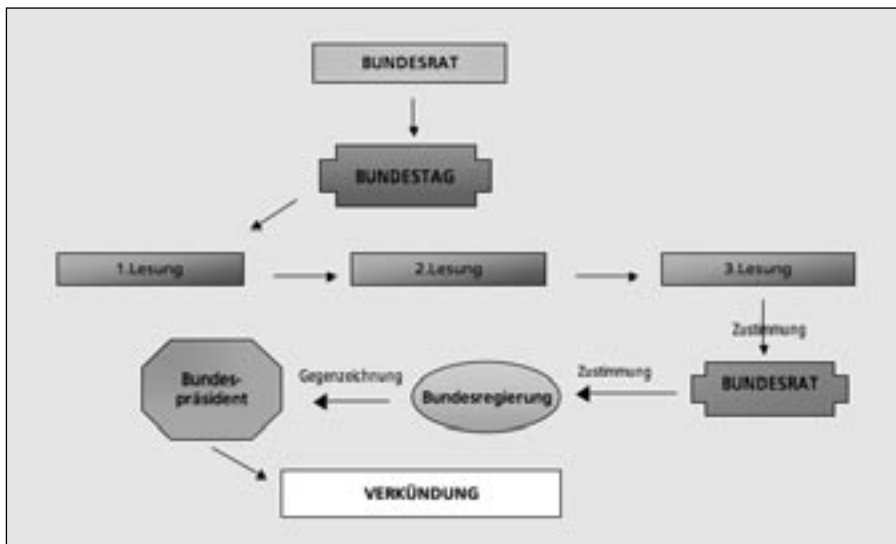
Danach haben Unions-Minister bei der Kabinettsitzung im Bundeskanzleramt überraschend eine Stellungnahme der Bundesregierung zur Abgabe von Heroin an Schwerstabhängige blockiert.

Zur Erinnerung: Derzeit läuft noch in mehreren Großstädten ein Modellprojekt, bei dem Abhängige bis zu drei Mal täglich unter Aufsicht den Heroinersatz Diamorphin bekommen. Im September hatte der Bundesrat dem Vorschlag der Unions-Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen zugestimmt, wonach Schwerstabhängige auch außerhalb der Projekte unter Auflagen und ärztlicher Kontrolle das synthetische Heroin Diamorphin erhalten sollen.

Werden die Modellprojekte ausgeweitet, rechnet die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing (SPD), mit etwa 3.500 Abhängigen, die mit Diamorphin behandelt werden müssen. Die Unionsexperten Annette Widmann-Mauz und Jens Spahn gehen von bis zu 80.000 Abhängigen aus.

Die Unions-Kabinettsmitglieder haben nun nach Berichten in der „Frankfurter Rundschau“ eine erneute Prüfung der Modellprojekte angeregt. Das wiederum habe die Gesundheitsministerin aufgebracht, weil die Projekte seit Jahren nicht nur wissenschaftlich eng begleitet würden, sondern längst ausgiebig geprüft und für wirksam befunden seien. Dem Bericht zufolge einigte sich das Kabinett zunächst darauf, beim Bundesrat drei Wochen mehr Bedenkzeit für die Stellungnahme zu beantragen.

Ärztezeitung 21.11.2007



Der Gesetzgebungsprozess

Wie geht es nun eigentlich mit dem Gesetz aus dem Bundesrat weiter?

- Die vom Bundesrat beschlossenen Gesetze werden zunächst der Bundesregierung zugeleitet. Sie kann innerhalb von sechs Wochen – in besonderen Fällen innerhalb von drei oder neun Wochen – eine Stellungnahme dazu abgeben. Danach wird der Gesetzentwurf an den Bundestag weitergeleitet.
- Eingbracht in den Bundestag, wird der Entwurf gedruckt und erhält die Form einer Bundestagsdrucksache. Sie wird dann allen Parlamentariern verteilt und den Bundesministerien zur Kenntnis zugeleitet.
- Es finden drei Beratungen (Lesungen) statt.

Erste Beratung (Lesung).

In der ersten Beratung kommt es zur Debatte über die Grundzüge des Entwurfs. Dann folgt regelmäßig eine Überweisung an den entsprechenden Fachausschuss – hier Gesundheit. Dort kommt es zu Detailberatungen durch die jeweiligen Experten der Fraktionen und zu Anhörungen von Sachverständigen. (Diese Anhörung ist in diesem Fall bereits durchgeführt worden).

Zweite Beratung (Lesung).

In der zweiten Beratung berichtet die Ausschuss über seine Arbeit. Es kommt zu einer weiteren Aussprache und Abstimmungen über Änderungsvorschläge.

Dritte Beratung (Lesung).

Die dritte Beratung beinhaltet eine nochmalige Aussprache. Gegebenenfalls kommt es nochmals zu Änderungen, allerdings nur bei den Abschnitten, die in der zweiten Beratung bearbeitet wurden.

- Schließlich kommt es zur Schlussabstimmung. Dabei muss der Bundestag das Gesetz mit einer relativen Mehrheit verabschieden, das heißt mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen.
- Sollte z. B. das Gesetz zur heroingestützten Behandlung mit Änderungen verabschiedet werden muss der der Bundesrat dem Gesetz erneut zustimmen. Ist dies geschehen wird das Gesetz durch den Bundespräsidenten ausgefertigt.

Leider gibt es keine zeitlichen Fristen innerhalb derer sich der Bundestag nun mit dem Gesetz des Bundesrates beschäftigen muss. So kann es noch einige Monate dauern bis der Ältestenrat, der die Tagesordnung festlegt und die Redezeiten der Plenarsitzungen regelt, das Gesetz auf die Tagesordnung setzt.

Wir werden weiter am Ball bleiben um als Teil einer großen Bewegung aus Fachverbänden, Wissenschaftlichen, Politikern, Mediziner, Kirchen und Drogengebrauchern dazu beizutragen, dass das Gesetz was vielen Heroinkonsumenten Hoffnung gibt und eine neue Behandlungsalternative eröffnet, möglichst schnell realisiert wird.

Dirk Schäffer, JES-Netzwerk

+NEWS+++JES-AUGSBURG+++NEWS+

Hurra, wir leben noch !!!

Wieder aller Gerüchte lebt die Augsburger JES-Selbsthilfegruppe noch. Natürlich gab es in letzter Zeit einige Differenzen zwischen einigen Mitgliedern. Leider hatte dies auch Auswirkungen auf das letzte Südshienentreffen, das deswegen auch nicht in Augsburg stattfinden konnte. Dies tut uns ausgesprochen leid. Die Unstimmigkeiten konnten bereits durch gemeinsame Gespräche und Diskussionen weitgehend aus der Welt geschaffen werden.

Am 10. September fand in den Räumen der Drogenhilfe Schwaben e. V. im KiZ das Ärztetreffen (Qualitätszirkel) der Augsburger Substitutionsärzte statt, wo zwei Vertreter von JES-Augsburg eingeladen waren. Wir hatten hierbei die Gelegenheit unsere Arbeit und Ziele vorzustellen. Unser Beitrag stieß auf positive Resonanz.

JES-Augsburg hat nach mehrfachen Verhaftungen unter immensen Einsatz von Gewalt seitens der Polizei einen Protestbrief an Herrn Waltrich des Polizeipräsidiums Augsburg und Schwaben geschrieben. Eine Kopie ging auch an den Oberstaatsanwalt Nemetz der Staatsanwaltschaft Augsburg. Wir wollen hiermit signalisieren, dass JES-Augsburg diese Vorkommnisse kritisiert auch weiterhin dokumentieren wird.

Wir freuen uns, dass Dank des regen Interesses unsere derzeitige Gruppenstärke zwischen 6 und 9 Mitgliedern variiert.

Markus Scherkamp, JES-Augsburg

+JES-AUGSBURG+++NEWS+++JES-A

Die heroingestützte Behandlung im Ausland

Nicht nur in Deutschland ist die Behandlung mit Opiaten ein Thema. In einigen anderen europäischen Ländern sowie in Nordamerika laufen derzeit Studien, die die Effekte von Diamorphin mit einer oralen Methadonsubstitution vergleichen.

Nachfolgend wollen wir einen Überblick zu vergangenen und aktuellen Studien geben und die aktuelle Situation in Bezug auf die diamorphingestützte Behandlung im Ausland vorstellen.



Schweiz

- Nach den positiven Ergebnissen der nationalen Kohortenstudie wurde die heroingestützte Behandlung mit dem dringlichen Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1998 und der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 ein fest verankerter Bestandteil der bundesrätlichen 4-Säulen-Politik und dies innerhalb der Säule „Therapie“.
- Heute werden heroingestützte Behandlungen an folgenden Orten durchgeführt: Basel, Bern, Biel, Brugg, Burgdorf, Cazis,

Chur, Genf, Horgen, Luzern, Olten, Reinach, Schaffhausen, Solothurn, St. Gallen, Thun, Winterthur, Wetzikon, Zug und Zürich.

- Die HeGeBe macht 8 % der insgesamt 16.388 Substitutionsbehandlungen in der Schweiz aus. Ca. 87 % der Substitutionspatienten werden mit Methadon behandelt Die restlichen Behandlungen werden mit Buprenorphin, Morphin oder Codein durchgeführt
- 1.308 Patienten wurden Ende 2006 mit Heroin behandelt. Die maximal zur Verfügung stehende Anzahl von 1.429 Behandlungsplätzen war durchschnittlich zu 91 % ausgelastet
- Ungefähr 70% der Behandlungen erfolgen in injizierbarer Form, 30 % in oraler Form.

Aufnahmekriterien und Effekte

Die Verordnung definiert die Aufnahmekriterien für die heroingestützte Behandlung wie folgt:

- Mindestalter 18,
- schwere Heroinabhängigkeit seit mindestens zwei Jahren,
- mindestens zwei abgebrochenen oder erfolglos absolvierte Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten Methode und Defizite im somatischen, psychischen oder sozialen Bereich.

Ähnlich wie in Deutschland ist es vielen Patientinnen und Patienten gelungen, ihren psychischen und körperlichen Gesundheitszustand zu verbessern, ihre Wohnsituation deutlich zu stabilisieren und schrittweise wieder eine Beschäftigung zu finden.

Drastisch verändert hat sich die Situation bezüglich der Delinquenz. Während sich beim Eintritt in die heroingestützte Behandlung 70 Prozent der Patienten ihr Einkommen aus illegalen Aktivitäten beschafften, waren es nach 18 Therapiemonaten nur noch 10 Prozent.

Jährlich beenden zwischen 180–200 Patienten die Behandlung. Zwischen 35 und 45 % von ihnen treten in eine Methadonbehandlung über, zwischen 23 und 27 % in eine abstinentorientierte Therapie.

Die Kosten

Die errechneten Durchschnittskosten in den Behandlungszentren beliefen sich im Jahre 1998 pro Patient und Tag auf 51 Franken.

Der volkswirtschaftliche Gesamtnutzen beträgt hingegen 96 Franken pro Tag. Nach Abzug der Kosten ergibt das eine Einsparung von 45 Franken pro Patiententag.

Die Zukunft

Eine 2003 gestartete Kohortenstudie prüft Diacetylmorphin (DAM)-Tabletten, die eine risikoärmere Konsumform gegenüber der intravenösen Applikation ermöglicht sowie die Aufnahme von Opiatkonsumenten, die die Substanz bisher geschnupft oder inhaliert haben, in Aussicht stellt.



Spanien

- In Spanien wurde Ende 2004 eine Studie abgeschlossen, die die Effekte der heroingestützten Behandlung im Vergleich zur Methadonbehandlung untersuchte.

© Martin Schemm/PIXELIO

© E. J. J. J. J.

- Aufgrund der hohen Zugangshürden konnten nur 62 der 176 rekrutierten Opiatkonsumenten in die Studie eingeschlossen werden.
- Während eine Gruppe iv Diamorhin und Methadon (oral) erhielt, bekam die Kontrollgruppe orales Methadon für die Dauer von 9 Monaten.

Trotz der geringen Stichprobengröße gelten die Ergebnisse der spanischen Studie als neuerlicher Beleg der Überlegenheit der heroingestützten Behandlung bei speziellen Patientengruppen.

war die britische Version niedrigschwelliger und verzichtete weitgehend auf eine Begleitforschung.

Dr. John Marks verstand sich als Vertreter des traditionellen „Britischen Systems“ und als Alternative zu den neueren Konzepten, die restriktiver vorgingen und Methadon als Substitution bevorzugten. Marks fühlte sich dem Prinzip der Schadensreduktion verpflichtet, bevor dieses noch in seiner heute gültigen Form ausformuliert war.

Folgende Stoffe wurden im Programm von Dr. Marks gegen Rezept abgegeben:

Heroin: Als trinkbare Lösung, in Ampullen zur Injektion (Wirkstoffgehalt: 5 mg, 10 mg, 30 mg, 100 mg) und rauchbar in sogenannten „Reefers“, normalen Zigaretten, in die eine vom Arzt bestimmte Menge Heroin injiziert wurde.

Methadon: In Tablettenform (5 mg, 10 mg), als trinkbare Lösung, in Ampullen zur Injektion (10 mg) und in Reefers (60 mg).

Cyclimorph: Ampullen zur Injektion (10 mg, 15 mg, 30 mg).

Diconal: In Tablettenform.

Amphetamin: Als Sirup („dextrine“) zur oralen Aufnahme, in Ampullen zur Injektion und rauchbar in Kräutermischung (30 mg).

Kokain: Als Aerosolspray (10 % Wirkstoffgehalt) zur oralen Aufnahme und – in hydrochloridfreier Form („Crack“) – in Reefers (40 mg).

Im Laufe der Jahre wurden die Rahmenbedingungen zur Vergabe von Opiaten verschärft.

Trotz aller Einschränkungen der medizinischen Zugänglichkeit von Heroin bezüglich des Einsatzes in der Suchtmedizin, die seit den späten sechziger Jahren auch in England bestehen, bleibt England eines der wenigen Länder, in denen sowohl DAM wie auch injizierbares Methadon ärztlich verschrieben werden können.

RIOTT (Randomised Injecting Opioid Treatment Trial)

Aktuell wird in England (London, Brighton und Darlington) eine Untersuchung durchgeführt, die die Effekte zwischen injizierbarem Diacetylmorphin (DAM), injizierbarem Methadon und oralem Methadon vergleicht. Insgesamt 150 Studienteilnehmer wurden in 3 Gruppen aufgeteilt

- 50 erhalten orales Methadon .
 - 50 erhalten injizierbares, lang wirkendes Methadon
 - 50 erhalten intravenös Heroin –mit zusätzlichem Zugang zu oralem Methadon
- Im Mittelpunkt steht die Überprüfung der Effekte hinsichtlich des Konsums von illegalem Heroin. (Es kann mittels Urintests festgestellt werden ob das im Urin festgestellte Heroin aus der Studie stammt oder von der Strasse kommt).

Neben der Überprüfung der gesundheitlichen und sozialen Effekte findet auch eine Evaluierung der ökonomischen Effekte statt.

Die Studie dauert 3,5 Jahre und wird im Mai 2008 beendet.



Kanada

Die NAOMI Studie (North American Opiate Medication Initiative) startete im Februar 2005 in Vancouver und Montreal. Diese beiden Städte haben die höchste Prävalenz von Opiatkonsumenten in Kanada.

Im Gegensatz zu Deutschland hat Kanada eine immens hohe HIV Prävalenz bei Drogenkonsumenten. In Städten wie Vancouver, Montreal und Toronto sind 20–25 %



England

In Großbritannien wurde die Heroinprohibition niemals voll umgesetzt. Es entwickelte sich hingegen eine eigenständige Art des Umgangs mit drogenbezogenen Problemen. So nahm England zwar an den Konferenzen in Den Haag 1912 und 1913 teil, unterzeichnete jedoch nicht das Protokoll.

Im britischen System hat die ärztliche Freiheit eine herausragende Bedeutung. Zu dieser Freiheit gehört auch, dass der Arzt die Arzneimittel frei wählen kann, die er für die Behandlung seiner Patienten als notwendig erachtet. Dieses Prinzip schließt auch die medizinische Verwendung von Heroin ein.

Internationale Beachtung fand die Arbeit von Dr. John Marks aus Liverpool der bereits Mitte der achtziger Jahre Heroinkonsumenten mit unterschiedlichen Substanzen substituierte. Verglichen mit den Schweizerischen Opiatabgabeprogrammen

aller intravenös Drogen konsumierenden HIV positiv.

Die Zugangskriterien zur NAOMI Studie sind ähnlich wie in den deutschen Gesetzentwürfen beschrieben:

- 25 Jahre,
- 5 Jahre Opiatabhängig,
- täglicher intravenöser Konsum im letzten Jahr und zwei Substitutionsbehandlungen oder andere Behandlungsformen
- 45 % der Studienteilnehmer erhalten orale Methadon
- 55 % der Studienteilnehmer erhalten injizierbare Substanzen (45 % erhalten Diamorphin und die restlichen 10 % erhalten Hydromorphin (DILAUDID))

Interessant ist hierbei das dieser Teil der Studie Doppelblind durchgeführt wird. (Weder der Patient noch der Arzt weiß wer welche Substanz erhält)



Niederlande

Da es sich bei der Schweizer Untersuchung um eine beobachtende Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe sowie eine Kombination von verordneter Heroinvergabe mit einem intensiven psychosozialen Hilfeangebot handelte, war es nach Ansicht der niederländischen Wissenschaftler nicht möglich, die positiven Resultate eindeutig zu interpretieren.

Die niederländische Regierung entschied deshalb 1997, eine randomisierte und kontrollierte Untersuchung der Effektivität und Schädlichkeit bei der Verordnung von Heroin in Auftrag zu geben.

Die durchgeführte Studie bestand faktisch aus zwei parallelen Studien:

- einer zur Effektivität der Verordnung von injizierbarem Heroin und
- eine zur Effektivität von inhalierbarem Heroin.

Die Behandlung mit ärztlich Heroin fand in neun poliklinischen Behandlungszentren in sechs Städten statt: Amsterdam, Den Haag, Groningen, Heerlen, Rotterdam und Utrecht.

Über die Hälfte der Patienten nahm an der Untersuchung zum inhalierbaren Heroin teil (256), die Übrigen an der Untersuchung zum injizierbaren Heroin (174).

Wie vorgesehen wurde die Heroinbehandlung nach zwölf Monaten beendet.

Die Patienten bekamen die bestmögliche Anschlussversorgung, oft mit einer erhöhten Methadondosierung.

Zwei Monate nach Beendigung der Heroinbehandlung zeigte sich, dass bei der Mehrheit der Responder (83 Prozent) in mindestens einem der Gesundheitsbereiche, in denen zuvor beim Behandlungsende eine Besserung vorlag, eine deutliche Verschlechterung eintrat.

Die Erfolge im Bereich Gesundheit waren innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Heroinbehandlung verschwunden und den Patienten ging es genauso schlecht oder manchmal sogar noch schlechter als zu Anfang der Studie.

Im Sommer 2004 entschied sich das Parlament zu einer Erweiterung der Behand-



lungsplätze auf maximal 1.000. Diese Plätze sollten verteilt werden auf maximal 15 Behandlungszentren an elf regionalen Standorten. Auch erklärte der zuständige Minister, dass die Zulassung von Heroin als Arzneimittel notwendig sei, um die Verschreibung von Heroin nach Beendigung der Studie zu ermöglichen.

Heute ist Heroin in rauchbarer und spritzbarer Form als Medikament zugelassen.



Belgien

Im Herbst 2007 startete in Belgien (Lüttich) eine weitere Studie um die Wirksamkeit von Opiaten in der Behandlung von Heroinkonsumenten zu untermauern.

200 Heroinkonsumenten werden an der drei Jahre dauernden Studie teilnehmen. Etwa 50% der Teilnehmer erhalten DAM während die andere Hälfte Methadon erhalten wird.

Diese Umschau zeigt deutlich, dass Deutschland mit dem Modellprojekt und mit der nun zu beschließenden Überführung von Heroin in die Regelversorgung keinen exotischen Einzelweg beschreitet. Denn einige Länder überprüfen derzeit die in der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland festgestellte Überlegenheit der Behandlung mit Diamorphin gegenüber der Methadonbehandlung mittels unterschiedlicher Studien.

Neben den hier genannten Ländern gibt es weitere Staaten die sich in entsprechenden Diskussionsprozessen befinden um einen ähnlichen Weg zu gehen.

Dirk Schäffer



Interessierte Zuhörer im Café FriedA

KISS Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum

Es ist nicht so, das es keinerlei neue Perspektiven im Bereich der niedrigschwelligen Drogenarbeit gäbe. Mit KISS (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum) wurde im November 2005 in Deutschland ein neues Konzept in der Drogenhilfe eingeführt.

Die erste KISS-Gruppe fand unter der Leitung von Uwe Täubler und Carola Heinicke in der Drogenhilfeeinrichtung Palette in Hamburg statt.

Doch was ist KISS überhaupt?

Die regulären Therapieformen beschäftigen sich damit, dem Klienten klarzumachen, dass er seinen Drogenkonsum unverzüglich und konsequent einstellen muss. Kurz gesagt, dass nur ein cleanes Leben ein sinnvolles Leben sein kann.

Mit KISS geht in Deutschland ein neues Therapiekonzept an den Start

Im Gegensatz dazu steht KISS, das als verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm angelegt ist. Es stellt den Teilnehmern frei, in welcher Weise sie ihr Konsumverhalten verändern oder reduzieren möchten. Dies schließt sowohl illegale als auch legale Drogen und Substitutionsmittel ein.

Der Klient und nicht der Therapeut entscheidet, welcher Weg für ihn der richti-

ge ist. Das aus zwölf Modulen bestehende Programm ist in sich logisch strukturiert und wird in Hamburg und Frankfurt erfolgreich durchgeführt. An jeder Gruppe können zwölf Personen teilnehmen. Begleitet werden die Gruppen von jeweils zwei Betreuern, die vorab geschult wurden.

Über die Ergebnisse der ersten KISS Gruppe in Hamburg berichtete Uwe Täubler und 2 Teilnehmer Timo und Detlef einer KISS-Gruppe im Rahmen eines Besuchs im Café FriedA der Integrativen Drogenhilfe Frankfurt.

KISS wendet sich an Menschen, die mit ihrem Drogenkonsum unzufrieden sind und daran etwas verändern möchten“, erklärt Uwe Täubler. „In Zusammenarbeit mit dem Klienten werden so genannte Konsumpläne erstellt und Konsumziele besprochen. Wir stehen aber auch für andere Themen wie Gesundheits-, Wohnungs- und Beziehungsprobleme zur Verfügung.“

Die von den Teilnehmern selbst erstellten Konsumpläne beinhalten, an welchen Tagen und in welchen Mengen Drogen konsumiert werden dürfen. Sie legen auch die drogenfreien Tage fest, an denen der Konsum bestimmter Substanzen vermieden werden soll. An den von ihm erstellten Plan soll sich der Klient nach Möglichkeit halten, wobei ein Regelverstoß keinerlei Sanktionen zur Auswirkung hat.

Die Dauer einer KISS-Gruppe beträgt drei Monate, dabei sind zwei Stunden pro Wochensitzung vorgesehen. Im Vordergrund

der Sitzungen steht die Offenheit aller Teilnehmer. Jeder kann seinen Drogenkonsum wahrheitsgemäß darlegen, ohne dafür verurteilt zu werden.

Bei KISS entscheidet der Klient wann er was reduzieren will

Uwe Täubler beschreibt die Vorgehensweise in Hamburg folgendermaßen: „Wir haben große Wandzeitungen angelegt, in denen der Konsum jedes Einzelnen in Form von Verlaufskurven dokumentiert wurde. Dadurch fällt es leichter, den angestrebten und den tatsächlichen Konsum zu kontrollieren. Zudem führt jeder Teilnehmer ein Konsumtagebuch, in dem er seinen tatsächlichen Drogengebrauch in Form von Einheiten tabellarisch festhält.“

Die Zuhörer im Cafe wollen nun wissen, wie sich der Ablauf der KISS Sitzungen mit den integrierten zwölf Modulen gestaltet.

Hierzu berichtet Uwe Täubler: „In Zusammenarbeit mit der Gruppe werden alle zwölf Punkte systematisch abgearbeitet und neue Verhaltensweisen eingeübt. Es geht in erster Linie um das Festlegen der eigenen Ziele und wie man sie erreichen kann. Anschließend um das Vermeiden bekannter Risikosituationen und wie man Ausrutscher meistert. Bei Ausrutschern bzw. Rückfällen ist es besonders wichtig, den Grund dafür



Uwe Täubler (rechts) Trainer der KISS-Gruppen in der Palette aus Hamburg und zwei KISS-Teilnehmer Timo (links) und Detlef (Mitte)

festzustellen. Ein bedeutender Aspekt ist auch die Gestaltung und das Genießen der Freizeit. Hierfür haben wir in Hamburg einen Wochenplan für schöne Dinge' erstellt und gemeinsam Ideen gesammelt. Weiterhin gehört dazu der Umgang mit Belastungssituationen sowie das ‚Nein-Sagen‘ lernen. Am Ende steht die Sicherung der erzielten Erfolge.“

Uwe Täubler ist es wichtig, dass die Teilnehmer unter KISS keinen Trick auf dem Weg zur Abstinenz verstehen. Er betont: „Wir wollen nicht durch die Hintertür Abstinenz einführen. Unser Projekt ist zieloffen angelegt und wir arbeiten ausschließlich mit Verständnis, nicht mit Druck. Wenn jemand sagt: ‚Für mich ist es wichtig, meinen Crackkonsum zu reduzieren‘, dann werden wir diese Sache gemeinsam angehen. Ob es gelingt, kann vorab niemand sagen.“

Mehr zum kontrollierten Konsum und ihren persönlichen Eindrücken berichten Timo und Detlef, die beide an einer KISS-Gruppe in Hamburg teilgenommen haben. „Zu Beginn wurde ich noch mit Subutex substituiert“, erzählt Timo, „inzwischen habe ich mit Unterstützung von KISS davon entzogen. Ab und zu kiffe ich noch, jedoch in geringeren Mengen als früher und selbst das Zigarettenrauchen habe ich reduziert. Zur Selbstkontrolle führe ich nach wie vor mein Konsumtagebuch für alle Drogen, die ich zu mir nehme.“

Bei Detlef ist die Situation nicht ganz so glücklich. Er kennt nur Leute aus dem Drogenmilieu, dort hat er sein halbes Leben verbracht. Zurzeit wird er substituiert und raucht Crack. Während der KISS-Gruppe begann er seinen Drogenkonsum zu notieren. Dadurch fand er heraus, in welchen Situationen er Drogen nimmt und warum. Das war sein erster Schritt zur Veränderung. Mittlerweile hat Detlef seinen Crackkonsum reduziert und lässt sich sein Geld durch die Gruppenbetreuer einteilen. Diese positive Vorgehensweise bewirkt nicht nur, dass er am Ende des Monats noch Geld besitzt, sondern auch, dass er nicht alles auf einen Schlag für Crack ausgeben kann. „Mit Hilfe von KISS und einer guten Portion Eigenmotivation habe ich mich zudem vom Kiffen sowie vom Alkohol distanziert und das nach 20 Jahren zwanghaftem Gebrauch“, berichtet Detlef mit großem Stolz.

Die Möglichkeit des kontrollierten Konsums scheint bei den Zuhörern im Cafe Frieda großen Anklang zu finden. Die meisten von ihnen befinden sich derzeit in Substitutionsprogrammen und kritisieren, dass in solchen Maßnahmen kein Beikonsum erlaubt ist. Also, ich als Drogenkonsument sehe es als Strafe an, wenn mein Arzt aufgrund einer positiven Urinkontrolle meine Dosierung heruntersetzt, mein Take-Home streicht und mich letzten Endes aus dem Programm wirft. Das kann keine Hilfe sein!

Dadurch entstehen nur noch mehr Komplikationen für den Betroffenen. Wenn diese Situation in Deutschland endlich mal erkannt werden würde, dann würde die Drogenarbeit auch Fortschritte machen.“ Dafür gibt es nun das KISS-Konzept. Auch der verbotene und trotzdem betriebene Beikonsum von Substitutionspatienten würde sich damit reduzieren lassen. Weiterhin ermöglicht das Programm den Teilnehmern transparent und offen mit ihrer Sucht umzugehen und fördert die Eigeninitiative der Gruppenmitglieder.

Die 12 KISS-Module

1. Grundwissen Drogen
2. Pro und Contra veränderung
3. Bilanz ziehen
4. Konsumziele festlegen
5. Strategien zur Zielerreichung
6. Risikosituationen erkennen
7. Ausrutscher meistern
8. Freizeit genießen
9. Belastung erkennen
10. Belastung angehen
11. Nein-Sagen lernen
12. Erfolg sichern

Ob sich KISS als Gruppenangebot auch für die Zukunft etablieren wird, steht noch nicht fest. In Hamburg bieten es derzeit fünf Einrichtungen an: „Die Palette“, das „Ragazza“, das „Subway“, das „Abriado“ und „Die Brücke“. Die Kosten für das Projekt trägt die Stadt Hamburg. In Frankfurt wird man erste Ergebnisse der im November beginnenden Gruppen abwarten müssen.

Wir fragen bei Uwe Täubler nach: „Ist KISS ein erster Schritt hin zu mehr Toleranz und weg vom Abstinenzparadigma der bisherigen Therapieformen?“ „Ich glaube das zentrale Paradigma der Abstinenz bekommen wir nicht geknackt. Bei den Einrichtungen, die akzeptierend arbeiten, kann sich jedoch einiges verändern. Denn nur zu akzeptieren, also nur Elendsverwaltung zu betreiben, reicht auf die Dauer nicht aus.“

Weitere Informationen zum Thema KISS sind unter folgenden Adressen zu finden: www.palette-hamburg.de und <http://kiss-heidelberg.de>

Gekürzter Text aus JUBAZ 4/2006

Einstieg zum Ausstieg

20 Jahre Erfahrung in der **Suchttherapie**

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



Drug Checking – JETZT!!!

50 Bleivergiftungen in Leipzig

Als Folge der Illegalisierung besteht eines der Hauptrisiken beim Drogenkonsum darin, dass niemand genau weiß, was für Wirkstoffe die Droge enthält und wie hoch diese dosiert sind.

Bekannt ist lediglich, dass die Qualität sehr unterschiedlich sein kann. Teilweise werden zum Beispiel Ecstasy-Tabletten mit Speed, Koffein oder Paracetamol gestreckt oder sie enthalten einen völlig anderen psychotropen Wirkstoff wie z. B. Atropin.

DRUG CHECKING – Die Potenziale

Mittels „Drug Checking“ könnte man KonsumentInnen ermöglichen, die auf dem „Schwarzmarkt“ erworbenen illegalen Substanzen auf deren Inhaltsstoffe und Reinheitsgrade zu überprüfen. Damit soll es u. a. möglich sein, vor dem Konsum unerwünschte hochriskante Substanzen festzustellen, deren Konsum derzeit zu gefährlichen Notfällen oder gar Todesfällen führen kann. Drug-Checking fördert somit auch den Lernprozess zu einem verträglichen Risikomanagement. Ferner wird das individuelle Drogenwissen so erweitert, dass potentielle Drogengebraucher besser entscheiden, ob sie, und wenn ja, welche Drogen sie in welcher Dosierung konsumieren möchten. Drug-Checking fördert somit den Lernprozess zur Drogenmündigkeit.

Bleivergiftungen durch verunreinigtes Cannabis

Aus aktuellem Anlass warnen die Stadt Leipzig und die Polizeidirektion Leipzig vor bleiverseuchtem Cannabis und Marihuana, das seit einiger Zeit im Leipziger Raum im Umlauf ist. In den vergangenen Wochen mussten bislang 50 bekannte Fälle aus Leipzig und dem Leipziger Umland mit Bleivergiftungen akutmedizinisch behandelt werden.

Einige Betroffene hatten zum Teil schwerste Bleivergiftungen erlitten. So sind bei ihnen Bleiwerte im Blut festgestellt worden,

die weit über den Grenzwerten lägen. Bei den Patienten wurden weit über 2000 Mikrogramm Blei pro Liter im Blut festgestellt. Bei Werten von 800 seien schwere Krankheiten zu erwarten, die Arbeitsmedizin nenne 300 als Grenzwert. Die Staatsanwaltschaft Leipzig ermittelt wegen gefährlicher Körperverletzung gegen Unbekannt, in einem Fall sogar wegen versuchten Mordes.

Stoff noch im Umlauf

Die Ermittler gehen davon aus, dass sich immer noch mit Blei versetzter Stoff im Umlauf befindet. Bisher ist die Herkunft des Stoffes unklar. Offen ist auch, ob das Blei beispielsweise durch Dünger in die Pflanzen gelangte. Dies halten die Experten angesichts der hohen Konzentration des Metalls allerdings für eher unwahrscheinlich. Eine Umfrage bei Landeskriminalämtern bezüglich vergleichbarer Fälle ist noch nicht abgeschlossen. Zudem wurde die europäische Polizeibehörde Europol eingeschaltet.

Die erste Bleivergiftung registrierten die Behörden bereits im August bei einer Person, die seitdem im Krankenhaus ist. Damals sahen die Ermittler aber noch einen anderen Zusammenhang..

Deutscher Hanf Verband (DHV) warnte bereits im Januar

Der Deutsche Hanf Verband (DHV) erhebt schwere Vorwürfe gegen die Bundesdrogenbeauftragte Bätzing, nachdem bekannt wurde, dass in Leipzig mit Blei versetzte Cannabisprodukte aufgetaucht waren.

Der DHV beobachtet schon seit Sommer letzten Jahres eine dramatische Zunahme von Streckmitteln in Cannabisprodukten, insbesondere in Marihuana. Talkum, Zucker, Sand, Glas und Flüssigplastik sind nur einige der Streckstoffe, von denen der Verband berichtet. „Nach unseren Erkenntnissen ist mittlerweile ein Großteil des Cannabismarktes in Europa verseucht“, so Verbandssprecher Georg Wurth.



Georg Wurth (Deutscher Hanf Verband)

Im Januar dieses Jahres alarmierte der Verband die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Sabine Bätzing, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die drogen- und gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien im Bundestag. Fast 1.000 Menschen schlossen sich den Forderungen des DHV an, die Streckmittel und deren Auswirkungen auf die Gesundheit genau zu analysieren und den Konsumenten eine Möglichkeit zu geben, selbst verdächtige Proben untersuchen zu lassen.

Aus dem Büro der Drogenbeauftragten hieß es am Telefon, beim Bundeskriminalamt (BKA) habe man keine Erkenntnisse über gestrecktes Gras, also gehe man davon aus, dass das Problem nicht relevant sei.. Als im Mai immer noch keine offizielle Stellungnahme von Frau Bätzing vorlag, schrieb Wurth ihr am 23.05. erneut einen Brief und warnte unter anderem: „Lassen Sie es nicht so weit kommen, dass auch in Deutschland Hanfkonsumenten wegen Streckmitteln in Krankenhäusern landen!“

Diese Befürchtung ist nun in Leipzig traurige Gewissheit geworden.

Erst nachdem der DHV bei Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gegen diese ignorante Haltung protestierte, erschien auf der Homepage der Drogenbeauftragten ein winziger Hinweis auf Streckmittel in Cannabisprodukten.

Trägt die Bundesdrogenbeauftragte eine Mitschuld?

DHV-Sprecher Wurth macht die Drogenbeauftragte mitverantwortlich für die jetzt in Leipzig aufgetretenen Bleivergiftungen: „Wenn die Drogenbeauftragte schnell und konsequent auf unsere Hinweise reagiert hätte, hätten die Vergiftungen in Leipzig vermutlich verhindert werden können. Eine massive öffentliche Warnung vor Streckmitteln wäre notwendig gewesen. Natürlich ist Cannabis nicht harmlos. Die üblichen Risiken der Droge betreffen aber einen relativ kleinen Teil der Konsumenten, die Streckmittel sind eine Gefahr für alle!“

Wurth plädiert auch im Hinblick auf skrupellose Dealer, die Cannabis mit gefährlichen Stoffen strecken, für eine Legalisierung: „Die beste Strategie gegen die Streckmittelseuche wäre eine Regulierung und Überwachung des Cannabismarktes unter legalen Bedingungen. Den Handel einem Schwarzmarkt zu überlassen, bringt mehr Risiken als Nutzen.“

Drug Checking legal oder illegal?

Prinzipiell ist „Drug Checking“ in Deutschland rechtlich möglich, es gibt jedoch bisher keine wirklich userfreundliche Umsetzung dieser Drogentestprogramme, weil sie – im Gegensatz zu fast allen Nachbarländern – politisch nicht erwünscht sind.

In Deutschland sind gemäß gesetzlicher Grundlage nur die Apotheken ohne Einholung einer Erlaubnis autorisiert, betäubungsmittelverdächtige Substanzproben von Privatpersonen oder privaten Organisationen zu Untersuchungszwecken entgegenzunehmen. Obwohl die Apotheken für die Durchführung von Drug-Checking zuständig sind, wird in der Praxis diese gesetzliche Vorgabe kaum genutzt. Derzeit sind auch keine Anstrengungen erkennbar, die Lücke in diesem Bereich zu füllen.

Während in Deutschland derzeit noch kontrovers über Nutzen und Rechtmäßigkeit von Drug-Checking-Programmen debattiert wird, besteht in der Schweiz nach nicht minder intensiven juristischen und politischen Auseinandersetzungen bezüglich der Legalität und Notwendigkeit von Drug-Checking heute Konsens. Drug-Checking vor Ort mit einem mobilen Labor an Parties ist ebenso legal wie die Durchführung von Drug-Checking-Programmen in Kooperation mit ortsfesten Labors, wie zum Beispiel mit gerichtsmedizinischen oder pharmazeutischen Instituten von Universitäten. Auch die Veröffentlichung der Testresultate ist rechtens.

Die Tatsache, dass im BtMG nur die Apotheken für Substanzenanalysen vorgesehen sind, zeigt, dass die Bestimmungen keinen vernünftigen Bezug zum realen technisch-wissenschaftlichen Ablauf der Dinge haben, respektive dass die Politik in der BRD bewusst versucht, mittels dieser Bestimmungen die Durchführung solcher Analysen zu erschweren und zu verhindern. Das es auch anders geht zeigen uns mal wieder unsere Nachbarn.



Drug-Checking ist ein Bereich der Arbeit der Ambulanten Drogenhilfe der Stadt Zürich. Das Projekt Streetwork Zürich bietet im Partybereich vor Ort in Clubs Drug-Checking an. Einmal im Monat geschieht dies mit Hilfe eines mobilen Laboratoriums. Untersucht werden sowohl Ecstasy, LSD, Am-



phetamine und Methamphetamine. Das macht die Parties safer. www.saferparty.ch



ChEck iT! ist ein gemeinsames Projekt des Verein Wiener Sozialprojekte, des Klinischen Institutes für medizinische und chemische Labordiagnostik-AKH Wien und wird gefördert aus Mitteln der Sucht- und Drogenkoordination Wien, sowie des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.

Seit 1997 bietet ChEck iT! bei großen Raves und in Clubs objektive Informationen über Wirkung und Gefahren psychoaktiver Substanzen an. Die Informationen werden von den ChEck iT!-Mitarbeitern an Interessierte weitergegeben. Es geht schlicht darum, dass User genügend Informationen haben um selbst über ihren Drogenkonsum entscheiden zu können www.checkyourdrugs.at.



Wie viele andere NGOs und Interessenvertretungen (DRUG SCOUTS; DHV) meint JES, dass es nun höchste Zeit wird Drug-Checking auch in Deutschland so zu legalisieren, dass Substanzenanalysen nicht nur in Apotheken stattfinden können, sondern ausgebildete Teams entsprechende Events aufsuchen und feste Beratungs- und Testzeiten in unterschiedlichen Einrichtungen anbieten.

EINFÜHRUNG VON DRUG CHECKING JETZT!
Denn hier geht es um die Gesundheit vieler zehntausend Bürgerinnen und Bürger.

Quellen: www.drugscouts.de,
www.hanfverband.de



JES-Stuttgart wehrt sich gegen das Rauchverbot

Streit um Rauchverbot für Substituierte

Klienten der Caritas reichen Petition ein

STUTTGARTER NACHRICHTEN

Für alle Raucher brechen mit dem Winter harte Zeiten an. Doch den Substituierten weht ein besonders scharfer Wind entgegen. Sie sollen aus dem Café der Methadonabgabestelle verbannt werden, weil dort ein Rauchverbot eingeführt wird. Für die Sozialarbeiter ist aber das Rauchen in den sozialen Räumlichkeiten nicht länger tragbar.

Glücklich ist er nicht gewählt, der Ort, an dem die Substituierten ihr Methadon abholen können, seitdem das Café Maus in der Hauptstätter Straße wegen Renovierungsarbeiten vorübergehend geschlossen ist. Das sieht auch Fred Walter so, Fachdienstleiter der Caritas. Allerdings habe es keine andere Möglichkeit gegeben, als in das High Noon ab-

zuwandern. Das kleine Café liegt an der Lazarettstraße, nahe dem Leonhardsplatz. Direkt auf dem Straßenstrich. Dort kann man nicht nur an jeder Ecke käuflichen Sex erwerben, sondern auch Drogen. Kein guter Ort für Menschen, die ihrer Sucht abschwören und die jeglicher Verlockung möglichst aus dem Weg zu gehen suchen.

Nun werden die Substituierten durch eine Maßnahme der Caritasmitarbeiter auch noch aus den Räumlichkeiten und somit auf die unwirtliche Straße gejagt. So sehen es zumindest die knapp 150 Methadonempfänger. Denn am 16. Oktober hat die Caritas endgültig ein generelles Rauchverbot im High Noon erlassen. Anders als in Gaststätten greift dort aber nicht das im August erlassene Nichtraucherschutzgesetz, ist doch das High Noon kein öffentliches Café. Die Caritas hat jedoch von ihrem Hausrecht Gebrauch gemacht, nachdem sich die Mitarbeitervertretung beschwert hatte. „In den Räumlichkeiten rauchen 80 bis

100 Leute gleichzeitig, das ist eine massive Belastung durch Zigarettenrauch: Man fühlt sich wie Rauchfleisch“, sagt Walter.

Die 26 Mitarbeiter des High Noon stehen mit dem Beschluss geschlossen den 150 Substituierten gegenüber, die allesamt Raucher sind. 130 von ihnen haben eine Petition gegen das Rauchverbot unterschrieben.

Doch „am Rauchverbot war und ist nicht zu rütteln“, sagt Walter. So wurde auch nicht auf den Vorschlag der Raucher eingegangen, während der Methadonabgabezeit zwischen 10 und 12 Uhr das Rauchen zu erlauben. „Die Caritas ignoriert unser Bemühen, eine Lösung zu finden“, sagt Markus Auer, der für die Substituierten als Sprecher fungiert, „wir fühlen uns von den Sozialarbeitern im Stich gelassen – die haben uns einfach einen Arschtritt verpasst.“ Denn das Rauchverbot kommt für die Substituierten einem Rausschmiss gleich: „Die setzen uns damit indirekt auf die Straße“, sagt Auer.

Für Substituierte sei es besonders schwierig, auf den so genannten Beikonsum legaler Drogen zu verzichten, erklärt Auer. Walter hingegen spricht vom „Normalitätsprinzip“: „Wir behandeln unsere Klientel wie normale Menschen.“

Auch Dr. Harry Geiselhart, Abteilungsleiter für Suchterkrankungen im Bürgerhospital, hält es aus therapeutischer Sicht für richtig, gerade für Substituierte suchtfreie Räume zu schaffen.

Fakt bleibt, dass die Substituierten nun wieder hauptsächlich auf der Straße zu finden sein werden. Und dort haben sie nicht nur mit den Verlockungen des Milieus zu kämpfen, sondern auch mit den Vorurteilen vieler Bürger: „Ums Eck ist ein Kinderspielplatz – eine Elterninitiative versucht, gegen uns vorzugehen“, sagt Auer. Das ist schlimmer als jeder Wind, der einem im Winter auf der Straße entgegen bläst.

Andrea Jenewein
Stuttgarter Nachrichten 27.10.2007

Substituierte auf die Straße

oder – Wie die Caritas-Stuttgart das Engagement bei JES-Stuttgart fördert

Rauchen ist nicht gesundheitsfördernd – das ist klar. Selbst der „härteste“ Raucher weiß das. Wobei durchaus fraglich ist, wie ungesund Rauchen bzw. Passiv-Rauchen wirklich ist.

Dem Zeitgeist nachhaken mag zwar angesagt sein; so argumentieren ja auch die Sozialarbeiter der Caritas, auf die wir noch zu sprechen kommen; es ist auf jeden Fall lächerlich und grotesk. Dieser Zeitgeist bringt es nun mit sich, dass rauchende Menschen (= die RAUCHER) ausgegrenzt werden. Diese Behandlung der Raucher beschert dem Schreiber dieser Zeilen ein Déjà-Vu-Erlebnis der besonderen Art: genau so wurden und werden Drogen gebrauchende Menschen zu Fixern und Junkies gebrandmarkt. Obwohl seit Jahren Nichtraucher und seit noch längerer Zeit JES-Aktivist, empört mich diese Ausgrenzung sehr!

Soziale Inkompetenz und Ignoranz der Bedürfnisse der KlientInnen sind für einen Anbieter von sozialen Dienstleistungen nicht angebracht, auch wenn es häufiger vorkommen mag als man gemeinhin denkt. Dass es darüber hinaus von menschlicher Kälte zeugt, sei nur am Rande erwähnt. Für die Betroffenen ist Ausgrenzung allemal entwürdigend.

Was haben nun diese Feststellungen miteinander zu tun? Die folgende Chronologie der Ereignisse möge den Nicht-Stuttgartern das Verständnis erleichtern:

Der Caritasverband für Stuttgart e.V. (CV) betreibt seit vielen Jahren eine **Methadon-AUS**gabestelle, das Café **MAUS**. In diesem Café können sich Substituierte, anders als in den Schwerpunktpraxen oder der städtischen Ausgabestelle, einige Stunden aufhalten, Billard spielen oder eine Kleinigkeit essen bzw. trinken. Hier soll die soziale Kommunikation gefördert werden. Irrefüh-

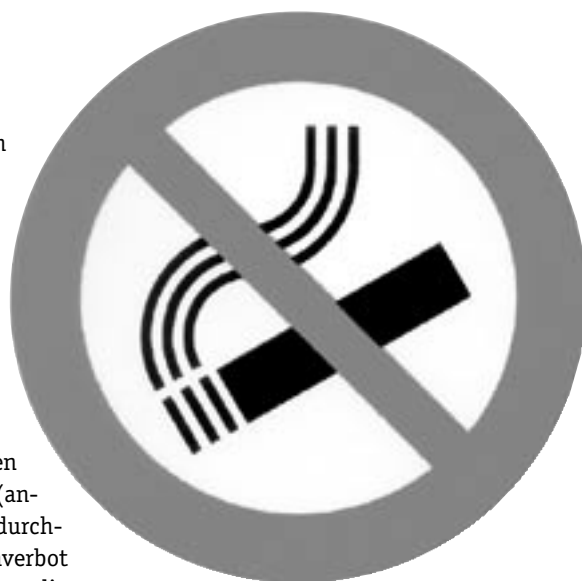
rend wäre es aber, sich darunter ein allgemein zugängliches öffentliches Café vorzustellen.

Dem besagten Zeitgeist entsprechend wurde schon im Frühjahr des Jahres im Team der dort beschäftigten Sozialarbeiter (die ebenfalls dort arbeitenden 1-EURO-Kräfte durften nicht teilnehmen) der Nichtraucherschutz diskutiert. Obwohl in der Minderheit, pochten die wenigen Nichtraucher auf ihre (angeblichen) Rechte. Dabei war allen durchaus bewusst, wie schwer ein Rauchverbot bei täglich ca. 150 MAUS-Besuchern, die zu mindestens 99% rauchen, durchzusetzen ist.

Das Nichtraucherschutzgesetz kam gerade recht

Da verfiel man auf die Idee, einfach die Verordnungen des Nichtraucherschutzgesetzes anzuwenden, die seit 1. August 2007 in Baden-Württemberg gültig sind. Die Sozialarbeiter meinten, wenn sie den KlientInnen das Rauchverbot mit gesetzlichen Bestimmungen erklärten, würden die es schon akzeptieren.

Denn anders als in der sonstigen Drogenpolitik, in der Baden-Württemberg perma-

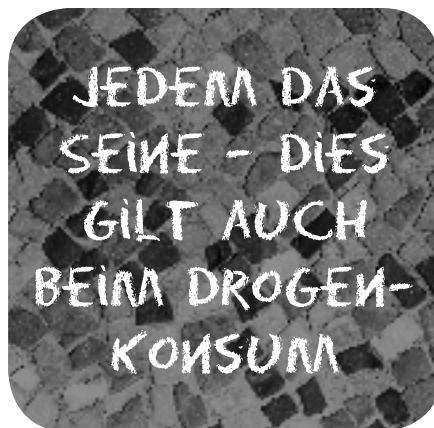


nent seit 30 Jahren und auch gegenwärtig den Bremsen spielt, ist das „Ländle“ beim Nichtraucherschutzgesetz vorgeprescht.

Für die rauchenden Kollegen wurde ein Raucherraum eingerichtet. Für die Substituierten wurde ein totales Rauchverbot ausgesprochen, sie wurden somit auf die Straße getrieben. Am 31. Juli wurde der Aushang angebracht – man beachte! – mit Wirkung 1. August!!! Die Empörung war riesengroß.

Hinzu kommt, dass Substituierte während einer mehrmonatigen Umbauphase des Cafés, zur Interims-Ausgabestelle im Kontaktladen „High-Noon“ gehen müssen. Auch dort müssen die BesucherInnen zum Rauchen auf die Straße, obwohl sich das „High-Noon“ mitten in der Drogenszene befindet und vor der Tür der Straßenstrich ist. Ob dieser Tatsache bleibt einem nur ein Kopfschütteln über so viel Welt- und Realitätsferne!

Es bildete sich also unter den Substituierten eine rührige Initiative; über 130 (!) Unterschriften wurden gesammelt, Briefe verfasst und Rundschreiben in Umlauf gebracht. Diese gingen gelegentlich im Ton zu weit, zeigten jedoch deutlich den Ärger der Betroffenen.



Als dann durch eigene Nachforschung herauskam, dass das Nichtraucherschutzgesetz überhaupt nicht anzuwenden ist, da das MAUS kein öffentliches Café ist, schwenkte der CV auf eine andere Schiene: plötzlich berief er sich auf sein Hausrecht! Gleichzeitig wurde, um die Empörung zu dämpfen, den MAUS-BesucherInnen ein Mediationsverfahren angeboten, was diese nach interner Diskussion annahmen.

Es folgten mehrere gemeinsame und getrennte Sitzungen mit zwei Mediatoren, die ihre Arbeit meiner Meinung nach recht gut machten. Dabei wurde als Kompromiss angeregt, dass während zwei Stunden in der Hauptbesuchszeit geraucht werden darf. Die Substituierten stimmten diesem Vorschlag zu. Die CV-Mitarbeiter zögerten und verwiesen darauf, dass sie dies erst in ihrem Gesamt-Team und mit ihrem Fachdienstleiter besprechen müssten.

Auch durch Vermittlung des JES-Repräsentanten akzeptierten die Betroffenen diese weitere Verschiebung der Entscheidung. Beim letzten Mediatorentreffen lehnten die

CV-Sozialarbeiter dann jeglichen Kompromiss ab, machten auch keine neuen Vorschläge sondern beriefen sich erneut auf ihr Hausrecht. Es fielen die Worte: „Wir haben die Macht, also entscheiden wir“. Daraufhin blieb den teilnehmenden MAUS-BesucherInnen nur noch erregt und empört den Raum zu verlassen.

Inzwischen hat die Stuttgarter Presse sich für die Vorkommnisse interessiert und mehrfach berichtet. Bemerkenswert ist ja, dass in anderen CV-Einrichtungen durchaus weiterhin geraucht werden darf, auch mit der Begründung, dass anderenfalls die BesucherInnen wegblieben. Diese Alternative haben die Substituierten dagegen nicht, deshalb ist die Entscheidung in diesem Fall besonders perfide.

Fazit: aus dieser allgemeinen Empörung heraus hat sich eine mehrköpfige Gruppe gebildet, die sich nun bei JES-Stuttgart engagiert. Noch sind JES und die Gruppe nicht identisch; JES unterstützt sie aber im Rahmen der Möglichkeiten. Besonders ärgerlich

ist, dass dadurch eine langjährig bewährte Zusammenarbeit zwischen JES und dem CV schwer beschädigt wurde. Wir erwarten, dass auch gesundheitsbewusste SozialarbeiterInnen in der Lage sein sollten, sich wenigstens zwei Stunden mit ihren rauchenden KlientInnen in einem Raum aufzuhalten und Gespräche zu führen. Wer das nicht kann, der sollte entweder einen anderen Beruf wählen oder sich innerhalb des CV versetzen lassen. Jemand der Höhenangst hat, braucht schließlich auch nicht Pilot zu werden!

Schlimm genug ist es, die Menschen, die zum Teil schwer krank sind, in der kalten Jahreszeit auf die Straße zu schicken. Sie förmlich zu verarschen und mit einem fingierten Mediationsverfahren hinters Licht zu führen ist ein unglaublich arrogantes Verhalten.

Wenn dadurch allerdings die Leute aufwachen und engagiert für ihre Interessen eintreten, dann müssen wir von JES-Stuttgart uns beim CV geradezu bedanken.

Roland Baur

Das große Drogen-Rätsel

A	N	Y	L	D	M	Y	X	U	O	A	D	A	B	Z	U	D	S	A	P
Ü	J	W	Q	B	N	X	M	K	U	F	A	A	F	J	O	Z	B	W	Q
E	U	L	A	D	E	R	T	Z	U	M	A	X	T	B	A	B	E	R	T
D	U	O	V	J	S	F	U	L	S	Y	C	H	E	L	G	N	V	W	G
C	K	M	H	E	R	O	I	N	U	P	B	B	D	P	A	Z	S	E	E
H	X	N	A	D	E	R	T	G	H	O	M	D	P	I	C	T	H	R	S
J	C	B	S	M	S	D	A	O	M	P	F	L	O	R	W	R	J	T	T
O	I	C	L	A	W	Q	A	R	N	P	W	H	L	W	E	H	O	S	M
K	K	X	O	U	U	Z	A	F	R	E	E	B	A	S	E	E	T	E	I
L	H	S	O	K	W	S	F	W	V	R	U	V	M	T	S	D	W	H	S
S	E	D	C	A	N	A	B	I	S	S	I	A	I	B	T	X	Y	N	T
U	R	G	Q	W	A	C	M	O	G	Q	Ä	J	D	K	A	N	A	M	E
B	O	B	V	T	V	R	M	P	M	B	G	M	O	S	G	Z	H	Z	R
U	I	T	D	I	A	C	M	P	H	H	J	U	N	O	Q	A	F	K	Y
T	N	Z	E	L	E	W	N	L	H	E	S	A	E	R	M	M	A	A	X
E	M	O	R	Y	X	C	V	B	N	E	T	I	L	I	D	I	N	C	G
X	R	R	H	W	T	L	E	H	R	S	T	A	O	L	M	C	C	O	K
Y	T	E	Ü	P	W	Q	Y	R	E	U	K	A	M	H	A	B	L	W	L
Q	G	I	R	T	Z	L	A	S	D	I	O	P	Q	I	E	M	O	Q	O
Ä	V	E	S	B	N	V	F	W	E	I	O	U	D	F	N	C	R	C	U

Gesucht werden acht psychoaktive Substanzen.

Wir wünschen Euch viel Spaß beim Rätseln!

Die Lösung findet ihr auf Seite 31.

Aufruf des bundesweiten JES-Netzwerks**Celia Bernecker Preis 2008/2009****Liebe JES'ler,
liebe Freundinnen
und Freunde !**

Im Jahr 2009 feiert das bundesweite JES-Netzwerk sein 20-jähriges Bestehen. Zu diesem Anlass wollen wir auch die höchste Auszeichnung des JES-Netzwerks, den CELIA BERNECKER PREIS, verleihen.

Im Rahmen der letzten Sitzung des JES-Sprecherrates haben wir uns für folgendes Vorgehen entschieden:

- Wir wünschen uns Vorschläge aus dem gesamten Netzwerk und natürlich auch von befreundeten Organisationen zum Preisträger oder zur Preisträgerin.
- Benannt werden können Einzelpersonen, Gruppen und Einrichtungen
- Vorschläge mit einer kurzen Vorstellung und Begründung bitten wir euch direkt per Mail oder per Post an den JES-Sprecherrat zu richten.

Per Mail:

jes-sprecherrat@yahoogroups.de

oder per Post:

JES-Netzwerk c/o Deutsche AIDS Hilfe,
Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin

**Hier eine kurze Beschreibung der Celia Bernecker
Medaille:**

Mit dem Celia Bernecker Preis wurde 1994 die Idee des JES-Netzwerks realisiert, Menschen oder Organisationen zu würdigen, die sich in besonderer Weise für von HIV / AIDS bedrohte bzw. betroffene DrogengebraucherInnen einsetzen.

**Die Inschrift der Silbermedaille:**

„Gehrt wird Humanität als tatkräftiges Mitgefühl mit Aidskranken und Positiven“ erinnert zugleich an Celia Bernecker-Welle, die sich kämpferisch für die Interessen von Drogengebrauchern einsetzte.

Celia, als HIV-infizierte Frau und Drogengebraucherin, erlaubte nie Zweifel an dem Menschenrecht, ohne Verfolgung und Benachteiligung zu leben – auch als Drogengebraucher. Celia, Mitarbeiterin

der Münchner Aidshilfe und JES-Sprecherrätin, starb 1993.

Der Preis wurde bisher im Rahmen der Bundespositivversammlung oder im Rahmen von JES-Jahrestreffen verliehen. Mit der Verleihung dieser Medaille, die aus massivem Silber besteht, soll die Selbsthilfe unter Betroffenen und die Unterstützung von Selbsthilfe gewürdigt werden.

Ermöglicht wird die Vergabe der Medaille durch Eigenmittel der Deutschen Aids-Hilfe.

Bisherige Preisträger waren u. a. Helmut Ahrens (Mitarbeiter der DAH), die Deutsche AIDS Stiftung, der Bundesverband der Eltern und Angehörigen, Werner Herrmann (ehem. JES-Koordinator) Angelika Droste Biergans (JES und AH-Duisburg).

Wenn euch jetzt eine Person oder eine Einrichtung in den Sinn kommt, der oder die es durch sein oder ihr besonderes Engagement verdient hätte, geehrt zu werden, dann lasst es uns wissen.

Wir sind sehr gespannt auf eure Vorschläge und werden als JES-Bundessprecher versuchen eine Entscheidung zu treffen die eure Akzeptanz findet.

Claudia Schieren für den JES-Sprecherrat



Der Besucherraum platze aus allen Nähten

25 Jahre BtMG – Lösung oder Verfe

Am 06.11. 2007 veranstaltete JES-Bielefeld, zusammen mit der örtlichen Drobs und der AIDS-Hilfe, im Bielefelder Rathaus einen Fachtag im Rahmen der Suchtwuche. Das Gesamtkonzept war in langer Vorarbeit gemeinsam erstellt worden und unser Thema lautete:

Wie 1981 beschlossen, wurde das BtMG 1982 in mehreren wichtigen Punkten verändert. Der § 35 „Therapie statt Strafe“ trat in Kraft, Kronzeugenregelung und eine Höchststrafe von fortan 15 Jahren wurden eingeführt. Allgemein zu beobachten ist dennoch weiterhin die gesellschaftli-

che Stigmatisierung, Kriminalisierung, Beschaffungskriminalität und -prostitution sowie soziale und gesundheitliche Verelendung von Drogengebrauchern.

Drei Referate sowie die anschließende Podiumsdiskussion beschäftigten sich bei unserem Fachtag mit diesen Inhalten und Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts.

Nach der formalen Begrüßung referierte der Jurist Helmuth Pollähne von der Uni Bremen über Geschichte, Zielsetzungen und Entwicklungen des BtMG.

Im Anschluss hielt Heino Stöver einen interessanten Vortrag über die sozial- und

gesundheitspolitischen Aspekte des Betäubungsmittelgesetzes.

Der letzte Referent, Uwe Verthein vom ZIS-Hamburg berichtete über das bundesdeutsche Heroinprojekt, welches vom ZIS koordiniert wird, und erlaubte so einen Blick auf aktuellste Entwicklungen und sich abzeichnende Perspektiven.

Für die anschließende lebhafteste Diskussion wurde das Podium erweitert um: Jürgen Heimchen vom BV der akzeptierenden Eltern, Dirk Schäffer von der DAH, Rolf Buschkamp von akzept NRW und Axel Hentschel von JES NRW.



DGS erhält Ginkgo-Blatt für Humanität und Akzeptanz

Dr. Behrendt (Vorsitzender der DGS) gemeinsam mit Jürgen Heimchen und Frau Behle vom Elternverband





Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion

Stigmatisierung des Drogenproblems?



Erwartungsgemäß zogen die Fachleute mehrheitlich ein eher deprimierendes Fazit. Schon vor langer Zeit habe man aktiv werden müssen, um das BtMG in dieser Form zu verhindern. Nun sei es vermutlich zu spät und man sitze evtl. in 25 Jahren wieder in Bielefeld, um dann „50 Jahre BtMG“ ...

Die Heroingabe, dies stellte Dr. Verthein vom ZIS in diesem Zusammenhang unmissverständlich klar, werde mittelfristig nur für einen sehr überschaubaren Personenkreis infrage kommen. Aber das ahnen wir ja schon länger.

Insgesamt handelte es sich um eine sehr

gut besuchte Veranstaltung (130 TeilnehmernInnen), die in ansprechender Umgebung unter Nutzung modernster Technik von allen Beteiligten professionell durchgeführt wurde. Die 3 Referenten, insbesondere aber die Zusammensetzung des Podiums, lassen ahnen in welchem Maße JES sich im Vorfeld bei den Planungen eingebracht hatte.

Die Resonanz auf diesen Fachtag war bislang überwiegend sehr positiv, sodass dies bestimmt nicht unser letztes gemeinsames größeres Projekt gewesen sein dürfte.

Mathias Häde

Im Jahr 2003 stiftete Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit erstmalig einen Preis für Humanität und Akzeptanz in der Drogenarbeit und Drogenhilfe. Mit diesem Preis ehren sie Personen oder Organisationen, die sich in besonderer Weise für Drogen gebrauchende Menschen einsetzen und mit ihrer Arbeit gegen Stigmatisierung und für Humanität und Akzeptanz eintreten.

In diesem Jahr erhielt die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) diesen Preis. Die Preisverleihung fand im Rahmen des Kongresses für Suchtmedizin vom 2.–4. November in Berlin statt.

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin wurde im Jahr 1991 als Deutsche Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin (DGDS) von substituierenden Ärztinnen und Ärzten gegründet, die wegen der Substitutionsbehandlung Heroinabhängiger

massiv von Psychiatern, Staatsanwälten und Politikern angegriffen worden sind.

Heidrun Behle sagte: „Seit Jahren schon setzen sich die Mitglieder der DGS für die Interessen unserer drogenabhängigen Kinder ein. Auf den Kongressen der DGS hatten wir immer das Gefühl, ernst genommen zu werden. Im gleichen Maße wie wir Ihren Einsatz für unsere drogenabhängigen Kinder und Angehörigen mit Hochachtung bedachten, brachten Sie die gleiche auch unserer Arbeit entgegen.“

Wir Eltern und Angehörigen danken der DGS nicht nur für ihren unermüdlichen Einsatz für die Substitutionsbehandlung, sondern ebenso für ihre Auseinandersetzung auf drogenpolitischer Ebene. Wir erfahren hierdurch eine wertvolle Unterstützung in unserer Verbandsarbeit.

Als Anerkennung und Dank verleihen wir ihr das Ginkgo-Blatt für Humanität und Akzeptanz.“

Correlation goes to Sofia

Ein Konferenzbericht mit Themen zum Europäischen User Treffen und weltweiten Gedenken für Drogengebraucher



INPUD Treffen in Sofia

Durch die Unterstützung des CORRELATION Netzwerks hatte ich die Möglichkeit vom 27. bis 29. September 2007 an der CORRELATION Konferenz in Sofia (Bulgarien) teilnehmen zu können.

Die Konferenz führte ca. 200 Wissenschaftler, politisch Verantwortliche, Praktiker aus der Aids- und Drogenarbeit und Drogengebraucher in mehr als 60 Workshops, Diskussionsrunden und Sattelitenveranstaltungen zusammen.

Nachfolgend werden einige Diskussionen und Ergebnisse zusammengefasst.

Im Mittelpunkt der Konferenz stand die Vorstellung von „best practice Modellen“ zur Gesundheitsförderung und zur Vermeidung von HIV und Hepatitis. Hierbei galt es die mannigfaltigen Bemühungen von osteuropäischen NGOs zur Implementierung von Harm Reduktion Programmen und Projekten kennen zu lernen zu unterstützen und Erfahrungen auszutauschen.

Deutlich wurde, dass die Kommunikation über Medien wie das Internet und SMS für Drogengebraucher an Bedeutung gewinnt.

So wurde aus Helsinki (Finnland) ein Projekt vorgestellt, dass die Tatsache nutzt,

dass fast alle Drogenkonsumenten über ein Handy verfügen.

Drogengebraucher erhalten in unregelmäßigen Anständen eine kostenlose SMS mit Informationen zu Standorten von mobilen Angeboten, Öffnungszeiten von Einrichtungen, Präventionsbotschaften usw. Dieses Projekt befindet sich noch im Aufbau, wird aber von vielen finnischen Drogengebrauchern der Region Helsinki bereits genutzt.

Zukünftig soll es für User möglich sein Infos zu bestimmten Themen (wie Safer Use, Behandlung, Hepatitis) abzurufen.

Eine Projektumsetzung in Deutschland wird derzeit diskutiert.

INPUD = International Network of people who use drugs

Im Rahmen der Konferenz fand auch ein Treffen des neu gegründeten Internationalen User Netzwerks INPUD statt.

Dieser internationale Zusammenschluss von Drogengebrauchern wurde vor 2 Jahren in Vancouver beschlossen.

Die Gründungserklärung liegt heute in 18 Sprachen vor. Durch die Unterstützung der Internationalen Harm Reduction Asso-

ciation (IHRA) wurde es möglich, dass einmal im Jahr ein Treffen von INPUD-Mitglieder quasi eine Mitgliederversammlung stattfinden kann.

Aus meiner Sicht ist dieses Netzwerks der mit Abstand erfolgversprechendste Versuch der Realisierung eines weltweiten Netzwerks von Drogengebrauchern.

Es ist einfach fantastisch zu sehen wie sich Drogengebraucher aus Asien, Ozeanien, Nordamerika und Europa für Menschenrechte, Zugang zu Behandlung und gegen die Todesstrafe für Drogenkonsumenten einsetzen.

Beim INPUD Treffen in Sofia standen zwei Themen im Mittelpunkt:

1. Internationaler Tag der Drogengebraucher am 1. November/21. Juli
2. IHRA Konferenz 2008 in Barcelona (Einbeziehung von Usern)

Internationaler Tag für Drogengebraucher

Entgegen der Tradition in Deutschland verstorbenen Drogengebrauchern am 21. Juli zu gedenken und für drogenpolitische Veränderungen einzutreten, wird dieser Tag in vielen Ländern am 1. November begangen.

Auch wenn JES-Mitglieder in den 90er Jahren an Veranstaltungen zum 1. Nov in den Niederlanden teilgenommen haben, konnte dieses Datum in Deutschland nie Fuß fassen.

So zeigt sich International ein eher uneinheitliches Bild. Während in Deutschland, Dänemark, der Schweiz und in Australien Veranstaltungen zum 21. Juli stattfinden, organisieren Drogengebraucher in den Neiderlanden, Belgien, Mazedonien und Kanada Aktionen am 1. November.

Es bestand Einvernehmen, dass mit weltweiten Veranstaltungen an einem Datum mehr Aufmerksamkeit erzeugt sowie Gemeinsamkeit und Stärke signalisiert werden könnte. Da es aber unwahrscheinlich

Harm Reduktion Konferenz 2008 in Barcelona

Aufgrund der Tatsache, dass die Veranstalter dieser Konferenz die Entstehung des INPUD Netzwerks über 3 Jahre mit Finanzmitteln für eine Personalstelle sowie mit umfangreichen Sachkosten fördert, besteht für 2008 keine Möglichkeit, dass Drogengebraucher über ein Scholorship kostenlosen Zugang zur Konferenz erhalten.

Hier müssen alternative Lösungen in den jeweiligen Ländern gefunden werden.

Trotz dieser wenig erfreulichen Aussichten wurden einige Workshopthemen diskutiert und dem Programmkomitee vorgestellt.

Userorganisationen sollen ferner Abstracts einreichen und so die Möglichkeit erhalten bei der Konferenz zu sprechen und ihre Arbeit vorzustellen.

Ein Internationales Magazin von und für Drogengebraucher

Im Zuge dieser Diskussion entstand die Idee ein Internationales User Magazin für die Konferenz zu erstellen und gleichsam einen Workshop zum Thema „User Magazine“ einzureichen.

Dort soll über den Wert von Usermagazinen diskutiert werden, Entstehungsprozesse und Finanzierungsformen sowie unterschiedliche inhaltliche Anliegen und Schwerpunkte vorgestellt werden. Hauptakteure dieses Workshops sind JES (DROGENKURIER), ASUD (ASUD-JOURNAL) aus Frankreich und BLACK POPPY aus England.

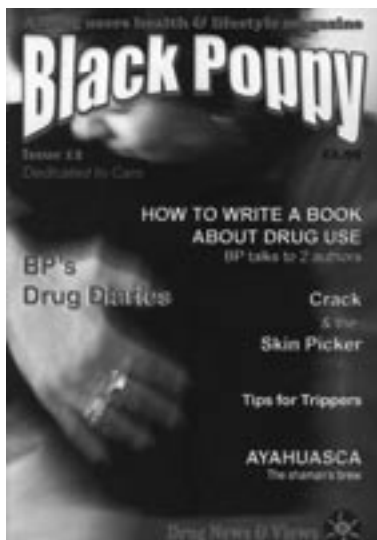
Darüber hinaus wird derzeit diskutiert ob ein internationales Magazin anlässlich der weltweit größten Konferenz zum Thema Drogen (2008 Barcelona) realisiert werden kann. Wir werden Sie und euch über den Fortgang dieser Projekte informieren.

Das bundesweite JES-Netzwerk wird im Jahr 2008 versuchen, sich vermehrt in internationale Belange einzubringen und sein Engagement im weltweiten Netzwerk für DrogengebraucherInnen INPUD zu steigern.

Dirk Schäffer



*Druguser Day in Antwerpen | Plakat zum 1. Nov in Australien
Black Poppy aus England | Asud Journal aus Frankreich*



erscheint, das Länder den 21. Juli oder den 1. November aufgeben, da diese Daten in ihren jeweiligen Ländern eine lange Tradition haben, wird vorgeschlagen weiterhin beide Daten beizubehalten.

In der nachfolgenden Diskussion wurde deutlich, dass die Anzahl von Veranstaltungen in Deutschland weltweit einzigartig ist. An Deutschland wird daher der Wunsch herangetragen ggf auch Veranstaltungen am 1. November zu organisieren damit mittelfristig dieses Datum in Deutschland an Bedeutung gewinnt.



Keine Panik

Die Broschüre „Keine Panik! Du kannst dich schützen! Infos zu HIV und Hepatitis C für Menschen in Haft“ greift häufig gestellte Fragen auf und beantwortet diese. Die Vorurteile und Ängste im Umgang mit HIV und HCV positiven Gefangenen sind trotz vieler Bemühungen seitens der Aidshilfen nach wie vor groß. Daher werden in der Broschüre hafttypische Situationen aufgegriffen und „unter die Lupe“ genommen. Neben der Darstellung situationsbedingter Risiken und risikoärmeren Verhaltensweisen werden auch Verhaltenstipps bei Verletzungen (durch Nadelstich oder Maschinen) aufgezeigt. Zudem werden Situationen, die keine Risiken in sich bergen, aber äußerst vorurteilsbelastet sind (z. B. Toilettenbenutzung) thematisiert. Mit der Broschüre sollen insbesondere die Gefangenen erreicht werden, die bisher noch keinen bzw. kaum Kontakt zu Aidshilfen aufgebaut haben.

Die Broschüre kann beim DAH-Verband kostenlos bestellt werden. Titel: Keine Panik! Du kannst dich schützen! Infos zu HIV und Hepatitis C für Menschen in Haft DAH-Bestellnr.: 022135

Alles rund um die Substitution

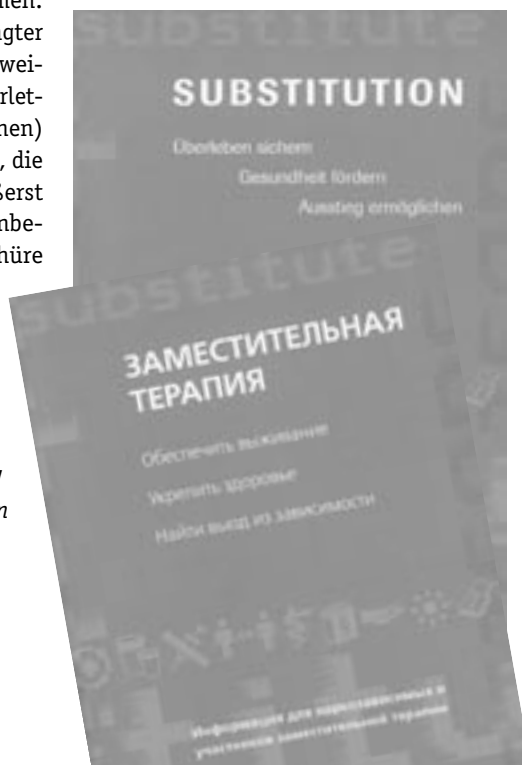
Mit Unterstützung der Forma Sanofi-Aventis gelang es uns eine Lücke in unseren Informationsmaterialien für Drogengebraucher zu schließen.

Die Broschüre „Substitution überleben sichern – Gesundheit fördern – Ausstieg ermöglichen“ wendet sich an Drogengebraucher die bereits substituiert werden sowie an DrogengebraucherInnen die sich für eine Substitutionsbehandlung interessieren und einen Einblick in die Behandlungsform erlangen wollen.

Die Anzahl russischsprachiger Heroinkonsumenten steigt seit Jahren kontinuierlich. Mit der russischen Übersetzung der Broschüre haben wir einen aus der vor Ort Arbeit geschilderten Bedarf aufgegriffen und ein Medium speziell für diese Zielgruppe geschaffen.

Die Abforderungszahlen der ersten Monate zeigen, dass beide Broschüren gut angenommen werden.

Wie immer kann die Broschüre kostenfrei bei der DAH per Mail versand@dah.aidshilfe.de und über das Internet http://aidshilfe.de/broschueren_www.php?id=1327&sessionLanguage=de&sessionCountry=DE bestellt werden.



JES Potenziale

Die Effekte der Arbeit des bundesweiten JES-Netzwerks werden von Teilen der Fachöffentlichkeit unterschätzt oder ignoriert.

Der Flyer JES POTENZIALE wendet sich daher insbesondere an politisch Verantwortliche in den Kommunen, der Landes- und Bundesebene, an Krankenkassen und Wohlfahrtsverbände. In diesem Flyer werden die vielfältigen Potentiale der JES-Arbeit als Extrakt der vom BMG in Auftrag gegebenen Studie zur ambulanten Drogen-selbsthilfe in Deutschland, zusammengefasst.

Der Flyer kann direkt angefordert werden bei Dirk.Schaeffer@dah.aidshilfe.de

Der Fall Niedersachsen: Suchtmediziner unter Generalverdacht

Hetzjagd auf substituierende Ärzte auch im Schwarzwald

Wir wollen in dieser Ausgabe des Drogenkurier die derzeitigen Rahmenbedingungen der Substitution unter die Lupe nehmen und versuchen Antworten auf die Frage finden, warum sich so wenig Ärzte, die über die Formalqualifikation verfügen, letztendlich auch zur Behandlung Opiatabhängiger entschließen?

Derzeit werden in Deutschland 70.000 Opiatkonsumenten substituiert. Dies sind 50 % mehr als vor 5 Jahren.

Diesem erfreulichen Trend steht eine in etwa gleich bleibende Anzahl (2700) substituierender Ärzte entgegen.

16,1 % (437) dieser Ärzte behandeln auf der Basis einer so genannten Konsiliarregelung. Das heißt, sie verfügen nicht über die Fachkunde Suchtmedizin, müssen mit einem erfahrenen Suchtmediziner zusammenarbeiten und dürfen maximal 3 Patienten behandeln.

Sicherlich fallen einem viele Gründe ein, warum Mediziner und Medizinerinnen die die Fachkunde Suchtmedizin erworben haben auf die Behandlung Opiatabhängiger verzichten.

- Es besteht die Angst andere Patienten (ggf. Privatpatienten) zu verlieren.
- Die Behandlung Opiatabhängiger dauert in der Regel viele Monate oder Jahre
- Neben der medikamentösen Behandlung erfordert die Substitution die Zusammenarbeit mit der Drogenberatung, der PSB etc.
- Die Dokumentation und Verwaltung der Substitutionsbehandlung ist extrem aufwändig und bürokratisch
- Die Vergütung der Substitutionsbehandlung ist nicht angemessen

Der meistgenannte Grund warum substituierende Ärzte die Behandlung Opiatabhängiger einstellen oder trotz Fachkunde keine Opiatkonsumenten behandeln findet sich sicherlich in den wirklichkeitsfremden Regelungen der BTMVV (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung). Diese Vorschriften dazu führen, dass Mediziner, die die individuell bestmögliche Behandlung ihrer Patienten gewährleisten wollen Handlungen begehen die strafrechtlich relevant sein können.

Gegenwärtig werden substituierende Ärzte nach § 30 Abs. 1 Satz 3 BtMG (Abgabe von Betäubungsmittel und dadurch leichtfertig den Tod verursachen) angeklagt. Ein Paragraf der eigentlich für Dealer vorgesehen war und nun in der ärztlichen Behandlung eingesetzt wird.

Das Beispiel Niedersachsen

Ein „Paradebeispiel“ eines Unverhältnismäßigen Vorgehens findet derzeit in Niedersachsen statt.

Die Verurteilung zweier substituierender Ärzte in Niedersachsen wegen Handels mit Betäubungsmitteln und Abrechnungsbetrugs, wurde zum Anlass genommen allen 263 substituierenden Ärzten in Niedersach-

sen Befragungsbögen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zu senden.

Alle Ärzte wurden aufgefordert, Behandlungsblätter, Labordokumentationen und Durchschriften der BtM-Rezepte des 4. Quartals 2005 von jeweils 10 ausgewählten Patienten einzureichen.

Der Generalverdacht

Mit dieser Aktion gerieten alle substituierenden Ärzte in Niedersachsen unter den Generalverdacht, gegen das BtMG und besonders gegen die BtMVV verstoßen zu haben.

Diese Aktion ging einher mit der telefonischen Befragung von substituierten Patienten.

Substituierte wurden dahingehend befragt ob der Arzt in der Praxis anwesend war als das Substitut eingenommen wurde. Ferner wurde gefragt, ob eine Mitgabe aus der Praxis erfolgt ist.

Allein dieser Vorgang ist einzigartig und zeigt die Sonderstellung der Substitution auch nach mehr als 20 Jahren.

Wer die Alltagspraxis der Substitution kennt weiß, dass es immer mal einen Grund gibt das Substitut für den Folgetag auszuhandigen (Behördengänge während vielfach sehr eingeschränkten Vergabezeiten, Berufstätigkeit, kurzfristige unerwartete familiäre Ereignisse usw.). Doch diese Vergabe aus der Praxis heraus ist laut BMTVV verboten und strafrechtlich relevant.

Dieses Vorgehen hatte zur Folge, dass nach über einem Jahr der Ermittlungen in Neidersachsen viele Ärzte über die KV an die Staatsanwaltschaft gemeldet wurden.

Nach Einschätzung einiger Experten hat dieses Vorgehen zum Ergebnis, dass Mediziner von der Substitutionsbehandlung abstand nehmen. Dies kann in einem Flächenland wie Niedersachsen ein wirkliches Versorgungsproblem zur Folge haben.



Anzahl der gemeldeten substituierenden Ärzte

Bundesland	2003	2004	2005	2006
Baden-Württ.	426	418	420	425
Bayern	295	304	317	329
Berlin	164	158	161	158
Brandenburg	13	9	11	8
Bremen	66	79	67	68
Hamburg	115	115	110	113
Hessen	223	213	218	226
Meckl.-Vorpom.	13	13	16	16
Niedersachsen	257	262	271	280
NRW	743	757	770	770
Rheinland-Pfalz	79	77	78	85
Saarland	16	24	24	25
Sachsen	13	17	18	18
Sachsen-Anhalt	26	26	28	29
Schleswig-Hol.	134	136	133	134
Thüringen	12	17	22	22
Gesamt	2605	2616	2664	2706

Verteilung substituierenden Ärzte die max. 3 Patienten behandeln dürfen (Konsiliarregelung)

Bundesland	Anzahl der Ärzte
Baden Württ.	96
Bayern	89
Berlin	17
Brandenburg	1
Bremen	2
Hamburg	5
Hessen	41
Meckl.-Vorpom.	3
Niedersachsen	33
NRW	108
Rheinland-Pfalz	9
Saarland	2
Sachsen	4
Sachsen-Anhalt	6
Schleswig-Hol.	16
Thüringen	5
Gesamt	437

Quelle: Substitutionsregister

Wir fragen uns: Welcher Arzt entschließt sich unter diesen Rahmenbedingungen zur Substitution?

Die Berichterstattung in den Medien

Die Vermutung liegt nahe, dass die Vorgänge in Niedersachsen auch durch die Berichterstattung zum Thema Substitution in eigentlich seriösen Printmedien wie dem SPIEGEL sowie in überregionalen Tageszeitungen begünstigt wurden.

Schlagzeilen wie „BABYBOOM DURCH METHADON“, „DER FALL KEVIN“, „KICK AUF KRANKENSCHHEIN“ und KINDER DER SUCHT“ stellten substituierende Ärzte in einem schlechten Licht dar und trugen maßgeblich zur Hysterisierung bei.

Wie in anderen Fachrichtungen und anderen Berufsgruppen gibt es sicherlich auch bei Suchtmediziner „Schwarze Schafe“ die verantwortungslos und profitgierig Handeln. Diese Ärzte sind zu bestrafen. Dies darf allerdings nicht dazu führen, dass eine gesamte Fachrichtung diskreditiert wird.

Hetzjagd im Schwarzwald

Zu welchen Auswüchsen eine solche Berichterstattung beitragen kann, zeigt sich derzeit in der Gemeinde Alpirsbach im Landkreis Freudenstadt im beschaulichen Schwarzwald.

Dort rebelliert eine ganze Gemeinde gegen den niedergelassenen Allgemeinmediziner Dr. Frank Hamann, der in seiner Praxis Opiatkonsumenten substituiert.



„WIR HABEN HÖLLISCHE ANGST“

ALPIRSBACH ■ So voll war der Sitzungssaal wohl noch nie: Dicht gepfercht saßen und standen über 100 Zuhörer, darunter ganze Familien, um den Ratstisch, um dem Alpirsbacher Gemeinderat ihre Empörung über eine Methadon-Praxis zu zeigen. Seit dem Sommer behandelt Dr. Frank Hamann in Reutin-Gräben Opiat-Abhängige, meist Heroinsüchtige,

mit Methadon, einem Drogenersatzstoff.

SICHERHEIT DER BÜRGER

Reiner Wößner als Sprecher der Protestierenden aus Reutin und Peterzell argumentierte leidenschaftlich gegen die Methadon-Abgabe im Reutiner Ortsteil Gräben: Er könne wie viele andere Bürger aus Peterzell und Reutin nicht verstehen, wie solch eine Praxis im ländlichen Bereich angesiedelt werden dürfe. Sie müsse an einem zentralen Ort liegen, anonym, »wo die Sicherheit der Bürger gewährleistet ist«.

In der Umgebung einer solchen Praxis steige die Kriminalität, sie könne auch Ziel von Dealern werden. Die Kinder würden künftig zusammen mit Drogenabhängigen Bus fahren. »Wir haben höllische Angst, dass was passiert«, betonte Wößner. Auch Bürgermeister Roland Wentsch zeigte sich »entsetzt« und versicherte den Zuhörern: »Ich teile ihre Sorgen.«

Die Stadt könne den Betrieb der Praxis allerdings nicht untersagen, dies müsse das Landratsamt tun. Mit dieser Bitte wende sich die Stadt an das Landratsamt. Die baurechtliche Genehmigung zur Umnutzung des Gebäudes, in der die Praxis untergebracht ist, liegt laut Wentsch nicht vor. Wenn ein Bauantrag komme, werde er sein Einvernehmen nicht erteilen.

LANDRATSAMT MUSS ENTSCHEIDEN

Die Stadt, versprach der Bürgermeister, werde sich auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beschweren. Dort betrachtet man die Sache jedoch ganz anders: »Es ist sicher nicht »ehrenrühriger«, in Alpirsbach Methadon zu verschreiben, als in Stuttgart«, meint die Suchtbeauftragte der KV Baden-Württemberg, Dr. Gisela Dahl.

Sie sieht keinen Anlass für Bedenken gegen die Praxis in Reutin. Das Sozialministerium dränge sogar darauf, sagte die Allgemeinmedizinerin gestern im Gespräch mit dem Schwarzwälder Boten, dass mehr Ärzte als bisher »substituieren«, Drogenabhängige also mit Ersatzstoffen behandeln. In und um Freudenstadt herum gibt es außer Frank Hamann

keinen Arzt mehr, der Opiatabhängige unterstützend mit Methadon behandelt.

AUF DEM LAND ZUR NORMALITÄT ZURÜCK

Gisela Dahl kümmert sich unter anderem um Drogenabhängige, die von ihrer Sucht nicht weggekommen sind. Für manche Betroffenen sei es einfacher, gibt die Ärztin zu bedenken, in einer überschaubaren, ländlichen Umgebung zur Normalität zurückzukehren.

Zudem seien Suchtprobleme durchaus nicht auf große Städte beschränkt: »Sie glauben gar nicht, wie viele Kinder aus dem Schwarzwald wir hier in Stuttgart auf der Straße haben.« Frank Hamann, der 15 Jahre lang in der Fachklinik Wittichen gearbeitet hat und nun seit einem Jahr Rentner ist, hält die Einwände und Ängste der Protestierenden ebenfalls für unbegründet.

KEIN GRUND ZUR SORGE

Für die Bevölkerung, sagte er gestern auf Anfrage, gingen von seinen Patienten, die fast alle im Berufsleben stünden, keine Gefahren aus. Zudem würden überzogene Zahlen genannt – er behandle höchstens 50 Personen. Wie in Gräben Stimmung gegen ihn gemacht wird, möchte er nicht länger tatenlos hinnehmen. Hamann geht selbst in die Offensive: Er hat mit Landrat Peter Dombrowsky einen Gesprächstermin vereinbart.

*Claus Wiegert
Schwarzwälder-Bote 18.10.2007*

Wir möchten Herrn Dr. Hamann Mut machen, der sich gegen die Diskriminierung und Ausgrenzung seiner Patienten wendet.

In welcher Welt leben wir eigentlich, wenn Patienten aufgrund ihrer Behandlung angepöbelt und beobachtet werden? Diese Ereignisse sollten insbesondere jene Redakteure die für die Berichterstattung im SPIEGEL verantwortlich sind, nachdenklich stimmen. Wir meinen es ist an der Zeit beim nächsten Bericht zum Thema „SUBSTITUTION“ Seriosität gegenüber Populismus den Vorrang gegeben wird.

JES-Netzwerk

OP(IA)TIONEN DER SUCHTHILFE

Substitution und
Originalstoffvergabe in der
Bundesrepublik

Ein Film von
Florian Schäffler

„Op(ia)tionen der Suchthilfe“ Substitution und Originalstoffvergabe in der BRD

Der Film gibt einen kurzen Überblick über die Geschichte der Substitution.

Empfehlenswert ist er besonders für Interessierte, die sich einen ersten Eindruck von dieser Thematik verschaffen wollen.

Es handelt sich bei diesem Kurzfilm um kein wissenschaftliches Werk, sondern um eine kleine, sehr schön in Bild und Ton aufbereitete Einführung, gemacht von einem ehemaligen Junkie und jetzigem Sozialarbeitsstudenten.

Zu bestellen ist der Kurzfilm „Op(ia)tionen der Suchthilfe“ gegen einen Unkostenbeitrag von 4,50 Euro (DVD, Druck, Verpackung, Versand) per Postkarte bei:

**Florian Schäffler, Hunoldsberg 6,
86150 Augsburg oder per e-mail:
florian_schaeffler@yahoo.de**



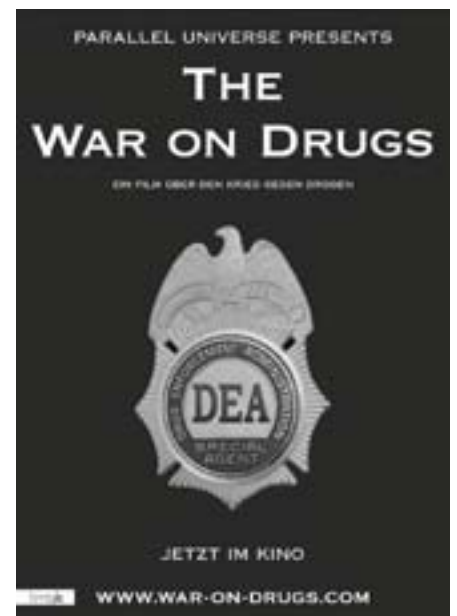
The War on Drugs

The War on Drugs ist ein Dokumentarfilm, der sich mit dem ‚Krieg gegen Drogen‘ beschäftigt. Der Film zeigt anhand der Situation in Kolumbien und den USA, wie dieser Krieg geführt wird

Mehr als drei Jahrzehnte sind vergangen seit Richard Nixon den ‚Krieg gegen Drogen‘ ausgerufen hat. Dennoch macht der Drogenhandel mittlerweile 7% des Welt Handels aus. The War on Drugs zeigt anhand der Situation in Kolumbien und den USA, wie der Krieg gegen Drogen geführt wird. An vorderster Front steht die US-Polizeieinheit DEA. Mit Büros in 62 Ländern koordiniert die DEA die weltweiten Aktivitäten des Krieges.

The War on Drugs ist eine sozialkritische Analyse eines Krieges, welcher vor beinahe 40 Jahren begonnen wurde und dessen Ende nicht abzusehen ist.

Kinostart: Oktober 2007



W₂ I₁ S₁ S₁ E₁ N₁ S₁

W₂ E₁ R₁ T₂ E₁ S₁



insbesondere Jazzmusiker, Mexikaner und Indianer richtete.

Ein regelrechter Marihuanarassismus, der bis heute anhält, verbreitete sich in den USA. Anslinger berichtete im Kongreß, dass die »meisten Marihuanaraucher Neger, Mexikaner und Unterhaltungskünstler« seien. Er bezeichnete »ihre Musik, Blues, Jazz und Swing, als Folgeerscheinung des Marihuanagenusses« und behauptete, dass »diese satanische Musik und der Genuss von Marihuana weiße Frauen dazu bringe, sexuelle Beziehungen zu Negern zu wollen«

Bis Mitte der sechziger Jahre blieb Europa weitgehend von der in Amerika wütenden Drogenrepression verschont, obwohl auch die meisten europäischen Staaten in den zwanziger Jahren Betäubungsmittelgesetz in Kraft gesetzt hatten. Als jedoch »Flower-Power« zum Leitmotiv einer weltumspannenden Jugendkultur wurde und überall immer mehr Hippies sich im Freien zu Musikfestivals trafen, dort Haschisch rauchten, sich Zauberpilze, Meskalin und LSD einverleibten, sahen konservative Politiker die traditionellen Werte der Gesellschaft gefährdet und riefen zum gnadenlosen Kampf gegen diese neue Jugendkultur auf.

Selbst absolut harmlose Haschischraucher wurden häufig als kriminelle Rauschgiftsüchtige diskreditiert.

Die Entwicklung der Drogenrepression in Deutschland

Das Betäubungsmittelgesetz war seit Ende der sechziger Jahre für die Behörden ein Instrumentarium zur Zerschlagung politisch und/oder kulturell unliebsamer Szenen, wobei die Art der dort konsumierten illegalisierten Drogen und der Grad der dort aufgetauchten so genannten kriminellen Energie bei der Wahl der getroffenen Maßnahmen nur von nachrangiger Bedeutung war. Bis 1966 lag die Zahl der jährlich erfassten Tatverdächtigen wegen Verstoßes gegen das BtmG in Deutschland deutlich unter 1.000.

Sieben Jahre später, 1971 wurden bereits über 20.000 Tatverdächtige registriert. Der Staat reagierte auf die kulturellen und politischen Ereignisse Ende der sechziger und anfangs der siebziger Jahre mit einer jährlichen Verdoppelung der Drogenrepression, die dann auch Grundlage für die Einführung des neuen Betäubungsmittelgesetzes an Weihnachten 1971 war.

Nach Einführung des neuen Gesetzes verdoppelte sich die Zahl der Tatverdächtigen innerhalb von acht Jahren, 1979 wurden knapp 50.000 Tatverdächtige registriert. Die nächste Verdoppelung dauerte 11 Jahre, denn 1990 wurden erstmalig über 100.000 Delikte registriert. Innerhalb von nur sieben Jahren war bereits wieder eine Verdoppelung erreicht, denn 1997 wurden erstmalig über 200.000 Delikte registriert. Der Schwerpunkt der Repression liegt in Deutschland nach wie vor eindeutig bei der Verfolgung der Cannabiskonsumenten. Junge Cannabiskonsumenten sind von der polizeilichen Fahndung besonders betroffen.

Prohibition und Repression sollte eigentlich die Verfügbarkeit und den Konsum von Drogen durch Verbot eindämmen. Rückblickend kann jedoch festgestellt werden, dass die illegalisierten Drogen trotz stetig steigender Repression nahezu flächendeckend erhältlich sind und von Millionen von Menschen konsumiert werden. Die Repressionspolitik führte jedoch zur gesellschaftlichen Ausgrenzung von Drogenkonsumenten mit der Folge einer sozialen Verelendung, zur Steigerung der Kriminalität und zur Spaltung der Gesellschaft. Repression ist somit keine vernünftige Interventionsstrategie.



wie Prohibition

Prohibition – Am Anfang war der Rassismus

Im Jahre 1901 beschloß der amerikanische Senat eine Resolution, wonach amerikanischen Händlern verboten wurde, Opium und Alkohol an »Eingeborenenstämmen« und unzivilisierte Rassen zu verkaufen. Diese Bestimmung wurde später auch auf »unzivilisierte Elemente in Amerika selbst und in den amerikanischen Territorien, wie Indianern, Alasker, Hawaiianer, Eisenbahnarbeiter und Immigranten in den Einwanderungshäfen« ausgedehnt und richtete sich vor allem gegen die immer größer werdende Minderheit der Chinesen, die sich vorzugsweise an der Westküste ansiedelte. Im Jahre 1909 wurde die Einfuhr von Rauchopium in die Vereinigten Staaten dann gänzlich verboten.

Im Jahre 1930 wurde in den USA das Bundesamt für Narkotika ins Leben gerufen. Viele seiner Mitarbeiter einschließlich des obersten Chefs, Harry Jacob Anslinger, waren ehemalige Agenten der Alkoholprohibition. Von hier aus begann die gnadenlose gesellschaftliche Diskriminierung aller Marihuanaraucher in den USA, wobei die Hetzkampagnen sich vor allem gegen Schwarze,



wie ?



wie Rohypnol®

Rohypnol®, gehört chemisch gesehen zu den Benzodiazepinen und ist mit Diazepam (Handelsname Valium®) verwandt. Es

wird vorwiegend als Schlafmittel verschrieben und vor chirurgischen oder diagnostischen Eingriffen und gelegentlich auch noch anschließend kurzfristig zur Beruhigung des Patienten angewendet. Das Präparat kam 1975 auf den europäischen Markt, die Vorläufer sind aber schon älter. Der beruhigende Effekt ist ungefähr 7- bis 10-mal stärker als die von Diazepam. Da der Wirkstoff nach oraler Einnahme sehr schnell und nahezu vollständig vom Körper aufgenommen wird, tritt die Wirkung etwa 15 bis 20 Minuten nach der Anwendung ein und hält zwischen 4 bis 7 Stunden an.

In Kombination mit Opioiden kann es zu einer Amnesie (Gedächtnislücke) kommen. Viele Opiatkonsumenten berichten über Gedächtnislücken nach dem Konsum von Ro-



hypnol und beschreiben, dass sie sich z. B. an den Hergang von Straftaten (Diebstählen) nicht mehr erinnern können. 1999 änderte der Hersteller die Zusammensetzung, so dass die seitdem hergestellten Tabletten eine bläuliche Farbe aufweisen, klumpen und für den intravenösen Konsum unbrauchbar sein sollen.

Ende der 1990er Jahre wurde das Betäubungsmittelgesetz dahingehend geändert, dass zunächst die Menge pro Packung nicht mehr als 20 mg betragen durfte. Das hatte zur Folge, dass die bis dahin in 20er-Schachteln erhältlichen Tabletten zu 2 mg nur noch in 10er Schachteln angeboten wurden. Eine weitere Novellierung des BtMG im Jahre 1998 führte dazu, dass die Höchstmenge pro abgeteilter Form (also Tablette oder Ampulle) nicht mehr als 1 mg Flunitrazepam enthalten durfte. Nach dieser Novellierung gingen die Tabletten zu 2 mg aus dem Handel,

In einigen Ländern wie den USA ist Rohypnol nicht als Medikament zugelassen und gilt als illegale Droge.

HIV- und Hepatitis-Infektionen in Deutschland

Aktuelle epidemiologische Daten aus dem Halbjahresbericht I/2007 des Robert Koch-Instituts

(Stand 01.09.2007)

Ein wesentliches Ziel der epidemiologischen Überwachung (Surveillance) von Infektionskrankheiten ist das Erkennen von aktuellen Entwicklungen des Infektionsgeschehens.

Die Bestimmung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro Zeiteinheit (HIV-Inzidenz) ist methodisch schwierig und aufwändig. Die im Folgenden dargestellten Meldungen über HIV-Neudiagnosen dürfen weder mit der HIV-Inzidenz noch mit der HIV-Prävalenz (Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehenden HIV-Infektionen) gleichgesetzt werden. Die Meldungen über HIV-Neudiagnosen erlauben auch keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt, da HIV-Infektion und -Test zeitlich weit auseinander liegen können.



Entwicklung der HIV-Melddaten

In den letzten Jahren war die Zahl der in Deutschland neu diagnostizierten HIV-Infektionen deutlich angestiegen (Anstieg um 80 % von 2001 bis 2006).

Nach Einschätzung des RKI beruht etwa die Hälfte dieses Anstiegs auf einer verbesserten Erkennung von Erstdiagnosen. Die zweite Hälfte des Anstiegs beruhte wahrscheinlich in erster Linie auf einem tatsächlichen Anstieg von HIV-Neuinfektionen, zu einem kleineren Teil könnte aber auch eine erhöhte Testbereitschaft und dadurch frühere Diagnose bereits erfolgter Infektionen dazu beigetragen haben (siehe ausführlichen Bericht in Epid. Bull. A/2007).

Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der HIV-Neudiagnosen der letzten Halbjahre so lässt sich auf Grund der schwankenden Halbjahreszahlen z. Zt. nicht eindeutig bestimmen, ob die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen weiter ansteigt oder die Zahlen sich konsolidieren.

Bis zum 01.09.2007 wurden dem RKI für das erste Halbjahr 2007 insgesamt 1.334 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet. Gegenüber dem ersten Halbjahr 2006 (n=1.224) ist dies eine Zunahme um 9 %, gegenüber dem zweiten Halbjahr 2006 (n=1.414) jedoch ein Rückgang um 6 % bei der Zahl der HIV-Neudiagnosen.

Betrachtet man die Entwicklung der HIV-Neudiagnosen in den verschiedenen Betroffenenengruppen, so steigt die absolute Zahl

der HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) im ersten Halbjahr 2007 gegen über dem Vorhalbjahr (2. Halbjahr 2006) weiter um 5% an, während in allen anderen Gruppen die Zahlen gleich bleiben oder zurückgehen. In Reaktion auf den anhaltenden Anstieg der Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM wird die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) ab März 2008 zusätzlich mit einem innovativen, umfassenden Präventionsprogramm gezielt Männer ansprechen, die mit Männern Sex haben. Dabei werden auch neuartige Formen der Ansprache eingesetzt, um die Präventionsbotschaften zielgruppengerecht, attraktiv und wirksam zu kommunizieren.

Regionale Entwicklungen

In den meisten Bundesländern bleiben die Zahlen neu diagnostizierter HIV-Infek-

tionen gegenüber den Vorhalbjahren auf demselben Niveau. Nur in einigen Bundesländern mit insgesamt niedrigen Fallzahlen gibt es stärkere Schwankungen: in Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden in den letzten zwei Halbjahren vermehrt HIV-Erstdiagnosen bei i.v. Drogenkonsumenten und Personen registriert, die ein heterosexuelles Infektionsrisiko angaben. In Thüringen und im Saarland wurden mit 14 bzw. 15 HIV-Neudiagnosen im ersten Halbjahr 2007 schon fast so viele Fälle gemeldet wie im gesamten Jahr 2006 (n=16 bzw. n=17).

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen bei Gebrauchern intravenös konsumierter Drogen ist nach einer Spitze von 90 Meldungen im zweiten Halbjahr 2006 mit 72 Fällen wieder auf das vorherige Niveau zurückgegangen. Die Hälfte aller Meldungen mit Angabe eines Infektionsrisikos über intravenösen

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten am Beispiel Hepatitis A, B und C 2006

Bundesland	Hepatitis A		Hepatitis B*		Hepatitis C*	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Baden Württemberg	130	108	117	126	1313	1153
Bayern	149	189	134	157	1556	1854
Berlin	121	96	70	80	898	994
Brandenburg	23	28	23	16	97	102
Bremen	15	15	3	9	25	33
Hamburg	55	39	46	30	78	51
Hessen	147	114	94	94	454	496
Meck.Pom	16	10	17	20	83	89
Niedersachsen	93	127	89	120	596	686
NRW	303	294	306	287	989	1344
Rheinland Pfalz	62	76	92	104	443	555
Saarland	13	8	15	19	39	61
Sachsen	28	28	50	43	283	295
Sachsen Anhalt	18	25	41	70	218	224
Schleswig Holstein	35	39	34	26	273	249
Thüringen	18	21	48	35	163	184
Deutschland	1.226	1217	1179	1236	7509	8363

Quelle: RKI Epidemiologisches Bulletin 5. April 2007 / Nr. 14

* Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden. Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt



Drogenkonsum kam aus dem Bundesland Nordrhein- Westfalen, jeweils 8-10% der Meldungen aus Baden- Württemberg, Bayern, Hessen und Niedersachsen.

Zeitliche Trends in den verschiedenen Betroffenenengruppen:

- **MSM:** keine Änderungen
- **Konsumenten intravenös verabreichter Drogen:** leichter Rückgang von Personen westeuropäischer Herkunft, Zunahme von Personen osteuropäischer Herkunft
- **Heterosexuelle:** Zunahme von Personen zentral- und osteuropäischer Herkunft, Rückgang bei westeuropäischer Herkunft. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass auf Grund der starken Stigmatisierung gleichgeschlechtlicher Sexualkontakte in Zentral- und Osteuropa ein Teil der auf diesem Weg erworbenen HIV-Infektionen unter der Kategorie heterosexuelle Kontakte subsummiert wird.
- **Personen aus Hochprävalenzregionen:** keine wesentlichen Veränderungen

Das vollständige Bulletin des RKI ist unter folgendem Link zu finden: http://www.rki.de/cln_049/nn_196014/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/Sonderausgaben/B_2007,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/B_2007.pdf



Substitutionstherapie und Hepatitis C-Behandlung

Therapiekompetenz
in einmaliger Kombination
für Patient und Therapeut



essex pharma

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@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

JES-Hamm

c/o Renate Schröder Misch-
kowski
Mindener Weg 3
59056 Hamm

Junkie-Bund Köln e. V.

Taunusstr. 12 b
51105 Köln
Tel.: 0221/62 20 81
Fax: 0221/62 20 82
E-mail: info@junkiebund.de
www.junkiebund.de
Marco Jesse (JES-Bundes-
sprecher)
Jochen Lenz (JES-Bundes-
sprecher)

JES-Minden

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

Bundesweite Internetseite

www.jes-netzwerk.de

Immer aktuell und lesenswert:

www.trio-media.de/jesjournal/

JES-Münster

c/o INDRÖ 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
E-mail: 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)

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: jesberlin@gmx.de
Claudia Schieren
(JES-Bundessprecherin)
E-mail: jesberlin@gmx.de

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@
jes-netzwerk.de
<http://www.jesbremen.de>

JES-Halle

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

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
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



Neues Plakat der DAH

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-Bundes-
sprecher)

JES-Lübeck

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

JES-Osnabrück e.V.

Neumarkt 14
49074 Osnabrück
Tel: 0541/289 13 oder 350 22 01
E-mail: jes_osev@yahoo.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.net

JES-Peine

c/o Drogenberatung Peine
Werderstr. 28
31226 Peine

JES-Rostock

c/o Anne Franke
Am Wendländer Schilde
18055 Rostock

JES-Schwerin

c/o Eric Rohde
Hegelstr. 14
19063 Schwerin

JES-Südschiene

JES-Augsburg

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

JES-Donauwörth

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

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.**

Bühninger 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 Wiedte-
mann (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, Südschienekoordination
E-mail: jes@muenchner-aids-
hilfe.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 Spang-
ler, 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)

**JES-Sprecherrat
Mailingliste**

jes-sprecherrat@yahoogroups.de

**Weitere wich-
tige Adressen**

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Tel.: 030/69 00 87-56
Fax: 030/69 00 87-42
E-mail: Dirk.Schaeffer@dah.
aidshilfe.de

**Bundesverband der Eltern und
Angehörigen für akzeptierende
Drogenarbeit**

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

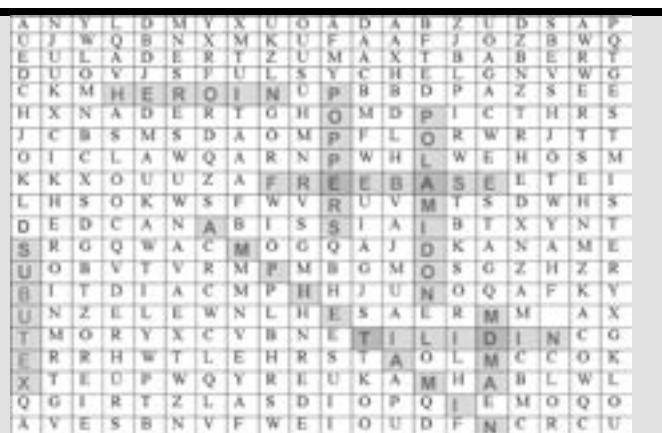
akzept e. V.

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

**Bitte teilt uns eventuelle
Adressänderungen mit!!!
(Stand der Adressen:
01.11.2007)**

**Lösung des Rätsels
von Seite 16:**

- 1. Heroin**
- 2. Subutex**
- 3. Poppers**
- 4. Freebase**
- 5. Amphetamin**
- 6. MDMA**
- 7. Tilidin**
- 8. Polamidon**





Junkies – Ehemalige – Substituierte
Bundesweites Drogenselbsthilfenetzwerk

c/o Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: jes-sprecherrat@yahooroups.de

www.jes-netzwerk.de

*Das bundesweite JES-Netzwerk wünscht allen Leserinnen
und Lesern ein tolles Weihnachtsfest!*

