

DROGENKURIER

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

MÄRZ 2024
NR. 137

123 SYNTHETISCHE OPIOIDE

Wieso, weshalb,
warum?



WER NICHT TESTET, BLEIBT...



WAS WIR ÜBER
FENTANYL IN
DEUTSCHLAND
WISSEN (SOLLTEN)



JUNKIES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

IMPRESSUM

Nr. 137, März 2024

Herausgeber des DROGENKURIER:

JES*-Bundesverband e.V.

Wilhelmstraße 138

10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: vorstand@jes-bundesverband.de

www.jes-bundesverband.de

DAH-Bestellnummer: 102137

ISSN: 2512-4609

Auflage: 4.500 Exemplare

Redaktion: JES-Bundesvorstand,

Dirk Schäffer

Mitarbeit: I. Michels, M. Kuban,

B. Kessler, Thorsten Raschke



Titelzeichnung: Maria Kuban

Layout, Satz: Carmen Janiesch

Druck: onlineprinters.de

Der DROGENKURIER wird
unterstützt durch:

(Nennung in alphabetischer Reihenfolge)

Camurus, Deutsche Aidshilfe e.V.,

GL Pharma, Hexal, INDIVIOR

* Junkies, Ehemalige, Substituierte

Die Nennung von Produktnamen bedeutet keine
Werbung

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

Herzlich Willkommen in 2024. Wir freuen uns sehr euch die erste Ausgabe dieses Jahres vorstellen zu dürfen. Das Jahr ist gerade drei Monate alt und wir sehen uns mit verschiedenen Themen konfrontiert, die wir auch in dieser Ausgabe vorstellen und diskutieren wollen.

Synthetische Opioid – sollten (müssen) wir uns vorbereiten?

Im Topthema dieser Ausgabe setzen wir uns mit Fentanyl und anderen synthetischen Opioiden auseinander. Durch die Ergebnisse des Modellprojekts RaFT der DAH gab es viele Pressebeiträge mit unterschiedlicher Qualität. Daher haben wir uns entschieden, euch einmal über das Thema Fentanyl und die aktuellen Veränderungen in Afghanistan zu informieren und stellen euch zudem in Kurzform die Ergebnisse von RaFT vor und die Schlüsse, die man unserer Ansicht daraus ziehen sollte. Alles zum Thema findet ihr ab ► [Seite 3](#)

Die Substitution mit Diamorphin

Das Thema der Diamorphingestützten Behandlung in gleich in mehrfacher Hinsicht aktuell von großem Interesse. So stehen für dieses Jahr sehr grundsätzliche Veränderungen hinsichtlich der rechtlich-medizinischen Rahmenbedingungen an. Unser Ziel ist, dass möglichst alle Opioidkonsument*innen einen Zugang zur Substitution mit Diamorphin erhalten ohne zuvor andere Behandlungen durchgeführt zu haben. Hierzu findet ihr einen Beitrag auf ► [Seite 8](#)

Dieses Thema hat aber eine weitere, sehr unerfreuliche Komponente. In einigen Städten in NRW gibt es eine überaus kritische Haltung zur medizinischen Qualität und zum Geschäftsmodell der MEDIKUS-Gruppe. Das JES-Netzwerk hat sich über Praxisbesuche und Gespräche mit Patient*innen eine eigene Haltung verschafft, die wir in dieser Ausgabe auf ► [Seite 10](#) vorstellen.

Erfahrungsexpert*innen – Peer 2 Peer

Wir stellen auf ► [Seite 24](#) ein tolles Projekt zur Einbeziehung von Erfahrungsexpert*innen aus Berlin vor. Unser eigenes Projekt #HCVSTAYS SAFE zur Beratung, Testung und Behandlung von Hepatitis C auf der ► [Seite 22](#) zeigt, was der Einbezug von Peers in der Konzeption und Durchführung von Angeboten möglich macht.

Eine neue Finanzierungsform der Substitution?

Auch wir als Konsument*innen, Substituierte und Ehemalige sind am Finanzierungssystem der Substitutionsbehandlung interessiert, da hiermit massive Veränderungen der Behandlungspraxis verbunden wären. Unseren Beitrag hierzu findet ihr auf ► [Seite 18](#)

Darüber hinaus haben wir Neues aus der Medizin, Literaturtipps sowie viele News zu unterschiedlichen Themen für euch vorbereitet.

Wir wünschen euch viel Spaß mit der neuen Ausgabe des DROGENKURIER – dem Magazin des JES-Bundesverbands



FOTO: TIM-COOPER / UNSPLASH.COM

Opioidkrise in Deutschland?

Eine Einschätzung angesichts nationaler und internationaler Entwicklungen

Das Titelthema kommt sicherlich auch für unsere Leser*innen nicht aus dem Nichts. In den letzten Wochen, Monaten und Jahren häufen sich Zeitungsartikel, Radio- und Fernsehbeiträge zur Opioidkrise in den USA, in Kanada und zur Frage, ob uns in Deutschland und Europa Ähnliches droht. Es werden Menschen in gebückter Haltung und schlechter körperlicher und psychischer Verfassung gezeigt, die in Gruppen und großen offenen Drogenszenen teilweise das Stadtbild US-amerikanischer oder kanadischer Städte wie Philadelphia oder Vancouver prägen.

Es ist (leider) von Horror- oder „Zombie“-Droge, katastrophalen Zuständen und der sogenannten „Opioid“-Krise die Rede. Wir sind über diese Bilder nicht glücklich, da sie die Menschen einseitig und abwertend darstellen und mit Angst arbeiten. Aber ernst nehmen sollten wir das trotzdem – nur wie ernst?

Es häufen sich Hinweise – wie z. B. Funde von illegal hergestellten Fentanyl im Heroin – sowie Entwicklungen in Afghanistan die uns zur Wachsamkeit mahnen und uns aktiv werden lassen sollten.

**Eines vorweg:
Aktuell deutet sich
keine Situation wie
in Kanada an.**

Wir haben uns mit dem Bundesmodellprojekt RAFT zum Vorkommen von Fentanyl im Straßenheroin in 7 Städten im letzten Jahr gewidmet. Unsere Erkenntnisse daraus fassen wir auf den nächsten Seiten zusammen. Was es sonst noch für Gründe zur Besorgnis und Handelsaufträge gibt, könnt ihr hier nachlesen:



FOTOQUELLE: HTTPS://TRANSFORMDRUGS.ORG/BLOG/TALIBAN-OPIMUM-BAN

Opium-Anbau in Afghanistan

Reduzierter Opiumanbau in Afghanistan

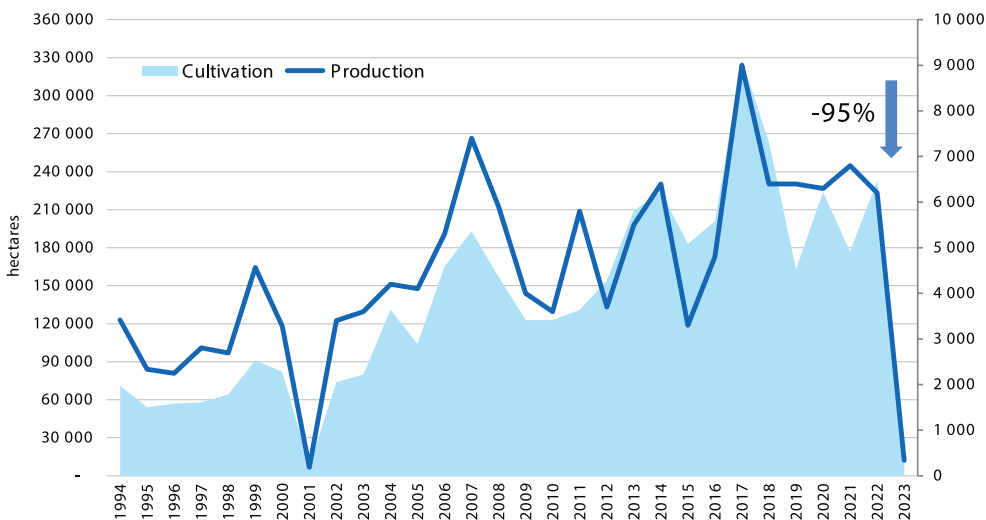
Schon 2022 haben mit ihrer Machtübernahme die Taliban angekündigt, den Opiumanbau in Afghanistan drastisch einzuschränken. Im letzten Jahr hat sich über vereinzelte Satellitenbilder bereits gezeigt, dass in einschlägigen Gebieten (v.a. in der Provinz Helmand) Opiumfelder bereits durch Weizenfelder ersetzt wurden. Wir haben das trotzdem eher vorsichtig als Anzeichen für eine tatsächliche Reduktion des Exports gesehen. In 2001 ist so etwas schon mal passiert und

hatte langfristig (außer in Estland) kaum Auswirkungen auf die Verfügbarkeit von Heroin in Europa.

Heute ist es allerdings so, dass 95 % des Heroins, das in Europa auf dem Schwarzmarkt verfügbar ist, aus Afghanistan kommt.

Anfang 2024 hat das Büro für Drogen und Kriminalität der Vereinten Nationen (UNODC) bekannt gegeben, dass im Jahr 2023 nur 5 % der Menge an Opium aus dem Vorjahr angebaut und als Heroin exportiert wurde.

Opium cultivation and production in Afghanistan, 1994-2023



Quelle: UNODC: Afghanistan Opium Survey 2023. Online unter: www.unodc.org

Und was hat das mit Fentanyl zu tun? Eine Verknappung von Heroin – egal aus welchen Gründen – wird nicht zu einer Verringerung der Nachfrage führen. An den Platz werden also andere Opioide rücken, denn Fentanyl, Nitazen und Co. sind zwar deutlich stärker und deshalb auch gefährlicher, wirken aber im Körper gleich und sind deshalb für Konsument*innen und Dealer*innen eine Alternative!

Fentanyl – das Wichtigste in Kürze

► Fentanyl ist ein synthetisches Opioid und immer um ein Vielfaches stärker als Heroin. Das Risiko für opioidbedingte Not- und Todesfälle steigt beim Konsum drastisch. Die tödliche Dosis Fentanyl bei opiatnaiven Menschen liegt bei 2mg, zum Vergleich liegt sie bei Heroin bei 200mg. Fentanyl (als Droge) ist daher kaum sicher dosierbar. Wenn Konsumierende nichts davon wissen, dass z.B. ihr Heroin Fentanyl enthält, sind sie oft in Lebensgefahr.

► In Kanada, USA und Estland ist oder war Fentanyl für zehntausende Drogentodesfälle (mit)verantwortlich, in Deutschland in den letzten 2 Jahren an knapp 200 Todesfällen beteiligt. Zudem gab es in den letzten Monaten besorgniserregende Berichte aus Irland und Großbritannien. Synthetische Opioide waren hier (mit)verantwortlich für tödliche und nicht-tödliche Überdosierungen.

- Fentanyl gibt es in zwei verschiedenen Formen:
1. Als Pharmazeutikum zur Schmerzbehandlung nach Operationen (z. B. als Pflaster)
 2. Als illegal hergestelltes Opioid, das gezielt konsumiert oder Heroin beigemischt wird (z. B. als Pulver oder Granulat)



Fentanyl-Labor in Estland

FOTOQUELLE: THE FENTANYL EPIDEMIC IN ESTONIA, S. 18



Straßenschild in Cork

FOTOQUELLE: HTTPS://WWW.BISHAMINER.COM/NEWS/MUNSTER/ARTID-41291914.HTML

Illegal hergestelltes Fentanyl – Wer hat daran Interesse?

Fentanyl ist hochpotent und bedeutend stärker als Heroin. Deshalb sind nur sehr kleine Mengen nötig um die gleiche Wirkung zu erzeugen. Somit müssen auch viel kleinere Mengen hergestellt und geschmuggelt werden. Statt 100kg ist nur 1kg nötig – und das lässt sich schon deutlich leichter über Landesgrenzen in Schiffen, Containern oder auf LKWs transportieren. Zur Herstellung selbst genügen wenige Chemikalien und kleine Labore. So entstanden in den frühen 2000er Jahren in Estland in kurzem Zeitraum viele Labore

Besorgniserregende Nachrichten und Funde in Deutschland und Europa in den letzten Monaten

Seit Mitte 2023, als das Projekt RaFT in vollem Gange war, verdichtet sich auch die Hinweise aus unserer mittel- und unmittelbaren Nachbarschaft auf ein erhöhtes Vorkommen von synthetischen Opioiden:

- ▶ In München wurde vom LKA eine Probe Heroin beschlagnahmt, in der das Elefantentäubungsmittel Carfentanyl gefunden wurde.
- ▶ In Hamburg wurde vom LKA Heroin beschlagnahmt, das mit Fentanyl versetzt war.

- ▶ Im DrugChecking-Projekt in Basel (Schweiz) wurde ebenso eine solche Probe gefunden.
- ▶ INTERPOL (Internationale Organisation der Kriminalpolizei) warnt gegenüber der „Welt am Sonntag“ vor einem erhöhten Fentanyl-Vorkommen in Europa
- ▶ In Dublin (Irland) wurde im Herbst 2023 in 54 Heroin-Proben Nitazen nachgewiesen. Nitazene sind starke synthetische Opioide, die niemals für die Humanmedizin zugelassen wurden.
- ▶ In Birmingham (UK) starben im gleichen Zeitraum 30 Menschen an einer Überdosierung, da Heroin mit Nitazen oder Xylazin vermischt war. Xyl-

azin ist ein Tranquilizer (kein Opioid, aber ein starkes Betäubungsmittel)

- ▶ In Cork (Irland) erlitten 17 Personen im Dezember 2023 eine Überdosierung (nicht tödlich) durch Nitazen. Hier gibt's jetzt sogar Straßenschilder, die darauf hinweisen.

Diese Ereignisse zeigen unserer Ansicht nach, dass es nicht bei Einzelfällen bleiben könnte und jetzt umgehend abgestimmte Maßnahmen erforderlich sind.

Was kann man jetzt machen?

Wir müssen aufmerksam bleiben und handeln! Das gilt vor allem für die Bundesregierung, die Länder und Kommunen.

Konkret gilt es nun:

- ▶ **niedrigschwellige Testangebote** (z. B. mit Schnelltests, wie bei RaFT) in Einrichtungen der Drogenhilfe zu implementieren
- ▶ ein **bundesweites Monitoring aufzusetzen** (um Erkenntnisse zum Vorkommen zu gewinnen und ein **Früh-Warn-System** für Konsument*innen einzurichten)
- ▶ einen **vereinfachten Zugang zu Naloxon und Substitution** einzurichten
- ▶ **Beratung und Information** von Einrichtungen und Konsument*innen zu verbessern und auszuweiten
- ▶ **Drug-Checking-Angebote** einzurichten.

RaFT – das Wichtigste in Kürze

- ▶ **WARUM?** In Deutschland wusste man bis vor einem Jahr wenig über das Vorkommen von illegalem Fentanyl und sowohl Einrichtungen der Drogenhilfe als auch Konsument*innen waren auf Fentanyl nicht vorbereitet. Mit dem Projekt sollte beides punktuell verbessert werden. Damit schließt sich Deutschland an das Ziel europäischer Expert*innen und Länder an, dass die Länder „vor der Welle sind“ und sich mit einem Maßnahmenpaket für ein erhöhtes Vorkommen von (v. a. illegal hergestellten Fentanyl) wappnen.
- ▶ **WAS und WIE?** Über den Zeitraum von 6 Monaten konnten Heroinkonsument*innen ihr mitgebrachtes Heroin im Drogenkonsumraum auf die Beimengung von illegal hergestelltem Fentanyl checken lassen. Dazu wurde ein Schnelltest genutzt, der nur sehr wenig Menge benötigt. Ein Verpackungsabstrich genügt – und das Ergebnis liegt in unter einer Minute vor. Nutzer*innen erhielten eine Beratung und konnten so ihr Risiko unmittelbar reduzieren, wenn das Ergebnis positiv war.
- ▶ **WO?** Es haben 17 Drogenkonsumräume in den folgenden Städten mitgemacht: Hamburg, Frankfurt, Berlin, Hannover, Münster, Düsseldorf und Wuppertal.



konsumräumen unabhängig von Alter, Geschlecht und Konsumfrequenz angenommen wird. Das heißt, bei diesen Kategorien stimmt die Verteilung im Projekt ungefähr mit den Daten, die uns aus Drogenkonsumräumen generell vorliegen, überein. Wir schließen daraus also, dass so ein Angebot prinzipiell erstmal alle anspricht.

- ▶ diejenigen, die intravenös konsumieren, das Angebot besonders häufig nutzen. Mehr als 2/3 haben das Heroin zum iv-Konsum mitgebracht. Das weicht von anderen Ergebnissen, die uns vorliegen ab. Nämlich das in Deutschland mittlerweile über 2/3 der Heroinkonsument*innen rauchen! Das deutet also auf ein erhöhtes Risikobewusstsein hin bei denjenigen, die besonders von Überdosierungen bedroht sind.
- ▶ ungefähr jede*r Fünfte eine harm reduction Maßnahme umgesetzt hat. Also zum Beispiel die Dosis in mehrere kleine Konsumeinheiten gesplittet hat, um sich so an die Wirkung heranzutasten. Der Anteil wirkt vielleicht niedrig, ist aber trotzdem nennenswert und ggf. auch auf das sehr abgesicherte Setting Drogenkonsumraum zurückzuführen.

RaFT – Eine Einschätzung nach Abschluss des Bundesmodellprojekts

Wir haben in der Ausgabe Nr. 133 vor einem Jahr das Bundesmodellprojekt RaFT im DROGENKURIER vorgestellt. Der Name steht für „Rapid Fentanyl Testing in Drogenkonsumräumen“.

Was hat das Bundesmodellprojekt gezeigt?

Da dieses Angebot rechtsicher nur in Drogenkonsumräumen implementiert werden konnte, erlauben die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf die Situation in Deutschland.

Das Projekt zeigt, dass das Interesse bei Mitarbeiter*innen und Konsument*innen hoch ist.

Insgesamt wurden 1.401 Tests in die Auswertung des Testergebnisses eingeschlossen. Davon waren 3,56 % (= 50 Tests) positiv – mit regionalen Schwerpunkten. Hamburg hatte die meisten positiver Proben.

Es hat sich außerdem gezeigt, dass:

- ▶ 70 % aller Konsument*innen, denen es angeboten wurde, einen Test durchgeführt haben
- ▶ das Schnelltest-Angebot von der Hauptnutzungsgruppe von Drogen-

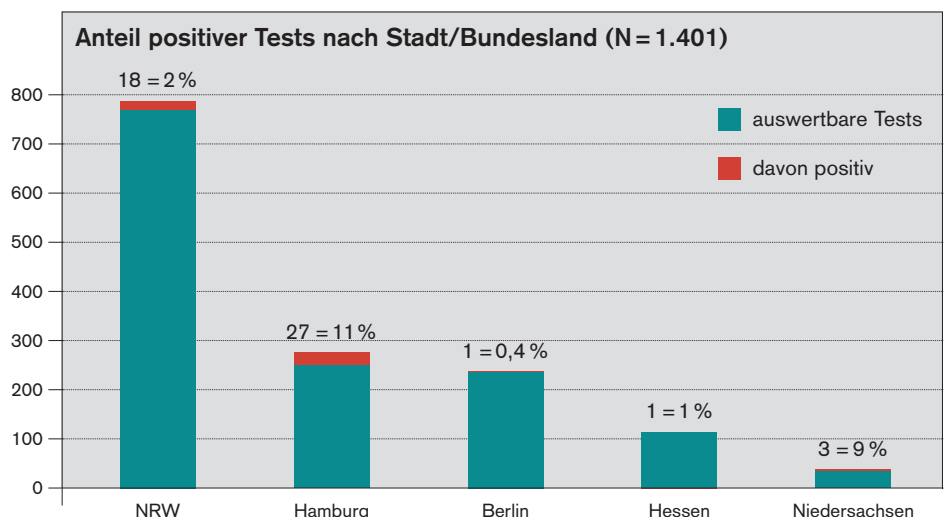




FOTO: DIRK SCHÄFFER

Projektteam (Deutsche Aidshilfe e. V. und Mitarbeiter*innen der teilnehmenden Konsumräume) beim Auftakttreffen am 3. Februar 2023 in Berlin

Was können wir aus diesen Daten lernen?

Die Datengrundlage von RaFT kann als erster Anhaltspunkt dienen, in welchem Umfang Fentanyl in Drogenszenen in Deutschland konsumiert wird, ohne dass dies Konsumierenden bewusst ist. Es wurden außerdem Informationen über die Herkunft und Wege des Erwerbs des als Heroin gekauften Stoffes generiert. Die Anzahl positiver Tests im Bundesmodellprojekt lässt keine gesicherten Schlüsse über die generelle Häufigkeit von Fentanyl zu, insbesondere nicht in Städten, in denen lediglich sehr wenige Proben positiv waren. Die erhobenen Daten haben (trotz des punktuell unerwartet hohen Anteils positiver Proben) nicht ergeben, dass es schon Veränderungen der Handels- und Szenestrukturen gibt.

Eine Situation wie in Nordamerika zeichnet sich aus unserer Sicht aktuell nicht ab. Zudem ist eine Verknappung von Heroin auf dem deutschen Schwarzmarkt bisher nicht wahrnehmbar.

Die Daten zeigen aber, dass ein bundesweites Monitoring eingerichtet werden sollte. Denn es gilt zukünftig die Ver-

änderungen in Afghanistan (reduzierter Anbau von Schlafmohn) im Blick zu behalten. Eine Verknappung würde Lücken eröffnen, die mit Fentanyl gefüllt werden könnten. Mittels Angeboten der Substanztanalyse, Monitoring, Early-Warning-Meldesystemen und Konsument*innenbefragungen können Marktveränderungen schnell wahrgenommen werden.



Leitfaden und Flyer können kostenlos unter aidshilfe.de/shop (Suchbegriff: Fentanyl) bestellt werden.

Das Bundesmodellprojekt RaFT zeigt deutlich, dass eine Ausweitung solcher Angebote in Drogenkonsumräumen, aber auch in Einrichtungen ohne Konsummöglichkeit sinnvoll wäre. Auch die Mitgabe von Fentanyl-Schnelltests nach Hause erscheint wichtig.

Und wie geht's konkret weiter?

Im Rahmen des Projekts wurde erstmals eine auf Fentanyl abgestimmte Handlungsanleitung zur zielgerichteten Beratung erarbeitet und angewendet. Sie bietet eine Möglichkeit der Risiko- und Schadensminderung bei positiven Testergebnissen.

Ziel ist, einen weiteren Baustein der Schadensminimierung zu etablieren, der auch außerhalb von Drogenkonsumräumen seine Wirkung entfalten kann.

Heroinkonsument*innen werden so auf einen möglichen Anstieg der Verbreitung von Fentanyl in Deutschland vorbereitet. Zudem wurden Konsument*innen durch das Projekt selbst für ein eigenständiges Risikomanagement sensibilisiert. Die Zahl der opioidbedingten Not- und Todesfälle könnte so reduziert werden. ♦

Maria Kuban

Mehr zum Bundesmodellprojekt RaFT und dazu, wie es weitergeht, findet ihr auf der Webseite ► www.drogenkonsumraum.de/raft. Die Inhalte werden kontinuierlich aktualisiert und ergänzt. Bald gibt es hier auch eine Auflistung zur Berichterstattung.

Den Zugang zur Substitution erleichtern

Die Behandlung mit der Substanz Diamorphin muss als gleichwertige und gleichrangige Form der Substitutionstherapie anerkannt werden. Das fordern Deutsche Aidshilfe (DAH), Akzept e.V. und der JES-Bundesverband

Seit mittlerweile mehr als zehn Jahren ist in Deutschland die Behandlung der Opioidabhängigkeit mit Diamorphin in der Regelversorgung möglich. Angesichts der positiven Erfahrungen mit dem halbsynthetischen Opioid in puncto Wirksamkeit und Sicherheit ist eine Überarbeitung der aktuellen Rahmenbedingungen für die Verschreibung von Substitutionsmitteln mit Diamorphin längst überfällig. In einer gemeinsamen, an das Bundesgesundheitsministerium gerichteten Stellungnahme fordern die DAH, akzept e.V. und der JES-Bundesverband daher konkrete Änderungen in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV).

Die Behandlung mit Diamorphin macht gerade mal einen Anteil von 1,8% aus. Dabei verzeichnet sie große Erfolge hinsichtlich der körperlichen und psychischen Stabilisierung von opioidabhängigen Menschen.

Hohe Hürden für Patient*innen

Gefordert wird daher unter anderem, das Mindestalter für eine Diamorphinbehandlung von bislang 23 auf 18 Jahre zu senken. Nicht nachvollziehbar und weder medizinisch noch wissenschaftlich begründet ist zudem die derzeit vorgeschriebene mindestens fünfjährige Heroinabhängigkeit als Zugangskriterium zur Diamorphin-Behandlung.

Gleiches gilt auch für die Einschränkung, dass Patient*innen überwiegend intravenös konsumiert haben müssen. Angesichts der veränderten Konsumformen – viele Konsument*innen rauchen mittlerweile Heroin – ist diese Zugangsbedingung veraltet. Darüber hinaus empfehlen die Autor*innen der Stellungnahme, eine Überführung medizinischer und therapeutischer Inhalte in die Richtlinien der Bundesärztekammer zu prüfen. Es gilt daher, die bestehenden Richtlinien dahingehend anzupassen, dass alle Patient*innen, die den Wunsch haben mit Diamorphin behandelt zu werden und bei denen die medizinische Notwendigkeit durch die Ärztin/den Arzt festgestellt wird, einen Zugang zu ermöglichen.

Die gesamte Stellungnahme ist hier zu finden ► <https://shorturl.at/drxS7>

Für alle Leser*innen des DROGENKURIER, die sich schnell einen Überblick über die Veränderungen verschaffen wollen, stellen wir nachfolgend die formulierten Veränderungen in Form einer Synopse vor. ♦

Dirk Schäffer

Synopse BtMVV § 5a

Alt

Der Patient/ die Patientin muss fünf Jahre heroinabhängig sein. Vorher kann keine Aufnahme ins Programm erfolgen.

Das 23. Lebensjahr muss vollendet sein.

Es müssen zwei erfolglos beendete Behandlungen vorliegen, davon eine mindestens sechsmonatige Substitutionsbehandlung einschließlich psychosozialer Betreuungsmaßnahmen (PSB).

Patient*innen müssen unter einer oder mehreren schweren somatischen und psychischen Funktionsstörungen leiden.

Patient*innen müssen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Diamorphinbehandlung einen überwiegend intravenösen Konsum betreiben.

In den ersten 6 Monaten der Behandlung müssen Maßnahmen der psychosozialen Betreuung stattfinden.

Die Behandlung mit Diamorphin ist nach jeweils spätestens 2 Jahren Behandlungsdauer daraufhin zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind und ob die Behandlung fortzusetzen ist. Die Überprüfung erfolgt, indem eine Zweitmeinung eines suchtmittelmedizinisch qualifizierten Arztes, der nicht der Einrichtung angehört, eingeholt wird.

Verschreiben von Substitutionsmitteln mit dem Stoff Diamorphin

Neu	Begründung
Der Passus soll ersatzlos gestrichen werden.	Die Voraussetzung einer fünfjährigen Heroinabhängigkeit, als ein Zugangskriterium zur Diamorphinbehandlung, lässt sich weder medizinisch noch wissenschaftlich begründen. Vor dem Hintergrund der schnellen negativen Entwicklungsverläufe, die mit dem Konsum von illegalen Opioiden verbunden sein können (siehe DRUCK Studie), lässt sich eine mindestens fünfjährige Heroinabhängigkeit nicht begründen. Schwere gesundheitliche Schäden und negative soziale Folgen, sind auch bei Konsument*innen sichtbar, die weniger als 5 Jahre abhängig sind.
Das 18. Lebensjahr muss vollendet sein.	Dieser Punkt unterstellt der Opioidabhängigkeit einen linearen Erkrankungsverlauf dessen Schwere sich an einem „Mindestalter“ messen lassen soll. Das ist nicht nachvollziehbar. Richtig ist, dass Patient*innen deutlich später als bei Vollendung des 23. Lebensjahres die Substitutionsbehandlung wahrnehmen. Die Gründe hierfür liegen allerdings eher im mit dem Outing verbundenen Maß an Stigma und Diskriminierung sowie der Angst vor Bestrafung. Die Behandlungsform sollte allen erwachsenen Heroinkonsument*innen eröffnet werden.
Der Passus soll ersatzlos gestrichen werden.	Hiermit wird die Diamorphinbehandlung als Second-Line-Behandlung zementiert. Diese Indikation macht eine Aufnahme von Patient*innen ohne vorherige Substitutionsbehandlung unmöglich. Dies unabhängig vom mentalen und physischen Zustand. Im Hinblick auf eine individuelle Behandlungsplanung, sollten alle Behandlungsoptionen zu jedem Zeitpunkt zur Verfügung stehen.
(„...Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich aufweisen, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind“).	Die Verknüpfung und Forderung einer „schweren psychischen und somatischen Störung“ setzt die damaligen Kriterien der „Heroinstudie“ aus nicht nachvollziehbaren Gründen herauf. Denn ab wann eine psychische oder somatische Suchtfolgestörung als schwerwiegend einzustufen ist, bleibt in der Einschätzung subjektiv und führt zu einer Verunsicherung in der Begründung der Indikationsstellung.
Im Hinblick auf die Vorbereitungen der Einführung einer Diamorphin-tablette und den Erkenntnissen der Veränderung von Applikationsformen sollte dieser Punkt ersatzlos gestrichen werden.	Wir stehen kurz vor der Zulassung von Diamorphin in Tablettenform. Zudem haben sich die Applikationsformen von illegalem Heroin in den letzten 10 Jahren maßgeblich verändert. Heute ist der inhalative Konsum die vorrangig praktizierte Konsumform. Sollte man diesen Punkt beibehalten würde der Mehrzahl der Konsument*innen der Zugang verweigert.
In den ersten 6 Monaten einer Diamorphinbehandlung ist eine psychosoziale Betreuung verpflichtend. Sollte eine PSB nicht möglich sein, soll eine Diamorphinbehandlung dennoch möglich sein. Psychosoziale Begleitmaßnahmen sollen nach Behandlungsbeginn zeitnah ermöglicht werden.	Die Richtlinien sehen die PSB unabhängig von ihrer Verfügbarkeit und Finanzierung als Pflichtmaßnahme vor. Für den Fall, dass eine PSB sich zum Behandlungsbeginn nicht realisieren lässt, sollte eine Diamorphinbehandlung dennoch möglich sein.
Der Gesamtpassus soll ersatzlos gestrichen werden.	Vor dem Hintergrund, dass es sich hier um Patient*innen handelt, die bereits von anderen suchtmedizinischen Behandlungen nicht ausreichend profitiert haben und in der Regel seit vielen Jahren Opiode konsumieren sowie neben körperlichen auch psychische Erkrankungen aufweisen, erschließt sich nicht, dass die Behandlung mit Diamorphin, anders als eine Behandlung mit oralen oder subkutan zu verabreichenden Medikamenten zur Substitution nach 2 Jahren auf ihren Fortbestand überprüft werden soll.

Diamorphingestützte Behandlung – gibt es ein Kooperationsverbot?

Bereits in der letzten Ausgabe des DROGENKURIER haben wir über das Thema Diamorphingestützte Behandlung ausführlich berichtet.

Deutschlandweit stehen aktuell 14 Diamorphinambulanzen Menschen mit einer Opioidabhängigkeit zur Verfügung. Hier findet neben der Diamorphinbehandlung auch eine Behandlung mit den bisher üblichen Medikamenten statt. Der Schwerpunkt liegt in NRW mit Ambulanzen in Köln und Bonn, die bereits dem damaligen Modellprojekt angehörten und den neuen Ambulanzen der MEDIKUS-Gruppe mit Standorten in Wuppertal, Düsseldorf, Dortmund-Unna und Iserlohn. Weitere Standorte gibt es in Karlsruhe, München, Frankfurt, Hamburg, Berlin (2 Ambulanzen) sowie Stuttgart und Hannover.

Die kritische Betrachtung des neuen Modells der MEDIKUS-Gruppe fand ihren vorläufigen Höhepunkt mit der **CORRECTIV**-Recherche zum Thema Diamorphin im letzten September. **Herr Schraven und Frau Bogdanski von CORRECTIV** titelten:

Weißes Gold – Profite mit legalem Heroin

Das Geschäft mit Diamorphin ist extrem lukrativ. Ein Arzt aus Nordrhein-Westfalen hat mit seinen Partnern ein Business



FOTO: DIANA POLEKHINA / UNSPLASH.COM

daraus gemacht. Über seine Firma können sich Schwerstsüchtige schnellstmöglich mit dem legalen Heroin versorgen. Seine Vision: Ambulanzen, die den Kick am Fließband produzieren. Einblicke in die private Medizinwirtschaft.

Hier geht's zum Artikel von Correctiv:
 ▶ <https://shorturl.at/syGW4>

Selbst eingefleischte Correctiv-Fans ließ dieser Beitrag sprachlos und auch verständnislos zurück. Auch Diamorphinbehandler*innen, Wissenschaftler*innen und Patient*innen fühlten sich aufgerufen Gegenpositionen zu verfassen.

Hier wurde die MEDIKUS-Gruppe bzw. Herr Dr. Plattner in einem Licht betrachtet, dass selbst bei Kritiker*innen des MEDIKUS Modells Stirnrunzeln hervorgerufen haben muss. Es sollte suggeriert werden, dass ein verantwortungsloses und profitgieriges Ärzteteam junge Menschen „an die Nadel bringt“ und mit teurem Heroin ärztlich auf Kosten der Krankenkassen versorgt.

CORRECTIV weiter ... *Es geht letztendlich um eine Opiatwelle, die nahezu unbemerkt über Deutschland hereinbricht und immer mehr Jugendliche und Erwachsene aus der Mitte der Gesellschaft verschlingt.*

Es wurde ferner der Versuch unternommen, das MEDIKUS-Modell mit der amerikanischen Opioidkrise, verursacht durch einen tatsächlich verantwortungslosen und profitgierigen Pharmakonzern Namens PURDUE, zu vergleichen.

Diese Berichterstattung zeigte Wirkung

Die bereits in Planung oder im Bau befindlichen Ambulanzen der MEDIKUS-Gruppe in Bielefeld, Dortmund und Essen waren fortan noch stärker umstritten. Wollte doch dort ein Arzt, nachdem sich Städte und Ärzte über mehr als ein Jahrzehnt nicht entscheiden konnten selbst ein solches Angebot zu realisieren, eine Diamorphinbehandlung für Opioidkonsument*innen errichten. Da wir selbst nicht Teil dieser Auseinandersetzung waren, geht es hier nicht darum einen Schuldigen zu benennen. Bemerkenswert ist nur, dass an allen drei potentiellen Standorten Himmel und Menschen in Bewegung gesetzt wurden um eine Eröffnung zu verhindern.

Die Neufassung der Genehmigungspraxis durch das Land NRW

Das Land NRW entschloss sich die Genehmigungsverfahren für entsprechende Diamorphinambulanzen in einem entscheidenden Punkt zu verändern. Waren bisher mündliche Vereinbarungen über eine Kooperation der Diamorphinambulanz mit Drogenhilfeträgern, Krankenhäusern etc. ausreichend um eine enge Verzahnung der Angebote richtigerweise zu erreichen, müssen diese Vereinbarungen nun schriftlich erfolgen.

So weit so gut. Das macht auch Sinn könnte man denken, so ist zumindest die Kooperation zwischen wichtigen Playern im Sinne der Patient*innen geklärt.

Erleben Drogenhilfen sanften Druck?

Nun haben sich allerdings bei uns anonym Personen gemeldet und über informelle Gespräche berichteten, in denen ihnen „nahegelegt“ wurde, Anfragen der

MEDIKUS-Gruppe bezüglich einer Kooperation eher abzulehnen. Selbstverständlich wurde ihnen nicht verboten eine Kooperation einzugehen.

Der Haken an der Sache ist, dass z. B. viele Drogenhilfen in NRW einen großen Teil ihrer finanziellen Mittel von der Stadt erhalten. So stellt sich die Frage, was passiert denn, wenn sie vielleicht doch gerne mit den Betreibern der neuen Standorte der MEDIKUS-Gruppe, z. B. im Rahmen der psychosozialen Betreuung, kooperieren wollen?

Wir fragen uns an der Stelle, ob es nicht auch ein Kooperationsgebot geben muss, um Menschen, die zur Zielgruppe gehören, eine Behandlung zu ermöglichen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich völlig unstrittig ist.

Was ist der aktuelle Stand?

In **Essen** haben die „Bemühungen“ der Träger nach unserer Kenntnis die Politik und das Bauamt auf den Plan gerufen. Die Eröffnung der Diamorphinam-

bulanz, die fertig eingerichtet ist, wurde bis heute verweigert. Nachdem zuvor die Notwendigkeit einer Diamorphinambulanz in Frage gestellt wurde, gibt es Bestrebungen eine städtische Ambulanz in Kooperation mit der Uniklinik Essen zu errichten.

In **Dortmund** ist die Praxis ebenfalls fertiggestellt, komplett eingerichtet und das Personal akquiriert. Alle Suchthilfeeinrichtungen haben eine Kooperation verweigert. Ohne schriftliche Kooperationsvereinbarung ist eine Eröffnung der Ambulanz nicht möglich. Nun stellt die Stadt Dortmund in Aussicht mit Steuermitteln eine eigene Diamorphinambulanz zu errichten.

In **Bielefeld** fand am 1. März der „Tag der offenen Baustelle“ statt. Dort gibt es eine offene Haltung. Die Eröffnung der Ambulanz ist für Mitte des Jahres avisiert. ♦

JES-Bundesverband

Kommentar des JES-Bundesverbands:

Wir möchten an dieser Stelle anmerken, dass uns die fachlichen Vorbehalte der städtischen Drogenhilfen, die sich sowohl auf das Menschenbild aber auch eine fragwürdige Behandlungspraxis in den MEDIKUS-Praxen beziehen (hohe Dosierungen, Benzodiazepinverordnung) bekannt sind. Unsere Besuche in den jeweiligen Praxen und Gespräche mit Patient*innen aber auch den Ärzt*innen haben zu einem gänzlich anderen Bild geführt. Selten haben wir eine so wertschätzende Praxiseinrichtung gesehen und mit Mitarbeiter*innen gesprochen, die überaus sympathisch und kompetent wirken. Berichte von Patient*innen spiegelten in keiner Weise die beschriebenen Vorbehalte wieder. Sondern ganz im Gegenteil. Dies schließt aber nicht aus, dass auch Erwartungen von neuen Patient*innen nicht erfüllt wurden, und sie sich enttäuscht abwandten. Es ist für uns aber schon erstaunlich, welche Kräfte die Drogenhilfe, die Städte und dort ansässige Ärzt*innen aufbringen um einen Betrieb der Ambulanzen durch MEDIKUS zu verhindern. Dort, wo vorher u. a. der Bedarf einer Diamorphinbehandlung in Abrede gestellt wurde, sollen nun eigene städtische Ambulanzen eröffnet werden. Die Veränderung der Genehmigungspraxis durch das Land NRW fiel sicher nicht einfach so vom Himmel.

Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Nachdenklich werden wir allerdings, wenn tatsächlich Träger mit sanftem Druck zu einer Kooperationsverweigerung gebracht werden.

Wie entwickelt sich die Substitutionsbehandlung?

Ein Einblick in die aktuellen Daten des Substitutionsregisters

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) führt das Substitutionsregister. Alle Ärzte, die Substitutionsmittel für Opioidabhängige verschreiben, haben der Bundesopiumstelle im BfArM unverzüglich die vorgeschriebenen Angaben zu melden:

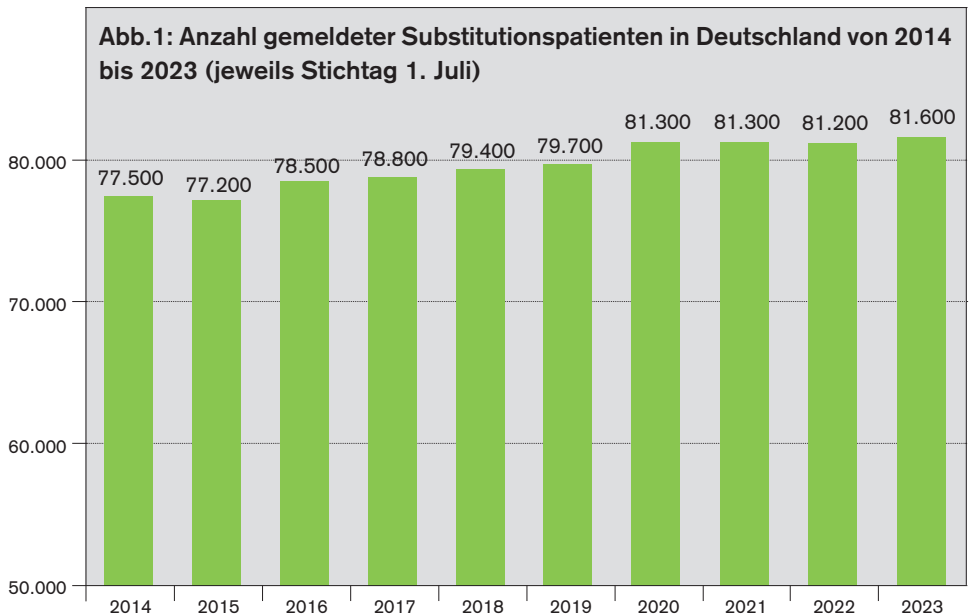
Die Meldungen der substituierenden Ärzte erfolgen im gesicherten Online-Verfahren über den beim BfArM eingerichteten Formularserver oder schriftlich auf dem Postweg. Die Patientencodes werden nach Erfassung aus datenschutzrechtlichen Gründen unverzüglich in ein Kryptogramm verschlüsselt.

Das Substitutionsregister leistet als bundesweites Überwachungsinstrument auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz sowie zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs im Rahmen der Substitutionsbehandlungen.

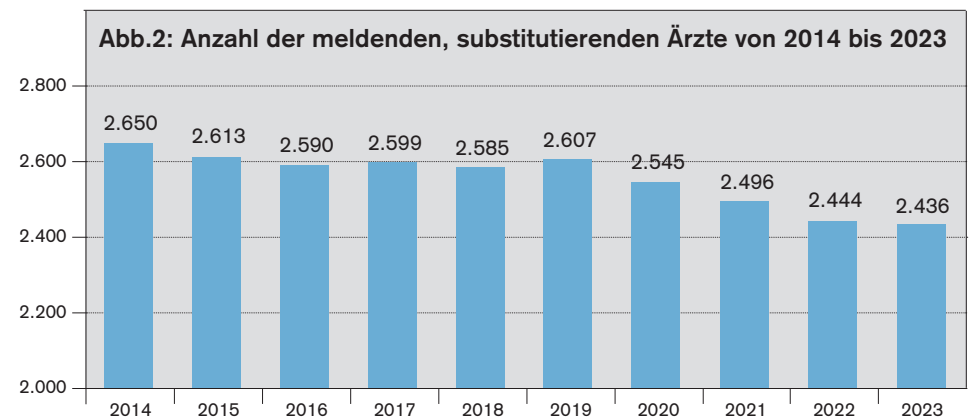
Die Zahl der gemeldeten Substitutionspatient*innen

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten ist in den letzten zehn Jahren leicht angestiegen. Zu Beginn der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 war ein erhöhter Anstieg zu verzeichnen. Während der Pandemie blieb die Patientenanzahl nahezu konstant. Danach erhöhte sie sich erneut und lag am 1. Juli 2023 bei 81.600 Patienten (Abbildung 1)

Im Jahr 2023 wurde die Covid-19-Pandemie offiziell für beendet erklärt. Die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung hat bis zum 7. April 2023 befristet ein Bündel ineinander-greifender



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

der Abweichungsmöglichkeiten von den Regelungen der BtMVV mit praktischen Erleichterungen, insbesondere bei der Behandlung von opioidabhängigen Menschen mit Substitutionsmitteln er-

öffnet. Bestimmte substitutionsbezogene Ausnahmenvorschriften wurden zum 8. April 2023 dauerhaft in die BtMVV überführt. Dazu gehört eine erleichterte Vorschrift zum Verschreiben eines Sub-

stitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme für bis zu sieben aufeinanderfolgende Tage einschließlich des Wegfalls der Rezept-Kennzeichnung mit dem Buchstaben „Z“ sowie die Aufnahme der Möglichkeit, die ärztliche Konsultation auch telemedizinisch durchzuführen.

Die Zahl substituierender Ärzt*innen sinkt weiter

2023 haben insgesamt 2.436 Substitutionsärzte Patienten an das Substitutionsregister gemeldet. Die Entwicklung der letzten 10 Jahre stellt sich wie folgt dar (siehe Abbildung 2).

Seit dem Jahr 2014 ist die Anzahl substituierender Ärzte gesunken. Dieser Trend konnte in den Folgejahren gebremst werden. Zwischen 2015 und 2019 lag die Anzahl stabil bei etwa 2.600. Während der Covid-19-Pandemie ist die Zahl der substituierenden Ärzte deutlich gefallen. Ursache dürfte auch das altersbedingte Ausscheiden zahlreicher substituierender Ärzte sein.

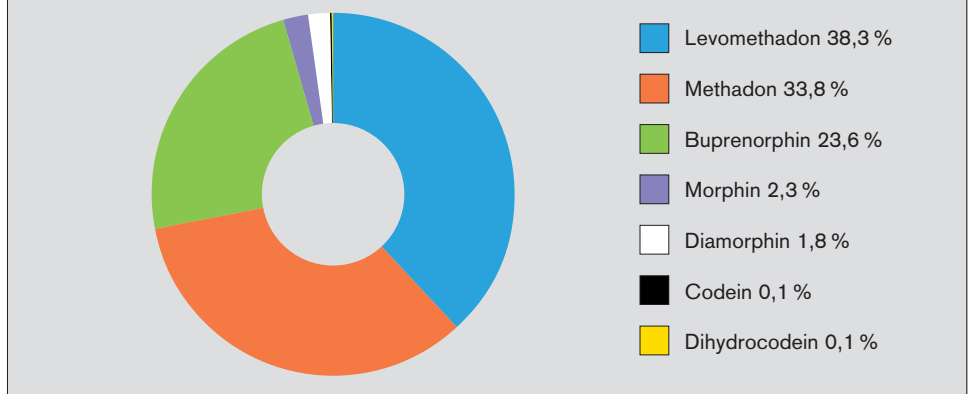
Mehr als 20 % der substituierenden Ärzt*innen haben keine Fachkunde

533 Ärzte, also etwa 22 Prozent der substituierenden Ärzte, nutzten 2023 die Konsiliarregelung: Hiernach können Ärzte ohne suchtmittelmedizinische Qualifikation bis zu zehn Patienten gleichzeitig substituieren, wenn sie einen suchtmittelmedizinisch qualifizierten Arzt als Konsiliararzt in die Behandlung einbeziehen.

Die Ärzte, die die Konsiliarregelung nutzten, haben rund 1,7 % aller Substitutionspatienten behandelt. Rund 14 % der substituierenden Ärzte hatten am genannten Stichtag 50 % aller Substitutionspatienten gemeldet. Dies sind mehr als 40.000 Patient*innen

In 2023 wurden insgesamt 368 Konsiliarärzte von diesen substituierenden Ärzten gemeldet.

Abb. 3: Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (Stichtag 1. Juli 2022)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

Nur noch 1/3 der Patient*innen wird mit Methadon behandelt

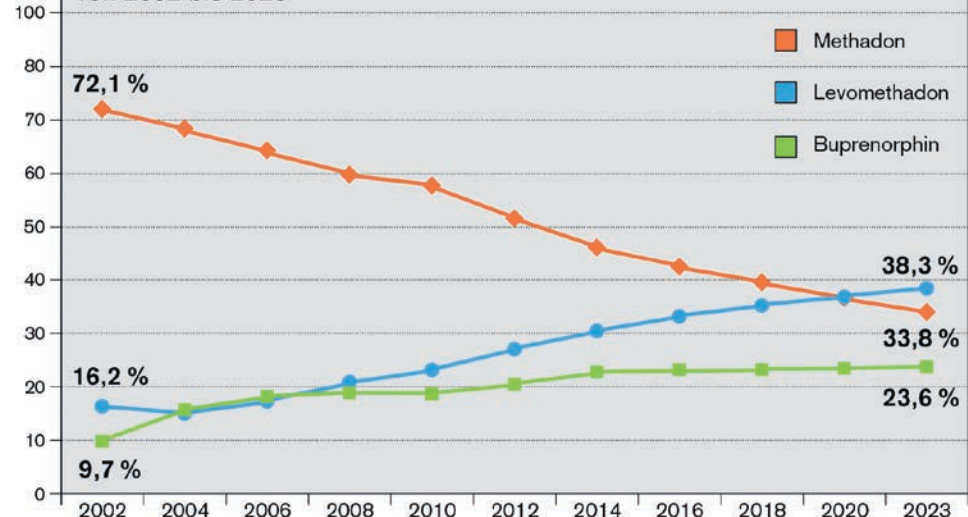
Die substituierenden Ärzte melden dem Substitutionsregister für jeden Substitutionspatienten das Substitutionsmittel (Methadon, Levomethadon, Buprenorphin, Diamorphin, retardiertes Morphin etc.). Abbildung 3 zeigt die gemeldeten Substitutionsmittel mit ihrem jeweiligen – auf die Patientenanzahl bezogenen – Anteil. Mehr als 2/3 der Patient*innen werden aktuell mit Levomethadon oder Methadon behandelt.

Die überwiegend gemeldeten Substitutionsmittel sind Levomethadon (Anteil 38,3 %) und Methadon (Anteil 33,8 %).

Der Anteil an Levomethadon ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen und hat in 2020 erstmals den Anteil an Methadon überschritten (Abbildung 4). Der Anteil von Buprenorphin liegt seit einigen Jahren konstant bei etwa 23,5 %.

Im Jahr 2023 haben – wie auch im Vorjahr – 14 Einrichtungen in sieben Bundesländern (BE, BW, BY, HE, HH, NI, NW) Substitutionsbehandlungen mit dem Substitutionsmittel Diamorphin durchgeführt. Am Stichtag 1.07.2023 war für 1.493 Patienten (1,8 % aller Substitutionspatienten) das Substitutionsmittel Diamorphin gemeldet. Seit In-Kraft-Treten

Abb. 4: Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2023



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

des Diamorphingesetzes in 2009 ist ein Anstieg an Substitutionsbehandlungen mit Diamorphin festzustellen. In 2009 wurde von den damals sieben Einrichtungen insgesamt für 0,3% aller Substitutionspatienten das Substitutionsmittel Diamorphin gemeldet.

Die weißen und blauen Gebiete der „Landkarte Substitution“

In der nach Landkreisen und kreisfreien Städten aufgliederter Landkarte ergibt sich hinsichtlich der meldenden, substituierenden Ärzte nachfolgendes Bild (Abb. 5). Besorgniserregend sind nach Ansicht des JES-Bundesverbands die weißen Flecken. Diese bedeuten, dass in den

Landkreisen kein substituierender Arzt zur Verfügung steht. Der Blick auf die blau eingefärbten Bereiche, die in fast allen Teilen Deutschlands zu finden sind, sollten uns ebenfalls alarmieren. Diese Einfärbung bedeutet, dass die Versorgung gegenwärtig durch 1 bis 2 Ärzt*innen abgedeckt wird. Sollten diese Behandler*innen altersbedingt oder aus anderen Gründen aus der Behandlung zurückziehen würde dies bedeuten, dass viele weitere Kreise der Bundesländer Sachsen und Brandenburg, aber auch von Oberfranken und der Oberpfalz ohne Versorgung wären. ♦

Dirk Schäffer

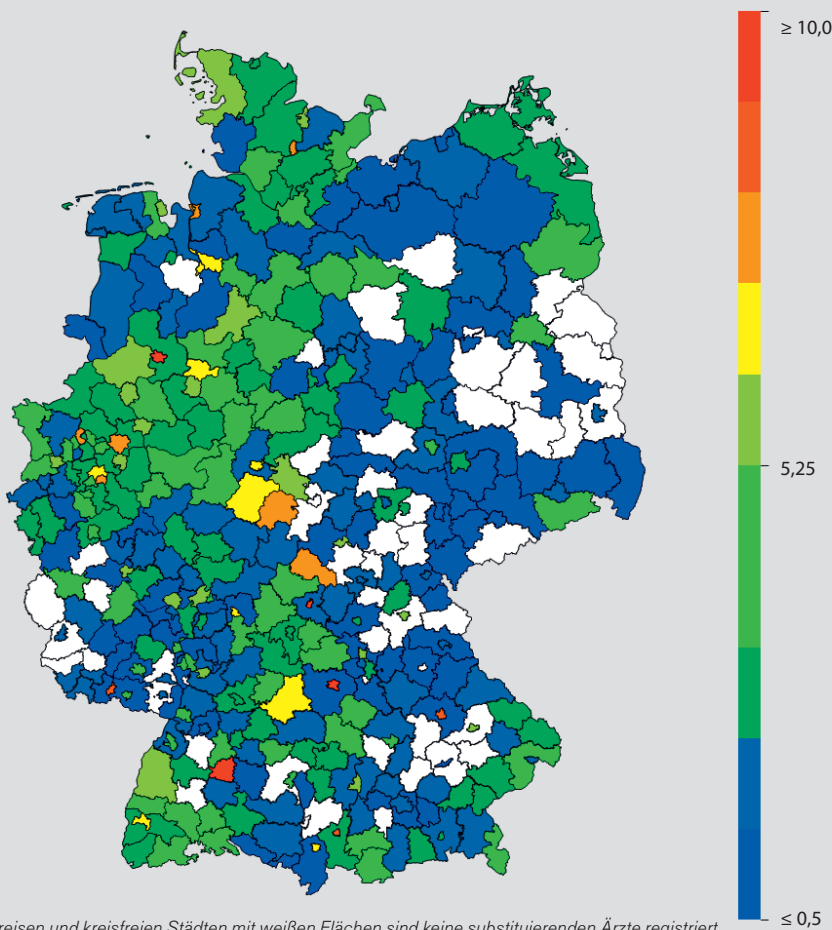
► <https://shorturl.at/dekBY>

Kommentar des JES-Bundesverbands

Trotz vielfältiger Bemühungen ist es nicht gelungen die Zahl substituierender Ärzt*innen zu erhöhen. Nachdenklich stimmt uns der hohe Anteil von Ärzt*innen ohne Fachkunde. Fast 1/4 der gemeldeten Ärzt*innen behandeln maximal 10 Patient*innen. In der Praxis wird diese Zahl noch deutlich unterschritten. **Demgegenüber behandeln 18% der Ärzt*innen mehr als 40.000 Patient*innen.** Der Trend zu großen Ambulanzen oder Praxen mit vielen hundert substituierten Patient*innen wird von uns kritisch gesehen, da wir hier eine individuelle Behandlung in Gefahr sehen. Deutschland ist im weltweiten Vergleich eines der Länder, mit der breitesten Palette an zugelassenen Wirkstoffen und zur Verfügung stehenden Medikamenten. Dies spiegelt sich allerdings in der Praxis nicht wieder. Nicht nur das Diamorphin und retardiertes Morphin viele Jahre nach der Zulassung ein Schattendasein fristen, auch die vielleicht größte Errungenschaft der Depotmedikamente mit einer Wirkdauer von einer Woche bis zu 4 Wochen wird unserer Ansicht nach Patient*innen nicht gleichwertig zur Verfügung gestellt.

Dieser Bericht gibt keine Auskunft über die Kooperation der Mediziner*innen mit der sozialen Arbeit. Sicherlich sehen wir in einigen Städten sehr gute Beispiele der Zusammenarbeit beider Disziplinen im Sinne und unter Beteiligung der Patient*innen. Die Hinweise, dass aber auch in vielen Praxen keine Kooperation mit der Aids- und Drogenhilfe stattfindet und die so wichtigen sozialen Faktoren wie Wohnen, Arbeit, Familie, Schulden, Teilhabe etc. keine Berücksichtigung finden, ist vielleicht

Abb.5: Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzte pro 100.000 Einwohner je Kreis bzw. kreisfreie Stadt im 1. Halbjahr 2023



In Kreisen und kreisfreien Städten mit weißen Flächen sind keine substituierenden Ärzte registriert

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

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



Die Wissensplattform
von Hexal

Ich substituiere
jetzt mit **Tablette.**

Die Tablette in der Substitutionstherapie – ein Schritt zu mehr Normalität

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

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



FOTO: THOMAS KLEINER, BREMEN

Maßregelvollzugsgesetz – Novellierung ja, aber in die richtige Richtung

Die Bund-Länder-AG zur Prüfung des Novellierungsbedarfs des Maßregelvollzugs hat in ihrem Bericht vom 20. November 2021 festgestellt, dass es einen kontinuierlichen Anstieg der nach § 64 StGB in der forensischen Psychiatrie untergebrachten Suchtkranken, hauptsächlich Opioidabhängigen, gibt, von 1.373 im Jahr 1995 auf mittlerweile 5.280 Personen in 2020.

Die zwangsweisen Behandlungen in psychiatrischen Einrichtungen haben immer mehr zugenommen. Es wird in

dem Bericht aber nicht die Wirksamkeit der Therapie untersucht, sondern vorgeschlagen, die Maßregel auf die „*tatsächlich behandlungsbedürftigen Personen zu konzentrieren*“ und darunter werden die „*therapierbereiten*“ gezählt, was immer das heißen mag, um einem „Missbrauch“ der Maßregel zu begegnen.

Es wird unterstellt, dass es den meisten Menschen im 64er Bereich um „die Milderung einer hohen Freiheitsstrafe“ und eine vorzeitige Entlassung geht. Nach

dem Gesetz soll in den Kliniken die gleichen Behandlungsstandards gelten wie in freiwilligen Therapien, aber warum in der Maßregel nach wie vor kaum eine Substitutionsbehandlung stattfindet, wird indes nicht hinterfragt, obwohl gerade in psychiatrischen Kliniken die fachlichen Standards der Behandlung einer Opioidabhängigkeit gelten müssen und die Zuständigkeit für den Maßregelvollzug nicht bei den Justiz-, sondern bei den Gesundheits- und Sozialministerien liegt!

Weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit wurde am 22. Juni 2023 eine Gesetzesänderung zum Maßregelvollzug verabschiedet, um die übervollen Einrichtungen zu „entlasten“ von therapieunwilligen „Patienten“, wie die Unterbrachten dort genannt werden.

Im Gesetz heißt es noch immer, dass der ...

„Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“

...therapiert werden soll, wenn der zu einer Straftat führe, etwa Gewaltdelikten (insbesondere unter Alkoholeinfluss). Bei Opiatabhängigen reicht aber schon die mehrmalige Verurteilung wegen Verstoßes gegen das BtMG – und der liegt ja vor, wenn man wegen der Abhängigkeit weiterhin Heroin konsumiert.

Es darf bezweifelt werden, ob eine zwangsweise durchgeführte Behandlung ebenso erfolgreich ist wie eine freiwillige, auch wenn angewendete psychotherapeutische Methoden eigentlich sinnvoll sind. Wenn eine solche Behandlung aber nicht erfolgreich ist (und das bedeutet hier, dass eine dauerhafte Abstinenz erreicht ist) wird unterstellt, dass es sich um „therapieresistente“ Klienten mit „dissozialer Persönlichkeitsstruktur“ handele. Eine selbstkritische Betrachtung, dass ein Scheitern möglicherweise mit der Lebenssituation der betroffenen „Patienten“ handeln könnte und mit deren Kriminalisierung, weil sie eine verbotene Substanz konsumieren, findet leider kaum statt.

Die Gesetzesänderung, die beschlossen wurde, wird aber nur dazu führen, dass noch mehr jetzt noch im Maßregelvollzug untergebrachte Menschen in den Strafvollzug überführt werden, ohne dass dort ihre Suchterkrankung angemessen behandelt wird. ♦

Ingo Ilja Michels

UNSER LESETIPP



FOTO: ROBERTO VALDIVIA/UNSPUSH

Wir möchten euch an dieser Stelle immer wieder Lesetipps mit auf den Weg geben. Zum Beginn dieser kleinen Serie ein Gastbeitrag von Helena Barop. Geboren 1986, studierte in Freiburg und Rom Geschichte und Philosophie. Sie schrieb ihre Doktorarbeit über Mohnblumenkriege. Die globale Drogenpolitik der USA, 1950–1979. Ihr aktuelles Buch „Der große Rausch. Warum Drogen kriminalisiert werden“ erschien 2023 im Siedler Verlag (s. auch S. 26).

Im Gastbeitrag in der Süddeutschen Zeitung wirft sie einen Blick auf den gesellschaftlichen Umgang mit Risiken.

Drogenpolitik: Aus Angst um die Sitten, nicht um die Gesundheit

Ohne Seil bei schlechtem Wetter auf Berge klettern und sich danach mit dem Fallschirm wieder in die Tiefe stürzen. Ob und wann man den Schirm dann öffnet, ist einem selbst überlassen. Jede und jeder darf so viel und so wenig essen, arbeiten und Sport machen wie gewünscht und auf vielen Autobahnabschnitten rasen, so schnell es Auto und Verkehr hergeben – alles nachweislich risikobehaftet und trotzdem ausdrücklich erlaubt, weil sich hier zuallererst diejenigen gefährden, schön eigentlich ... Es gibt aber einen Politikbereich, der von diesem Grundsatz in vielen liberalen Demokratien bis heute merkwürdig unberührt bleibt: die Drogenpolitik.

Ihr Gastbeitrag unter: ► www.zeit.de/kultur/2024-03/drogenpolitik-konsum-liberale-demokratien-geschichte-usa steht aktuell noch nicht kostenfrei zur Verfügung. Wir bemühen uns allerdings um die Zweitverwertungsrechte.

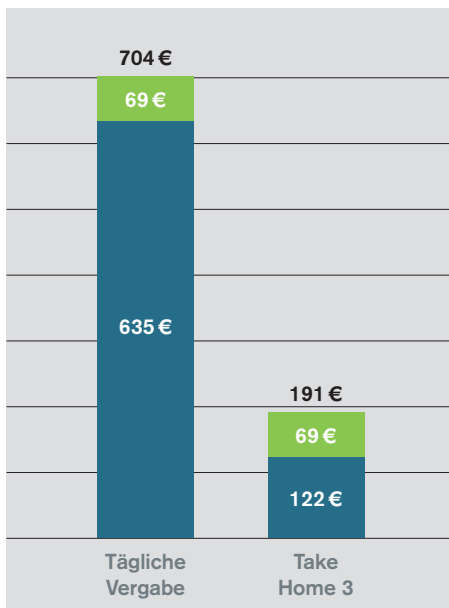
Kohle für den Druck auf den Dosierautomaten!

Wie Patient*innen von einer neuen Vergütung der Substitution profitieren könnten



FOTO: SUCHTHILFE.CH

Bisher wird die tägliche Vergabe des Medikaments besonders gut vergütet. Erhält ein*e Patient*in eine Take Home, sinken die Einnahmen der Behandler*innen. Gleiches gilt bei der Verschreibung von Depotpräparaten. Im Resultat sind die Anreize für Ärzt*innen gemeinsam mit ihren Patient*innen eine schrittweise eigenverantwortliche Einnahme (Take Home) anzustreben eher gering. Ganz im Gegenteil, sie würden deutliche Einnahmeverluste hinnehmen müssen.



Beispiel: bei einer täglichen Vergabe plus Gesprächen liegen die Einnahmen pro Quartal pro Patient bei ca. 700 € (Säule 1). Kommt ein*e Patient*in nur noch einmal die Woche und an einem Tag am Wochenende in die Praxis, sinken die Einnahmen auf unter 200 €. Verwundert es jemanden, dass viele Patient*innen über Jahre und Jahrzehnte täglich oder mehrmals in der Woche in die Praxis kommen müssen um dann zumeist vom Praxispersonal das Medikament zu erhalten ohne ihre Ärzt*innen zu sehen?

Der Vorschlag für ein neues Vergütungssystem ...

... stellt Gespräche zwischen Ärzt*in und Patient*innen sowie die Koordination der Behandlung in den Vordergrund. Damit wird dem hohen medizinischen Stellenwert entsprochen, der zielorientierten motivierenden Gesprächen und der Koordination im Rahmen der Substitutionstherapie zukommt.

Weiterhin sieht das neue Vergütungskonzept eine Unterscheidung in der Vergütung vor bei Patient*innen, die neu eine Substitution beginnen oder in eine andere Substitutionspraxis wechseln, und bei Patient*innen, die eine – oft über Jahre oder Jahrzehnte – andauernde Therapie erhalten.

Für erstere Patient*innen sollte die Vergütung höher angesetzt werden, um den Aufwand bei der Neueinstellung bzw. einem Praxiswechsel abzubilden und auch einen gewissen Anreiz zu setzen, neue bzw. wechselnde Patient*innen anzunehmen.

Bei Patient*innen in der andauernden Therapie ist für die Vergütung ausschlaggebend, wie viel Gesprächs- und Koordinationsbedarf der*die Patient*in hat. Die Höhe der Vergütung ist in beiden Phasen unabhängig von der Vergabe-/Verabreichungsform.

Was geht uns das als Patient*innen an?

Man könnte sagen, dass uns das als Substitutionspatient*innen egal sein könnte warum und wieviel Geld Ärzt*innen erhalten. Allerdings glauben wir, dass das bisherige Finanzierungskonzept mit dafür verantwortlich ist, dass selbst Patient*innen die berufstätig sind täglich oder mehrmals wöchentlich in die Praxis zur Sichtvergabe kommen müssen. Bestrebungen von Ärzt*innen die Rückkehr in ein bestbestimmtes Leben mit beruflicher und sozialer Teilhabe zu führen, werden durch diese Vergütungsform tatsächlich finanziell bestraft – obwohl genau dies das eigentliche Ziel der Substitution ist.

Zudem würde das neue Vergütungskonzept bedeuten, dass täglich viel weniger Patient*innen in die Praxis kommen müssen und es einfacher wird weiteren Opioidkonsument*innen eine Substitution zu ermöglichen.

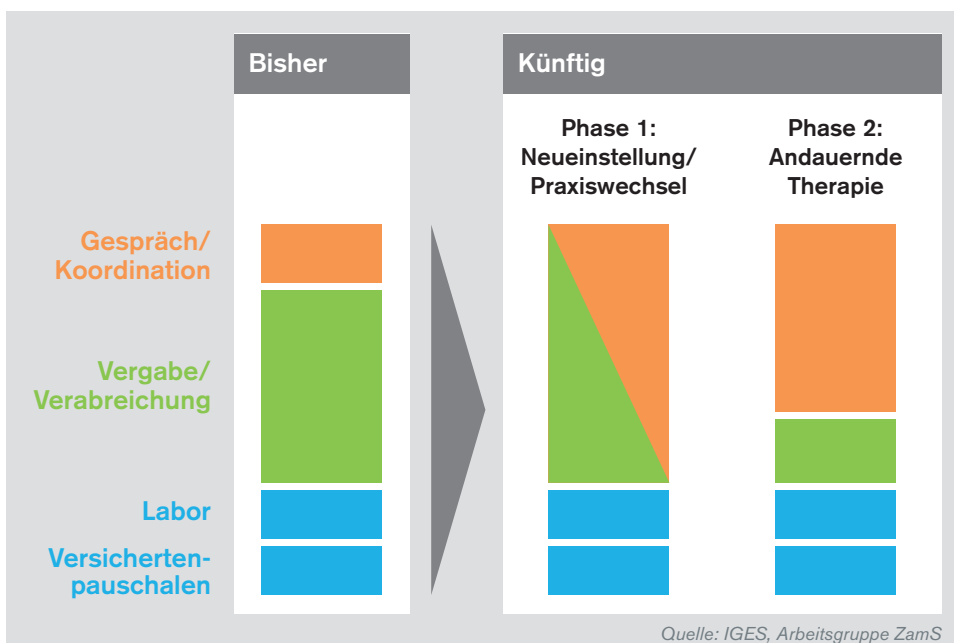
Es regt sich Widerstand

Es mag nachvollziehbare Gründe geben, dass Ärzt*innen Einnahmeverluste befürchten. Allerdings stellen wir die Frage, ob der jahrelange tägliche Druck auf den Dosierautomaten oder die Sichtvergabe in Tablettenform – zumeist ohne Kontakt zum Arzt/zur Ärztin eine wirkliche Behandlung und Therapie darstellt.

Wir denken, dass es finanzielle Anreize geben muss die „sprechende Medizin“ zu stärken die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten von Patient*innen auszuschöpfen. So wird aktuell z. B. die Anwendung von Depotmedikamenten finanziell bestraft und nicht gefördert.

Dirk Schäffer, selbst Substitutionspatient, hat daher eine persönliche Stellungnahme für verschiedene Zeitschriften und Onlineportale geschrieben. ♦

Diese Stellungnahme ist abrufbar unter:
▶ <https://shorturl.at/etCVY>



Weniger Infektionen durch Blut und sexuelle Kontakte bei Drogenkonsumenten

23. Februar 2024

In Deutschland leiden Menschen mit injizierendem Drogenkonsum seltener unter Infektionen, die durch Blut oder sexuelle Kontakte übertragen werden. Das hat die zweite Druck-Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) ergeben.

Trotz eines positiven Trends gegenüber der ersten Druck-Studie von vor zehn Jahren sieht das Studienteam weiter Handlungsbedarf: Zum Beispiel zeichne sich ab, dass Deutschland das Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht erreichen werde, Hepatitis-C-Virusinfektionen bis zum Jahr 2030 zu eliminieren

Deutschland hat sich den Eliminationszielen der WHO von HIV, Hepatitis B und C bis 2030 verschrieben und 2016 die „Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C (HBV, HCV) und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bis 2030“ publiziert.

DRUCK Studie 1 zeigte hohe Prävalenzen

Die erste Druck-Studie hatte 2011 bis 2014 neben teils hohen Prävalenzen der genannten Infektionen bei Drogenkonsumenten Verbesserungsbedarf bei Prävention und Versorgung identifiziert. Die jetzt vorliegende Druck-Studie 2.0 soll den aktuellen Stand erheben und zu einem nationalen Monitoringsystem beitragen.



Dafür wurden in Berlin und in sechs Städten in Bayern von Menschen, die in den vergangenen zwölf Monaten Drogen injiziert hatten, Blutproben auf HBV, HCV, HIV und Syphilis getestet und mit einem Fragebogen Daten zu Soziodemografie, Risiko- und Schutzverhalten und Versorgung erhoben. Die Datenerhebung erfolgte über Substitutionspraxen und niedrigschwellige Einrichtungen der Drogenhilfe.

Gesunkene Prävalenzen von HIV und HCV bei DRUCK 2

Die Prävalenz von HCV-Infektionen ist in der Gesamtstudienpopulation von 44 Prozent in der ersten Druck-Studie auf 27 Prozent in der aktuellen Erhebung gesunken. Der Anteil an Teilnehmenden mit einer aktiven HBV-Infektion war weiterhin niedrig.

Keine HBV-Infektionen zeigten sich bei Personen unter 25 Jahren – laut dem Studienteam ein Hinweis auf einen effektiven Impfschutz wahrscheinlich durch Impfung im Kindesalter. Die HIV-Prävalenz lag bei 2,4 Prozent und damit deutlich niedriger als in der ersten Druck-Studie (fünf Prozent), in beiden Studien jedoch mit deutlichen regionalen Unterschieden.

„Aufgrund der kleinen Studienpopulation dieser Pilotstudie ist allerdings unklar, ob es sich hier um eine Verzerrung oder um eine tatsächlich niedrigere

HIV-Prävalenz bei Menschen mit aktuellem injizierendem Drogenkonsum handelt“, schreibt das Studienteam.

In Druck 2.0 wurde die Testung auf Syphilis als Indikatorerkrankung für sexuell übertragbare Erkrankungen neu aufgenommen. Es wurden aber keine aktiven Infektionen entdeckt, der Anteil ausgeheilter Syphilisinfektionen lag bei 1,7 Prozent.

„Die Ergebnisse zeigen erfreuliche Fortschritte, aber auch bestehende Mängel“, zieht das Studienteam ein Fazit. Anlass zur Sorge gäben das unverändert häufige Teilen von Konsumutensilien, der hohe Anteil von Drogengebrauchenden mit Hafterschaft und Drogenkonsum in Haft, und die zunehmende berichtete Obdachlosigkeit, so die Wissenschaftler. ♦

© hil/aerzteblatt.de



Wege aus der Opioid-Abhängigkeit

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

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

www.opioideundmeinleben.de

Diese Website wurde von der Camurus GmbH erstellt.

#HCVSTAYS SAFE – das erste peer 2 peer Testprojekt mit Viruslastbestimmung

VISION e.V. startet mit #HCVSTAYS SAFE ein weiteres Hepatitis C Beratungs- & Testangebot von und für Drogengebraucher*innen.

Die Hepatitis C Antikörperschnelltestung begleitet uns als Kölner JES-Gruppe bereits viele Jahre. Über unterschiedliche Förderungen gelang es uns schon vor 6 Jahren das erste Testprojekt in unser Angebot zu integrieren. Grundsätzlich war es uns immer ein Anliegen, nicht nur zu testen, sondern auf Wunsch auch eine Begleitung während der Behandlungsdauer anzubieten.

Alle Buddys, die bisher in die Testangebote involviert waren, brachten sowohl ihre Erfahrungen mit der Hepatitis C Infektion als auch Erfahrungen mit Substanzkonsum ein, so dass sie viele Fragen beantworten konnten, auf Bedenken und Ängste reagieren konnten und eine Hilfestellung darstellten. Diese besondere Form des Angebots hat in den letzten Jahren einige Menschen in die Behandlung gebracht und kann als Erfolg verbucht werden.

Mit der Idee, ein Angebot an Drogengebraucher*innen zu richten, die bereits behandelt wurden und ggfs. Risiken einer HCV Reinfektion haben, wurde durch unsere klassische Antikörperschnelltestung nicht abgedeckt. So bewarben wir uns auf eine Projektförderung von GILEAD Sciences und erhielten eine Finanzierungszusage.

Ein Test- und Beratungsangebot für alle Drogengebraucher*innen

Die ersten Monate verbrachten wir mit der Organisation und Vorbereitung des mobilen Projekts. Im Mittelpunkt steht ein Beratungsangebot in Form von Kurzinterventionen für Drogengebraucher*innen. Das Angebot deckt unterschiedliche Bedarfe ab.

- # Personen, die noch nie auf HCV getestet wurden, bieten wir einen HCV Antikörpertest an. Ist dieser Schnelltest positiv, nehmen wir eine Viruslastmessung vor.
- # Die, die bereits eine Behandlung hinter sich gebracht haben und Risiken einer Reinfektion benennen, bieten wir eine Beratung und Viruslastmessung an.



Magnettafel für den Testbus

Peers wurden zum Thema Hepatitis C geschult, Kooperationen mit Arztpraxen eingegangen, die notwendigen Medien erstellt, ein Testbus vorbereitet und das besondere Testgerät beschafft.

Dieses Gerät ist es auch, das dieses Testprojekt so besonders macht und die Möglichkeit bietet, die Ermittlung spezifischer Werte der Viruslast, die über einen sogenannten PCR/RNA Test zu messen. So liegen innerhalb von 60 Minuten die entsprechenden Werte vor und es kann umgehend eine Behandlung begonnen werden.

Beratung, Testung, Behandlung aus einer Hand

In der Vergangenheit gingen vom Zeitpunkt der Testung bis zur Behandlung einige Menschen verloren, die aufgrund unterschiedlicher Gründe den Weg in die Arztpraxis nicht umsetzen konnten. Mit #HCVSTAYS SAFE versuchen wir, auch diesen Drogen gebrauchenden Menschen eine Behandlung zu ermöglichen und den Weg dahin abzukürzen.

Das Angebot richtet sich an Drogengebraucher*innen in ganz Köln, die über Drogenhilfeeinrichtungen erreicht werden sollen. Dazu ist eine Kooperation mit den Einrichtungen wichtig, die im nächsten Schritt angestrebt werden. Bereits im Februar fanden die ersten Kontakte statt, so dass wir ab März mit dem Testangebot beginnen und vielleicht in der nächsten Ausgabe des DROGENKURIER die ersten Erfahrungsberichte bekanntgeben können.

Das Team des mobilen #HCVSTAYS SAFE Projekts steht gerne für Fragen zur Verfügung, sowie für Terminabsprachen. ♦

Unter der Email Adresse:

► staysafe@vision-ev.de könnt ihr eure Anliegen einbringen und erhaltet zeitnah eine Antwort.

Claudia Schieren, Bina Klier,
Thorsten Raschke

UNSER LESETIPP

„Ohne Rausch hätte die menschliche Gesellschaft nicht überlebt“



Jedem Menschen sollte es freistehen, sich in besonderen Situationen einen Rausch zu gönnen, sagt der Notfallmediziner und Anästhesist Dr. Gernot Rücker. Er fordert ein radikales Umdenken im Umgang mit Drogen.

In seinem Buch „Rausch. Was wir über Drogen wissen müssen und wie ihr Konsum sicherer werden kann“ macht Dr. Gernot Rücker, Leiter des Notfallausbildungszentrums der Uniklinik Rostock, deutlich, weshalb es dringend legale Alternativen zu Alkohol geben muss. Im Gespräch für magazin.hiv erläutert Rücker, warum er diese Substanz für besonders gefährlich hält und wie mehr Wissenschaftlichkeit in der Drogenpolitik zu einem risikoärmeren Konsum führen könnte.

► <https://shorturl.at/eFHJS>

„Die Vorurteile gegenüber Cannabis sind das Resultat von lange zurückliegenden Stigmatisierungsprozessen, ausgelöst unter anderem durch politische Machtspiele, wirtschaftliche Interessen und nicht zuletzt auch durch Rassismus.“

Gernot Rücker

Das Buch ist im Buchhandel zum Preis von etwa 20 € erhältlich

Handreichung: Angebote für Crack-Konsument*innen in der Drogenhilfe

Diese Handreichung baut auf die im Januar 2023 verabschiedeten „Empfehlungen zum Umgang mit Crackkonsum in der Drogenhilfe“¹ auf. Die Bundearbeitsgemeinschaft der Betreiber*innen von Drogenkonsumräumen in Deutschland trug im Rahmen ihrer Jahrestagung im Oktober 2023 in Berlin bereits regional existierende Angebote und Erfahrungen für Crackkonsument*innen zusammen. Ergänzt werden die Maßnahmen für die Praxis durch weitere Vorschläge, die bisher noch nicht umgesetzt wurden.

Die Handreichung in Form eines digitalen Mediums findet ihr hier:

► <https://www.aidshilfe.de/medien/md/handreichtung-zur-anpassung-der-angebote-in-aids-und-drogenhilfe-fuer-crack-konsumentinnen/>

„Dieses Projekt rettet Leben!“

Aufklärung auf Augenhöhe – Peer Projekte im Fokus

Drogengebrauchende haben ein erhöhtes Risiko, sich mit Krankheitserregern wie Hepatitisviren anzustecken. Da ist es gut, dass es heute viele Möglichkeiten gibt, solchen Infektionen vorzubeugen oder sie wirksam und verträglich zu behandeln. Allerdings werden entsprechende Angebote von Drogengebrauchenden oft nicht angenommen – weil es ihnen an Informationen fehlt, weil das Bekanntwerden einer Infektion mit Stigmatisierung einhergehen kann, weil der Zugang zur Versorgung Hürden beinhalten kann, weil es andere Prioritäten in ihrem Leben gibt.

Eine Maßnahme um dies zu ändern, ist die Information, Aufklärung und Begleitung durch Peers; Menschen also, die selbst Erfahrung mit Sucht und Infektionskrankheiten haben. Sie kennen die Probleme der Betroffenen, haben ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit und können praktische Lösungsvorschläge unterbreiten – sie sind ‚Erfahrungsexpert*innen‘. Beispiele, dass und wie Peer-Projekte funktionieren, gibt es bereits aus anderen Ländern.

Vom Projekt „Erfahrungsexpert*innen als Begleiter*innen in der Gesundheitsförderung für Drogengebrauchende“ der vista gGmbH profitieren alle Beteiligten: Peers, weil sie eine sinnvolle Aufgabe haben; Drogengebrauchenden, weil sie niedrigschwellig Zugang zur Hepatitis-C-Versorgung erhalten; und die vista gGmbH, weil sie damit ein Angebot für Klient*innen schafft, das sich ganz besonders an deren Lebenswelt orientiert.

Wir sprachen mit dem Peer Wolfgang Geier.



Foto: B. KESSLER

Herr Geier, was war Ihre Motivation, als Peer zu arbeiten?

Die Hauptmotivation war, dass ich mein Wissen und meine Lebenserfahrung mit anderen teilen wollte, dass ich Drogengebrauchenden helfen wollte – und für mein nächstes Leben noch ein paar Karma-Punkte brauche (lacht).

Und wie wurden Sie auf Ihre Aufgabe vorbereitet?

Wir wurden insgesamt fünf Tage lang geschult, zur Hepatitis C im Allgemeinen, zu den Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie, zum Safer Use aber beispielsweise auch zur Teamarbeit. Wir Peers arbeiten ja nicht isoliert, sondern zusammen mit den Sozialarbeiter*innen.

Wie sieht die Aufgabenteilung aus?

Wir suchen Menschen in der Szene auf, kommen ins Gespräch mit ihnen, und wenn wir jemanden mit einer HCV-Problematik finden, dann bringen wir ihn erst mal in die psychosoziale Beratung. Die Sozialberater*innen koordinieren dann die weitere Betreuung, bieten direkt einen Hepatitis-C-Schnelltest an oder vermitteln ein solches Testangebot,

stellen den Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten her und binden uns Peers bei Bedarf wieder ein.

Wie kommen Sie denn ins Gespräch mit Klient*innen?

Zunächst einmal muss man natürlich dorthin gehen, wo sich die Klient*innen aufhalten. Das sind zum einen Einrichtungen von vista – Einrichtungen für betreutes Wohnen, Kontaktläden oder Drogenkonsumräume – dann aber auch Plätze, an denen sich die Szene trifft, Drogenumschlagplätze. Ich spreche dort die Leute an, erzähle immer zuerst von mir, von meinem Leben, dass ich die Hepatitis-C-Behandlung gemacht habe usw. Wenn man sich dann ein bisschen kennengelernt hat, kommen die Nachfragen oft schon von ganz allein; oder ich frage umgekehrt, ob da schon mal was mit Hepatitis C war oder aktuell ist. Das klappt in der Regel ganz gut, aber manchmal gibt es Kommunikationsschwierigkeiten wegen der Sprache. Viele kommen ja aus anderen Ländern, aus Russland oder Polen. Da hat sich die Video-Broschüre als sehr hilfreich erwiesen. Darin ist das Thema Hepatitis C mehrsprachig aufbereitet.

Wolfgang Geier

Jahrgang 1964, ist seit seinem elften Lebensjahr suchtkrank. Er gerät mit dem Gesetz in Konflikt, muss in Haft. 1996 erfährt er im Rahmen eines Entzugs von seiner Hepatitis-C-Virusinfektion, ohne sich zunächst darum zu kümmern. Dann aber nimmt er sein Leben in die Hand und wagt einen Neuanfang. 2018 zieht er schließlich von Bayern nach Berlin, um sich bei der vista gGmbH als Peer für Drogengebrauchende zu engagieren. In Berlin lässt er sich auch wegen der HCV-Infektion behandeln und wird geheilt. „Ich bin wirklich stolz darauf, dass ich den Absprung geschafft habe“, sagt Wolfgang Geier rückblickend.



Die vista gGmbH ist ein Netzwerk für integrative soziale und therapeutische Arbeit in Berlin und betreibt dort niedrigschwellige ambulante Einrichtungen zur Beratung, Betreuung, alltagspraktischen Unterstützung sowie Gesundheitsförderung von Drogengebrauchenden. Im Anschluss an eine Pilotphase startete vista gGmbH am 1. September 2021 das Peer-Projekt „Erfahrungs-expert:innen als Begleiter:innen in der Gesundheitsförderung für Drogengebrauchende“.

VERANSTALTUNGEN



Basel: 2. Harm Reduktion D-A-CH Konferenz

Die 2. Harm Reduction D-A-CH Konferenz in Basel am Donnerstag, 23. Mai 2024, 9.00–17.45 Uhr wird die Entwicklung der Diamorphinbehandlung in der Schweiz und International betrachten. Zudem bietet das Programm einen Blick auf die vielfältigen aktuellen Herausforderungen auf dem Gebiet von Harm Reduction.

Das aktuelle Programm und die Möglichkeit zur Anmeldung findet ihr unter:

► <https://www.hr-dachkonferenz.eu/>

Welche Aufgaben haben Sie darüber hinaus?

Wenn Klient*innen im Anschluss an die Sozialberatung etwas gegen die Hepatitis-C-Virusinfektion tun wollen, dann können wir sie dabei unterstützen. Wir sind etwa bei Arztbesuchen dabei, zum Beispiel weil zusätzliche Untersuchungen notwendig sind, oder im Rahmen der Behandlung. Das motiviert Klient*innen auch, am Ball zu bleiben.

Was sind denn die Hürden, an denen Klient*innen scheitern?

Eine Hürde ist aus meiner Sicht die Gleichgültigkeit sich selbst gegenüber. Wenn man im Konsum ist, dann ist einem eine Hepatitis C völlig egal. Menschen, die ganz unten sind, machen sich keine Gedanken um ihre Gesundheit. Da spielt es keine Rolle, dass eine Hepatitis C tödlich enden kann. Ich glaube, dass den Menschen oft auch ihre Scham im Weg steht und sie deshalb nicht von sich aus über die Infektion sprechen wollen. Die brauchen wirklich jemanden, der an ihrer Seite ist und sich für sie einsetzt. Und natürlich fehlt es auch an der Information. Ich war sehr überrascht, wie viele beim Stichwort Hepatitis-C-Be-

handlung immer noch an Interferon denken und von den neueren Arzneimitteln nichts wissen, von den hohen Heilungsraten und der guten Verträglichkeit.

Wie nehmen die Drogengebrauchenden Ihre Angebote an?

Das Interesse ist eigentlich immer groß, und ich glaube schon, dass man das auf das Peer-Konzept zurückführen kann. Für die Klient*innen ist es ein riesiger Unterschied, ob ein Sozialarbeiter mit ihnen spricht oder jemand, wie ich, der nachvollziehen kann, wie sich jemand fühlt; weil ich alles selber schon erlebt habe.

Das klingt alles sehr einleuchtend. Gibt es etwas, das Sie gerne ändern würden?

Ich würde mir eine noch größere Sichtbarkeit wünschen, zum Beispiel durch einen Infostand, mit dem man zu den Szenetreffs gehen kann und auf dem groß steht: „Hepatitis C ist heilbar, benötigen Sie Hilfe?“ oder etwas in der Richtung. Um AIDS gab es Anfang der 1980er-Jahre einen Riesenhype, bei Hepatitis C hatten wir nie so etwas, obwohl die Erkrankung viel häufiger ist. Und ich würde mir mehr Möglichkeiten wünschen, unser Projekt vorzustellen. Wir sollten beispielsweise

auch Medizinstudent*innen als eine Zielgruppe ansehen. Ich habe ja auch schon Vorträge an Universitäten gehalten, und das Interesse war stets groß. Das könnten wir ausweiten.

Würden Sie das vista Peer-Projekt auch anderen Einrichtungen empfehlen?

Auf jeden Fall. Es ist zwar anfangs nicht einfach, bis sich alles eingespielt hat und es zu Kontakten kommt. Aber dieses Projekt rettet Leben. Und ich bin optimistisch, dass es im kommenden Jahr noch mehr Anklang finden wird. Ich habe mir selbst vorgenommen, mehr nach draußen zu gehen, das Interesse abzufragen und Vorträge anzubieten.

Was haben Sie für sich persönlich aus der bisherigen Arbeit mitgenommen?

(Überlegt) Das sehr gute Gefühl, etwas für Menschen tun zu können. Seit ich bei diesem Projekt mitmache, bin ich plötzlich nicht mehr der Ex-User, sondern jemand, der anderen beistehen und ihnen helfen kann. Das ist wirklich ein sehr schönes Gefühl.

Dieses Interview wurde im Oktober 2023 durchgeführt. ♦



UNSER LESETIPP

Der große Rausch

Helena Barop

Warum Drogen kriminalisiert werden.

Eine globale Geschichte vom 19. Jahrhundert bis heute

Ein Buch so spannend wie ein Mafiafilm, exzellent recherchiert, hochaktuell und absolut süchtig machend. Nominiert für den Preis für das beste Wissenschaftsbuch des Jahres 2024. Wer Anfang des 19. Jahrhunderts in der westlichen Welt Drogen kaufen wollte, ging in die Apotheke. Wer Anfang des 21. Jahrhunderts in der westlichen Welt Drogen kaufen wollte, musste zu seinem Dealer. Wie es dazu kam, dass Medikamente zu Rauschmitteln, Rauschmittel zu Rauschgift und aus Rauschgift illegale Drogen wurden, erklärt uns Helena Barop in dieser fantastisch geschriebenen Geschichte der Drogenpolitik. Die Geschichte der Drogenpolitik ist eine Geschichte der schillernden Ambivalenzen - und es ist an der Zeit, sie neu zu sortieren.

Herausgeber: Siedler Verlag, 304 Seiten, 26 €

Cannabisaktivist*innen und JES im Talk zum Thema Stigmatisierung



FOTO: PRIVAT

Talk mit Claudia Ak

Jeden 2. Samstag im Monat findet in den Räumen des Berliner Hanfmuseums zwischen 16 und 19 Uhr der Cannabisinfotag für Patienten in Form eines Livestreams statt. Hier werden in regelmäßigen Abständen verschiedene Themen rund um Cannabis und andere Substanzen erörtert.

Veranstalter ist die Berliner Cannabis-hilfe (BCH), das Berliner Hanfmuseum und Alephsana. Moderiert wurde der Stream von Joshua Mason von 420 Events.

Es ist auch möglich, persönlich am Infotag als Zuschauer teilzunehmen.

„Stigmatisierung von Drogenkonsumenten – Einblick in persönliche Geschichten und Erfahrungen“

Im März lautete das Thema „Stigmatisierung von Drogenkonsumenten – Einblick

in persönliche Geschichten und Erfahrungen“. Im Talk waren Stefan Konikowski von der BCH, Stefan Hagbard, S. Tein und Claudia Ak. Wir alle sind Cannabispatienten und haben vielfache Erfahrungen mit Stigmatisierungen von allen möglichen Seiten.

Für mich begann der Abend mit dem Betreten des Hanfmuseums spannend zu werden. Das Museum ist mir auf jeden Fall nochmal einen Extrabesuch wert, denn hier gibt es wirklich spannende Sachen rund um Cannabis zu sehen und zu erleben.

Das Hanfmuseum ist eine Reise wert

Im Keller befinden sich die Räume, in denen der Livestream stattfand und diese atmen und zeigen die Geschichte der Hanfbewegung in Form vieler Kunst-

werke verschiedenster Künstler, die dort fast jede Wand schmücken. Teils sehr ausgefallen, aber sehr gemütlich. In dieser Atmosphäre fiel es mir dann auch leicht, über selbst erlebte Stigmatisierungen zu sprechen. Und was mir immer wieder auffällt, ist, wie wenig Frauen es in der Cannabis Selbsthilfe gibt, ich war an diesem Abend wie so oft die einzige Frau.

Was mich wirklich sehr gefreut hat, war, dass die BCH mich explizit als JES-Mitglied eingeladen hat und nicht nur als Cannabispatientin, denn die Stigmatisierungen & Demütigungen sind dieselben und haben auch dieselben Auswirkungen. Egal, welche Substanz man nun aus welchem Grund nimmt. Oft gibt es ja auch innerhalb der verschiedenen „Selbsthilfeblasen“ Vorbehalte gegen Menschen, die andere illegalisierte Substanzen nehmen. Zumindest habe ich öfter den Eindruck, dass sich so manche Cannabisgebraucher/Patienten für die besseren Konsumenten halten. Ich finde das sehr schade, denn wenn wir wirklich grundlegende Dinge in der Drogenpolitik verändern wollen, werden wir das nur zusammen schaffen.

Der nächste Infotag findet am 13. April statt, diesmal gibt es die Gelegenheit, einem versierten Anwalt Fragen zum neuen Cannabisgesetz zu stellen, sollte es denn tatsächlich kommen. ♦

Claudia Ak

Mehr Infos findet Ihr hier:

► <https://cannabis-hilfe.berlin/cannabis-infotag-fuer-patienten/>

Dr. Klaus Behrendt
verstarb am
29. Februar 2024



FOTO: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUCHTMEDIZIN

Wir haben deine Klarheit und deine Parteilichkeit geschätzt. Als Vorstandsvorsitzender der Gesellschaft für Suchtmedizin hast du dich nicht nur für die Belange von Ärztinnen und Ärzten eingesetzt, sondern auch für die der Konsument*innen und die der Patient*innen. Bereits sehr früh erkanntest du die Defizite der auf Abstinenz ausgerichteten Medizin und warst fortan ein Streiter für realistische Behandlungsziele.

Neben deiner ausgewiesenen Fachlichkeit haben wir dich auch als emotionalen Streiter für den deiner Ansicht nach „richtigen Weg“ geschätzt. Deine leidenschaftliche Seite haben dann auch Gesundheitspolitiker*innen bei parlamentarischen Abenden zu spüren bekommen.

Du, lieber Klaus, wirst fehlen ...

JES-Bundesverband

Hohe Auszeichnung für Simone Schafnitzel

Selbsthilfegruppe Connection Fulda (JES)

Zum Ende des letzten Jahres erhielt unsere langjährige JES-Aktivistin Simone Schafnitzel aus Fulda eine besondere Auszeichnung des Landes Hessen. Simone war eine von sechs Personen, die vom Sozial- und Integrationsminister Kai Klose für ihr soziales Bürger*innenengagement geehrt wurde.

„Frau Schafnitzels ehrenamtliches Engagement begann bereits vor elf Jahren. Damals gründete sie die Selbsthilfegruppe „Connection“ für Menschen, die Drogen konsumieren oder konsumiert haben. Aufgrund Ihrer eigenen Biografie wusste sie, worauf es bei einem Angebot für Menschen mit Drogenerfahrung

ankommt. Heute ist die Anlaufstelle für Betroffene in Fulda nicht mehr wegzudenken. Wöchentlich treffen sich dort Menschen zwischen 18 und 70 Jahren, um sich in vertrauensvollem Rahmen über ihre Drogensucht, ihre Ängste und Sorge auszutauschen. Gemeinsam mit der AIDS-Hilfe Fulda sucht Frau Schafnitzel Menschen mit Drogenproblemen auf, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben, begleitet sie zu Arztterminen, vermittelt bei Konflikten und hilft bei Behördenangelegenheiten. „Frau Schafnitzel, Sie haben die akzeptierende Drogenarbeit in Fulda professionalisiert und so Menschen Gehör und Zuflucht verschafft, die sonst keine Lobby haben. Sie sind eine Vermittlerin und Organisatorin, die sich übrigens auch kontinuierlich weiterentwickeln will“, so Klose. ♦



FOTO: HMSI

Als JES-Bundesvorstand senden wir dir, liebe Simone, im Namen aller JES-Gruppen die allerbesten Glückwünsche zu dieser besonderen Auszeichnung für deine Arbeit in Fulda und im JES-Netzwerk. Wir sind stolz auf dich und auf das, was du in Fulda für drogengebrauchende Menschen seit vielen Jahren ehrenamtlich leistest. Bleib genauso wie du bist – denn du bist einfach großartig!

JES-Bundesvorstand

Simone Schafnitzel mit dem Integrationsminister Klose

**Opioidabhängigkeit kann viel verändern,
ebenso wie eine Behandlung.**

ICH BIN BEREIT

***Sich für Unterstützung zu entscheiden,
erfordert Mut - geht aber
- Jakob, 39***

JES-Mailingliste

netzwerk@jes-bundesverband.de

JES NRW e. V.

Ansprechpartner:
Torsten Zelgert (Projektleiter)
Neichenerstraße 13
51491 Overath
Tel.: 0176 / 93 63 56 68
info@jesnrw.de

JES-Westschiene

info@jesnrw.de

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
www.jesbielefeld.de
Ansprechpartner:
Mathias Häde
Tel.: 0521 / 398 86 66

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

JES Dortmund
t.greife@jesnrw.de

JES Düsseldorf
c/o Aidshilfe Düsseldorf
Johannes-Weyer-Straße 1
40225 Düsseldorf
Ansprechpartner:
Karsten Hintz
Tel: 0157 / 50 43 85 45

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

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

JES Wuppertal
c/o Café Cosa
Morianstr. 36
42103 Wuppertal
Tel: 0172/9252871
Doersamvolker15@gmail.com
guido.rapior@jesnrw.de

JES Unna
Morgenstraße 35 (Vorderhaus)
59423 Unna
Ansprechpartner*innen:
Björn Peterburs
Tel: 01573 / 779 61 93
Patricia Westermann
Tel: 0178 / 332 75 71

VISION
Neuerburgstraße 25
51103 Köln
Tel.: 0221 / 82 00 73-0
Fax: 0221 / 82 00 73-20
info@vision-ev.de
www.vision-ev.de
Ansprechpartnerinnen: Claudia Schieren (JES-Bundesvorstand)
Bina Klier (JES Bundesvorstand)

JES-Nordschiene

schiene-nord@jes-bundesverband.de

JES Berlin
jesberlin@web.de
Tel: 0170 / 915 48 63
Ansprechpartnerin: Martina Hoffmann

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

JES-Gruppe Bremen
c/o Comeback
Bahnhofsplatz 29
28195 Bremen
0152 / 08 66 45 41
jes.bremen@web.de
Kontakt: Lennert Loch
(Nordschienenkoordination)

JES Hamburg
Tel: 0176 / 6870 29 29
jes-hamburg@gmx.de
Ansprechpartner:
Jens Agelopoulos

JES Hannover e. V.
c/o Ilona Rowek
Döbbekedhof 2
30659 Hannover
Tel: 0511 / 65 52 61 53
Mobil: 0157 / 74 65 45 84
jeshannover@posteo.de

JES Kassel e. V.
c/o AIDS-Hilfe Kassel e. V.
Motzstraße 1
34117 Kassel
Tel.: 0561 / 97 97 59 10
Fax: 0561 / 97 97 59 20

JES Peine-Lehrte
Bahnhofstr. 8
31226 Peine
Ansprechpartner:
Stefan Ritschel
(JES Bundesvorstand)
Tel.: 01577 / 391 95 64
jes-peine@web.de

JES-Südschiene

schiene-sued@jes-bundesverband.de

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

JES Bayreuth
Nordring 2, BKH
alte Wäscherei Nebenraum
95445 Bayreuth
Tel: 01578 / 534 06 50

Fulda
Connection – Selbsthilfegruppe
für Drogenkonsumenten
Tel.: 01577 / 044 35 30
Ansprechpartnerin:
Simone Schafnitzel
www.shg-connection.de

NEU NEU NEU NEU

JES-Frankfurt
sabina@jes-ffm.de

JES Lörrach
use.jes@gmail.com

JES München
c/o Condrops e.V.
Kontaktladen limit
Emanuelstraße 16
80796 München
Tel.: 089 / 307 60 18 18
Thekla Andresen
(JES-Bundesvorstand)
theklaforjes@gmail.com

JES Nürnberg
Michaela Kolbeck
c/o JES Nürnberg
Widhalmstraße 12
90459 Nürnberg
Tel: 01573 / 816 06 48
jes.nbg@gmail.com

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

JES Wiesbaden
c/o Aidshilfe Wiesbaden
Karl-Glässing-Str. 5
65183 Wiesbaden
www.jes-wiesbaden.de
Ansprechpartnerin:
Claudia Ak
c.ak@jes-wiesbaden.de
JES Südschienenkoordination

Weitere wichtige Adressen

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

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

Bitte teilt uns eventuelle
Adressänderungen mit!

Stand der Adressen: 15. März 2024

Für mehr Individualität



in der Substitutionstherapie

21. JULI 2024

**INTERNATIONALER GEDENKTAG
FÜR VERSTORBENE
DROGENGEBRAUCHENDE**



**KONSUM-
SICHERHEIT
FÜR ALLE(S)**

WIR FREUEN UNS ÜBER EURE BETEILIGUNG



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

Wilhelmstr. 138 • 10963 Berlin

Tel.: 030/69 00 87-56

Fax: 030/69 00 87-42

Mail: vorstand@jes-bundesverband.de

www.jes-bundesverband.de