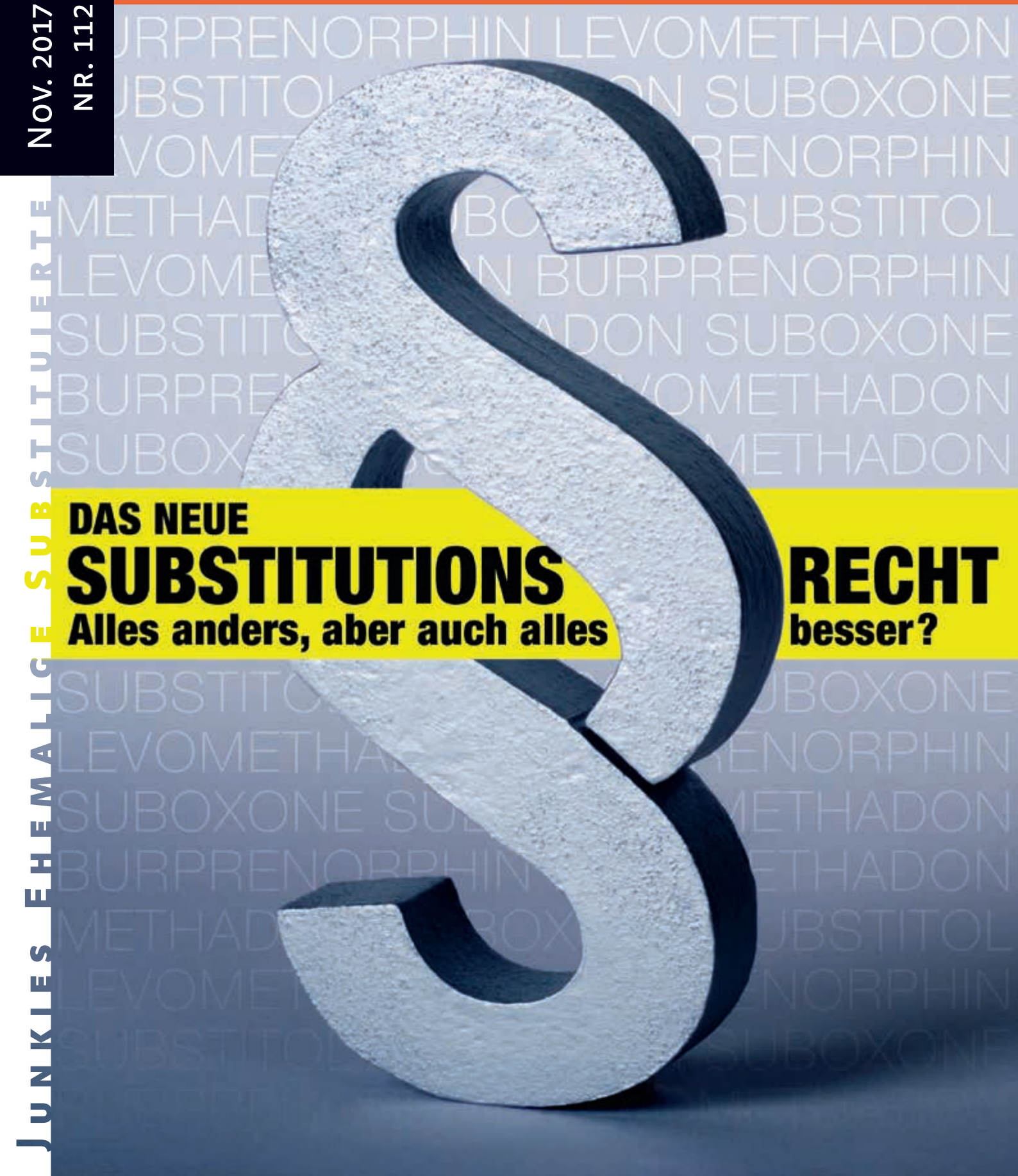
DROGENKURIER

MAGAZIN DES JES-BUNDESVERBANDS

Nov. 2017
Nr. 112

Junkies Ehemalige Substituierte



DAS NEUE SUBSTITUTIONS RECHT

Alles anders, aber auch alles besser?

IMPRESSUM

Nr. 112, November 2017
Herausgeber des DROGENKURIER:
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

DAH-Bestellnummer: 102112
ISSN: ISSN 2512-4609
Auflage: 4.000 Exemplare

Redaktion: JES-Bundesvorstand, Dirk Schäffer
Mitarbeit: Peter Wiessner

Titelfoto: amphotora/iStockphoto.com
Layout, Satz: Carmen Janiesch
Druck: wir-machen-Druck.de

Der DROGENKURIER wird unterstützt durch:
Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
GL Pharma
INDIVIOR
Mundipharma
Sanofi Aventis
(Nennung in alphabetischer Reihenfolge)

* 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,

Es ist kaum zu glauben, aber wir blicken schon wieder auf ein sehr ereignisreiches und teilweise auch erfolgreiches Jahr 2017 zurück. Im Mittelpunkt dieser Ausgabe sowie des gesamten Jahres steht und stand das Thema „Novellierung der Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung“, also den Richtlinien, die den rechtlichen Rahmen für die Substitutionsbehandlung darstellen

Wir wollen dem Topthema dieser Ausgabe nicht vorgreifen, aber soviel vorab, wir können mit den neuen Richtlinien durchaus als Patient*innen zufrieden sein. Alles weitere wird erst die Praxis zeigen müssen. Wir nutzen diese Ausgabe, um euch die neuen Richtlinien in aller Ausführlichkeit vorzustellen und die Auswirkungen für die Praxis zu diskutieren.

Auch das Thema Strafvollzug nimmt in dieser Ausgabe einen größeren Raum ein. Wir freuen uns sehr, als einer der Ersten die neue Modellvereinbarung der Region Hannover vorstellen zu dürfen. Dort ist es gelungen, den schwierigen Zeitraum direkt nach der Haftentlassung zu überbrücken. Bereits am Tag der Haftentlassung ist eine Substitutionsbehandlung bei einem niedergelassenen Arzt möglich. Mehr dazu in unserem Beitrag. Der JES-Bundesverband hat vor einigen Wochen, seine Mitgliederversammlung durchgeführt und einen neuen Vorstand gewählt. Die Mitglieder des neuen Gremiums stellen sich in dieser Ausgabe vor.

Hinweisen möchten wir auf einen sehr interessanten Beitrag zum Thema „patentgeschützte und patentfreie Medikamente zur Substitution“.

Schließlich gibt es viel Neues aus den Regionen. Ein neues Modellprojekt für und mit Drogen Gebrauchenden oder drogengefährdeten Migrant*innen, neue Medien und Videospots, einen Bericht von der Veranstaltung „HIV im Dialog“ in Berlin und vieles vieles mehr.

Uns als Redaktionsteam bleibt nur noch Ihnen und Euch ein friedliches und gesundes Weihnachtsfest zu wünschen. Wir würden uns freuen, Sie und Euch als Leserinnen und Leser des DROGENKURIER auch im nächsten Jahr begrüßen zu dürfen.

Das Redaktionsteam

Substitutions-behandlung – alles anders, aber auch alles besser?

Was bringen die Reformen den Patient*innen?

In den vergangenen Jahren haben wir immer wieder über die Entwicklungen der Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitution informiert.

JES und die Deutsche AIDS-Hilfe als Patientenorganisationen, waren seit dem Auftakt der Sitzungen im Jahr 2013 an den Beratungen beteiligt. Seit dem 2. Oktober 2017 sind die neuen Richtlinien nun in Kraft. Zu unserer großen Freude, finden sich die meisten Forderungen von JES im neuen Gesetzestext sowie den Richtlinien der Bundesärztekammer wieder.

Nachfolgend werden wir die Veränderungen der BtmVV vorstellen, indem wir die bisherigen Richtlinien den neuen Richtlinien gegenüberstellen. Zudem werden wir die Veränderungen für Patientinnen und Patienten in der Substitutionsbehandlung vorstellen. Hierbei handelt es sich selbstverständlich um eine persönliche Einschätzung des Autors.

Das Wirrwarr der Verordnungen und Richtlinien

Zu Beginn wollen wir einen kurzen Überblick über die verschiedenen Gesetze, Verordnungen und Richtlinien geben, die die Substitution umgeben: Betrachten wir die Substitutionsbehandlung in Deutschland, so wird sie von einem Dreiklang oder besser einem Dreieck von Verordnungen und Richtlinien eingerahmt.

Betäubungsmittelgesetz (BtmG) / Betäubungsmittel Verschreibungs-Verordnung (BtmVV)

Das BtmG regelt den generellen Umgang mit Betäubungsmitteln. Die BtmVV enthält Regelungen zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs. Zum Inkrafttreten der BtmVV wird die Zustimmung der Bundesländer bzw. des Bundesrats benötigt.

Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitution

Diese Richtlinie trifft Feststellungen zum Stand der medizinischen Wissenschaft für die Substitutionsbehandlung.

Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des GBA

Diese Richtlinie regelt die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Hier wird festgelegt welche Leitungen des Arztes in der Substitutionsbehandlung von den Krankenkassen bezahlt werden.

Was ist nun neu?

Alt	Neu	Veränderungen für substituierte Frauen und Männer
Bisher war es das oberste Ziel der Substitution eine **Betäubungsmittelfreiheit** zu erreichen	Primär gilt nun mit der Substitution das Überleben zu sichern. Dann gilt es den Gesundheitszustand zu stabilisieren und dann erst soll eine **Abstinenz von Opioiden** angestrebt werden.	Mit dieser wichtigen Änderung passt sich das Therapieziel der Realität an. Die Substitution ist nicht das Allheilmittel für neben der Opiatabhängigkeit bestehende Kokain- oder Benzodiazepin-abhängigkeiten. Das Therapieziel konzentriert sich nun auf die Abstinenz vom Straßenheroin. Die Erwartung des Erreichens einer Abstinenz von allen Betäubungsmitteln führte in der Vergangenheit zu viel Druck und vielen Sanktionen aufgrund des Beikonsums. Das vielfach belastete Arzt-Patientenverhältnis könnte sich nun merklich entspannen.
Bisher musste der Arzt bzw. die Ärztin die Substitution z.B. in Pflegeeinrichtungen mit hohem zeitlichen Aufwand durchführen.	Der Katalog der Einrichtungen denen das Substitut überlassen werden darf, wird nun auf **stationäre Einrichtungen der medizinischen Reha, Gesundheitsämter, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Alten- und Pflegeheime und Hospize** erweitert. **Das Substitut kann nun auch von eingewiesenem Personal dort abgegeben werden.**	Wir als Substituierte werden immer älter. Gleichzeitig haben wir aufgrund des jahrzehntelangen Lebens unter den Bedingungen der Prohibition und Kriminalisierung einen schlechten gesundheitlichen Zustand, der für viele von uns Maßnahmen der stationären oder häuslichen Pflege oder Rehabilitation frühzeitiger erforderlich werden lässt. Durchblutungsstörungen in Beinen und Füßen, massive Beschwerden beim Atmen und Herzerkrankungen, hindern viele von uns am täglichen Gang zum Arzt. Die neuen Regelungen ermöglichen eine einfachere Versorgung zu Hause oder in einer Einrichtung. Die Delegation dieser zeitintensiven Arbeit, kann dazu beitragen, dass unsere Ärzte daher mehr Stunden in der Praxis verbleiben und für Patient*innenanliegen zur Verfügung stehen.
Bisher waren die Voraussetzungen für den Beginn und die Fortsetzungen der Substitution sowie zum Beikonsum und zur Take Home in der BtmVV) verankert. Vermeintliche oder tatsächliche ärztliche Fehler wurden vielfach mit dem Strafrecht beantwortet.	Nun ist die Bewertung dieser medizinischen und therapeutischen Sachverhalte in die Richtlinie der Bundesärztekammer übertragen worden.	Dies bedeutet in erster Linie Rechtssicherheit für Ärzte. Die Angst vor dem Staatsanwalt führte zu einer Vielzahl von Kontrollen und Sanktionen und bei Patienten zu Tricksereien um diesen Sanktionen zu entgehen. Die Beziehung von Arzt/Ärztin und Patient*in blieb hierbei oft auf der Strecke. Das so wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt /Ärztin und Patient*in hat nun vielleicht wieder eine Chance. Daher könnte gerade diese Neuerung auch für Patient*innen von Bedeutung sein.
Bisher wurde die Entscheidung über eine Take-Home-Vergabe durch rechtliche Vorgaben überlagert. Wissenschaftlich therapeutische Aspekte mussten sich unterordnen. Die maximale Dauer der eigenverantwortlichen Einnahme betrug 7 Tage. Lediglich für Urlaube im Ausland war die eigenverantwortliche Einnahme für bis zu 30 Tage erlaubt.	Die Entscheidung über eine **Take Home Regelung und deren Dauer wurde nun in den Verantwortungsbereich des Arztes/der Ärztin übertragen.** Innerhalb der geltenden Richt- und Leitlinien kommt der fachlichen Bewertung durch den Arzt/die Ärztin eine stärkere Berücksichtigung zu. Bei der Dauer der eigenverantwortlichen Einnahme wird nun zwischen folgenden Regelungen unterschieden: • 2- Tage- Regelung (z.B am Wochenende) • 7- Tage – Regelung • mehr als 7 Tage und für bis zu 30 Tage (in begründeten Einzelfällen) Die neuen Richtlinien heben die unterschiedlichen Zeiträume der eigenverantwortlichen Einnahme zwischen einem Urlaub im Ausland und im Inland auf.	Diese Erweiterung der Zeiträume der eigenverantwortlichen Einnahme erhöht die Autonomie jener Patient*innen, die bereits über viele Jahre stabil substituiert werden und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie am Erwerbsleben ausweiten möchten. Gerade für berufstätige Patient*innen bedeutet das Aufsuchen des Arztes am Wochenende unnötige Komplikationen, für Wochenendausflüge mit der Familie, einem Engagement beim Ehrenamt, beim Sport und bei vielen anderen Vorhaben in der Freizeit. Demgegenüber könnte die 2 Tage Regel insbesondere für Patient*innen im kleinstädtischen oder ländlichen Bereich die Versorgung am Wochenende sicherstellen.

Alt	Neu	Veränderungen für substituierte Frauen und Männer
Bisher durfte der Arzt ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn und solange die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht.	**Eine psychosoziale Betreuung soll dem Patienten nun regelhaft empfohlen werden.** Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen sollen vom substituierenden Arzt koordiniert werden.	Aus unserer Sicht ein lange überfälliger Schritt. Auch wenn die Entscheidung über die Notwendigkeit beim Arzt/ Ärztin liegt und nicht auf den Patienten übertragen wurde, wird die Kopplung einer Substitution an eine PSB oder einer schriftlichen Bestätigung der Nichterfordernis durch eine entsprechende Einrichtung aufgehoben. **Bisher sahen die GBA-Richtlinien eine Bescheinigung über die Nichterfordernis der PSB vor. Bis zur Novellierung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) für die Substitutionsbehandlung bleibt die bisherige Regelung zur PSB in Kraft.** Aus unserer Sicht bietet die neue Regellung die Möglichkeit, dass sich die PSB nun ausreichend um jene Patient*innen kümmern kann, die eine PSB wollen und brauchen.
Bisher durften suchtmedizinisch nicht qualifizierte Ärzte höchstens 3 Patient*innen behandeln, wenn sich die Patient*innen zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal in jedem Quartal dem suchtmedizinisch qualifizierten Arzt vorstellen.	Die bisherige Begrenzung wird von 3 auf höchstens 10 Substitutionspatient*innen angehoben. Die Bedingungen hierfür bleiben unverändert.	Insbesondere für Substitutionspatient*innen die in strukturschwachen Regionen leben, in denen kein suchtmedizinisch qualifizierter Arzt zur Verfügung steht, haben mit der Aufstockung der Patientenzahl eventuell die Möglichkeit, sich wohnortnah bei ihrem Hausarzt behandeln zu lassen. Wenn Hausärzte tatsächlich 10 Substitutionspatient*innen behandeln, könnte dies auch eine Motivation sein eine suchtmedizinische Qualifikation zu erwerben um entsprechend mehr Patient*innen zu behandeln. Dennoch wollen wir nicht verschweigen, dass wir als Patientenvertretung diese Regelung grundsätzlich kritisch betrachten. Wir meinen, dass jede Ärztin und jeder Arzt der sich der Substitutionsbehandlung zuwendet, auch eine medizinisch- fachliche Qualifikation erwerben sollte.

Aber was ist eigentlich mit den Richtlinien des GBA?

Die Bedeutung dieser Richtlinien ist klar, sie regeln was die Ärztin/ der Arzt mit der Krankenkasse abrechnen kann. Klar ist auch, dass eigentlich alles von den Kassen bezahlt werden sollte, was der Gesetzgeber und die Bundesärztekammer in ihre Richtlinien aufgenommen haben. Genau hierum geht es bei den aktuell stattfindenden Beratungen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss gibt es aktuell mit Marco Jesse vom JES-Bundesverband und Dirk Schäffer von der DAH zwei Vertreter der Patienten.

Unser Ziel ist es, dass es zu einer Harmonisierung der Richtlinien kommt und das von den Kassen bezahlt wird, was den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft abbildet.

Wir werden euch im DROGENKURIER weiter über den Fortgang der Beratungen informieren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss

. . . hat 13 stimmberechtigte Mitglieder. Er besteht aus fünf Vertretern der Kostenträger (entsandt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), fünf Vertretern der Leistungserbringer, vertreten durch zwei benannte Mitglieder der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), zwei benannte Mitgliedern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und ein benanntes Mitglied der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)

Ferner gibt es drei Unparteiische Mitglieder, von denen einer Vorsitzender des Ausschusses ist. Über die drei Unparteiischen müssen sich die oben genannten Vertreter der Kostenträger und Leistungserbringer einigen, andernfalls werden sie vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ernannt.

Jeweils bis zu fünf allgemeine Patientenvertreter sowie fünf themenbezogene Patientenvertreter nehmen an Plenums- und Ausschusssitzungen beratend teil, haben ein Antragsrecht und das Recht, vor Abstimmungen ihr Votum einzubringen, sind jedoch nicht stimmberechtigt.

+++ Substitution konkret +++ Substitution konkret +++ Substitution konkret +++ Substitution konkret +++

Nun gibt es die neuen Richtlinien des Gesetzgebers (BtmVV) und der Bundesärztekammer (BÄK), aber was bedeutet dies konkret für euch und eure Behandlung?

Wir haben eine Vielzahl an Fragen bekommen, da es sowohl auf Seiten der Ärzte und auf Seiten der Patient*innen Unsicherheiten gibt. Wir haben einige Fallbeispiele aufgeführt, die fiktiv sind, aber sicher die Situation vieler von euch wiedergeben.

1. Ich muss aktuell einmal monatlich zur PSB, kann ich nun mit den neuen Richtlinien, die PSB beenden?

Wir denken, dass dies aktuell nicht möglich ist. Dies aus zweierlei Gründen: Die Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sehen eine PSB vor bzw. verlangen eine Bestätigung der jeweiligen Einrichtung das keine PSB erforderlich ist. Die Richtlinien der (GKV) werden aktuell überarbeitet aber gelten weiter bis sie durch ein neues Regelwerk ersetzt werden.

Die PSB könnte Bestandteil deines Behandlungsvertrags sein. Wir würden dir folgendes Vorgehen vorschlagen. Sprich mit deiner Beratungsstelle darüber, dass du die PSB beenden möchtest und begründe dies.

2. Ich möchte mein Take Home verlängern. Ist dies möglich?

Grundsätzlich ja. Die neuen Richtlinien ermöglichen eine Take Home für bis zu 30 Tagen. Allerdings haben Patient*innen weiterhin keinen Rechtsanspruch darauf. Wir empfehlen dir, das Gespräch mit deinem Arzt zu suchen und eine schrittweise Verlängerung der Take Home zu besprechen z. B. von bisher 6 Tage auf 10 Tage. Sodass du nur noch 3x im Monat in die Praxis musst.

3. Kann ich Take Home bekommen, wenn ich Beikonsum habe?

Grundsätzlich ja. Hier kommt es allerdings auf die Art und den Umfang des Beikonsums an. Die Richtlinien der BÄK treffen erst ab einer Take Home für bis zu 7 Tage folgende Aussage: ***„der Patient konsumiert stabil keine weiteren Substanzen, die zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels zu einer schwerwiegenden gesundheitlichen Gefährdung führen können“.***

Wir sind der Meinung, dass z. B. der Konsum von Cannabis oder ein gelegentlicher Beikonsum von Kokain oder Crack kein grundsätzlicher Ausschlussgrund für eine Take Home sind, da **weder Cannabis noch Kokain zusammen mit der Einnahme des Substituts zu einer schwerwiegenden gesundheitlichen Gefährdung führt.**

Etwas anders sieht dies beim Beikonsum von Alkohol und Benzodiazepinen aus. Der Konsum von Heroin, Alkohol und Benzodiazepinen kann zusammen mit der Einnahme von Methadon oder Levomethadon zu Atemdepressionen führen. Aber auch hier kommt es darauf an, ob du diese Substanzen permanent im Urin hast oder ob du abends mal eine Flasche Bier trinkst. Wir empfehlen dir, das Gespräch mit dem Arzt zu suchen und ihn zu bitten, dir die Gründe zu nennen, die von seiner Seite gegen eine Take Home sprechen. Wenn möglich vereinbare mit ihm Ziele die du erreichen musst um Take Home-fähig zu werden. Eventuell sind geringe Take Home Zeiträume (z. B. 2 Tage) eine Zutrittspforte zur Take Home.

4. Ich wohne zu Hause aber kann aufgrund meines schlechten Gesundheitszustands nicht jeden Tag in die Praxis kommen. Kann ich zu Hause substituiert werden?

Ja, entweder durch deinen Arzt/deine Ärztin oder von ihm/ihr eingesetztes medizinisches Personal. Darüber hinaus kann die Substitution vom medizinischen oder pflegerischen Personal, das einem ambulanten Pflegedienst oder einer Einrichtung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung angehört, durchgeführt werden.

5. Mein Arzt ist 50 km entfernt, ich schaffe den täglichen Weg nicht mehr und kein Arzt in meinem Wohnumfeld will substituieren. Was kann ich tun?

Die neuen gesetzlichen Richtlinien ermöglichen eine Substitution in einer staatlich anerkannten Einrichtung der Suchtkrankenhilfe.

Wir empfehlen dir deinen Arzt mit deiner Drogenhilfe in Kontakt zu bringen. Dein Arzt muss mit der Drogenhilfe eine Vereinbarung treffen (Mustervereinbarungen wird es bald geben) und eine verantwortliche Person einweisen. Wenn Drogenhilfe und Arzt hierüber Einigkeit erzielt haben, kann deine Substitution zukünftig auch wohnortnah in der Drobs durchgeführt werden.

Dirk Schäffer

+++ Substitution konkret +++ Substitution konkret +++ Substitution konkret +++ Substitution konkret +++

SANOFI NIMMT DEN DRUCK

5
20

- durch engagierte Aufklärungsarbeit in einem stigmatisierten Therapiegebiet.
- durch partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Fachkreisen und Betroffenen.
- durch einen umfassenden Praxisservice und interdisziplinäre Fortbildung.

40 Jahre Erfahrung in der Suchttherapie.

1701_LPL_B –SADE.POAN.17.02.0283

www.substitutionsportal.de

SANOFI

Foto: paulmz/fotolia.com

Hohe Risiken für substituierte Haftentlassene

Risiken nach der Haftentlassung reduzieren und Teilhabe sichern

Das Modell der Entlassungsvorbereitung und nahtlosen Substitution für Haftentlassene in der JVA Hannover

Im Oktober 2014 kamen der Entlassungskoordinator der JVA Hannover, ein Teamleiter Markt & Integration sowie ein Fallmanager des Jobcenter Region Hannover zu dem Entschluss, dass dringend etwas getan werden muss, um die Integration von substituierten Haftentlassenen zu verbessern.

Ein zentrales Problem bestand in der nahtlosen Substitution nach der Haftentlassung und gleichzeitigen Unterstützungsmaßnahmen der beruflichen Förderung.

Trotz bestem Bemühen und Mitwirken bei den Beratungs- und Hilfsangeboten von Justiz und Sozialverwaltung kam es zu Rückfällen, weil keine nahtlose Anschlusssubstitution sichergestellt werden konnte. Insbesondere ein Mitbewohner der Einrichtung schilderte die institutionellen Hürden und seinen fatalen Rückfall, den er mit aller Kraft verhindern wollte. In jobcenterinternen Gesprächen wurde daraufhin sehr deutlich, dass diese offensichtlich lange klaffende Lücke im Hilfesystem nicht von einer Behörde allein geschlossen werden kann.

Betreuung und Interaktion nach der Haftentlassung

Schnell wurde offensichtlich, dass die jeweiligen Arbeitsabläufe, die gesetzlichen Bestimmungen, und internen Dienstanweisungen nicht aufeinander abgestimmt waren.

Im Mittelpunkt eines Folgetreffens stand die Frage, wie z.B. Beispiel mit dem Erlass des niedersächsischen Justizministeriums zur Sicherstellung der Anschlusssubstitution nach Haftentlassung umgegangen werden soll, wenn es nicht gelingt einen externen Arzt zu finden, der die weitere Behandlung garantiert. Die Konsequenz wäre, dass ansonsten in den letzten Monaten bis zur Entlassung das Substitut abdosiert werden muss oder eine Entgiftung erfolgen muss.

Das Problem en Detail

Eine Ärztin/ein Arzt kann nur der Behandlungsübernahme zustimmen, wenn bereits am Entlassungstag ein Krankenversicherungsschutz besteht. Die Krankenkassen können diesen Schutz vorab nicht zusichern, weil sie keine Meldung des Jobcenters zum Leistungsbezug vorliegen haben. Das SGB II sieht nicht vor, dass Inhaftierte unabhängig von der örtlichen Zuständigkeit aus der Haft heraus einen Antrag stellen und dieser bis zum Entlassungstag beschieden ist.

Nur die intensive Netzwerkarbeit des Entlassungskoordinators im örtlichen Arbeitskreis Sucht, Drogen & Aids, durch die Kontakte des Drogenbeauftragten der Stadt und Region Hannover zu diversen Krankenkassen und interne Bestrebungen des Jobcenters, führten von Sommer 2015 bis August 2016 zu weiteren Treffen unter Federführung der Geschäftsführung des Jobcenters. So erhöhte sich nicht nur die Anzahl der Personen mit Entscheidungskompetenz, sondern dies führte zu mehr kollegialem Verständnis. Alle Akteure waren sichtbar bestrebt einen Weg zu finden um die gesundheitlichen Risiken für Haftentlassene zu reduzieren, den Zugang zum Arbeitsmarkt zu ermöglichen und somit die Teilhabe zu erhöhen und Versorgungslücken zu schließen

FOTO: KOSZIVU/FOTOLIA.COM

Das Ziel war erreicht

Mit der AOK Niedersachsen als einzige Krankenkasse und der JVA Sehnde als weitere Haftanstalt neben Hannover wurden schließlich Vereinbarungen verschriftlicht, die der Zusammenarbeit einen verbindlichen Rahmen gaben.

Im September 2016 wurden die Vereinbarungen um konkrete Arbeitsabläufe als Anlage der Vereinbarung erweitert.

Aufgaben des Jobcenter Region Hannover

- Der Antrag auf ALG II, der mindestens 4 Wochen vor Haftentlassung in der Justizvollzugsanstalt (JVA) gestellt wird, wird in dem postalisch für die jeweilige JVA zuständigen Jobcenter-Standort angenommen.
- Der Antrag wird bis zum Entlassungstag entscheidungsreif bearbeitet. Fehlende Unterlagen können über den/die im Anschreiben zum Antrag genannten Sozialarbeiter/in der JVA angefordert werden.
- Die im Antrag zu benennende Krankenkasse wird im Rahmen der Antragsbearbeitung über den grundsätzlichen ALG II-Anspruch schriftlich informiert und zur Übersendung eines vorläufigen Behandlungsscheins aufgefordert.
- Am Tag der Haftentlassung wird bei persönlicher Vorsprache des/der Kunden/in und nach Vorlage des Entlassungsscheins sowie eines gültigen Ausweisdokuments oder des erweiterten Entlassungsscheins die abschließende Bearbeitung des Antrags vorgenommen und der Be-scheid ausgehändigt. Bei Bewilligung von ALG II wird der Behandlungsschein der Krankenversicherung ausgehändigt. Die Krankenkasse wird hierüber schriftlich informiert.
- Der Vorgang wird nach Wohnsitznahme des/der Kunden/in an den entsprechend zuständigen Jobcenter-Standort abgegeben. Von dort erfolgt die zeitnahe Einladung und Betreuung im Rahmen des Fallmanagement.

Aufgaben der Justizvollzugsanstalten

- Information der Substitutionspatienten über das abgestimmte Verfahren zur Sicherstellung einer nahtlosen Substitution nach Haftentlassung zu Beginn der Inhaftierung.
- Gemäß des Erlasses des niedersächsischen Justizministeriums vom 01. April 2003 ist Unterstützung bei der Erschließung eines freien Substitutionsplatzes zu leisten.
- Mindestens 4 Wochen vor der Haftentlassung Unterstützung bei der Antragstellung ALG II im entsprechenden Jobcenter-Standort sowie Klärung der gewünschten Krankenversicherung. In der Regel die letzte Krankenkasse vor dem Haftantritt. Eine aktive Beratung zum Krankenkassenwahlrecht erfolgt nicht.
- Mitteilung an das Jobcenter zum Stand des Überbrückungsgeldes laut Kontoauszug zum Zeitpunkt der Antragstellung, sowie zum Haus- und Eigengeld.
- Klärung der beabsichtigten Wohnsitznahme und entsprechende Mitteilung an das Jobcenter im Rahmen der Antragstellung.
- Mitteilung über die ordnungsbehördliche Anmeldung und ggf. Unterstützung bei der Beschaffung von Ausweispapieren, bzw. Ausstellung eines erweiterten Entlassungsscheins.

Ergänzend dazu hat der zuständige Entlassungskoordinator für die JVA Hannover die Anstaltsregelungen für das Übergangsmanagement erweitert, welche die Abläufe, Dokumentationspflichten und Zuständigkeiten benennt, nach denen anstaltsintern gehandelt werden muss.

Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen

- Bei grundsätzlich bestehendem Anspruch auf ALG II nach Haftentlassung erteilt die Krankenkasse vorab die Versicherungszusage, sofern seitens des Jobcenters Region Hannover eine entsprechende Mitteilung zum erwarteten Leistungsanspruch erfolgt.
- Die Krankenkasse sendet einen Behandlungsschein unverzüglich nach Erfassung an das Jobcenter Region Hannover.

Die Zusicherung einer Schwerpunktpraxis in Hannover zur Übernahme der Behandlung, sowie bei Bedarf der Sicherstellung der psychosozialen Betreuung durch eine Institutsambulanz ist ein zentraler Punkt des neuen Modells.

Stand September 2017: Sowohl die Stadt als auch die Region Hannover, haben ihre Bereitschaft erklärt, für Bezieher von Leistungen gemäß SGB XII nach Haftentlassung, der Vereinbarung beizutreten. ■

AK Sucht, Drogen & Aids Hannover

Kommentar des JES-Bundesverbands

Wir gratulieren zu dieser wegweisenden Umsetzung der Sicherstellung der Substitutionsbehandlung sowie von staatlichen Transferleistungen unmittelbar nach der Haftentlassung. Hiermit wird die überaus schwierige Phase nach der Haftentlassung nicht nur überbrückt, sondern geschlossen. Das hier beschriebene Modell wäre ohne die herausragende Initiative einiger wichtiger Personen nicht möglich gewesen. Hierfür möchten wir uns bedanken. Gleichsam zeigt die Region Hannover, wie wichtig und erfolgreich eine interdisziplinäre Netzwerkarbeit sein kann. Die hier beschriebene schrittweise Umsetzung kann anderen Regionen als Blaupause dienen um die gesundheitliche und soziale Versorgung von opiatkonsumierenden Haftentlassenen sicherzustellen.

Aktiver Drogenge kein Hind eine HCV-

Die DRUCKSTUDIE des Robert Koch Instituts zeigte, dass zwischen 50 bis 70 % der intravenös Drogen Gebrauchenden eine behandlungsbedürftige Hepatitis C Infektion haben. Dennoch werden Drogengebraucher*innen in Deutschland immer noch zu selten mit den nun zur Verfügung stehenden hochwirksamen Medikamenten (DAA) behandelt. Neben der fachlichen Unsicherheit vieler Suchtmediziner*innen hinsichtlich der HCV Behandlung von substituierten Patient*innen, finden wir in der Ärzteschaft immer noch bestehende Vorurteile hinsichtlich der Zuverlässigkeit sowie des hohen Risikos einer Reinfektion bei Drogenkonsument*innen.

Foto: iStockphoto.com/jarun011

brauch ernis für Therapie

Natürlich gibt es fachlich herausragende Ärzt*innen, die der HCV-Behandlung vorbehaltlos gegenüberstehen, aber bundesweit sind die Behandlungszahlen immer noch zu gering, um signifikante Veränderungen der Prävalenz erzielen zu können.

... und was geschieht eigentlich mit aktiv Konsumierenden?

Die offiziellen Leitlinien zur HCV Behandlung sehen im aktiven Drogengebrauch keine grundsätzliche Kontraindikation für eine HCV Behandlung. Vor dem Hintergrund der geringen Behandlungszahlen bei Substituierten, stellt sich die Frage, was denn mit der Mehrzahl der Opiatkonsumenten geschieht, die sich nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden?

Ermutigende Daten für die Behandlung von aktuell Konsumierenden

Im Rahmen der Konferenz INHSU (International Network on Hepatitis and Substance Use) wurden in der Vergangenheit bereits ermutigende Ergebnisse von Projekten zur HCV Behandlung vorgestellt, die sich an aktive Konsumenten wendeten, die zudem teilweise obdachlos waren.

Diese Daten wurden im Rahmen des Meetings der American Association for the Study of the Liver (The Liver Meeting®) im Oktober 2017 in Washington DC, bestätigt.

In der vorgestellten Studie wurden Patient*innen eingeschlossen, die < 12 Monate vor Screening Drogen injiziert oder beim Screening einen positiven Urintest auf illegale Drogen (Kokain, Amphetamine, Heroin oder andere Opiate) hatten. Zudem wurden alle Genotypen (1–6) eingeschlossen. Die Behandlung dauerte 8 bzw. 12 Wochen. Evaluiert wurden Therapiebeendigung, Adhärenz (über 90 % eingenommene Tabletten), SVR12, unerwünschte Wirkungen und Laborabweichungen.

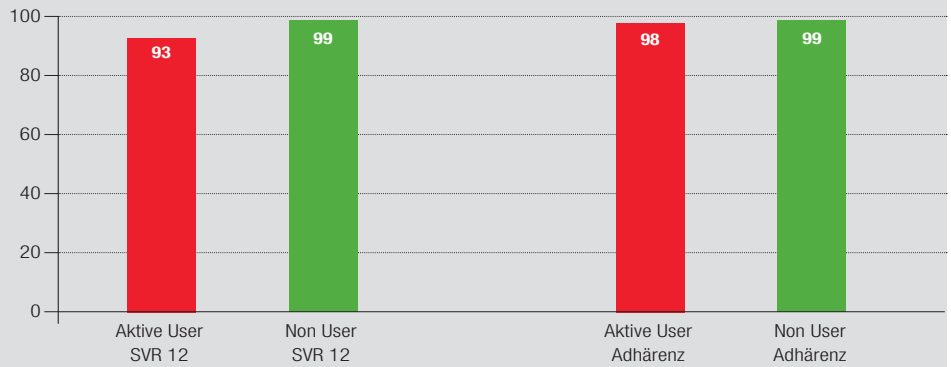
Vergleichbare SVR und Compliance bei aktiven Drogenkonsumenten

67 von 1.666 (4 %) Patient*innen waren Drogengebraucher*innen. 24 hatten im letzten Jahr intravenös konsumiert, bei 39 war der Urintest positiv und bei 4 Patienten trafen beide Kriterien zu. Die Adhärenz der beiden Gruppen (Drogengebraucher vs. Nicht-Drogengebraucher) war vergleichbar (98 % vs. 99 %) ebenso die SVR12 93 % vs. 98 %.

Gründe für Therapieversagen waren Relapse (n=1), Abbruch (n=2), fehlende Daten zu SVR12 (n=2). Es wurden keine Reinfektionen beobachtet.

Nebenwirkungen waren in beiden Gruppen gleichermaßen selten. Am häufigsten waren Kopfschmerz, Müdigkeit und Übelkeit.

Abbildung 1: User und Non User nach 12 Wochen im Vergleich



Diese Ergebnisse sind nicht neu und überraschend, aber sollten jene, die immer noch Vorbehalte gegenüber der Behandlung von Substituierten mit Beigebrauch oder Nichtsubstituierten Drogengebrauchern haben Mut machen. Die SVR Raten sind in beiden Gruppen vergleichbar hoch und es wurden keine Reinfektionen dokumentiert. Die Untersuchung unterstreicht ist, dass auch ein aktiver Drogenkonsum kein Argument gegen eine Hepatitis-C-Behandlung darstellt. ■

▸ *Quellen: © Graham R. Foster et al, Safety and Efficacy of Glecaprevir/Pibrentasvir in Patients With Chronic Hepatitis C Genotypes 1 – 6 and Recent Drug Use, The Liver Meeting 2017, Abstract 1182.*

„Leaving no one behind!?“

Haft als Schnittstelle der Verwirklichung der 90-90-90 Ziele zwischen „drinnen“ und „draußen“?

Foto: Jaromir Chalabala/shutterstock.com

Während der Konferenz „HIV im Dialog“ vom 6.–7. Oktober im Roten Rathaus Berlin organisierte das Aktionsbündnis einen Workshop, über den wir hier berichten. Ziel des Workshops war, danach zu fragen, ob die „Schnittestelle Haft“ zwischen „drinnen“ und „draußen“ für Drogengebrauchende und andere Gefangene zur Verwirklichung der 90-90-90 Ziele genutzt werden könnte.

Es wird geschätzt, dass sich bundesweit etwa ein Drittel der Gefangenen wegen Drogendelikten in Haft befindet. Vermutet wird auch, dass etwa ein Drittel der Gefangenen aktiv konsumiert. Mit dem Spruch „leaving no one behind“ (niemanden zurücklassen), der durch die Vereinten Nationen im Rahmen der nachhaltigen Entwicklungsziele geprägt wurde, wird angemahnt, dass für vernachlässigte, vulnerable Gruppen besonderer Anstrengungen benötigt, wenn die Entwicklungsziele, u.a. das Ende von Aids bis 2030, erreicht werden sollen. Für kaum eine Gruppe hat das mehr Realität als für Drogengebrauchende.

Zirka 110.000 Gefangene werden derzeit pro Jahr inhaftiert und wieder entlassen. Für uns Grund genug zu fragen, wie ein Haftaufenthalt besser genutzt werden könnte, um Menschen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erreichen und zu überlegen, was der Senat Berlin im Rahmen der Fast Track City Initiative so tun könnte, um die Initiative mit Leben zu füllen.

Die Prävention unter Drogengebrauchenden offenbart Lücken

Man möchte meinen, dass das mit der „Erreichbarkeit“ im Vollzug nicht allzu schwer fallen dürfte:

Wenige statistische Angaben reichen aus, um zu belegen, wie wichtig die Prävention für Drogengebrauchende ist. Die Frage ist: Wie können Aufenthalte in geschlossenen Institutionen zur Umsetzung primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen besser genutzt werden?

Die HIV-Prävalenz unter Drogengebrauchenden ist in Deutschland im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bis zu 24-fach, die Hepatitis C-Prävalenz gar bis zu 32-fach erhöht. Nach den Ergebnissen der vor einigen Jahren unter Drogengebrauchern durchgeführten DRUCK-Studie des Robert Koch Instituts (RKI), erhielten lediglich 65 % der untersuchten HIV-positiven Drogengebrauchenden jemals eine HIV- Therapie. Es kommt noch schlimmer: nur 56 % der Untersuchten mit HIV waren zum Zeitpunkt der Studie unter Therapie. Diese Zahlen sind ein Skandal. Es wird deutlich, wie weit für diese Gruppe von der Erreichung der 90-90-90 Ziele entfernt ist. Das sollte Anlass geben, über existierende Lücken im Versorgungssystem nachzudenken.

Haft an der Schnittstelle zwischen „drinnen“ und „draußen“

Diese und weitere Ergebnisse der DRUCK Studie werfen die Frage auf, wie Drogengebrauchende, deren behandelnde Mediziner/innen und das Versorgungssystem besser in die Umsetzung der 90-90-90 Ziele einbezogen werden können. In dem

Workshop ging es deshalb um die Frage, wie Haftaufenthalte, an der Schnittstelle zwischen „drinnen“ und „draußen“ genutzt und als Aufgabenbereich der öffentlichen Gesundheitsdienste wahrgenommen werden sollten bzw. könnten.

Es stellt sich also die Frage, wie öffentlicher Gesundheitsdienst, Justiz, Drogen- und Aidshilfen besser kooperieren können, um existierende Lücken im Versorgungssystem zu schließen.

Für die Arbeit in Haft mag als problematisch gelten, dass es keine einheitlichen Standards gibt. Gesundheit in Haft ist Ländersache. Ein Nachteil des föderalen Systems besteht vor allem darin, dass was an gesundheitsfördernden Maßnahmen in Haft umgesetzt werden kann, höchst unterschiedlich ist. Ob und in welchem Umfang es schadensminimierende Maßnahmen oder auch Substitutionsmöglichkeiten gibt, entscheidet sich von Bundesland zu Bundesland, manchmal sogar von Haftanstalt zu Haftanstalt.

In Haft wird nach wie vor diskriminiert

Manche Haftanstalten bieten Tests bei der Eingangsuntersuchung an, manche nicht. Die Tests werden, wenn überhaupt, oft nicht nach den allgemein anerkannten Teststandards durchgeführt. Probleme gibt es hinsichtlich der Anonymität, der Freiwilligkeit und der oft unzureichenden Beratung. Vor allem das Diskriminierungspotential ist problematisch: wenn die Anonymität nicht gewährleistet ist kann sich ein Testergebnis herumsprechen. Ein HIV Status kann sich auf die unter Gefangenen existierende Hierarchie auswirken. Dazu kommt, dass Menschen mit HIV oft auch durch den Vollzug diskriminiert werden: was außerhalb unvorstellbar wäre, ist in einigen Haftanstalten nach wie vor gängige Praxis: Gefangene mit HIV können unabhängig von Evidenz und mit fadenscheiniger Begründung von bestimmten Tätigkeiten und Gruppenaktivitäten ausgeschlossen werden.

Aufgrund dieser Mängel wird das erste „90“ der sogenannten Behandlungskaskade (90 % aller HIV Infektionen sind diagnostiziert) mit Sicherheit nicht erfüllt werden können – was nach sich zieht, dass, zumindest in Haft, auch die anderen „90“ in weiter Ferne liegen.

Therapie statt Strafe

Die Drogenhilfeeinrichtung Vista arbeitet direkt an der Schnittstelle zwischen „drinnen“ und „draußen“. Ein Mitarbeiter im Vollzugsdienst sollte den Blickwinkel

Foto: SvedOliver/shutterstock.com

auf die Schnittstellen durch die Innenperspektive ergänzen. Da dies kurzfristig leider nicht realisiert werden konnte, wurde in die Runde gefragt, ob jemand aus dem Vollzug den leeren Sitz ausfüllen könnte. Der behandelnde Arzt einer psychiatrischen Abteilung in einer Vollzugsanstalt in Berlin übernahm kurzfristig diese Aufgabe und überraschte die Zuhörer durch eine außerordentlich offene und engagierte Darstellung dessen, was aus seiner Sicht in Haft möglich ist. Durch die Überlegungen aus dem Blickwinkel eines Arztes „drinnen“ wurde sehr deutlich, dass es zur Ausfüllung der „Schnittstelle Haft“ nötig ist, aufeinander zuzugehen und dabei auch gut gepflegte Vorbehalte außen vor zu lassen. Herzlichen Dank für den gegebenen Input!

Eine nicht nachweisbare Viruslast schützt auch hinter Gittern

Die Frage, ob der Haftbereich gut aufgestellt sei, die 90-90-90 Ziele erreichen zu können, wurde von den teilnehmenden Panelisten verneint. Das ist bedauerlich. In der Regel kann eine HIV-Behandlung auch im Vollzug sehr gut angeboten und durchgeführt werden. Die Therapie funktioniert auch in Haft, eine nicht nachweisbare Viruslast schützt nachgewiesenermaßen auch hinter Gittern. Die beiden letzten „90“ wären also so gut wie gesichert. Zur Erinnerung: 90 % der Diagnostizierten sind unter Behandlung, davon haben 90 % eine nicht nachweisbare Viruslast.

Da die Erreichbarkeit dieser Ziele allerdings durch das erste „90“ bedingt ist – 90 % aller Infizierten sind getestet – , kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Haftbereich einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung der nachhaltigen Entwicklungsziele leisten wird.

Für Berlin als „Fast Track City“ sind das eher trübe Aussichten. Schade eigentlich.

Besten Dank an Bärbel Knorr (Deutsche AIDS-Hilfe) Astrid Leicht (Fixpunkt) und Lars Behrends (Vista) für die Ausarbeitung der gelungenen Veranstaltung! ■

Peter Wiessner
Aktionsbündnis gegen AIDS

▶ ***Redaktionell gekürzter Beitrag. Quellen beim Autor hinterlegt.***

90-90-90 bis 2020

Damit bis 2030 niemand mehr an Aids erkranken muss, wollen die Vereinten Nationen bis 2020 die 90-90-90-Ziele erreichen. Das heißt: 90 Prozent aller Menschen mit HIV sollen eine HIV-Diagnose bekommen haben. 90 Prozent der Menschen mit einer HIV-Diagnose sollen eine lebensrettende antiretrovirale Therapie machen. Und 90 Prozent der Menschen unter einer HIV-Therapie sollen eine Viruslast unter der Nachweisgrenze haben, sodass HIV dann auch beim Sex nicht mehr übertragen werden kann.

PaSuMi

Partizipative Suchtprävention mit und für Migrant*innen

*Teilnehmer*innen des 2. PASUMI Workshops in Berlin 2017*

Ein neues Projekt in der Deutschen AIDS-Hilfe

Wir wissen schon lange, dass die Angebote der Suchthilfe und Suchtprävention nicht für alle Menschen gleichermaßen zugänglich sind. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe. Viele Menschen erfahren unter anderem auf Grund ihres Konsums, ihrer äußerlichen Erscheinung, ihres Aufenthaltsstatus oder ihrer Herkunft Diskriminierung und Rassismus im Alltag und in Beratungsstellen. Viele Beratungs- und Versorgungsangebote setzen die Kenntnis der deutschen Sprache voraus. Und oft ist schlichtweg nicht bekannt, welche Möglichkeiten das umfangreiche Suchthilfesystem in Deutschland und die Angebote der Prävention bieten. All diese Gründe führen dazu, dass nicht alle Menschen, die diese Angebote brauchen, sie auch nutzen (können). Menschen haben individuelle Bedarfe, sprechen verschiedene Sprachen, kennen sich mit Drogen und Sucht mal gut, mal schlecht aus und befinden sich in unterschiedlichen Lebenssituationen. All diese Faktoren müssen mitgedacht werden, wenn alle Menschen gleichermaßen die Möglichkeit haben sollen, Zugang zu Prävention und Suchthilfe zu haben.

5 Städte, 8 Projekte

Dieser Herausforderung stellen wir uns mit PaSuMi – dem neuen vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ge-

förderten Modellprojekt der Deutschen AIDS-Hilfe. Es wird von Juni 2017 bis Dezember 2019 in Kooperation mit acht Einrichtungen der indizierten und selektiven Suchtprävention umgesetzt.

Mit dabei sind folgende Einrichtungen und Projekte:

- das **Stricherprojekt Neonlicht** mit Unterstützung der Drogenhilfeeinrichtung K!ck aus der Aidshilfe Dortmund
- die **Drogenberatungsstelle Bielefeld**
- **Mudra** aus Nürnberg
- die Fach- und Koordinierungsstelle **SUCHT.HAMBURG**
- das Sexarbeiter*innenprojekt **Ragazza** aus Hamburg
- **Fixpunkt** aus Berlin
- der Verbund **Vista** mit Schwerpunkt Suchtarbeit aus Berlin
- und **BerLUN**, eine an die Berliner Aidshilfe angegliederte selbstorganisierte Initiative von russischsprechenden Menschen die Drogen gebrauchen.

Ziele

1. Das übergeordnete Ziel ist es, Zugangsbarrieren zu Angeboten der Suchthilfe und Suchtprävention zu reduzieren. Menschen mit einem Suchtrisiko sollen sich durch Präventionsangebote angesprochen fühlen. Menschen, die bereits Drogen gebrauchen, sollen die Möglichkeit haben, schadensminimierend und selbstbestimmt zu konsumieren. Dieses Recht steht allen Menschen zu – egal, welche Sprache man spricht, welchen Aufenthaltsstatus man hat und in welcher Lebenssituation man sich befindet.
2. Die Diversity-orientierte Arbeitsweise in den beteiligten Einrichtungen soll gefördert werden. Denn Vorbehalte und (unbewusst) diskriminierende Handlungsweisen von Mitarbeiter*innen in Versorgungseinrichtungen tragen dazu bei, dass von Rassismus und Diskriminierung betroffene Menschen die Angebote nicht nutzen.
3. Und natürlich sollen auch andere Einrichtungen und Menschen von den Erkenntnissen profitieren, die im Projekt gewonnen werden. Um dies zu ermöglichen, wird das Projekt während des gesamten Verlaufs dokumentiert und ausgewertet. Am Ende werden alle Erfahrungen zusammengetragen und bundesweit anwendbare Empfehlungen und Beispiele guter Praxis identifiziert und zur Verfügung gestellt.

Unser Vorgehen: Nicht über uns, sondern mit uns

Um diese Ziele zu erreichen, haben wir eine partizipative Vorgehensweise gewählt. Darunter verstehen wir die gleichberechtigte Einbindung von Peers in alle Projektschritte. Unter ‚Peers' verstehen wir entweder Menschen aus der ‚Zielgruppe' oder solche, die einen guten Zugang zur ‚Zielgruppe' haben. Die ‚Zielgruppen' der acht lokalen PaSuMi-Projekte sind vielfältig: Trans*Menschen, Frauen und Männer aus der Beschaffungsprostitution, Menschen, die aus ihren Heimatländern flüchten mussten und in Deutschland in prekären Lebenslagen leben, drogengebrauchende Aktivist*innen, HIV- und HCV-positive Menschen – sie alle wissen selbst am besten, welche Bedarfe sie haben – deswegen agieren sie in PaSuMi als Expert*innen für ihre Lebenswelt.

Basierend auf diesem Wissen entwickeln Peers gemeinsam mit den Mitarbeiter*innen der Einrichtungen angemessene und wirksame Maßnahmen, damit Hilfe und Beratung für ihre Communities besser zugänglich wird. PaSuMi soll zudem einen nachhaltigen Effekt haben und Prozesse anstoßen. Dazu ist die Wertschätzung und Förderung von Kompetenzen der Peers und die Stärkung des Selbstwertes ein wichtiger Bestandteil des Projekts.

Ausblick

Bislang erfolgten an den acht Standorten eine umfassende Vernetzung mit relevanten Akteuren, die Rekrutierung von Peers und die Bildung von Arbeitsgruppen. Im nächsten Schritt wird eruiert, welche Bedarfe es gibt und welche Maßnahmen nötig und möglich sind, die dann geplant und umgesetzt werden. Davon wollen wir noch nicht zu viel verraten. Aber wir werden Euch auf dem Laufenden halten. ■

Navina Sarma

Fortbildungen zum Thema Naloxon

Das vom Land NRW geförderte Projekt JES-NRW 2.0 verfolgt neben dem primären Ziel, die JES-Selbsthilfe in NRW wieder stärker zu etablieren, auch das Ziel dem Hilfesystem die positiven Effekte des JES-Engagements zu vermitteln und es wieder verstärkt als Selbsthilfeförderer zu gewinnen.
Im Rahmen dieses Projektes finden niedrigschwellige Naloxon-Informationsveranstaltungen insbesondere für Opiate Gebrauchende und Substituierte statt. Für die Bewerbung einer entsprechenden Veranstaltung, die zuvor mit JES-NRW vereinbart werden muss, hat JES-NRW ein Plakat erstellt.

Ein Silberstreif am bayrischen Horizont

Bayrische Regierung führt Modellprojekt zur Naloxonvergabe ein

Die Bayern sind schon ein komisches Völkchen. Natürlich nicht alle, aber die politisch Verantwortlichen schon. Ihre Null-Toleranz Politik führt zu jährlich neuen Höchstwerten bei drogenbedingten Todesfällen, und sie weigern sich gegen die Einführung von Drogenkonsumräumen als würde mit diesem Angebot die Pest und Cholera zurückkehren.

Auf der anderen Seite kam aus Bayern, von der dortigen Landesärztekammer mit Unterstützung des Landtags, vor Jahren der entscheidende Druck zur Reform der rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung und nun wird das Land Bayern tatsächlich den ersten landesweiten Naloxon-Modellversuch durchführen.

Naloxon in München, Nürnberg Augsburg und Regensburg

So können sich in den Städten München, Nürnberg Augsburg und Regensburg Drogenkonsument*innen zur Teilnahme an diesem Modellversuch melden. Hierbei werden sie nach einer Einführung mit einem Naloxonkit ausgestattet um im Drogennotfall erste Hilfe zu leisten. Es soll das Naloxon Nasenspray eingeführt werden, dass die bisher übliche injizierende Applikationsform überflüssig werden lässt.

Federführend wird die Universität Regensburg das Modellprojekt begleiten. Das Ziel des Modellversuchs ist es die Zahl der Drogentodesfälle in Bayern zu reduzieren, denn opiatbedingte Überdosierungen stehen noch immer an der Spitze der Drogentodesfälle.

FOTO:WWW.CONDROBS.DE

Ohne Zweifel ist dies ein ernsthafter Versuch um die Zahl von drogenbedingten Todesfällen durch Opiate in Bayern zu reduzieren. Denn die bayrische Politik steht unter Druck. Seit Jahren führt Bayern die Statistik der drogenbedingten Todesfälle an. Dies trotz oder gerade weil Bayern seit Jahrzehnten eine Null Toleranz Politik gegen Drogen und Drogenkonsument*innen fährt. Kritiker des bayrisches Weges bezeichnen das Modellprojekt zur Naloxonvergabe auch als Drogenkonsumraum Verhinderungsprojekt.

FOTO:WWW.CONDROBS.DE

Mehr Drogentote in 2017?

Die aktuellen Zahlen von drogenbedingten Todesfällen verheißen nichts Gutes. Voraussichtlich werden im Jahr 2017 noch mehr Drogenkonsument*innen in Bayern sterben als im Jahr zuvor. Das Modellprojekt verschafft der bayrischen Regierung Zeit.

Bayern bleibt ein Beispiel wie politisch Verantwortliche aus falscher Moral, Ideologiebedingt oder fehlemden Fachverstand mitverantwortlich für den Tod hunderter junger Menschen werden, weil sie evidenzbasierte Maßnahmen der Schadensminderung nicht einsetzen wollen. Wie absurd die Haltung ist, zeigt die Aussage der bayrischen Gesundheitsministerin Huml. Sie entgegnete der Forderung zur Einrichtung von Drogenkonsumräumen, dass noch niemand wissenschaftlich hätte belegen können, dass Drogenkonsumräume die Zahl von Drogentodesfällen senken würden.

Vielleicht sollte sich Frau Huml die bundesweite Evaluation der Deutschen AIDS Hilfe und des AK Drogenkonsumraum über die Anzahl von lebensrettenden Maßnahmen bei schweren Überdosierungen in Drogenkonsumräumen anschauen. Allein im Jahr 2015 wurden in 17 Drogenkonsumräumen in Deutschland annähernd 200 Menschenleben gerettet. Denn nach Aussage des dort tätigen med. Personals wären diese Menschen im öffentlichen Raum oder im privaten Umfeld ohne sofortige Hilfe verstorben.

Wir werden die Hoffnung nicht verlieren, dass Naloxon in Bayern doch mehr ist wie ein Silberstreif am Horizont. ■

Dirk Schäffer

Foto: Dirk Ludigs

Fred Thompson, Polizeichef von Laguna Wood, vertraut auf Naloxon

„Naloxon ist ein wunderbares Werkzeug für die Polizei“

In den USA gibt es ein massives Drogenproblem, in vielen Bundesstaaten drakonische Drogengesetze – aber auch tausende Polizist*innen, die das lebensrettende Opiat-Gegenmittel Naloxon dabeihaben.

Naloxon: Wundermittel aus der Sprühflasche

Sechzehn Mal haben die Polizisten des Sheriff Departments von Orange County diese Situation in den vergangenen anderthalb Jahren erlebt. Einmal kamen sie zu spät, da hatte die Überdosis Heroin schon zum Tod geführt.

Lieutenant Fred Thompson ist ein Mann Anfang Vierzig, ein bisschen untersetzt, blondes Haar mit grauen Strähnen. Er ist Polizeichef von Laguna Woods und seit kurzem Naloxon-Beauftragter des Sheriffs von Orange County. Jahrelang fuhr er Streife in dem dicht besiedelten Gebiet südlich von Los Angeles. Drogen sind für Fred Thompson Teil seit vielen Jahren seines Jobs. Im letzten Jahr sind 286 Menschen in Orange County an einer Überdosis Opiate gestorben. Fast 1800 Drogentote in den letzten fünf Jahren. Alles was hilft, die Zahlen zu reduzieren, ist im Sheriff Department willkommen.

Ein Mitarbeiter, der von der Ostküste nach Orange County kam, hatte dort 2015 an einem Naloxon-Training teilgenommen. Er schlug vor, das Notfallmedikament auch in Orange County einzuführen. „An der Ostküste sind sie mit dem Thema weiter, dort machen das schon viele“, erklärt Thompson. „Also machte der Kollege eine Eingabe, und das Sheriff Department sagte, das klingt vernünftig, lasst uns damit anfangen.“

Naloxon wird auch an Laien abgegeben

Der Trend ist überall in den USA zu spüren. Bundesweit nimmt die Zahl der örtlichen Polizeien und Sheriff Departments (das sind die Polizeien der Counties, vergleichbar mit deutschen Landkreisen), deren Mitarbeiter*innen Naloxon mit sich führen, stetig zu – von April 2016 bis Ende 2016 allein von 971 auf 1.214. Bundesweit setzen sich hunderte „Harm Reduction Coalitions“, Schadenminderungs-Initiativen von Bürger*innen vor Ort, für die weitere Verbreitung von Naloxon ein – bei der Polizei, in medizinischen Notfalleinrichtungen oder Drogenberatungen. Aber auch Eltern und Freund*innen von Abhängigen haben vielerorts einen einfachen Zugang zu dem Gegenmittel.

2015 starben erstmals mehr Menschen durch Heroin als durch Schusswaffen

Es ist auch dringend nötig. Die USA erleben seit ein paar Jahren einen stetigen Anstieg von Todesfällen durch Opiate.

Die nackten Zahlen: 1999 starben insgesamt 8.280 Menschen an einer Überdosis. 2015 waren es 33.092, viermal so viele. Die Zahl der Herointoten alleine überstieg im gleichen Jahr zum ersten Mal die ebenso horrend hohe Zahl an Menschen, die durch Schusswaffen ums Leben kamen: 12.989 im Vergleich zu 12.979.

Obwohl der Gebrauch von Heroin in Kalifornien weiterhin illegal ist, haben die Beamten des Sheriffs in keinem der Fälle eine Festnahme durchgeführt: „Lebensrettung geht vor, wir schreiben natürlich einen Bericht und wenn wir später entscheiden, dass es sich in dem Fall lohnt, eine Anzeige zu erstatten, dann würden wir das tun. Wir verfolgen keine einfachen Drogennutzer.

Preis für Naloxon steigt – Goldgrube für Pharmafirmen

In Amerikas freiem Pharmamarkt steigt der Preis für Naloxon in den letzten Jahren exponentiell an. Von unter einem Dollar für eine Dosis zum Injizieren auf über 20 Dollar für eine Dosis Nasenspray. Für die Pharmafirmen ist der Naloxon-Boom eine Goldgrube. In Orange County zahlen die Steuerzahler*innen die Zeche. Das Sheriff Department bekommt sein Naloxon von der Gesundheitsbehörde des Countys, dort sitzt ein Arzt, der die Rezepte ausstellt. Der Sheriff wiederum hat ein Budget, wie jede Behörde. „Damit müssen wir auskommen“, sagt Thompson, „aber bisher hat uns der Preisanstieg keine Probleme gemacht. Schwieriger als die Beschaffung des Naloxons selber ist es immer noch, eine preiswerte und gescheite Tasche dafür zu finden, in der wir das Spray verstauen können.“

Thompson findet die Kostenfrage auch nachrangig: „Wenn es Ihr Kind wäre“, sagt er, „bei wie viel Geld würden Sie uns denn sagen, das ist jetzt aber zu teuer?“

Was würde der Polizeichef deutschen Politiker*innen zum Thema Naloxon ans Herz legen?

Thompson überlegt nicht lange: „Es ist ein wunderbares Werkzeug, den Bürgerinnen und Bürgern zu zeigen, dass wir uns um sie kümmern. Die Polizei sollte Wert darauflegen, die Regeln durchzusetzen, und dafür sind wir da – aber wir zeigen eben auch Mitgefühl!“ ■

Dirk Ludigs (redaktionell gekürzt)

▸ ***Quelle: https://magazin.hiv/2017/08/30/naloxon-werkzeug-fuer-die-polizei/***

SUBSTITUTION INTERN

Der neue Film zum Thema Substitutionsbehandlung

Ben, Chrissy, Maria und Bernd

Bernd

Es war ein herrlicher Spätsommertag an dem sich die Darsteller*innen, das Filmteam sowie einige Interessierte im Berliner Volkspark Friedrichshain trafen, um das neue Projekt des JES-Bundesverbands umzusetzen. Aber eigentlich begann alles schon ein halbes Jahr vorher, als JES mit der Idee eines Film, in dem substituierte Frauen und Männer über ihre Beweggründe, Ziele und Empfehlungen sprechen sollten, auf Sponsorensuche ging.

Beweggründe, Ziele und Empfehlungen substituierter Frauen und Männern

Es sollte ein kleines Projekt werden mit dem wir, nachdem die neuen Richtlinien zur Substitutionsbehandlung in Kraft getreten sind, Opiatkonsument*innen und Ärzt*innen für die Substitution interessieren wollten.

Was waren eigentlich die Beweggründe von Opiatkonsument*innen, das sie sich für die Substitution entschieden haben? Was sind ihre ganz individuellen Ziele? Was hat sich seit dem Beginn der Substitutionsbehandlung verbessert und was könnte man noch besser machen? Diese und weitere Fragen hatten wir uns überlegt um die Vielfalt der Menschen in der Substitution abzubilden.

Nach der Reformierung der gesetzlichen und ärztlich-medizinischen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung ist es an uns allen, junge Ärzt*innen für die Behandlung zu interessieren und auch die Zahl der Patient*innen zu erhöhen. Denn immer noch wird nicht mal die Hälfte der Heroinkonsument*innen in Deutschland behandelt.

Ein Aufruf bei Facebook und die Folgen

Unser Ziel war es nicht, wieder die „üblichen Verdächtigen“ vor die Kamera zu

bringen, sondern Heroinkonsument*innen aus dem gesamten Bundesgebiet die aktuell substituiert werden. Erstmals half uns Facebook ganz direkt bei der Anfrage von Personen, die Lust und Mut hatten öffentlich über ihr Leben Auskunft zu geben. Wir waren sehr überrascht, als sich nach einem Aufruf in einer einschlägigen Facebookcommunitie etwa 25 Personen meldeten, die beim Filmprojekt mitmachen wollten. So wurden aus geplanten zwei schließlich vier Darsteller*innen. Nein, eigentlich waren es sechs Darsteller*innen, denn Jumper und Scooby, die beiden Hunde unserer Darsteller*innen kamen weitere Hauptrollen zu.

Die Bereitschaft zur Mitwirkung war unerwartet groß. Noch vor zehn oder 15 Jahren wäre es nicht so einfach gewesen, Substituierte für einen Film zu begeistern, bei dem ihr Leben im Mittelpunkt steht. Man könnte sich fragen, ob sich nun Opiatkonsument*innen verändert haben oder es doch ein gesellschaftliches Klima gibt, in dem man sich heute eher traut über seinen Drogenkonsum zu sprechen.

Wir als Verantwortliche freuten uns, als wir am Drehtag vier hochmotivierte und gut gelaunte Darsteller*innen samt ihren Hunden begrüßen konnten. Sicherlich tat die Szenerie im Volkspark das Übrige dazu, dass die Stimmung gut war. Obwohl sich die Darsteller*innen nicht kannten, wurde schnell deutlich, dass ähnliche Erfahrungen und Lebenshintergründe Vertrauen schaffte.

Alle machten es der Filmcrew sehr sehr einfach. Tolle Menschen mit sehr persönlichen Aussagen über ihr Leben. Sie alle haben unterschiedliche Ziele und sahen die Substitution alle ein wenig anders. Natürlich, berichteten sie viel Positives, aber sparten auch nicht mit Hinweisen wie man die Substitutionsbehandlung verbessern könnte.

Der Film „SUBSTITUTION INTERN“ eignet sich hervorragend für die Fortbildungsarbeit z.B. für Kurzinterventionen in der Aids- und Drogenhilfe. Die relativ kurze Laufzeit (ca. 15 min.) garantiert Kurzweil und Aufmerksamkeit der Zuseher*innen.

Der Film wird in einem JES-You Tube Kanal eingestellt und ist grundsätzlich für alle anzuschauen. Um den Film noch zielgerichteter zu nutzen, wird es neben einer Langfassung auch kürzere Clips mit den vier Darsteller*innen geben.

Wir möchten nicht versäumen, uns bei der Firma Hexal für das Interesse an diesem Projekt und die Förderung unseres Films zu bedanken. Denn insbesondere für JES gilt, dass es neben einer guten Idee auch Menschen geben muss die bereit sind, ein Netzwerk von Menschen die Drogen gebrauchen, gebraucht haben oder substituiert werden zu fördern. Hierfür vielen Dank im Namen des gesamten JES-Bundesverbands.

Erscheinungstermin des Films ist Dezember 2017

Aufmerksame Leser*innen werden nun fragen, wo man den Film denn nun sehen oder bestellen kann? Wir wollten diese Ausgabe des DROGENKURIER nicht ungenutzt lassen und euch den Film unbedingt vorstellen. Der Film selbst wird bis zum Ende des Jahres fertiggestellt werden. Sollte die Fertigstellung noch mit dem Versand dieser Ausgabe gelingen, werden wir in geeigneter Weise darauf aufmerksam machen. ■

Chrissy und Scooby (links)

Maria

Ben

▸ In jedem Fall werden wir den Film zum Download auf der Internetseite des JES-Bundesverbands www.jes-bundesverband.de einstellen.

Claudia Schieren
für den JES-Bundesvorstand

Im Dschungel der Medikamente zur Substitution

Über Originalpräparate und patentfreie Medikamente zur Substitution

Substitutionspatient*innen sehen sich mit einer immer größeren Vielfalt und Anzahl an Medikamenten zur Substitutionsbehandlung konfrontiert. Neben der Tatsache, dass mit retardiertem Morphin eine gänzlich neue Substanz in der Indikation Substitution eingeführt wurde, nimmt die Zahl generischer, also patentfreier Medikamente, zu.

Unser Anliegen als Interessenvertretung von Drogengebraucher*innen und Substitutionspatient*innen ist es, dass Patient*innen möglichst individuell behandelt werden und sie jene Informationen erhalten, die sie eine informierte Entscheidung treffen lassen.

Hierzu gehört unter anderem über Unterschiede und Gemeinsamkeiten von patentgeschützten Medikamenten und patentfreien Medikamenten zu informieren. Substitutionspatient*innen haben eine hohe Bindung an das Medikament, das sie seit langem erhalten. Vertrauen zum Medikament spielt eine große Rolle. Sie machen aber auch die Erfahrung, dass sie von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin ein anderes Medikament angeboten bekommen als ihr Bekannter der ebenfalls substituiert wird. Warum ist dies so? Gibt es Unterschiede zwischen Medikamenten und wenn ja, wo liegen die Unterschiede zwischen patentgeschützten Medikamenten und patentfreien (generischen) Medikamenten?

Ein Interview mit dem Arzt Stephan Walcher aus München

Hierzu haben wir ein Interview mit dem Münchner Arzt Stephan Walcher geführt.

Stephan Walcher

Stephan Walcher ist Arzt für Anästhesie, Notfall- und Intensivmedizin, Allgemeinmedizin, Suchtmedizin, Psychosomatik. 1993 gründete er die Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin CONCEPT. Er ist Vorstand der Gesellschaft für Suchtmedizin und Gründungsmitglied der Bayerischen Akademie für Suchtfragen (BAS).

In Deutschland steht eine große Vielfalt der in der Substitution eingesetzten Medikamente in verschiedenen Darreichungsformen zur Verfügung. Für wie wichtig erachten Sie, dass substituierende ÄrztInnen auch alle diese Medikamente dem Patienten anbieten?

Die Erweiterung der Palette der zur Verfügung stehenden Medikamente ermöglich uns eine individuellere Behandlung als dies früher der Fall war. Die größere Individualität kann sich auch positiv auf die Behandlungsergebnisse auswirken.

Welche Vorteile bietet in Ihren Augen die große Auswahl an zur Verfügung stehenden patentfreien Medikamenten?

Nicht jeder Patient kommt mit den Hilfsstoffen und Darreichsformen von Medikament xy zurecht. Die zunehmende Zahl von patentfreien Medikamenten bietet substituierten Patient*innen mehr Wirkstoffstärken, unterschiedliche Darreichsformen (flüssig, Tabletten, Kapseln) und verschiedene Hilfsstoffe. Dies alles trägt zur Optimierung der Substitutionsbehandlung bei und dient den Patient*innen.

Nach welchen Kriterien wählen Sie ein Medikament für einen Patienten aus?

Ich wähle Medikamente nach individuellen Bedürfnissen und Voraussetzungen aus. Hier spielen der Wunsch des Patienten und eventuelle Vorerfahrungen sicher eine große Rolle. Aber auch der Metabolismus, Nebenwirkungen sowie ein möglicher Beigebrauch sind Punkte die bei der Wahl des Medikaments eine Rolle spielen können.

Stellen Sie als Arzt neuen Patienten die zur Verfügung stehenden Medikamentengruppen vor, um gemeinsam mit dem Patienten ein Medikament auszuwählen?

Ja, denn die Wahl des Medikaments ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Die gemeinsame Auswahl des Medikaments bietet eine Chance um direkt zum Beginn einer Behandlung eine Beziehung zum Patienten aufzubauen und ihn in wichtige Entscheidungen einzubeziehen.

Stimmt es, dass Patient*innen bereits mit ganz konkreten Medikamentenwünschen in die Praxis kommen?

Ja, dies kommt durchaus vor. Viele Substitutionspatient*innen haben temporär das eine oder andere Substitutionsmedikament über den grauen Markt bezogen, oder sie haben von anderen Drogengebraucher*innen und Substituierten etwas zu Medikament A oder B gehört. Natürlich werden auf Drogenszenen auch Halbwahrheiten und Mythen weitergegeben. Meine Aufgabe als Arzt ist den Patienten zu informieren welche Informationen stimmen und was nicht stimmt.

Woher kommen die Wünsche und mögliche Vorbehalte gegenüber anderen Medikamenten?

Wünsche und Vorbehalte resultieren vielfach aus Auskünften und Erfahrungen von Freunden und Bekannten die bereits behandelt werden oder wurden. Ist eine Behandlung wenig erfolgreich verlaufen und jemand musste die Behandlung beenden, dann ist auch die transportierte Meinung vom Medikament eher schlecht.

Aber Medikamente werden auch danach bewertet ob eine missbräuchliche Anwendung z.B. spritzen oder sniffen möglich ist oder nicht. Genauso kommt es vor, dass bei positiven Erfahrungen mit Medikament xy (wenig Nebenwirkungen, gut wirksam) dieses weiterempfohlen wird.

In Drogenszenen bestehen manchmal Vorurteile gegenüber generischen bzw. patentfreien Medikamenten. Was sagen Sie als Arzt dazu?

Natürlich ist es so, dass insbesondere die ehemals patentgeschützten Medikamente seit 20 Jahren oder länger auf dem Markt sind und Patient*innen mit diesen Medikamenten über Jahre oder Jahrzehnte behandelt werden. Natürlich haben es neue Medikamente schwer diese Phalanx zu durchbrechen.

Vielfach erhalten Patient*innen die Information von Ärzt*innen „dies ist dasselbe Medikament aber es ist günstiger“ Patient*innen stellen sich die Frage, wenn es genauso gut ist oder gar besser, warum ist es dann billiger? Billiger oder preiswerter wird vielfach mit schlechter gleichgesetzt. Dabei können gerade patentfreie Medikamente auf Erfahrungen in der Behandlung mit vergleichbaren (vormals) patentgeschützten Medikamenten zurückgreifen. Diese Entwicklung hat zum Beispiel bei den Wirkstärken und Hilfsstoffen wie Talkum stattgefunden. Unsere Aufgabe als Ärzte ist es für jeden Patienten/jede Patientin das richtige Medikament zu finden und sie in diese Entscheidung möglichst eng einzubeziehen. ■

Kommentar des JES-Bundesverbands

*Wir haben uns seit jeher für eine möglichst breite Palette an zur Verfügung stehender Medikamente eingesetzt. Daher begrüßen wir jeden Fortschritt im Hinblick auf Möglichkeiten zur individuelleren und möglichst nebenwirkungsarmen Behandlung. Patient*innen müssen sich mit ihrem Medikament wohlfühlen und es sollte möglichst wenig Nebenwirkungen haben.*

*Wir sehen, dass durch die Zunahme der Hersteller von Medikamenten Fortschritte im Hinblick auf neue Darreichsformen und Wirkstoffstärken und anderen Hilfsstoffen bestehen. Für uns kommt dem behandelnden Ärzt*innen eine wichtige Rolle zu. Sie müssen ihre Patient*innen über Neuerungen informieren aber eine funktionierende und erfolgreiche Behandlung durch einen nicht notwendigen Wechsel des Medikaments nicht gefährden. Wichtig ist zum Beginn der Behandlung gemeinsam mit Patient*innen das passende Medikament zu finden. Sollte die gewünschte Wirkung nicht eintreten oder Nebenwirkungen auftreten, sollten sie die Palette der verfügbaren Medikamente nutzen.*

Warum kosten Generika bzw. patentfreie Medikamente weniger als Originalpräparate?

Generika kosten weniger als Originalpräparate, weil ihre Hersteller nicht forschen und entwickeln müssen. Ein Medikament zu erfinden, dauert viele Jahre und kostet viele Millionen. Als Gegenleistung für den Aufwand erhalten Medikamente einen Patentschutz, also einen Zeitraum in der kein anderes Unternehmen dieses Medikament herstellen darf. Nachdem der Patentschutz abgelaufen ist können andere Hersteller dieses Medikament ebenfalls produzieren.

Enthalten diese Medikamente den gleichen Wirkstoff?

Das Gesetz schreibt vor, dass eine Nachahmung also ein generisches Medikament bioäquivalent zum Originalpräparat sein muss. Das bedeutet, dass der Wirkstoff genauso schnell und in gleicher Menge am Wirkungsort sein muss wie beim Original.

Worin bestehen dann die Unterschiede?

Einen Unterschied zwischen Generikum und Original machen häufig Hilfsstoffe aus. Die werden zum Beispiel dafür verwendet, den Wirkstoff im Körper dorthin zu transportieren, wo er hin soll und beeinflussen obendrein die Verträglichkeit einer Arznei.

Teilweise gelingt es über Hilfsstoffe Medikamente zu verbessern. Zudem können generische Medikamente in mehr und anderen Wirkstoffstärken verfügbar sein. Als konkretes Beispiel steht nun neben dem in der Apotheke hergestellten flüssigen Methadon, Methadon in Tablettenform als Fertigarzneimittel zur Verfügung.

Werden generische Medikamente kontrolliert?

Ob Generika auch wirklich den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, kontrolliert das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

„Trend zu acht Wochen HCV-Therapie“

Wenn heute über die chronische Hepatitis C diskutiert wird, dann hauptsächlich über besonders schwer zu behandelnde Patienten. Auch für sie gibt es Therapieoptionen. Doch ihre Zahl wird abnehmen, weil die weitaus meisten HCV-Patienten früh geheilt werden können. Professor Stefan Zeuzem von der Uniklinik in Frankfurt rät: Nicht warten mit der Viruseradikation, bis die Grunderkrankung fortgeschritten ist!

Herr Professor Zeuzem, die antivirale Therapie bei HCV-Infektion erfolgt inzwischen Interferon-frei. Gibt es noch Patientengruppen, die Interferon benötigen?

Nein. Es gibt leider noch Länder wie Finnland, wo aus völlig unverständlichen Gründen HCV-Infizierte immer noch mit Interferon und den damit assoziierten Nebenwirkungen behandelt werden sowie arme Länder, in denen das aus finanziellen Gründen geschieht. Tatsache ist: Es existiert heute weder eine medizinische noch eine wirtschaftlich zu begründende Indikation für Interferon. In Ländern mit fehlenden finanziellen Ressourcen stehen Generika zur direkt antiviralen Behandlung zur Verfügung.

Ribavirin spielt in diversen Regimen weiterhin eine Rolle. Wie lange noch?

Es gibt einzelne Indikationen, bei denen Ribavirin eine sinnvolle Ergänzung der direkt antiviral wirkenden Medikamente darstellt. Gleichwohl wird Ribavirin künftig immer weniger benötigt werden, nicht nur, weil die antiviralen Regime zunehmend besser wirken. Die Zahl schwer zu behandelnder Patienten, zum Beispiel mit fortgeschrittener Leberzirrhose, wird mit der Zeit abnehmen, weil wir inzwischen so viele HCV-infizierte Menschen frühzeitig behandeln und heilen können.

Professor für Medizin, Direktor der Medizinischen Klinik I, Goethe-Universität, Frankfurt

Was bedeutet „Heilung“ in diesem Zusammenhang?

Gemeint ist „infektiologische Heilung“, das Virus wird eradiziert. Besteht bereits eine Zirrhose, so ist diese damit natürlich nicht beseitigt. Wir werden in Zukunft sehen, welche der Patienten mit kompensierter und dekompensierter Leberzirrhose sich nach der Viruseradikation wie rasch bessern. In Einzelfällen, bei weit fortgeschrittener Leberzirrhose, kommen wir leider zu spät.

Wann muss Ihrer Meinung nach behandelt werden, um nicht zu spät zu kommen?

Wir sollten, und das ist mir wirklich wichtig, uns anstrengen, bei jedem Patienten frühestmöglich HCV zu eradizieren. Je früher wir das schaffen, desto größer ist die Chance, den Patienten tatsächlich zu heilen. Gerade weil viele Patienten unter HCV assoziierten Komorbiditäten wie Diabetes, Leberzirrhose oder Nierenerkrankungen leiden, sollten wir auf keinen Fall warten, bis diese Krankheitsbilder fortgeschritten sind.

Die Behandlungsdauer hat sich im Vergleich zur Interferon-Ära signifikant verkürzt. Kann mit einer weiteren Verkürzung gerechnet werden?

Die Therapiedauern liegen heute bei der großen Mehrheit der Behandlungsregime zwischen acht und zwölf Wochen. Der Trend geht für immer mehr HCV-infizierte Patienten in Richtung acht Wochen.

Die Heilungsraten bei therapienaiven, nichtzirrhotischen Patienten liegen bei über 90 Prozent...

Wir liegen inzwischen sogar über 98 Prozent. Diejenigen, die wir nicht heilen können, sind in der Regel Patienten mit Compliance-Problemen oder – und das ist die große Ausnahme – Patienten mit einem primär resistenten Virus. Es wäre aber nicht kosteneffektiv, primär eine Resistenztestung bei jedem Patienten vorzunehmen, eben weil dies so selten vorkommt. Das ist jenen Patienten vorbehalten, die tatsächlich eine antivirale Zweittherapie benötigen. In einer großen US-amerikanischen Studie hat sich als weiterer, häufiger Grund für Therapieversagen ein nicht leitliniengerechtes Verschreiben der antiviralen Medikamente herausgestellt. Es werden also für den jeweiligen HCV-Genotyp die falschen Medikamente verordnet oder die Therapiedauer wird falsch gewählt. Ich hoffe, das ist in Deutschland nicht der Fall.

Nun stellt sich die antivirale Differenzialtherapie recht komplex dar. Können das nur spezialisierte Gastroenterologen in Zentren leisten?

Ich meine, das hängt nicht am Facharztstatus, sondern am persönlichen Engagement, an der persönlichen Ausbildung und Erfahrung der Kolleginnen und Kollegen. Ich kenne Allgemeinmediziner, die hoch verant-

wortungsbewusst und erfolgreich die antivirale Therapie bei chronischer Hepatitis C vornehmen. Ich kenne angesehene Chefärzte, die sich nicht ausdrücklich mit dieser Materie beschäftigt haben. Allein das ist jedoch Voraussetzung dafür, differenzialtherapeutisch die richtigen Maßnahmen einzuleiten und die Patienten erfolgreich behandeln zu können. Und wenn Patienten weit entfernt von einem Zentrum leben, kann dies gerne in enger Kooperation abgewickelt werden. Da brauchen wir noch nicht mal Telemedizin! Ein Telefon reicht völlig, um verantwortungsvoll und zum Wohle des Patienten agieren zu können.

Sind weitere medikamentöse Neuentwicklungen zu erwarten?

Die Pharmaunternehmen haben die Entwicklung weiterer Anti-HCV-Medikamente weitgehend eingestellt. Die vorhandenen Wirkstoffe werden in noch laufenden klinischen Studien fertigentwickelt. Ansonsten bieten die verfügbaren multiplen Therapieregime in nahezu jeder denkbaren Konstellation eine Heilungschance.

Ab wann steht eigentlich fest, ob ein antiviral behandelter Hepatitis-C-Patient auf die jeweilige Therapie anspricht oder nicht?

In der Interferon-Ära haben wir sehr genau die Viruslast beobachtet, weil das die Abbruch-Regeln und die Therapiedauer beeinflusst hat. Das ist heute mit den hochpotenten direkt antiviralen Mitteln nicht mehr erforderlich. Gleichwohl bin ich dafür, dass die Patienten unter der Therapie eine Kontrolle erfahren: Nehmen sie die Medikamente ein und vertragen sie sie? Diese Visiten dienen auch der Motivation und der Compliance-Förderung. Ich halte eine Kontrolle der Leber-Transaminasen für sehr sinnvoll. Damit lässt sich auch auf die Compliance rückschließen. Denn die Leberwerte normalisieren sich üblicherweise sehr rasch. Eine Bestimmung der HCV-RNA führen wir aus Kostengründen unter der Therapie nicht mehr durch. ■

Thomas Meißner, Ärzte Zeitung online, 10.10.2017 (redaktionell gekürzter Text)

PrEP – was ist das eigentlich?

Foto: Andreas Schöttcke

Insbesondere im Kontext der AIDS-Hilfe Arbeit ist die Abkürzung PREP sehr aktuell. Aber was bedeutet PrEP überhaupt? Zu dieser und anderen Fragen, wollen wir Antworten geben.

PrEP (auch HIV-PrEP) ist die Abkürzung für „Prä-Expositions-Prophylaxe“. Ins Deutsche übersetzt bedeutet dies: Schutz bevor ein Risiko eingetreten ist. Bei dieser Schutzmethode nehmen HIV-negative Menschen HIV-Medikamente ein, um sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen.

Die Wirksamkeit der PrEP mit dem HIV-Medikament Truvada® ist bei schwulen Männern mit hohem HIV-Risiko nachgewiesen. Bei ihnen schützt die PrEP so gut wie Kondome vor HIV. In sehr seltenen Fällen kann es aber trotzdem zu einer Ansteckung kommen. Außerdem schützt die HIV-PrEP nicht vor anderen Geschlechtskrankheiten.

Wichtig ist, sich vor der PrEP und danach alle drei Monate auf HIV und Geschlechtskrankheiten testen zu lassen. Ferner müssen die Nierenwerte regelmäßig kontrolliert werden.

Wie teuer ist das Medikament und ist es in Deutschland zugelassen?

Truvada® ist bereits in mehreren Ländern für die HIV-PrEP zugelassen, die europäische Zulassung erfolgte im August 2016. In Deutschland ist sie seit Oktober 2016 verschreibungsfähig. Derzeit wird sie aber nicht von den Krankenkassen finanziert.

Seit Oktober 2017 gibt es die Möglichkeit, die PrEP für rund 50 Euro pro 28 Tabletten in ausgewählten Apotheken in ausgewählten deutschen Städten zu bekommen.

Foto: iStockphoto.com / MarcBruxelle

▶ *Weitere Infos unter: https://goo.gl/19yXvv*

Wie nehme ich die PrEP ein?

Es gibt zwei Möglichkeiten: Bei einer dauerhaften PrEP nimmt man täglich eine Tablette. Diese Variante kommt für Personen mit häufigen HIV-Risiken in Betracht. Bei einer anlassbezogenen PrEP nimmt man das Medikament nur einige Tage ein, zum Beispiel anlässlich einer Sexparty. Man beginnt mit zwei Tabletten am Tag bzw. spätestens zwei Stunden vor dem Sex, nimmt dann eine Tablette täglich und setzt die Einnahme nach dem letzten Sex noch zwei Tage fort. Die Wirksamkeit der anlassbezogenen PrEP ist noch nicht zweifelsfrei erwiesen. Ärztliche Begleituntersuchungen und regelmäßige HIV-Test sind bei beiden Einnahmevarianten unbedingt erforderlich. ■

PrEP auch für Drogenkonsument*innen?

Könnte die PrEP auch das HIV Infektionsrisiko bei intravenös Drogen gebrauchenden senken? Diese Frage wurde bereits 2013 mit der Bangkok-Tenofovir-Studie bestätigt.

Aufgenommen in diese randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte Studie wurden i.v.-Drogenabhängige in Bangkok, Thailand, im Alter zwischen 20 und 60 Jahren, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie HIV-negativ waren. Die Studienteilnehmer erhielten einmal täglich entweder Tenofovir oder Placebo als Tablette.

Monatlich wurden sie auf HIV untersucht und erhielten eine Beratung, wie sie ihr individuelles Risikoverhalten mildern und die Compliance zur Studienmedikation erhalten konnten. Alle 3 Monate wurde eine Blutuntersuchung vorgenommen, außerdem wurden ihnen Kondome und die Teilnahme an einem Methadonprogramm angeboten.

Deutliche Inzidenz-Reduktion

In der Bangkok-Tenofovir-Studie wurden in der Gruppe, die den Wirkstoff einnahmen, 17 HIV-Neuinfektionen (33 % aller HIV-Infektionen der Studie) nachgewiesen, in der Placebo-Gruppe waren es 35 (67 %). Das entspricht einer Inzidenz-Reduktion um 51,8 %. Je konsequenter die Medikamenteneinnahme erfolgt, umso erfolgreicher ist erwartungsgemäß eine PrEP.

Patienten, die diesem Vorgehen zugestimmt hatten, wurden für diese Analyse täglich kontrolliert, ob sie die Studienmedikation eingenommen hatten. Zielgröße war eine Einnahmetreue an 71 % der Tage im Verlauf der Studie, und es durfte nicht an mehr als an 2 aufeinanderfolgenden Tagen die Medikamenteneinnahme ausgelassen worden sein. Essenzieller Beleg der Therapietreue war zudem der Nachweis von Tenofovir im Blut. In der Studiengruppe, die diese Kriterien erfüllte, war die Wahrscheinlichkeit für eine HIV-Infektion um 74 % reduziert.

Vertreter*innen der europäischen und internationalen Vereinigung von Drogengebrauchern kritisierten allerdings, dass zuerst alle wirksamen Maßnahmen zur Vermeidung von HIV Infektionen wie Spritzentausch, Substitution, HIV Behandlung, Kondomvergabe sowie Drogenkonsumräume zur Anwendung kommen müssen, bevor man über eine flankierende PrEP sprechen kann. Dort wo Menschen wegen ihres Drogenkonsums mit dem Tode bedroht werden und ihnen nur ein Bruchteil wirksamer Präventionsmaßnahmen zur Verfügung steht mutet die PrEP etwas zynisch an.

mundipharma

ZIELE SETZEN UND ERREICHEN

Die Substitutionstherapie von Mundipharma unterstützt und begleitet

ZUM PERSÖNLICHEN ZIEL

Mitgliederversammlung des JES-Bundesverbands am 9.9.2017 in Köln

Die Protokolle der Vorstandssitzungen sind für alle Mitglieder auf www.jes-bundesverband.de zugängig.

▸ *Die Broschüre kann per Mail bei Dirk.Schaeffer@dah.aidshilfe.de bestellt werden*

JES-Bundesvorstand v. l. n. r. Stefan Ritschel, Claudia Schieren, Mathias Häde, Janka Kessinger, Marco Jesse, Ilona Rowek, Susanne Kottsieper

Der JES-Bundesvorstand lud zum jährlichen Treffen der Mitglieder nach Köln Riehl ein. Wir trafen uns im Jugendgästehaus und aufgrund der vorangegangenen Veranstaltung von JES-NRW war die Mitgliederversammlung sehr gut besucht. Da im Rahmen der MV auch die Wahl des Vorstands anstand, war es für die Kandidaten die zur Wahl antraten cool, dass sich viele JES-Mitglieder an der Mitgliederversammlung beteiligten.

Zum Beginn stellte der amtierende Vorstand seinen Tätigkeitsbericht der letzten zwei Jahre vor. Vom „Alternativen Drogen- und Suchtbericht“ über die „Befragung zur Substitution“ bis hin zu den „Vorstandssitzungen“ berichtete der Vorstand von seiner Arbeit der letzten beiden Jahre. Begleitend gab es einen Tätigkeitsbericht in Form einer Broschüre mit den wichtigsten Inhalten und Projekten des Bundesverbands.

Die korrekte Mittelverwendung hat für JES, aus nachvollziehbaren Gründen, eine ganz besondere Bedeutung. Der Bericht der von der letzten MV gewählten Kassenprüfer*innen bestätigt die zuwendungsgerechte und haushalterisch korrekte Verwendung der Finanzmittel. Auch die Prüfung der Mittelverwendung durch die Krankenkassen ergab, wie in den Jahren zuvor, keinerlei Nachfragen oder gar Beanstandungen. An dieser Stelle Dank der Vorstand Claudia, die seit vielen Jahren die Buchhaltung für JES leistet und dort die Hauptverantwortung trägt.

Wollte man aus dem Vorstandsbericht ein Resümee ziehen, so gelang es in den letzten zwei Jahren Themen die für Drogengebraucher*innen besondere Bedeutung haben, wie z.B. das Arzt-Patient*innenverhältnis in der Substitutionsbehandlung in die Fachöffentlichkeit zu bringen, bei Konferenzen vorzustellen und in Medien zu publizieren. Die Mitwirkung in Expert*innengremien in Bund und Ländern zeigt, dass JES bei vielen Verantwortlichen der Gesundheitspolitik heute fachlich anerkannt ist und

dazu beiträgt den Blick auf bestimm Themen um die Betroffenenperspektive zu erweitern.

Auf der anderen Seite hat JES wie viele Selbstorganisationen Nachwuchsprobleme. Für JES kommt die Kriminalisierung und Verfolgung von Drogenkonsument*innen erschwerend hinzu. Diese Umstände ermöglichen es Menschen kaum sich kontinuierlich bei JES zu engagieren. Trotz dieser Bedingungen zeigen Drogengebraucher*innen Interesse an JES und wollen Mitglied werden. Leider stehen einem kontinuierlichen Engagement im Bund oder Land die bekannten Lebensumstände sowie eine vielfach schlechte gesundheitliche Verfassung entgegen.

Dem Vorstand wird erneut das Vertrauen ausgesprochen

So ist es als Erfolg zu werten, dass sich bis auf Roland Baur, alle Mitglieder des Vorstands wieder zur Wahl stellten und von der MV bestätigt wurden. Mathias Häde, der viele Jahre als NRW-Schienenkoordinator den Vorstand ergänzte, gab sein Amt auf und stellte sich direkt zur Vorstandswahl. Mathias Amt übernimmt Susanne Kottsieper aus Dortmund.

Das Wahlergebnis im Detail:

Neu in den JES-Bundesvorstand gewählt wurde Mathias Häde (Bielefeld). In den JES-Bundesvorstand wiedergewählt wurden: Marco Jesse (Köln), Claudia Schieren (Berlin) und Stefan Ritschel (Peine). Unterstützt werden sie von den Koordinatorinnen der JES-Schienen: Ilona Rowek (Nordschiene), Janka Kessinger (Südschiene) und Susanne Kottsieper (JES-NRW).

Die erste Sitzung des neuen JES-Bundesvorstands fand bereits am Folgetag der MV statt. ■

Der JES-Bundesvorstand möchte sich auf diesem Wege bei allen bedanken, die den Weg nach Köln gefunden haben.

Claudia Schieren
für den Bundesvorstand

Der JES-Bundesvorstand stellt sich vor:

Ich bin Stefan, *Jahrgang 1970 von JES Peine und KT KISS Trainer. Ich habe JES 1996 durch einen 1 Euro-Job, in unserer Drogenberatungsstelle, kennengelernt und dabei viel über mich und meinen eigenen Konsum gelernt. Was mich bewog selbst in der Selbsthilfe tätig zu werden.*

Durch Seminare und Fortbildungen der DAH lernte ich auch das eigentliche Netzwerk von JES kennen und immer mehr Menschen den es genauso geht wie mir. Seit 2015 engagiere ich mich im Bundesvorstand um an der derzeitigen repressiven Drogenpolitik und der daraus folgenden teilweisen „unmenschlichen" Lebenssituation aus Stigmatisierung, Vorurteilen und vorgeschriebenen Verhaltensweisen von Drogengebrauchern was zu ändern.

Ich bin Claudia, *ich lebe in Berlin in einer festen Beziehung. Meine Familie besteht aus zwei Söhnen und mittlerweile zwei Enkelkindern. Ich bin seit ca. 25 Jahren in der Drogenselbsthilfe tätig und arbeite nun seit mindestens 10 Jahren im Bundesvorstand von JES mit. Ich bin seit meinem 17. Lebensjahr Drogengebraucherin und werde seit 25 Jahren sehr stabil substituiert. Beruflich bin ich im gleichen Umfeld tätig, ich arbeite im Kontaktladenbereich von VISION e. V. in Köln. Vor vielen Jahren habe ich mich entschieden mich mit meinem Konsum zu outen und dies habe ich bisher nicht bereut.*

Die Arbeit im Bundesverband macht in der Regel Spaß und ist auch sehr informativ. Es gibt immer so viel Neues zu erfahren und wir als Vorstand könnten jede Menge toller Ideen umsetzen, wenn wir denn viel mehr Zeit hätten. Der Einsatz im Vorstand von JES ist natürlich ehrenamtlich und muss neben dem hauptamtlichen Job immer in der Freizeit erledigt werden.

Trotz alledem finde ich, dass wir in den letzten Jahren sehr viel Positives mit unserem Engagement bewirkt haben und nebenbei macht es ja auch Spaß mit den Kollegen und Kolleginnen zusammen zu arbeiten. Mein Hauptarbeitsfeld im Vorstand sind die Finanzen und die Antragstellung bei den Krankenkassen. Zusätzlich besetzt jeder von uns natürlich auch noch andere Bereiche.

Wenn Ich mir etwas wünschen dürfte, dann, dass sich mehr „Nachwuchs" für unsere Arbeit interessiert, damit sich die „alten Hasen und Häsinnen" irgendwann auch einmal mit gutem Gewissen zurückziehen können.

Ich bin Mathias. *Mit Baujahr '55 zähle ich zu den älteren Mitstreitern im JES-Netzwerk. Seit 1991 für JES Bielefeld aktiv, gehöre ich seit 2004 zu den Gründungsvorständen des Landesverbands JES NRW e. V. und wurde dann kurze Zeit später auch zum Koordinator der Westschiene gewählt. Von diesem Moment an gehörte ich in dieser Funktion auch dem Bundesvorstand, an. Die Koordination der NRW-Schiene hat nun Susi Kottsieper übernommen. Zeitgleich erfolgte bei der MV 2017 meine Wahl zum Bundesvorstand.*

Warum ich mich für JES engagiere? Mich treibt in erster Linie an, dass wir Drogengebraucher noch immer schlecht behandelt werden und in der Regel auf tiefsitzende Vorurteile stoßen. Dadurch fällt es uns meist schwer, unsere Interessen durchzusetzen. Dies versuchen wir bei JES auf politischem Wege und durch mannigfaltige Aktivitäten zu ändern. Denn nur gemeinsam sind wir stark!

Ich bin Janka, *46 Jahre alt und vertrete seit fast sechs Jahren die JES-Belange in der Südschiene.*

Ungefähr zeitgleich zog ich auch in die Schweiz und bin dort im Diamorphin-Programm. Ich arbeite Vollzeit als Rechtsanwaltsfachangestellte, weshalb für die ehrenamtliche Arbeit bei JES oft zu wenig Zeit bleibt. Dennoch versuche ich, mich so gut ich kann, für JES zu engagieren.

Vor allem liegt mir die Ausweitung des Diamorphin-Programms am Herzen, da

*ich sehr gute Erfahrungen damit gemacht habe und will mich dafür engagieren, dass noch mehr Patient*innen in Deutschland von der Diamorphinbehandlung profitieren können.*

Mein Name ist Marco, *ich bin seit weit über 10 Jahren Mitglied im Sprecherrat/Bundesvorstand des JES-Bundesverbands. Dabei vertrete ich die Interessen von JES und seinen Mitgliedern in unterschiedlichen Gremien wie dem Koordinierungsgremium HIV / Hepatitis C und B der Bundesregierung, der Expertenrunde zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss.*

Darüber hinaus gebe ich JES ein Gesicht im Vorstand von akzept NRW e. V. und leite mit VISION e. V. die größte JES-Einrichtung in Deutschland.

Mir ist es ein besonderes Anliegen, das gesellschaftliche Zerrbild des kranken, verelendeten und schwachen Drogenabhängigen zu durchbrechen und dem das Bild eines mündigen, selbstbestimmten und -bewussten Drogengebrauchers entgegen zu setzen.

Ich bin Susanne, *lebe in Dortmund und bin 49 Jahre alt und seit 32 Jahren i.v. Opiat-Userin und Cannabiskonsumentin. Seit sechs Monaten werde ich mit Substitol substituiert, was ein großes Geschenk für mich ist. Bei JES bin ich seit 10 Jahren aktiv meist auf Landesebene und seit der letzten Mitgliederversammlung, auch auf Bundesebene – als Schienenkoordinatorin. Die neue Aufgabe habe ich mir zu Anfang weniger aufwendig vorgestellt und ich dachte, irgendwie bekomme ich das schon gewuppt. Jetzt stelle ich fest, dass mein „neues Leben" grundsätzlich noch sehr unstrukturiert ist und ich in unterschiedlichen Lebensbereichen noch sehr gefordert bin. Im Laufe der Zeit wird sich dies sicher geben und grundsätzlich freue ich mich in einer so erfahrenen Truppe mitmachen und Erfahrungen sammeln zu dürfen.* ■

Tierärztin bei der Arbeit

Das Projekt *Hund und Herrchen*

Zugegeben, Drogenkonsument*innen haben oft andere Dinge zu tun, als zum Gesundheitscheck zu gehen. Viele von ihnen kümmern sich aber aufopferungsvoll um ihren Hund.

Die Deutsche AIDS-Hilfe macht ihnen ein besonderes Angebot: Während eine Veterinärin kostenlos den Vierbeiner versorgt, bekommt der Mensch die Gelegenheit für einen HIV oder Hepatitis-Test samt Beratung.

Man sieht Jumper das Alter nicht auf den ersten Blick an. Ein paar graue Haare ziehen sich zwar durch ihr hellbraunes Fell. Die zu erkennen, fällt aber schwer, denn Jumper ist ständig in Bewegung. Jumper schnüffelt neugierig an dem umgebauten Krankenwagen, begrüßt freudig die Tierärztin Jeanette Klemmt. Im Projekt „Hunde-Doc" behandelt sie Tiere von bedürftigen Menschen wie Obdachlosen, Drogenkonsument*innen oder Straßenkids. Jumpers Herrchen wird substituiert. Jumper in einer normalen Tierarztpraxis durchchecken zu lassen, könnte er sich nicht leisten.

Ein umgebauter Krankenwagen als Tierarztpraxis

Mit ihren 13 Jahren hat die Mischlingshündin schon einige gesundheitliche Probleme. Die Ohren sind immer mal

Das Projekt „Hund und Herrchen" ist ein Gemeinschaftsprojekt von Deutscher AIDS-Hilfe, Stiftung SPI, Kontaktladen enterprise, Berliner Aids-Hilfe und dem Projekt Hunde-Doc im Rahmen der Kampagne „Kein AIDS für alle!".

wieder entzündet, die Pfoten oft wund, und in der Hüfte scheint Jumper auch nicht mehr so beweglich zu sein wie früher. Bernds aufmerksamen Augen ist das nicht entgangen, und er möchte sichergehen, dass seine Begleiterin keine Schmerzen hat.

„Sie hat auch in Ruhephasen oft einen Tremor, also zittert im Bein", erklärt Bernd der Tierärztin, nachdem sie Jumper gemeinsam auf den Behandlungstisch im Krankenwagen gehoben haben. „Das ist neu, das hat sie erst seit ein paar Wochen." Jeanette Klemmt beginnt, die Hündin zu untersuchen. Dafür muss sie Jumper an den Hinterläufen ziehen und die Gelenke durchstrecken. Dem Vierbeiner gefällt das gar nicht. Man sieht Bernds verzerrtem Gesicht an, dass er mitleidet.

Gegen den Schmerz in der rechten Hüfte der Hündin gibt die Tierärztin ein Medikament mit. „Was kostet das?", fragt Jumpers Herrchen und reißt die Augen auf, als Jeanette Klemmt mit einem schlichten „Nichts" antwortet.

Das Projekt Hunde-Doc wird durch Spenden finanziert, vor allem durch eine regelmäßige Zuwendung einer großen Stiftung. Trotzdem muss auch Jeanette Klemmt den bedürftigen Hundebesitzer*innen, die zu ihr kommen, hin und wieder Geld abnehmen. Zum Beispiel für eine Blutuntersuchung.

HIV-Test mit Hund

Die mobile Tierarztpraxis hält ausschließlich vor sozialen Einrichtungen, heute vor dem Kontaktladen „enterprise", einem Kontaktladen in Lichtenberg. Wer mit seinem Hund zu Jeanette Klemmt in den umgebauten Krankenwagen will, muss sich vorher im Kontaktladen anmelden. „Hunde-Doc ist kein reines Versorgungsprojekt, sondern eins mit sozialpädagogischem Ansatz", erklärt die Tierärztin, „wir möchten sichergehen, dass sie wirklich bedürftig sind. Sucht, Obdachlosigkeit oder Überschuldung sind Voraussetzungen, bei denen wir Hilfe anbieten.

Ein tolles Konzept, fand auch die Deutsche AIDS-Hilfe und testete es in einem Pilotprojekt und in Zusammenarbeit mit der Berliner Aids-Hilfe die Kooperation mit dem Hunde-Doc. Wenn die mobile Tierarztpraxis vor dem Kontaktladen „enterprise" Station macht, sind nun auch zwei Mitarbeiter*innen der BAH vor Ort.

Heute haben der Arzt Maik Müller und Berater Jens Ahrens ihr temporäres Büro im zweiten Stock der Drogenberatung eingerichtet. „Bei der Anmeldung für den Hunde-Doc haben wir die Gelegenheit, die Tierhalter zu fragen, ob sie sich vielleicht zu Hepatitis oder HIV beraten lassen möchten", erklärt Jens Ahrens, „und wenn sie Risiken gehabt haben, dann können sie gegebenenfalls auch einen Test machen."

„Das ist toll", findet Jumpers Herrchen, „gerade für Drogengebraucher*innen ist es schwierig, sich die Zeit für die eigene Gesundheit zu nehmen. Für den Hund nimmt man sich aber Zeit. Und wenn man in dem Zuge auch noch seine eigene Gesundheit überprüfen kann, ist das der Schlüssel, der da passen könnte." ■

Frauke Oppenberg

▶ ***Quelle: magazin.hiv, (gekürzter und redaktionell veränderter Text)***

„Ich substituiere, weil es Überleben heißt.“

Statement-Aktion von MUNDIPHARMA erbrachte 1.000 Euro für den JES-Bundesverband e. V.

Die Leistungen der Suchtmediziner würdigen, mehr Ärzte zur Substitution zu motivieren und gleichzeitig praktische Unterstützung leisten – das waren die Grundideen einer Statement-Aktion von Mundipharma im Rahmen des diesjährigen Interdisziplinären Kongresses für Suchtmedizin in München.

Suchtmediziner*innen sollten hierbei den Satz „Ich substituiere, weil...“ ergänzen. Für jedes abgegebene Statement spendete das Limburger Pharmaunternehmen 5 Euro an den JES-Bundesverband e. V.

Ausgewählte Aussagen der Statement-Aktion

„Mit unserer Spende möchten wir die engagierte Arbeit des JES-Bundesverbandes unterstützen“, erläutert Dr. Dagmar Heidug, Medical Affairs Manager bei Mundipharma. „Wir freuen uns, wenn wir hierdurch einem wichtigen Netzwerk helfen können, das sich für die Interessen und Bedürfnisse heroinabhängiger Patientinnen und Patienten einsetzt.“

„Als Interessenvertretung substituierter Menschen waren wir von der „Statement-Idee“ sofort begeistert“, so Claudia Schieren (JES-Bundesvorstand). „Denn mit dieser Aktion werden die verschiedenen Beweggründe von Mediziner*innen für die Behandlung von Opiatkonsument*innen verdeutlicht.“

JES setzt sich bereits seit seiner Gründung im Jahr 1989 für die Substitutionsbehandlung ein, einer Zeit als JES für die Forderung einer flächendeckenden Substitution für alle Opiatabhängigen kritisiert wurde und Mediziner noch in einer Grauzone agierten. Damals wurden wir für unsere Forderung nach einer Heroinvergabe und der Behandlung mit allen international zugelassenen Medikamenten belächelt. Heute ist dies Realität und fast 80.000 Menschen bietet

Scheckübergabe an Claudia Schieren (Bundesvorstand JES e.V.) durch Dr. Dagmar Heidug (2.v.r) und Sebastian Becker (r.) von Mundipharma. Links im Bild: Dirk Schäffer, Referent für Drogen und Strafvollzug/JES bei der Deutschen AIDS-Hilfe

die Substitution eine solide Basis für eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung. Die soeben beschlossene Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen kann ein weiterer Schritt sein, um mehr als 80.000 Menschen zu behandeln und Mediziner*innen zu motivieren, sich dieser ethisch und medizinisch wichtigen Aufgabe zuzuwenden.

Der JES-Bundesverband bedankt sich bei MUNDIPHARMA für diese tolle Aktion und die Spende, die uns Spielräume bei der Erstellung neuer Medien oder für die Netzwerkarbeit bietet. ■

JES-Bundesvorstand

JES-Berlin zu Besuch bei VISTA Pankow

In den letzten Ausgaben des DROGENKURIER hat die Berliner JES-Gruppe bereits darüber berichtet, dass sich eine kleine Gruppe von Aktivist*innen gefunden hat und auch neue Räume bezogen wurden. Heute möchten wir kurz über eine unserer Aktivitäten berichten.

Um uns in Berlin noch etwas bekannter zu machen und ggf. auf diesem Weg auch neue Leute zu finden, die sich für JES interessieren und aktiv in die Gruppe einbringen wollen, besuchen wir unterschiedliche Einrichtungen, wo sich User und Substis treffen.

Diesmal hat es uns in die PSB Pankow verschlagen, wo sich wöchentlich substituierte Frauen und Männer zu einem Frühstück treffen. So waren zu unserem Termin auch einige nette Leute anwesend und wir haben eine frühere JES-Mitstreiterin wiedergetroffen.

Im Rahmen eines tollen Frühstücks, entstand ein Gespräch über die alltäglichen Belange von Drogengebrauchern. Wir konnten den Leuten dort ein wenig über JES erzählen und hoffen die Leute auf JES neugierig gemacht zu haben, sodass vielleicht jemand zum nächsten Gruppentreffen kommt.

Vielleicht macht ihr ja in eurer Stadt ähnliche Aktionen? Wir von JES-Berlin würden uns freuen davon zu erfahren und uns auch etwas davon abzugucken. Berichtet doch darüber im nächsten Kurier. ■

JES-Berlin

JES-Berlin bei VISTA

Nachlese zum Gedenktag am 21. Juli 2017 aus Bonn

Installation zum Gedenken an Verstorbene in der AIB

Da in diesem Jahr in unmittelbarer Nähe der Szene an der Flughafenbushaltestelle eine größere Baustelle ist, entschieden sich die AIDS-Initiative Bonn e. V. und JES-Bonn, am 21.07.2017, dem internationalen Gedenktag drei Szeneplätze mit einem geliehenen Lastenfahrrad aufzusuchen.

Wir besuchten am 21.07. die Szene an der Flughafenbushaltestelle, der Thomas-Mann-Str. und am Johanneskreuz. Wir verteilten rote Rosen mit Trauerflor, gaben Pumpen, Nadeln und weitere Safer Use Materialien und Giveaways ab und hatten Infomaterialien mit vor Ort.

Da wir am Gedenktag keinen festen Platz hatten, um unser Memorial aufzubauen, haben wir im Vorfeld am 19.7.17 in unsere Räumlichkeiten zum Essen eingeladen und in unserem Kontakt Café die Memorial installiert.

Die Veranstaltungen wurden mit Mitteln von JES-NRW e. V. unterstützt. ■

AIDS Initiative Bonn

Schon 17 Drogentote

Internationaler Gedenktag: Aids-Initiative Bonn verteilt sauberes Material und fordert zu Entkriminalisierung auf

BONN. Es sind alarmierende Zahlen: Im Jahr 2016 stieg die Anzahl der Drogentoten im Bonner Stadtgebiet auf 25 an, das sind sechs mehr als noch 2015. In diesem Jahr sind bisher bereits 17 Menschen infolge ihres Drogenkonsums verstorben. Die Dunkelziffer sei aber in jedem F a l l höher, erklärt Christa Skomorowsky von der Aids-Initiative Bonn. Menschen, die wegen drogenbedingter Krankheiten oder Suiziden gestorben sind, werden in der Statistik nicht aufgeführt.“ Um die Szene, die – so schätzt Skomorowsky – in Bonn und dem Rhein-SiegKreis aus etwa 1500 Menschen besteht. zu sensibilisieren, hat die Initiative am internationalen Gedenktag für Verstorbene aus dem Drogenbereich nun an den entsprechenden Treffpunkten informiert. Dabei wurden am Busbahnhof auch sterile Spritzen, Löffel und Pfännchen, Schlüsselanhänger mit Beatmungstüchern, für den Fall einer Überdosis, sowie Rosen an Freunde und Bekannte der Verstorbenen verteilt.

Alle Fotos: AIB

Helmut Spiess, Jürgen Repschläger und Christa Skomorowski verteilten Rosen und Konsumutensilien

Impression vom 21.07. in Bonn

„Wenn man Drogenkonsum schon nicht verhindern kann, muss man zumindest gewährleisten, dass sauberes Material verwendet wird – das verhindert schon sehr viel Schlimmeres“, so Jürgen Repschläger, Vorstandsmitglied der Bonner Aids-Initiative. „Man muss das Ganze humanisieren und letztlich auch entkriminalisieren. Die Szene sich selbst zu überlassen und mit Verboten von einem Ort zum nächsten zu treiben, hilft niemandem.“ ■

(mdhl)

▸ ***Quelle: Bonner Rundschau 22.7.2017***

GEROT LANNACH

Kompetenz in der Substitutionstherapie

Schafft Klarheit!

G.L. Pharma Deutschland GmbH Van-der-Smissen-Straße 1 22767 Hamburg www.gl-pharma.at

JES legt den Fokus auf die Risiken des Fentanylkonsums

Die Risiken des Konsums von Fentanylplaster zeigen sich nicht zuletzt an der Vielzahl der Drogentodesfälle, die im Zusammenhang mit dem missbräuchlichen Konsum stehen.

In Bayern war in den vergangenen Jahren bei 15 bis 30 Prozent der Drogentodesfälle Fentanyl beteiligt, während der Anteil bundesweit zwischen sechs und acht Prozent schwankt.

Fentanyl verfügt als narkotisierendes Analgetikum über eine 80-100- fach höhere Wirkstärke als Morphin. Deutschlandweit hat sich die Behandlungsprävalenz mit Fentanyl (inklusive Pflaster) von 2000 bis 2010 mehr als verdreifacht.

JES-Broschüre zeigt Risiken und Safer Use Strategien auf

Uns war natürlich bekannt, dass das Thema „Fentanylkonsum von Heroinkonsument*innen" insbesondere in Süddeutschland ein großes Thema ist, so Janka Kessinger, Koordinatorin der JES-Südschiene. Das bundesweite Interesse an unserem Medium zum Thema Fentanyl hat uns allerdings schon etwas überrascht.

Warum ist Fentanyl für Heroinkonsument*innen so attraktiv?

Fentanyl stellt aufgrund seines mit Heroin vergleichbaren Wirkprofils eine Alternative in den Zeiten dar, wenn Heroin nur schwer verfügbar ist. Manche Personen bevorzugen Fentanyl grundsätzlich gegenüber Heroin. Zudem ist bei Personenkontrollen mit geringeren strafrechtlichen Konsequenzen zu rechnen.

Warum gelangt Fentanyl in die falschen Hände?

Bei vielen Ärzten ist das Missbrauchspotenzial von transdermalen Pflastersystemen noch immer unbekannt. Außerdem kann durch fehlenden Ausschluss einer Opiatabhängigkeit im Rahmen der Anamnese oder durch lückenhafte Kontrolle der Therapie ein Missbrauch begünstigt werden. Darüber hinaus scheint es in Alten- und Pflegeheimen oder auch in Krankenhäusern eine Entsorgungspraxis geben, die das Phänomen der Nutzung bereits verwendeter Pflaster ausser Acht lässt.

▸ *Die Broschüre kann kostenfrei über den Versand der DAH bestellt werden unter: www.aidshilfe.de/shop (als Suchbegriff Fentanyl eingeben).*

Natürlich können wir als Patientenorganisation nachvollziehen, dass die Aufsichtsbehörden alarmiert sind und Schritte prüfen um die Verschreibung an Opiatkonsument*innen zu reduzieren. Allerdings darf es hierbei nicht bleiben, denn der Konsum von Fentanyl ist ein Ergebnis der Schwarzmarktstrukturen mit exorbitanten Gewinnspannen und Phantasiepreisen für bestimmte Substanzen. Für einen Opiatabhängigen ist der Versuch der Erlangung einer Verschreibung von Fentanyl schlicht nachvollziehbar.

Daher gilt es Angebote für Opiatkonsument*innen, wie zum Beispiel die Substitutionsbehandlung auszubauen und ein Netz aus voraussetzungslosen Hilfsangeboten wie z. B. Drogenkonsumräume einrichten.

JES-Broschüre ist ein Mosaikstein

Die nun aktualisierte Broschüre des JES-Bundesverbands versucht jene zu informieren und zu sensibilisieren, die Fentanyl missbräuchlich konsumieren. Natürlich bleibt der intravenöse oder orale Konsum einer solch potenten Substanz immer risikoreich, aber es gibt Möglichkeiten die Risiken zu reduzieren und Drogentodesfälle vorzubeugen.

Dies steht im Mittelpunkt der JES-Broschüre zum Thema Fentanyl, die sowohl für Drogengebraucher*innen konzipiert wurde, aber auch Mitarbeiter*innen im Hilfesystem wichtige Informationen bietet. ■

JES Bundesvorstand

Folie rauchen – eine Alternative zum Drücken

Neue Kampagne der DAH zur Reduzierung von Drogentodesfällen und HCV / HIV-Infektionen

Noch vor wenigen Jahren war der intravenöse Konsum in Deutschland die dominante Konsumform. Wirft man nun einen Blick in den Bericht der europäischen Beobachtungsstelle in Lissabon so wird deutlich, dass sich europaweit anscheinend ein Wandel hinsichtlich der Konsumform zu vollziehen scheint. Der Anteil des Rauchkonsums hat sich im europäischen Durchschnitt auf 40 % erhöht.

Diese Veränderungen haben unterschiedliche Gründe:

- durch jahrzehntelangen intravenösen Konsum, sind viele User schlicht nicht mehr in der Lage ihre Substanzen zu injizieren und haben sich zwangsläufig einer anderen Konsumform zugewandt.
- durch die Beimengung synthetische Opiate sowie des punktuellen Anstiegs des Reinheitsgehalts vom Straßenheroin, nimmt der inhalative Konsum zu um das Risiko von Drogentodesfällen zu vermeiden.
- zumindest in Deutschland wurde der inhalative Konsum mittels Kampagnen und Aktionen befördert. So konnte verdeutlicht werden, dass sich allein das Angebot von Utensilien zum Rauchkonsum positiv auf die Inanspruchnahme des Rauchkonsums auswirkt.

Jede Drogenberatungsstelle sollte Folien im Angebot haben

Um Infektionsrisiken und Überdosierungen zu reduzieren sollte jede Drogenhilfe,

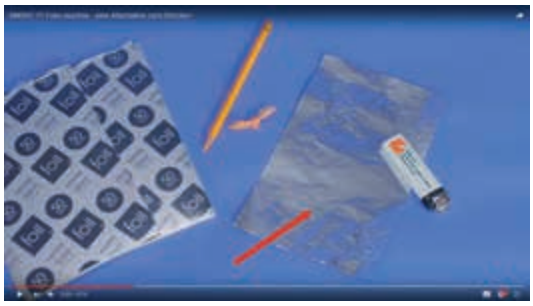
egal ob sie ihren Schwerpunkt in niedrigschwelligen Angeboten hat oder eher auf die Beratung und psychosoziale Begleitung fokussiert, ihren Nutzer*innen ein Alternativangebot zum intravenösen Konsum anbieten.

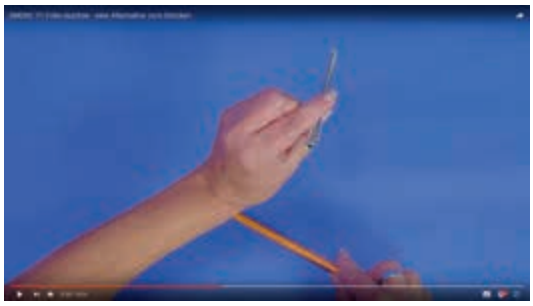
In NRW hat die Landesregierung im Zuge der Novellierung der Rechtsverordnung z. B. das Angebot von Rauchfolien in Drogenkonsumräumen festgeschrieben.

Aber es geht nicht nur um Folien, sondern vielmehr um ein zugehendes Angebot, also die Information über die Vorteile des Rauchkonsums gegenüber dem spritzen von Drogen. Mittels Kurzinterventionen können PRO und CONTRA gegenübergestellt werden. Nun zur Verfügung stehende Medien der DAH bieten Informationen und zeigen mittels Videoclips wie der inhalative Konsum funktioniert.

SMOKE IT – unsere neue Kampagne

Viele von euch haben bereits an unseren modellhaften Interventionen zur Veränderung der Konsumform teilgenommen. Aufgrund der positiven Ergebnisse, aber auch aufgrund der Probleme vor Ort zu-





sätzliche Mittel für Konsumutensilien zu erhalten, haben wir Mittel erhalten um eine weitere bundesweite Intervention zur Förderung des Rauchkonsums zu unterstützen.

Diese Aktion hat 3 Ziele

1. Drogentodesfälle durch Überdosierungen zu reduzieren
2. HIV und Hepatitis- Infektionen zu vermeiden
3. Daten zu erhalten, die zu mehr Finanzmitteln für Konsumutensilien führen

Neue Medien sowie Videoclips bilden die Grundlage

Mit Mitteln des Gesundheitsministeriums bzw. der BzgA haben wir eine Reihe neuer Medien erarbeitet, die ihr vor Ort für die Kampagne nutzen könnt

Neben einem Poster, stehen Aufkleber, Flyer, und Postkarten zur Verfügung. Darüber hinaus haben wir vier Videoclips produziert, die Usern die Herstellung eigener und sicherer Rauchröhrchen zeigen, sowie einen visuellen Einblick in den inhalativen Konsumvorgang geben.

▸ Vier Videoclips geben Einblicke zum Rauchkonsum https://goo.gl/QuWLE9

Da diese Videos eine Altersbeschränkung haben, müsst ihr euch bei You tube anmelden um sie zu sehen

Was können wir bieten?

Ihr könnt über das beiliegende Bestellformular alle Kampagnenmaterialien bestellen. Hierzu gehören selbstverständlich auch eigens zum Heroinkonsum hergestellte Rauchfolien, die in vorangegangenen Untersuchungen 8 von 10 User anstatt Alufolien aus dem Supermarkt bevorzugten.

Wir stellen euch einige Kurzinterventionen zum Download zur Verfügung, die ihr im Kontaktladen, bei Meetings oder auch im Einzelgespräch mit Nutzer*innen eurer Einrichtung durchführen könnt. Diese Kurzinterventionen benötigen keine große Vorbereitung und sind dazu geeignet mit Drogengebraucher*innen eurer Einrichtung ins Gespräch zu kommen, sie zu Informieren und zu motivieren.

Was möchten wir von euch?

Wir werden euch nach etwa 3–4 Monaten einen kurzen Fragebogen senden um Informationen zur Inanspruchnahme zu erhalten. Der Fragebogen zur Evaluation des Angebots wird 3–4 weitere Fragen beinhalten, deren Beantwortung nicht länger als fünf Minuten dauern wird.

Und warum dies alles?

Selbstverständlich können wir keine Versprechungen machen. Aber klar ist, dass aufgrund der positiven Ergebnisse vorangegangener SMOKE IT Kampagnen hinsichtlich des Potentials einer Veränderung der Konsumform, auch Mitarbeiter*innen in Gesundheitsämtern sowie in Landesbehörden auf erweiterte Möglichkeiten der Prävention aufmerksam geworden sind.

Wir haben die Möglichkeit erhalten, die Ergebnisse dieser Intervention im Rahmen eines Treffens der Drogen- und Aids-Beauftragten der Länder, dem BMG und der BzgA vorzustellen. Eine große Chance auf die Relevanz der Erhöhung der finanziellen Mittel für Konsumutensilien hinzuweisen und dies mit validen Daten zu untermauern.

Wir glauben, dass es perspektivisch keine anderen erfolgversprechenden Wege gibt, um politisch Verantwortliche in den Ministerien die gesundheitlichen Effekte neuer Konsumutensilien vorzustellen und die dringend erforderliche Anpassung der Zuwendungen fachlich fundiert einzufordern. ■

Dirk Schäffer

▸ Die Bestellung aller Medien ist kostenlos. Bitte beachtet den beiliegenden Bestellbogen dieser Ausgabe

KLAR WILL ICH LEBEN!

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über die Substitutionstherapie, die einen klaren Kopf ermöglicht.

www.meinebehandlungmeinewahl.eu

Die Adresse für Therapien mit klarem Kopf.

INDIVIOR
Focus on you.

D-SBX-0416-02306

Taschenkalender 2018

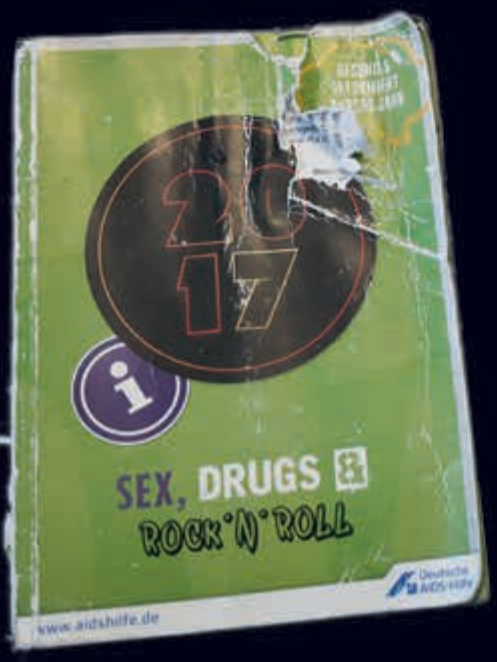
Kurz vor Redaktionsschluss erreichte uns dieses Foto eines Hardcorenutzers des beliebten Taschenkalenders.

Nach 11-monatiger täglicher Nutzung – nicht mehr schön aber immer noch brauchbar!

Auch für das Jahr 2018 wird es wieder einen Taschenkalender geben, der auf vielfältige Weise nutzbar ist. Wie in den Jahren zuvor, haben wir jeden Monat einem Thema gewidmet, so erhält man wichtige Infos zu Drogengebrauch, Sexualität, Hepatitis C und HIV. Natürlich bietet der Kalender die Möglichkeit des Eintrags wichtiger Termine wie zum Beispiel Arztbesuche oder Behördengänge. Darüber hinaus bietet der hintere Teil viel Platz, um Telefonnummern von Freund*innen zu notieren. Hilfreiche Internetadressen und eine Notrufnummer gibt's ebenfalls im Kalender.

Der im Kalender enthaltene „Substitutionsausweis" soll dazu beitragen, dass man bei einem Unfall oder Drogennotfall die richtigen Medikamente in der richtigen Dosis bekommt und die Substitutionsbehandlung sowie deine HIV- oder Hepatitis-C-Therapie nicht unterbrochen werden müssen.

Wie in den Jahren zuvor haben wir bereits Bestellungen für mehr als 15.000 Kalender vorliegen. Dennoch haben wir noch einige Restbestände, die ihr mit einer Mail an Dirk.Schaeffer@dah.aidshilfe.de formlos bestellen könnt.



JES-Bundesverband

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

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

JES-Mailingliste

jes_netzwerk@yahoogroups.de

JES-Nordschiene

JES Berlin
c/o Haus Bethanien New York
Mariannenplatz 2
10997 Berlin
E-mail: jesberlin@web.de
Tel: 0176/30 15 07 18 (Bernd Forche)

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

JES Hannover e. V.
c/o Ilona Rowek
Döbbeckehof 2
30659 Hannover
Tel: 0511/65 52 61 53
Mobil: 0157/74 65 45 84
E-mail: JESHannover@aol.com
(JES-Nordschienenkoordination)

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

JES Kiel
Tagesstruktur „Metha"
c/o JES Kiel
Sophienblatt 73a, Hinterhaus
24114 Kiel
E-mail: J.E.S.Kiel@gmx.de

JES Oldenburg
Katja Dornberger
Lerchenstraße 23
26123 Oldenburg
katjadornberger@yahoo.de

JES Osnabrück
c/o Ulrich Thesing
Knollstr. 165
49088 Osnabrück

JES Peine
Werderstr. 24
31224 Peine
Tel: 05171/80 88-14
Fax: 05171/80 88-15
Mobil: 01577/39 19 564
E-mail: jes-peine@web.de
www.jes-peine.de
Ansprechpartner: Stefan Ritschel
(JES-Vorstand)

JES Sangerhausen
c/o Suchtberatungsstelle
Bahnhofstr. 33
06526 Sangerhausen
Ansprechpartner: Thomas Köhler

JES-Südschiene

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

JES Bayreuth
c/o Michael Meyer
Ranke-Str.15
95445 Bayreuth
E-mail: majasmichl@gmail.com

USE Lörrach
Postfach 2441
79514 Loerrach
E-mail: use.jes@gmail.com

JES Schweiz
Janka Kessinger
(JES-Südschienekoordinatorin)
Züricherstr. 71
CH-8245 Feuerthalen
E-mail: vorstand@jes-bundes-verband.de

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

JES-Westschiene

JES Bielefeld e. V.
c/o AIDS-Hilfe Bielefeld
Ehlentrupper Weg 45 a
33604 Bielefeld
Tel.: 0521/13 33 88
Fax: 0521/13 33 69
E-mail: info@jesbielefeld.de
www.jesbielefeld.de
Ansprechpartner:
Mathias Häde
(JES Bundesvorstand)
Tel.: 0521/398 86 66

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

JES Dortmund
c/o Susanne Kottsieper
Tel.: 0231/13 05 94 92
(Koordinatorin JES-NRW)

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

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

JES Mühlheim a.d. Ruhr
Maren Schäfer
Tel.: 0157/89169520

JES Münster
c/o INDRO Münster
Bremer Platz 18–20
48155 Münster
Tel: 0251/601 23
Fax: 0251/66 65 80
Ansprechpartner: Dennis Reinhardt

VISION
Neuerburgstr. 25
51103 Köln
Tel.: 0221/82 00 73-0
Fax: 0221/82 00 73-20
E-mail: info@vision-ev.de
www.vision-ev.de
Marco Jesse (JES-Vorstand)
Claudia Schieren (JES-Vorstand)

JES-Wanne-Eickel
Guido Truszkowski
Landgrafenstr. 27
44652 Herne
Tel.: 02325/789 77 44
Mobil: 0152/33 62 50 22
E-mail: jes.wanne.eickel@email.de

Weitere wichtige Adressen

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

Bundesarbeitsgemeinschaft der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit
c/o Jürgen Heimchen
Ravensberger Str. 44
42117 Wuppertal
Tel.: 0202/42 35 19
E-mail: akzeptierende.eltern@
t-online.de

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

Bitte teilt uns eventuelle Adressänderungen mit!!!
(Stand der Adressen: 15. November 2017)

Tobias Millekat †

Am Mittwoch, den 21.06.2017, verstarb nach längerer Krankheit unser langjähriges Mitglied Tobias Millekat.

*Tobi, wie ihn seine Freund*innen nannten, war über viele Jahre unser Anker in München. Mit viel Kontinuität unternahm Tobi nach dem Tod einiger JES-Aktivist*innen aus München viele Versuche eine neue JES-Gruppe in München zu etablieren. Tobias war unter anderem für das Münchner Spritzenautomatenprojekt verant-wortlich.*

*Mit Tobias verliert unser Netzwerk einen langjährigen und verlässlichen Mitstreiter für die Interessen Drogen gebrauchender Menschen. Das Bild zeigt Tobias beim Gedenktag für verstorbene Drogengebraucher*innen in München*

JES-Bundesvorstand

Aussagen substituierender Ärztinnen und Ärzte beim Suchtkongress in München 2017

Ich substituiere, weil ...

wir nach dem **aktuellen Stand** der medizinischen Wissenschaft und **nicht nach Ideologien von gestern** handeln sollten.

ich **Infektionskrankheiten** eindämmen will.

es **Überleben** heißt.

ich **Arzt bin,** ganz einfach.

weil **Drogenkriminalität so reduziert** werden kann.

man von diesen **Patienten sehr viel** zurückbekommt.

jeder Patient ein Anrecht auf eine **erfolgreiche Therapie** hat.

alle Menschen ein Recht auf **medizinische Hilfe** haben.

Wir wünschen euch
ein schönes neues Jahr!

jes
leben mit drogen

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

ISSN 2512-4609