



SAFER USE NRW 2015

Fachtagsdokumentation
12. August 2015



Impressum

Der Fachtag ist eine Kooperation von der Aidshilfe NRW, akzept NRW, dem jes bundesverband und VISION und fand in der Fachhochschule Köln statt. Der Fachtag wurde vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen und vom M-Ä-C AIDS FUND gefördert.

Aidshilfe NRW e.V.

Lindenstraße 20 · 50674 Köln

Fon: 0221- 925996-0

Fax: 0221- 925996-9

info@nrw.aidshilfe.de

nrw.aidshilfe.de

Redaktion

Domenico Fiorenza und Brigitte Bersch

Layout

Markus Schmidt

Fotos

© VISION e.V.

Druck

Druckhaus Süd | Juli 2016

gefördert vom:

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Safer-Use-Fachtag NRW

Zu dem von der Aidshilfe NRW, akzept NRW, VISION und dem JES-Bundesverband gemeinsam veranstalteten Fachtag Safer Use in Köln kamen am 12. August 2015 rund 130 Teilnehmer*innen zusammen, um sich über den aktuellen Sachstand der Weiterentwicklung und Differenzierung von Präventionsangeboten beim Konsum von Drogen zu informieren und auszutauschen.

Ziele des Fachtages waren sowohl die Vermittlung wissenschaftlicher Grundlagen und neuer Erkenntnisse als auch die Vorstellung praktischen Know-hows und die Erläuterung effektiver Safer-Use-Techniken zur Schadensminderung im Bereich des illegalisierten Drogenkonsums zur Reduzierung von HIV- und HCV-Übertragungen. Praktiker*innen konnten zusammen mit Konsumierenden erprobte und effektive Safer-Use-Techniken in Theorie und Praxis kennenlernen.

Im ersten Teil wurden die aktuellen wissenschaftlichen und sozialpolitischen Erkenntnisse aus dem In- und Ausland dargestellt. Im zweiten Teil wurden unter anderem schonende Drogenapplikationen veranschaulicht und „trocken“ geübt sowie ein Drogennotfalltraining durchgespielt.





Dirk Schäffer

Deutsche AIDS-Hilfe

Eröffnung

Zu Beginn begrüßte Prof. Dr. Sigrid Leitner, Prodekanin der Fachhochschule Köln, im Namen der Fachhochschule die Teilnehmenden. Sie wies darauf hin, dass im Jahr 2014 bereits der „Naloxon-Fachtag“ in den Räumlichkeiten der Kölner Fachhochschule stattgefunden habe. Sigrid Leitner sprach sich für die sehr willkommene Kooperation zwischen Lehre und Praxis aus und gab ihrer Hoffnung auf eine langjährige Zusammenarbeit Ausdruck.

Dirk Schäffer, Referent der Deutschen AIDS-Hilfe, eröffnete im Anschluss den Safer-Use-Fachtag NRW und würdigte das Veranstaltungsformat. In dieser Form würde ein Fachtag zum Themenkomplex Safer Use zum ersten Mal stattfinden, erklärte er. Besonders anregend empfand er dabei den Zusammenschluss mehrerer Organisationen, wodurch Fachkenntnisse von (Ex-)User*innen sowie der Fachverbände zusammengebracht würden. Des Weiteren zog er Bilanz zu der momentanen Safer-Use-Praxis und den Safer-Use-Angeboten. Er führte dabei aus, dass in Deutschland jährlich 217.000 bis 258.000 Menschen riskanten bis hochriskanten Drogenkonsum praktizierten. Trotz dieser Zahlen sei noch immer keine flächendeckende Versorgung mit Spritzen gesichert, weder im Rahmen von Spritzenaustauschprogrammen noch durch das Angebot von Spritzenautomaten, die zudem auch ein zeitlich unbegrenztes Angebot gewährleisten könnten. Dies wäre nur eins der möglichen niedrigschwelligen Präventionsangebote, das die derzeitige Situation verbessern würde.

Die Deutsche AIDS-Hilfe biete gemeinsam mit JES seit 25 Jahren Safer-Use-Trainings an, an denen über 500 Menschen teilgenommen hätten, erläuterte Schäffer. Die Durchführung, aber allem voran die Häufigkeit dieser Trainings, könnte nach Meinung von Schäffer noch deutlich verbessert werden, da es auch an Multiplikator*innen mangle, die an verschiedenen Standorten ihr Wissen über Safer-Use-Techniken und Präventionsangebote weitergeben könnten.

Dabei sei dieses Wissen besonders wichtig, gerade wenn man sich die Ergebnisse der DRUCK-Studie ¹ (Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland) des Robert Koch-Instituts (RKI) anschau. Von den rund 2.000 befragten Personen hätten 5 Prozent bis 22 Prozent angegeben, bei injizierendem Drogenkonsum Spritzen oder Nadeln geteilt zu haben. 32 Prozent bis 44 Prozent der Befragten hätten berichtet, andere Utensilien wie Filter, Pfännchen oder Wasser geteilt zu haben. Außerdem zeigten die Ergebnisse der Studie, dass die Befragten über mögliche Impfungen, beispielsweise gegen HBV, Tetanus, Grippe oder HCV, informiert seien. Offen bleibe also die Frage, wie hier nachgebessert werden könne. Die Wahrung von Qualitätsstandards bei der Vergabe von Konsum-Utensilien, Aktionstage zum Thema Safer Use, Kurzinterventionen, die Beratung zu alternativen Konsumformen (inhalativer Konsum oder Rauchfolien) oder der Einsatz von Mitarbeitenden als „key persons“, also als Multiplikator*innen, seien mögliche Varianten für verbesserte Präventionsangebote.

Im Anschluss übernahm Dr. Axel Hentschel von der AIDS- und Drogenberatung in Köln die weitere Moderation des Fachtags.

¹ Ziel der DRUCK-Studie ist es zum einen, die Verbreitung von Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und HIV sowie Ko-Infektionen bei injizierenden Drogen gebrauchenden Menschen (IVD) in Deutschland festzustellen. Zum anderen sollen Einflussfaktoren für HBV, HCV und HIV bei Konsument*innen bestimmt sowie Wissenslücken in Bezug auf Übertragung und Prävention dieser Infektionen festgestellt werden. Die Analyse des Risiko- und Präventionsverhaltens soll helfen, Präventionsempfehlungen zu aktualisieren und zu fokussieren.



Alexander Bücheli

Safer Nightlife | Schweiz

Drug-Checking in Europa

Thematisch leitete Alexander Bücheli, Safer Nightlife aus der Schweiz, den Fachtag mit seiner Präsentation zu Drug-Checking in Europa ein.

Drug-Checking-Angebote gehörten primär zum Bereich der Schadensminderung und richteten sich an Konsumierende von psychoaktiven Substanzen, erklärte der Referent. Meist handele es sich dabei um Partydrogenkonsument*innen. Drug-Checking biete Substanzanalytik und eine persönliche Beratung zu Substanzen, die aus dem Grau- oder Schwarzmarkt stammten. Der Zugang sei niederschwellig, das Angebot sei kostenlos und anonym. Warnungen zu unerwarteten Inhaltsstoffen oder hoch dosierten Substanzen würden zudem auf szenerelevanten Websites veröffentlicht und so einem größeren Publikum zugänglich gemacht. Per E-Mail würden die Informationen an einen erweiterten Kreis von Fachpersonen weitergeleitet. Diese Angebote existierten in Europa seit mehr als 30 Jahren. Das erste Angebot habe es in Holland gegeben, Mitte der 1990er-Jahre seien weitere in Österreich, Spanien und der Schweiz hinzugekommen. Auch in Deutschland, insbesondere in Berlin, habe Mitte der 1990er-Jahre ein Drug-Checking-Angebot existiert, das von Eve & Rave Berlin koordiniert worden sei. Über 30 Jahre Erfahrungen hätten gezeigt, dass es sich beim Drug-Checking um ein pragmatisches und effizientes Instrument der Prävention und Schadensminderung handele. Dennoch dürften staatliche Labore in Deutschland noch immer keine Proben von zivilen Organisationen annehmen. Dies sei als Weisung vom Bundesgesundheitsministerium in den 1990er-Jahren erlassen worden.

In Europa existierten zurzeit Drug-Checking-Angebote in Portugal, Spanien, Frankreich, Belgien, Luxemburg, Holland, Wales, Österreich und der Schweiz. Dabei würden verschiedene Analysemethoden verwendet. Analysiert würden Substanzen in Pille- oder Pulverform, in seltenen Fällen auch Flüssigkeiten und Cannabisprodukte. Die wichtigsten Analysemethoden seien Schnelltests, sogenannte Marquis-Tests (vor allem in der Underground-Szene), Dünnschichtchromatografie (DC),

Gaschromatografie (GC) und Hochdruck(leistungs) flüssigkeitschromatografie (HPLC). Die Methoden unterschieden sich jeweils nicht nur im Preis und in der Schnelligkeit der Durchführung, sondern auch in der Qualität des Resultats. Erst mittels GC und HPLC seien auch verlässliche quantitative Aussagen zur Zusammensetzung der Probe (Reinheit, Dosis) möglich. Mithilfe eines Schnelltests könne nur das Vorhandensein einer Substanz bestätigt oder ausgeschlossen werden. Sowohl für die GC- als auch für die HPLC-Analytik sei spezialisiertes Personal nötig.

Beim mobilen Drug-Checking werde der Infostand mit integriertem Labor direkt vor Ort für die entsprechenden Testangebote aufgestellt. Die Substanzanalyse dauere je nach Methode bis zu 20 Minuten (HPLC). Während dieser Zeit finde jeweils das Beratungsgespräch statt, das durch eine Fachperson oder einen speziell ausgebildeten Peer durchgeführt werde. In der Schweiz und in Spanien komme während dieses Gesprächs, mit dem Einverständnis der Person, ein standardisierter anonymer Fragebogen zur Anwendung. Dieser strukturiere nicht nur das Gespräch, er biete auch eine Monitoring-Möglichkeit, indem Konsummuster von Freizeitdrogenkonsumierenden erfasst würden.

Im Anschluss werde das Analyseresultat erläutert. Das Risikopotenzial der jeweiligen Substanz werde unter Einbezug verschiedenster Faktoren, wie Substanzzusammensetzung, Geschlecht, Alter oder Gewicht der Person, detailliert ausgeführt. Dabei werde darauf Bezug genommen, ob es sich tatsächlich um die deklarierte Substanz handele, wie rein sie sei und welche Streckmittel sie enthalte. Die Resultaterklärung nehme somit eine wichtige präventive und schadensmindernde Funktion ein, da individualisierte Zusammenhänge zwischen Wirkung, Risiko und den persönlichen Voraussetzungen aufgezeigt oder schon gemachte Erfahrungen bewertet werden könnten. Dadurch sollten auch Reflexionsprozesse bei den Konsumierenden initiiert und gefördert werden.

Obwohl sich Drug-Checking-Angebote als pragmatisches Präventions- und Schadensminderungsinstrument herauskristallisiert hätten, sei das Angebot politisch nicht unumstritten. Dennoch zeige sich bei Betrachtung der Ergebnisse der europäischen Angebote aus den vergangenen 30 Jahren, dass diese nicht nur Leben retten würden, sondern auch einen risikoarmen Konsum förderten und keinesfalls einen

Konsumanreiz darstellten. Drug-Checking-Resultate erhöhten zudem die Glaubwürdigkeit präventiver und schadensmindernder Botschaften, da diese mit objektiven Daten zur Reinheit der Substanz und unerwarteter Streckmittel unterlegt werden könnten. Hinzu komme, dass Drug-Checking die Attraktivität von bestehenden präventions- und schadensmindernden Angeboten steigern, egal, ob es sich um eine Fachstelle oder ein mobiles Beratungsangebot handele. Schon eine 2001 durchgeführte EU-Studie² habe klar gezeigt, dass Freizeitdrogenkonsumierende durch ein Drug-Checking leichter erreicht werden könnten und somit zum ersten Mal in Kontakt mit dem Hilfesystem träten.

Diese verbesserte Erreichbarkeit ermögliche es erst, selektiv risikomindernde Informationen an die Zielgruppe zu richten. Freizeitdrogenkonsument*innen seien heute deutlich besser über die Risiken des Substanzkonsums informiert. Dies zeigten die Erfahrungen aus der Schweiz, wo mittels einer Evaluation bewiesen werden konnte, dass innerhalb der erreichten Zielgruppe die Konsumhäufigkeit abgenommen und der problematische Mischkonsum um 20 Prozent zurückgegangen sei. Die Analyseresultate und die ausgewerteten Daten der beim Drug-Checking ausgefüllten Fragebögen seien zudem für die Früherkennung von Trends wichtig.

Sie gäben der Fachwelt Aufschluss darüber, was konsumiert werde, welche Substanzen in welcher Reinheit im Umlauf seien und wie damit einhergehende Konsumrisiken frühzeitig erkannt werden könnten. Zu wissen, was tatsächlich in der konsumierten Substanz enthalten sei, stelle eine wichtige Beratungsgrundlage dar. Dadurch könnten diese Fakten in die Beratung integriert werden. Weitere Informationen zu europäischen Drug-Checking-Projekten:

- Jugendberatung Streetwork, Zürich: saferparty.ch
- Stiftung Contact Netz, Bern: rave-it-safe.ch
- Energy Control, Barcelona: energycontrol.org
- checkit!, Wien: checkyourdrugs.at
- DIMS, Niederlande: drugs-test.nl
- TEDI Project (Europäische DC-Standards, Methoden und Beratungen): tediproject.org
- NEW Net (Europäische Nightlife-Aktivist*innen): safernightlife.org

Nach dem Vortrag von Alexander Bücheli wurden noch einige Fragen zur rechtlichen Situation in Deutschland beantwortet. Ein zusätzlicher Aspekt, der hemmend bei der Durchsetzung von Drug-Checking wirke, sei die Finanzierung. Auch müssten noch grundsätzliche Fragen nach der Entsorgung der Substanzen (Wiedereinführung oder Vernichtung) geklärt werden.



Hat Safer Use den Stellenwert in der Drogenhilfe, den es verdient?

Als nächster Programmpunkt wurde die Frage nach dem Stellenwert von Safer Use in der Drogenhilfe debattiert. Astrid Leicht, Fixpunkt in Berlin, stellte eingangs kritisch fest, dass Safer Use zwar gegenwärtig Bestandteil in aktuellen Diskussionen sei, es jedoch an Leitlinien und Qualitätsstandards in der Drogenhilfe hinsichtlich der Safer-Use-Beratung fehle.

Um die Wichtigkeit von Safer Use zu verdeutlichen, stellte Astrid Leicht die Risiken und Folgen von Drogenkonsum vor: Unerwünschte Folgen von Substanzkonsum könnten beispielsweise Atemdepression, Wundheilstörungen oder Speichelreduktion sein. Außerdem gehörten soziale und ökonomische Benachteiligungen von Konsument*innen zu möglichen Folgeerscheinungen. Im Kontext von Sucht sei vor allem riskantes Konsumverhalten vom Needle Sharing über mangelnde Hygiene bis hin zur Überdosierung zu beobachten, aber auch Kriminalisierung, Prostitution oder Inhaftierung spielten eine Rolle. Die Auswirkungen riskanten Konsumverhaltens reichten von bleibenden körperlichen Schäden bis hin zu psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen. Außerdem müsse die Mortalitätsrate von Opiatabhängigen beachtet werden, die jährlich zwischen 1 Prozent und 3 Prozent liege.

Grundsätzlich seien Prävalenz- oder Epidemiologiedaten zu Bakterien, Sporen oder anderen Gesundheitsrisiken – im Gegensatz zur Prävalenz von Virusinfektionen – kaum vorhanden. So seien beispielsweise Karies oder Parodontitis sehr häufig als Folge von Drogenkonsum vorzufinden. Andere Krankheiten wie Milz- oder Gasbrand (Anthrax/Botulismus) kämen nur noch sehr selten vor, dennoch sollten sie wissenschaftlich stärker untersucht werden.

Nach dieser Erläuterung stellte Astrid Leicht das Konzept „Harm Reduction“ vor.

„Harm reduction refers to policies, programmes and practices that aim to reduce the harms associated with the use of psychoactive drugs in people unable or unwilling to stop. The defining features are the focus on the prevention of harm, rather than on the prevention of drug use itself, and the focus on people who continue to use drugs.“

Harm Reduction bedeutet also die gezielte Reduzierung von gesundheitlichen Risiken und Schäden. Das Konzept der Harm Reduction sei darauf ausgelegt, nicht nur den Menschen zu helfen, die Drogen konsumieren, sondern auch ihren Familien und dem Gemeinwesen. Zu den Prinzipien dieses Konzepts gehöre außerdem die Wahrung der Menschenwürde und Menschenrechte. Besonders die Beachtung der Menschenwürde von Konsument*innen sei in Deutschland noch nicht sehr verbreitet – es bedürfe einer stärkeren Entkriminalisierung dieser Menschen, um sie vor weiterem riskanten Konsumverhalten zu schützen.

Harm Reduction im Kontext von Infektionsschutz sei vornehmlich die Prävention und Kontrolle von ansteckenden Krankheiten für injizierende Drogenkonsumierende. Dazu zählten sieben Schlüsselmaßnahmen:

1. Bereitstellung von Injektionsmaterialien – kostenlos und qualifiziert
2. Impfungen (zum Beispiel Hepatitis A/B, Tetanus, Grippe, Pneumokokken, etc.)
3. Suchtbehandlung (zum Beispiel Substitution)
4. HIV-, HCV-, HBV- und andere Tests (Tuberkulose)
5. Behandlung von Infektionen
6. Gesundheitsförderung
7. Zielgruppenorientierte Angebote

Eine der effektivsten Maßnahmen zur Prävention von HIV und Hepatitis bleibe die Substitution. Eine individuelle Beratung der Konsumierenden und ihrer Familien sei jedoch nur dann effektiv, wenn sie mit verschiedenen der zuvor genannten Maßnahmen kombiniert würde.

Darauf aufbauend ging Astrid Leicht auf das Safer-Use-Konzept ein. Die wichtigsten allgemeinen Ziele von Safer Use seien, Bewusstsein zu schaffen und Wissen zu vermitteln, die Verfügbarkeit von Konsum-Utensilien zu gewährleisten sowie als letzten und langfristigen Schritt das Verhalten der Konsumierenden zu verändern.

2 Die durch die EU finanzierte Studie Pill Testing – Ecstasy und Prävention der Autoren Annemieke Benschop, Manfred Rabes und Dirk J. Korff überprüfte charakteristische Ziele und Angebote von Pill-Testing-Programmen auf ihre Wirksamkeit.



Dabei sei es von besonderer Wichtigkeit, dass Safer-Use-Angebote zielgruppenspezifisch und bedarfsorientiert konzipiert und niedrigschwellig ausgerichtet und vor allem vorurteilsfrei angeboten würden.

In der konkreten Umsetzung heiÙe das, dass die benötigten Utensilien verfügbar gemacht werden müssten, es eine praxisgerechte Umsetzung von Angeboten gebe und Konsument*innen konkret eingebunden würden, beispielsweise als sogenannte Peers. Diese sollten dann die wichtigsten Safer-Use-MaÙnahmen weitergeben und vorleben. Dazu gehöre als Erstes, das Hygienebewusstsein zu fördern sowie dem Einstieg in den hochriskanten Drogenkonsum vorzubeugen. Weiterhin müsse der Ausstieg der Konsumierenden unterstützt oder aber die Frequenz des injizierenden Konsums verringert werden. Besonders wichtig sei die Vermeidung des gemeinsamen Gebrauchs von Konsum-Utensilien, wobei die sichere Entsorgung infektiöser Gegenstände auch gewährleistet sein müsse.

Nach den Ausführungen über das Harm-Reduction-Konzept zeigte Astrid Leicht den Stellenwert und die Praxis von Safer Use in der deutschen Drogenhilfe auf. Safer Use werde primär in der niederschweligen Drogenhilfe angesiedelt und habe leider einen sehr geringen Stellenwert in der Sucht- und Infektionsmedizin sowie in der Suchtberatung und Reha.

Defizitär sei auch die Praxis des Spritzenaustauschs. Oftmals gebe es nur ein Minimalangebot an Spritzen aus Angst vor zu „gierigen“ Konsument*innen, anstatt ein bedarfsorientiertes Angebot zu gewährleisten.

„Die Empfehlung der World Health Organization (WHO), pro User*in und Jahr 200 Spritzen-Sets durch spezialisierte Einrichtungen zu vergeben, wird in Europa nur von Tschechien, Finnland, Malta, Norwegen und Schweden erreicht.“

Außerdem sei zu kritisieren, dass es zu wenig Forschung und Austausch zu Safer Use in der Drogenhilfe gebe und teilweise nur sehr geringe Detailkenntnisse über praktische Safer-Use-Anwendungen unter den Drogenhilfe-Mitarbeitenden vorhanden seien. Entsorgungskonzepte für Konsum-Utensilien, insbesondere in Kommunen, seien ebenfalls schwach ausgebaut.

Letztlich blieb noch zu klären, welche neuen Entwicklungen und Herausforderungen anstünden. Zu nennen seien in diesem Zusammenhang die HCV-Therapieerfolge. Außerdem gebe es immer wieder neue Konsumformen und Konsummuster beziehungsweise eine erhöhte Verbreitung zum Beispiel von NPS (Neue Psychoaktive Substanzen), auf die es sich einzustellen gelte. Dabei sei auch Kreativität gefragt. Vor allem sei Lobbyarbeit für eine qualifizierte Safer-Use-Aufklärung wichtig. Für eine umfassende Beratung sei es darüber hinaus notwendig, die Sucht- und Infektionsmedizin mit einzu beziehen, damit verschiedene Gesundheitsrisiken (neben HIV und HCV) bedacht würden. Zusätzlich bedürfe es einer Erweiterung des Safer-Use-Sortiments, dabei sollten Filter und Wasser als Übertragungswege weiter bekannt gemacht werden.

Party- und Sexdrogen: Wechselwirkung und Mischkonsum

Der Vortrag von Tibor Harrach, LAG Drogen in Berlin, befasste sich überwiegend mit den physischen (Aus-)Wirkungen des Konsums von Drogen und des Mischkonsums verschiedener Substanzen (Drogen oder Medikamente). Hierbei konzentrierte er sich vor allem auf die psychoaktiven Wirkstoffe in Arzneimitteln und Rauschstoffen, die in Kombination gesundheitsschädigende Wirkungen haben können.

Zur Veranschaulichung der Wechselwirkungen verschiedener psychoaktiver Wirkstoffe (insbesondere von Drogen und HIV-Medikamenten) nahm Tibor Harrach den Fall Philip Kay als Beispiel:

Philip Kay (32) sei im Oktober 1996 in einem Londoner Nachtclub tot zusammengebrochen. Er sei mit dem damals neu auf dem Markt befindlichen Norvir® behandelt worden und habe zwei Ecstasy-Tabletten genommen. Sein MDMA-Blutspiegel habe dem von 22 Ecstasy-Tabletten entsprochen.

Der Fall von Philip Kay habe dazu geführt, dass die Wechselwirkungen von HIV-Medikamenten und Drogen wissenschaftlich untersucht wurden. Diese Untersuchungen hätten ergeben, dass der Mischkonsum der oben genannten Substanzen sehr gefährlich sei. Zu dieser Zeit habe eine große Verunsicherung in der Szene geherrscht, woraufhin einige antiretroviral behandelte Menschen, die ihre Partygewohnheiten, einschließlich des Drogenkonsums, nicht verändern wollten, angefangen hätten, am Wochenende die Einnahme ihrer HIV-Medikamente auszusetzen. Dies berge die Gefahr, dass sich Resistenzen entwickelten und die Medikamente ihre Wirksamkeit verlören.

Aber warum hätten diese verschiedenen Substanzen überhaupt miteinander reagiert, wo Drogen doch im zentralen Nervensystem und die HIV-Medikamente vor allem im Immunsystem wirken? Um diese Frage zu beantworten, erklärte Harrach anschließend die bio-chemischen Reaktionen im menschlichen Körper.

Dabei müsse zuvor geklärt werden, welche Art von Wechselwirkungen es geben könne. Zum einen sei eine Verstärkung oder Abschwächung der Wirkung von mindestens einer Substanz denkbar oder das Auftreten einer völlig neuen (Neben-)Wirkung.

Wie wirken nun die Drogen im Körper? Die konsumierten Substanzen würden über die Leber verstoffwechselt und in den Blutkreislauf eingeführt, so der Referent. Der Abbau von Substanzen geschehe vor allem durch Enzyme (CYP-Enzyme) in der Leber, die durch die Reaktion mit der Substanz Wasser bildeten, wodurch sie verflüssigt und am Ende über die Nieren ausgeschieden würden.

Wenn nun zwei pharmazeutische Substanzen in der Leber gleichzeitig verstoffwechselt würden, könnten sie um ein bestimmtes CYP-Enzym konkurrieren. Der Blutspiegel des weniger erfolgreichen würde daraufhin moderat ansteigen. Oder aber einer der Wirkstoffe rege die Neubildung von CYP-Enzymen in der Leber an, dann würden alle Wirkstoffe schneller abgebaut (Enzym-Induktion). Weiterhin könnte eine Substanz ein CYP-Enzym blockieren, wodurch der Abbau von Wirkstoffen über dieses Enzym verhindert werde und der Blutspiegel dieser Wirkstoffe dramatisch ansteige. Bereits vorhandene Leberschäden, zum Beispiel durch Alkoholkonsum, erschwerten ebenfalls den Abbau von Substanzen.

So ließe sich auch der Fall Philip Kay erklären. Philip Kay habe zwei Ecstasy-Tabletten und Norvir® eingenommen. Der Norvir®-Wirkstoff habe das wichtige CYP-Enzym blockiert, wodurch sich der Abbau von Ecstasy verzögert habe und der MDMA-Blutspiegel angestiegen sei. Neben der CYP-Blockade habe bei Kay auch noch ein alkoholbedingter Leberschaden vorgelegen.

Aufgrund der heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse könnten mittlerweile Aussagen und Vorhersagen über mögliche Wechselwirkungen von Partydrogen und HIV-Medikamenten getroffen werden. Hierzu finden Sie auf der folgenden Seite eine Übersicht.

Wirkstoffgruppe	Wirkstoff	Wechselwirkungsrisiko
NRTIs	Abacavir Cidofovir Didanosin Emtricitabin Lamivudin Stavudin Tenofovir Zidovudin	NRTIs werden nicht über CYP-Enzyme abgebaut und beeinflussen diese auch nicht. Bestimmte durch NRTIs verursachte Stoffwechsel- und Leberfunktionsstörungen können durch Alkohol verstärkt werden.
Integrasehemmer	Raltegravir	Raltegravir wird nicht über CYP-Enzyme abgebaut und beeinflusst diese auch nicht. Raltegravir kann starke Nebenwirkungen auf die Psyche haben, die durch Partydrogen verstärkt werden können.
Entry-Inhibitoren	Enfuvirtid	Enfuvirtid wird nicht über CYP-Enzyme abgebaut und beeinflusst diese auch nicht.
NNRTIs	Efavirenz Etravirin Nevirapin Ralpivirin	Alle NNRTIs werden über CYP-Enzyme abgebaut und induzieren (vermehrten) dabei meistens CYP-Enzyme, können aber auch gelegentlich Leber-Enzyme hemmen. NNRTIs können Nebenwirkungen auf die Psyche haben, die durch Partydrogen verstärkt werden können.
Proteasehemmer (PIs)	Atazanavir Darunavir Fosamprenavir Indinavir Lopinavir Nelfinavir Norvir Saquinavir Tipranavir	PIs werden über CYP-Enzyme abgebaut und hemmen diese dabei. Dadurch können sich die Wirkungen und Nebenwirkungen von Partydrogen verstärken und verlängern.

Neben der Enzym-Blockade, die einen Anstieg des Blutspiegels einer Substanz zur Folge habe, könne die Wirkung von pharmazeutischen Substanzen auch komplett ausgesetzt werden. Die Enzym-Induktion lasse durch eine Verringerung der Substanzen im Blutspiegel deren Wirkungen aussetzen. Weiterhin von Bedeutung sei die Wirkung von Viagra in Kombination mit Poppers, die im schlimmsten Fall zu einem starken Abfall des Blutdrucks führen könne. Auch der Mischkonsum von GHB/GBL und Alkohol sollte vermieden werden. Alkohol habe eine synergistische Wirkung mit GHB und erhöhe massiv das Risiko einer lebensbedrohlichen Atemdepression. Zum Schluss sei gesagt, dass Partyleben und antiretrovirale Therapie sich nicht ausschließen würden. Man solle jedoch besonders darauf achten, dass die Therapie niemals ohne Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt unterbrochen werde, eine geeignete Kombitherapie ausgewählt und mit der Ärztin beziehungsweise mit dem Arzt über Lebensgewohnheiten offen kommuniziert werde, so Harrach.

Weitere Informationen zu den unterschiedlichen Wechselwirkungen von verschiedenen Substanzen sind im Internet zu finden:

Deutsche AIDS-Hilfe

→ hiv-wechselwirkungen.de

→ hiv-drogen.de

Indiana University School of Medicine

Drug Interactions

→ medicine.iupui.edu/clinpharm/ddis

University of Liverpool

→ hiv-druginteractions.org

Eve & Rave Berlin

Tibor Harrach: Wechselwirkungen zwischen Partydrogen und antiretroviraler Therapie (2002)

→ eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/bericht129.pdf



Dr. Axel Hentschel

JES NRW

Tibor Harrach

LAG Drogen | Berlin



Marco Jesse
VISION | Köln

Workshop 1:

Safer Use in der

praktischen Anwendung

Nach einer kurzen Vorstellung der Referenten, Marco Jesse, VISION in Köln, und Dirk Schäffer, Deutsche AIDS-Hilfe in Berlin, erfolgte die Erläuterung der Aufgabenstellung, durch welche die Teilnehmer*innen des Workshops an Safer-Use-Techniken in der praktischen Anwendung herangeführt werden sollten. Unter den Teilnehmenden fanden sich Praktiker*innen aus Aidshilfe- und Drogenhilfeeinrichtungen, User*innen sowie Studierende der Fachhochschule Köln. Sie wurden in vier Gruppen eingeteilt und sollten folgende Situation simulieren:

Eine Gruppe von drei Personen wacht gemeinsam in einer Wohnung auf und möchte Heroin konsumieren. Es stehen zwei Kanülen (eine frische und eine gebrauchte), eine neue Spritze, Alkoholtupfer, Filter, Löffel, Ascorbinsäure und 1 Gramm Heroin unbekannter Qualität zur Verfügung. Innerhalb von 20 bis 25 Minuten sollten die Gruppen, unter Berücksichtigung des vorhandenen Wissens zur Schadensminimierung (Harm Reduction) beim Drogengebrauch, Lösungen erarbeiten, die einen möglichst sicheren Konsum für alle ermöglichen. Die bereitgestellten Utensilien sollten benutzt und die Situationen realitätsnah nachgestellt werden. Jede Gruppe hatte eine andere Ausgangssituation (beispielsweise Ausstattung eines „typischen“ Junkie-Haushalts, zusätzlich vorhandenes Flächendesinfektionsmittel, zusätzlich vorhandene Jod-Lösung), in der die Aufgabenstellung bearbeitet werden sollte. Die Ergebnisse innerhalb der Gruppen sollten dokumentiert und danach im Plenum diskutiert und bewertet werden.

Nach der Kleingruppenarbeit wurden die erarbeiteten Lösungswege zur Schadensminimierung beim Heroinkonsum im Plenum vorgestellt und von den Referenten bewertet. Verschiedene Fragestellungen und Problemlagen wurden innerhalb der einzelnen Gruppen sichtbar. Zuerst sollte die Frage der Qualität des Stoffs beachtet werden. Farbe, Geruch und sonstige Merkmale seien nicht aussagekräftig, da verfälschbar, ein saurer Geruch solle jedoch auf-

merken lassen, da er Anzeichen für einen höheren Wirkstoffgehalt sein könne. Als einzige wirksame Alternative biete sich der Folientest an: Dazu müsse der Stoff auf Folie erhitzt und die Struktur beobachtet werden (besonders klar = evtl. hoher Reinheitsgehalt).

Eine weitere Frage, die sich vor dem Konsum stelle, sei die der Aufteilung und Reihenfolge. Einige der vorgeschlagenen Lösungen wurden sowohl von den Referenten als auch von den anwesenden User*innen als unrealistisch verworfen, so zum Beispiel, die Konsumreihenfolge „nach Los“ festzulegen oder zwei der drei Personen auf alternative Konsumformen (Rauchen, Sniefen, rektale Injektion) ausweichen zu lassen. Hier komme es zu einer verzögerten Wirkzeit und der „Höhepunkt“ (Peak) sei niedriger, deshalb werde in der Regel niemand freiwillig auf den intravenösen Gebrauch verzichten. Dennoch sollten diese Möglichkeiten im Vorfeld (zum Beispiel bei Spritzentausch-Angeboten) immer wieder benannt werden, um bei den Konsument*innen Akzeptanz für alternative Konsumformen zu erzeugen.

Am gebräuchlichsten sei es, den Stoff nach Augenmaß aufzuteilen oder erst aufzukochen und dann zu teilen und im Anschluss (je nach vorhandenen Utensilien) direkt in die eigenen Spritzen aufzuziehen oder erst auf eigenen Löffeln zwischenzulagern. Diese Form der Aufteilung berge große Übertragungsrisiken, besonders dann, wenn die Ressourcen an sterilen Utensilien beschränkt seien. Die Reihenfolge des Konsums ergebe sich in der Regel aus einer gewissen Hierarchie: Wer sei der „Stärkste“ in der Gruppe, wer habe am meisten gezahlt, in wessen Wohnung werde konsumiert? Gegebenenfalls werde auch das vermeintliche Wissen um eventuelle Infektionskrankheiten der Konsument*innen miteinbezogen.

Liege – wie in der simulierten Situation – gebrauchtes Spritzbesteck vor, müsse die Frage der Reinigung und Desinfektion geklärt werden. Die Grundreinigung benutzter Spritzen sollte wie folgt aussehen: zwei bis drei Mal mit kaltem Wasser spülen, dann mit medizinischem Alkohol, einer Jod-Lösung oder Chlorreiniger reinigen, circa drei Minuten einwirken lassen, dann nochmals gründlich mit kaltem Wasser nachspülen. Wenn kein Desinfektionsmittel zur Verfügung stehe, bestehe eine weitere Möglichkeit darin, die Spritze mit kaltem Wasser auszuspülen, dann die Pumpe auseinanderzunehmen und 20 Minuten in kochendes Wasser zu legen.

Dieser Möglichkeit wurde jedoch bei akutem Konsumdruck wenig praktische Relevanz zugesprochen.

Doch nicht nur auf sterile Spritzen und Nadeln kommt es an, so die für viele Teilnehmende neue Erkenntnis. Auch weiteres Zubehör, wie Löffel, Filter, Abbinde, Feuerzeuge etc., sollte nach Möglichkeit nicht geteilt werden. Denn letztlich bestehe überall dort, wo Blut mit im Spiel sei, ein Übertragungsrisiko, und dies gelte insbesondere für den leicht übertragbaren und sehr hartnäckigen Hepatitis-C-Virus. Außerdem gelte: HCV zu verhindern heißt ebenfalls, HIV zu verhindern. Im Umkehrschluss gelte dies nicht für alle Fälle. Solche Regeln sollten in Aids- und Drogenhilfen niedrigschwellig vermittelt werden. Einfache Hilfsmittel seien zum Beispiel verschiedenfarbige Utensilien, die von den Konsumierenden auch in schwer überschaubaren Situationen (Konsum mit mehreren oder an öffentlichen Orten) leichter unterschieden werden könnten, wie es einige Einrichtungen bereits praktizieren.

Auch Vor- und Nachteile anderer Konsumformen wurden den Teilnehmer*innen erläutert. Die rektale Injektion, die ein geringeres Infektionsrisiko berge

und deren „Peak“ etwa zwischen dem intravenösen Konsum und dem Rauchen liege, sei sehr schambelegt und werde kaum angesprochen. Dies sollte in Beratungssituationen verstärkt thematisiert werden. Beim Rauchen auf Alufolie bestehe kaum eine Überdosierungsgefahr, da der Stoff viel langsamer in den Blutkreislauf übergeht. Außerdem bestehe kein direkter Kontakt mit Blut und somit ein wesentlich geringeres HCV- und HIV-Infektionsrisiko. Nachteilig für die User*innen sei dabei jedoch das langsamere „Anfluten“. Positiv dagegen sei, dass die Wirkdauer bei intravenösem Konsum am kürzesten, bei allen alternativen Applikationsformen länger sei.

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass alle Teilnehmer*innen einen deutlichen Bedarf an entsprechenden Schulungen anmeldeten. Das Thema werde in den Einrichtungen selten durch Fort- und Weiterbildungen unterfüttert. Hier fehle es zudem an einem Austausch auf Augenhöhe zwischen Berater*innen und den Drogengebrauchenden. Damit werde die Chance vergeben, das eigene Wissen auf Praxisrelevanz zu überprüfen und damit perspektivisch die Akzeptanz der eigenen Safer-Use-Botschaften zu erhöhen.



Workshop 2:

Safer Use in der

Grundlagenforschung

Astrid Leicht, Fixpunkt in Berlin, und Prof. Dr. Eike Steinmann, Twincore – Zentrum für Experimentelle und Klinische Infektionsforschung in Hannover, die die Arbeitsgruppe leiteten, stellten den zeitlichen und inhaltlichen Ablauf des Workshops vor und initiierten eine Vorstellungsrunde aller Teilnehmenden, die auch dazu diente, thematische Interessenschwerpunkte und Fragen zu sammeln. Erwartungsgemäß setzte sich der überwiegende Teil der Arbeitsgruppe aus Praktiker*innen verschiedener Drogenhilfeeinrichtungen zusammen.

Prof. Dr. Steinmann schloss mit einem Impulsreferat an und stellte aktuelle Forschungsergebnisse zum Thema Übertragung und Inaktivierung des Hepatitis-C-Virus vor. Das Erkenntnisinteresse der Untersuchungen bezog sich vor allem auf die Virusstabilität und Übertragung durch Konsum-Utensilien intravenös Drogen gebrauchender Menschen als der Gruppe, die am stärksten von Hepatitis C betroffen ist. Die wichtigsten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Infektiosität des HCV betrage circa drei Wochen, wobei das Virus in feuchter Umgebung länger stabil bleibe als in trockener Umgebung. Auf trockenen Oberflächen umfasse die Ansteckungsfähigkeit etwa fünf bis sieben Tage. Alle handelsüblichen Desinfektionsmittel schafften es bei vorschriftsmäßiger Anwendung, das Virus zu inaktivieren. Alkohole wiesen hinsichtlich der Fähigkeit zur Inaktivierung des Virus Unterschiede auf: So zeige sich zum Beispiel 1-Propanol bereits in geringerer Konzentration effizienter als 2-Propanol oder Ethanol, die entsprechend höhere Konzentrationen benötigten.
- In Filtern, durch die aufgekochtes Heroin in die Spritze aufgezogen wird, sei das Virus über mehrere Stunden stabil und nachweisbar, wobei das Virus in einem getrockneten Filter deutlich kürzer nachweisbar sei als in feucht gehaltenen Filtern.

- In Gefäßen, die als Wasserbehälter fungieren, bleibe das Virus bis zu drei Wochen stabil, wobei dem Material des Gefäßes eine relevante Rolle zukomme. So habe man in entleerten Glasflaschen kein Virus nachweisen können (Lotuseffekt der Gefäßwände), während sich zum Beispiel Dosen oder Plastikflaschen in der Regel nicht restlos entleeren ließen und in den Flüssigkeitsrückständen das Virus bis zu drei Wochen nachweisbar blieb.
- Das Virus lasse sich zuverlässig inaktivieren, indem man es für einen Zeitraum von zwei Minuten einer Temperatur von 60 Grad aussetzt. Hierbei komme sowohl das Auskochen in einem Wassertopf infrage als auch, und das sei neu, das Erhitzen in der Mikrowelle. 60 Grad in der Mikrowelle ließen sich bereits bei 360 Watt für die Dauer von zwei Minuten erreichen. Die entsprechenden Versuche seien in sämtlichen Variationen durchgeführt worden, so zum Beispiel im Hinblick auf Viruslast, Genotypen, Temperaturen, Dauer der Temperatureinwirkung und verschiedene Konsum-Utensilien (Spritzen, Filter).

In der anschließenden Diskussionsrunde wurden die Forschungsergebnisse reflektiert und hinsichtlich des Praxistransfers zur Disposition gestellt. So wurde erörtert, ob Praktiker*innen ihre etablierten Safer-Use-Botschaften, sterile Konsum-Utensilien zu benutzen, nicht konterkarierten, indem sie Möglichkeiten der gefahrenreduzierten Wiederverwendung aufzeigten. Hier sei jedoch zu berücksichtigen, dass die Bundesrepublik nach wie vor keine flächendeckende Versorgung mit sterilen Konsum-Utensilien aufweise und Drogengebrauchende sich häufig in Extremsituationen wiederfänden, die begünstigten, dass ihr Safer-Use-Wissen um sterile Utensilien nicht zur Anwendung komme. Die aus den oben genannten Erkenntnissen generierbaren Botschaften seien als Botschaften für Not- und Ausnahmesituationen zu denken, nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung. Diese könnten in etwa lauten:

- Die trockene Lagerung der Filter und Weitergabe nach 24 Stunden senken die Ansteckungsgefahr deutlich.
- Wasser sollte in Glasflaschen transportiert werden, da sich diese am ehesten restlos entleeren lassen. Ein gründliches Umspülen der Wasserbehälter verringert die Wahrscheinlichkeit von infektiösen Virusrückständen.

- Das Virus lässt sich bei einer Temperatureinwirkung von 60 Grad für zwei Minuten inaktivieren; diese lassen sich bereits ab 360 Watt in der Mikrowelle herstellen.

Es besteht grundsätzlich die Gefahr der Kreuzkontamination (also der Übertragung von Verunreinigungen auf einen Gegenstand), der durch gründliche Handhygiene und das Vermeiden von Kontakt zu kontaminierten Oberflächen verhindert werden könne. Dennoch sollten Safer-Use-Botschaften mittel- und langfristig nicht auf einzelne Handlungsanweisungen, sondern auf ein grundsätzliches Verständnis von Virulenz und Infektiosität des HCV zielen, das seinen Niederschlag in der Etablierung von Alltagsroutinen (wie etwa gründlichem Händewaschen vor dem Konsumakt) finde.

Mehrfach betont wurde, dass die Evidenz der Twincore-Ergebnisse erst noch von WHO, RKI und CDC

(Centers for Disease Control and Prevention, USA) bestätigt werden sollten, bevor sie bedenkenlos als Safer-Use-Botschaften an Konsumierende weitergegeben werden könnten. Es wäre wünschenswert, dass dies bald geschehe, da die Möglichkeiten der Inaktivierung des HCV, die sich aus den Versuchsergebnissen ergaben, als durchaus praktikabel erachtet werden. Neuinfektionen, die aus Not- und Ausnahmesituationen resultieren, könnten auf diese Weise reduziert werden.

Offen blieben die Fragen, ob sich die Mikrowellen-Ergebnisse auch auf Hepatitis-B-Viren übertragen lassen und ob die Inaktivierung in der Mikrowelle auch mit Kanülen, also Materialien aus Metall, funktioniert. Ferner blieben hinsichtlich der Temperatur-Zeit-Korrelationen einige Fragen offen. Weitere, auf den bisherigen Ergebnissen aufbauende Forschungsunternehmungen scheinen somit dringend nötig.



Workshop 3:

Substitution,

Beigebruch und Alkohol

Nachdem sich die Referierenden, Urs Köthner, akzept NRW in Köln, und Claudia Schieren, KISS-Trainerin, VISION in Köln, vorgestellt hatten, wurde der Ablauf des Workshops besprochen. Auch in diesem Workshop befanden sich unter den Teilnehmenden Praktiker*innen aus Aidshilfe- und Drogenhilfeeinrichtungen, User*innen sowie Studierende der Fachhochschule Köln. Um dieser heterogenen Gruppe gerecht zu werden, begann Urs Köthner mit der Definition von Substitution. Dies sei eine alternative Therapieform zum sogenannten kalten Entzug Opiatabhängiger, meist Heroinkonsumierender. Ersetzt werde die Droge meist durch Methadon. Langfristiges Ziel sei die konstante Reduzierung des Drogenkonsums, auf Dauer auch die des Substitutionsmittels. Substitution basiere auf Freiwilligkeit und Eigeninitiative – außer wenn sie innerhalb von Haftstrafen oder auf ärztliche Anweisung erfolge.

Unter Beigebruch verstehe man nach geläufiger Definition den andauernden Konsum anderer Substanzen neben der Substitution, um die durch Methadon fehlende Wirkung von Heroin weiterhin zu erzielen. Urs Köthner machte darauf aufmerksam, dass die Definition von Beigebruch hier in Deutschland zu wenig differenziert gesehen werde. 80 Prozent der Substituierten seien im höchsten Maße traumatisiert und bekämen zum Beispiel aus therapeutischen Gründen Benzodiazepine, die über ein hohes Abhängigkeitspotenzial verfügten. Die häufigsten Drogen, die während einer Substitution zusätzlich konsumiert würden, seien Cannabis oder Kokain. Eine Substitution könne jedoch beendet werden, wenn die konsumierende Person zu kritischen Substanzen greife und somit gefährliche Wechselwirkungen riskiere.

Die allgemeine Versorgungslage für Substitutionsbedarf sei als sehr prekär zu bezeichnen: Es bestehe eine massive Versorgungsnotlage bei 80.000 möglichen Patient*innen. Demgegenüber stünden nur 2.500 substituierende Ärzt*innen in Deutschland.

Besonders fehlten die privat niedergelassenen Ärzt*innen, die auch in ländlichen Gebieten für eine Substitution sorgen könnten. Dadurch gebe es ein starkes Stadt-Land-Gefälle. Außerdem seien zu wenige Substitutionssubstanzen auf dem Markt, wodurch es häufig zu Mehrfachabhängigkeiten komme. Generell drifteten die rechtlichen Vorschriften und das medizinische Wissen immer weiter auseinander. Es sei an der Zeit, dass Beikonsum nicht länger verteufelt werde, sondern dass schädigender Konsum untersucht, behandelt und beraten werden könne.

Nach dem Impulsvortrag wurden die Teilnehmenden in fünf Gruppen eingeteilt. Es galt, im Rundgang eine Fragestellung zu bearbeiten beziehungsweise zu diskutieren, sodass alle Gruppen sich mit allen Fragestellungen beschäftigen konnten:

1. Was ist notwendig, um mit traumatisierten und konsumierenden Patient*innen ambulant zu arbeiten?
2. Welche Hindernisse gibt es für gute Arbeit?
3. Welche Gründe für Beigebruch begegnen euch im Alltag?
4. Was funktioniert gut im Alltag, Konzepte für das Thema Beigebruch, Kontakt mit Ärzt*innen?
5. Braucht jede*r PSB (Psychosoziale Beratung)?

Im Anschluss an die Gruppenarbeit wurden die Ergebnisse kurz vorgestellt. Für die Arbeit mit traumatisierten und konsumierenden Patient*innen seien beispielsweise wichtig:

- therapeutische Angebote
- Kooperation mit Ärzt*innen
- entsprechende Ausbildungen
- mehr Psychiater*innen
- Originalstoffvergabe
- Therapeut*innen, die unter Konsum oder Substitution therapieren

Hindernisse für gute Arbeit seien oftmals fehlende Zusammenarbeit und Kommunikation mit Behörden, Ärzt*innen oder Trägern, finanzielle Mittel, fehlendes Verständnis oder Bewusstsein, Stigmatisierung, mangelhafte Ausbildungen oder zu wenig Personal.

Gründe für Beigebruch sahen die Teilnehmer*innen oftmals in Suizidgedanken, Schlafproblemen, fehlendem Rauschgefühl, Selbstmedikation, fehlender Vergabeflexibilität, Traumata, fehlender sozialer Anbindung, Stress oder Gewohnheit.

Diamorphinvergabe, Beratungsstelle, die Bündelung von Kontaktcafé und Substitutionspraxis unter einem Dach (Vergabe zeitlich deckungsgleich mit Öffnungszeiten) funktionierten beispielsweise schon jetzt gut, gaben die verschiedenen Gruppen an.

Bei der Frage, wer eine PSB brauche, waren sich die Gruppen sehr einig: PSB als ungezwungene und freiwillige Maßnahme wäre sehr wünschenswert. Es sollte jedoch eine individuelle Einschätzung geben, wer es benötige und wer nicht. Dennoch solle es unbedingt Aufklärung über das Angebot geben.

Nach der Gruppen- und Reflexionsarbeit kam Claudia Schieren zum Einsatz, die als KISS-Trainerin das KISS-Programm vorstellte. KISS stehe für „Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“. Es handele sich hierbei um ein neu entwickeltes verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm zur gezielten Reduktion des Konsums legaler und illegaler Drogen.

KISS richte sich an Drogen gebrauchende Menschen, auch Substituierte, die nicht oder noch nicht abstinent leben könnten oder wollten, sich aber mit ihrem Drogenkonsum nicht mehr wohlfühlten und etwas daran ändern wollten. KISS verändere den Blick. Drogenkonsumierende erführen sich nicht mehr als hilflos, defizitär und fremdbestimmt, sondern als selbstständig zielsetzende, entscheidende und handelnde Personen.

Missbräuchlicher oder abhängiger Konsum sei wenig kontrolliert und selbstbestimmt – das Problembewusstsein sei jedoch vorhanden. Der kontrollierte Konsum orientiere sich an zuvor selbst festgelegten Trink- oder Konsumplänen. Die Menge lege jede*r selbst fest und kontrolliere die Umsetzung. Kontrolliertes Trinken (KT) sei kein Gegenentwurf zur Abstinenz. Es gelte, Menschen auf ihrem Weg der Veränderung zu begleiten.

Um sein eigenes Verhalten besser kennenzulernen, werde empfohlen, ein Trinktagebuch anzulegen. Dafür gebe man sich einen eigenen Trinkplan, der sich auf folgende Dinge konzentriere: tägliche Höchstmenge, wöchentliche Höchstmenge, Anzahl der konsumfreien Tage. Diese Art von Kontrollprogramm setze ein bestimmtes Menschenbild sowie eine bestimmte Haltung der Beraterin oder des Beraters voraus.

Die Begegnung solle immer auf Augenhöhe stattfinden und weder respektlos noch drängend sein. Außerdem solle darauf geachtet werden, stets die Autonomie des einzelnen Menschen zu wahren; die Aufgabe der Beraterin oder des Beraters liege im Aufzeigen des Weges, der zu Veränderungen führen könne. Die Charakteristika des kontrollierten Trinkens seien:

- zieloffenes ambulantes Gruppenprogramm
- für alle Menschen, die eine Veränderung ihres Alkoholkonsums anstreben
- zentrale Grundlage sei der Selbstkontrollansatz
- vorab fänden zwei bis drei diagnostische Sitzungen statt
- KT sei ein Gruppenprogramm für maximal 12 Teilnehmer*innen, es sei zeitlich limitiert
- KT sei strukturiert, inhaltsbezogen und interaktiv

Das KT-Programm sei in zehn Gruppensitzungen gegliedert und sehe wie folgt aus:

1. Kennenlernen, Grundinformationen über Alkohol
2. Führen des Trinktagebuches
3. Bilanz des bisherigen Alkoholkonsums
4. Erste Sieben-Tage-Zielfestlegung
5. Austausch über Zielerreichung
6. Risikosituationen
7. Umgang mit Ausrutschern
8. Umgang mit sozialen Risikosituationen
9. Alkoholfreie Bewältigung von Belastungen
10. Mittelfristige Ziele, pro kontrolliertes Trinken, Bilanz des Erreichten

Als Resümee lasse sich festhalten, dass Programme zum KT ein Jahr nach Beendigung des Programms eine durchschnittliche Erfolgsquote von 65 Prozent erzielten, wobei die Trinkmengenreduktion etwa 50 Prozent betrage. Langzeitstudien hätten gezeigt, dass systematisch erlerntes KT über viele Jahre erfolgreich aufrechterhalten werden könne (acht Jahre durchschnittlich).

Jedoch sollte kontrolliertes Trinken nicht als Allheilmittel angesehen werden. Es stelle eine erfolgversprechende Alternative dar, die nicht zwangsläufig die völlige Abstinenz als Ziel verfolge. KT könne einen selbstbestimmten Umgang mit Alkohol oder anderen Substanzen ermöglichen.



Abschluss

Zum Abschluss des Fachtages kamen noch einmal alle Teilnehmer*innen zusammen. Dabei wurden die wichtigsten Erkenntnisse der Workshops vorgestellt und zusammengefasst sowie offene Fragen und Forderungen gestellt. Eine dieser Forderungen, die große Zustimmung erhielt, bezog sich auf die Interaktion mit Konsument*innen. Man solle sie stärker integrieren, um somit die Beratung zu optimieren.

Lieferanten

Produkte (alphabetisch sortiert)

Alkoholtupfer

W. Frank Nachf. e.K.
09131 79050
info@buettner-frank.de
buettner-frank.de

Alkoholtupfer

Ehrhardt Medizinprodukte GmbH
07331 200433
info@ehrhardt-med.de
ehrhardt-med.de

Alufolie – Rollen

JG Verpackungen
info@jg-verpackungen.de
jg-verpackungen.de

Alufolie – Zuschnitte

KORFF AG
041 326363332
luc.erzer@korff.ch
korff.ch

Aluschalen (auch unlackiert)

Ehrhardt Medizinprodukte GmbH
07331 200433
info@ehrhardt-med.de
ehrhardt-med.de

Aluschalen unlackiert (cleancup)

Apothicom
0033 153611841
infos@apothicom.org
apothicom.org

Bonbons zuckerfrei

Eduard Edel GmbH Bonbonfabrik
0906 709247-15
info@edel-bonbons.de
edel-bonbon.de

Deko-Vorhang Tonkin

Conacord
02941 9560
post@conacord.de
conacord.de

Druckverschlussbeutel

Bohm und Bohm GmbH
030 41704860
info@bohm-bohm.de
bohm-bohm.de

Druckverschlussbeutel, 50 µm

Neoplast Verpackungen
07738 9391823
info@neoplast.de
neoplast.de

Entsorgungseimer

Remondis Medison GmbH
030 68282657
info@remondis-medison.de
remondis-medison.de

Faltschachteln

Hager Pappprint GmbH
06849 60000
info@hagerpappprint.de
hagerpappprint.de

Faltschachteln

DCM Druck Center Meckenheim
02225 8893-592
steffen@druckcenter.de
druckcenter.de

Filter (grün)

Compet Medical GmbH
07531 3610790
info@competmedical.com
competmedical.com

Gleitgel, 5 g

Compet Medical GmbH
07531 3610790
info@competmedical.com
competmedical.com

Hackkarten

Cardmart
07141 9564100
info@cardmart.de
cardmart.de

Intimtücher

Rottapharm
0800 1673372
info@rottapharm-madaus.de
rottapharm-madaus.de

Kanülen, 0,3 x 13 mm

MEDI-KS Berlin GmbH
030 47475417
info@medi-ks.de
medi-ks.de

Kanülen, 0,45 x 23 mm

Medi-Prax GmbH
0800 8800050
info@medi-prax.de
medi-prax.de

Kanülenabwurf

Lohmann & Rauscher
0800 9988666
info@de.LRmed.com
lohmann-rauscher.de

Kanülenabwurf

medic GmbH
0281 20699840
service@medicshop.de
medicshop.de

Kondome

Ecoaction
0221 35507000
info@ecoaction.eu
ecoaction.eu

Kondome

Mapa GmbH
04281 730
info@mapa.de
mapa.de

Kondome

RTO GmbH
069 420850
info@rto.de
gummi-express.de

Na-Cl-Ampullen, 1,5 ml

Compet Medical GmbH
07531 3610790
info@competmedical.com
competmedical.com

Na-Cl-Ampullen, 2 ml

Ehrhardt Medizinprodukte GmbH
07331 200433
info@ehrhardt-med.de
ehrhardt-med.de

Ringelblumen-Sachets

Abtswinder Naturheilmittel
09383 9711-0
info@abtswinder.de
abtswinder.de

Schraubdeckeldosen

Medishop
07141 490016
info@medishop.de
medishop.de

Schraubdeckeldosen

Rotert GmbH
05403 796900
info@rotert.com
rotert.com

Spritzen, 1, 5, 10, 20 ml

MEDI-KS Berlin GmbH
030 47475417
info@medi-ks.de
medi-ks.de

Spritzen, 2 ml

W. Frank Nachf. e.K.
09131 79050
info@buettner-frank.de
buettner-frank.de

Spritzen, 2 ml, dreiteilig

SFM Hospital Products GmbH
030 63978825
shop@sfm-berlin.de
sfm-shop.de

Spritzen und Kanülen

Ehrhardt Medizinprodukte GmbH
07331 200433
info@ehrhardt-med.de
ehrhardt-med.de

Venenstauer

Ehrhardt Medizinprodukte GmbH
07331 200433
info@ehrhardt-med.de
ehrhardt-med.de

Vitamin C, Ascorbinsäure, 1 g

Ehrhardt Medizinprodukte GmbH
07331 200433
info@ehrhardt-med.de
ehrhardt-med.de

Vitamin C, Ascorbinsäure, 1 kg

Breinbauer Rohstoffe
0151 54629699
info@breinbauer-mehlbehandlung.de
shop-breinbauer.com

EXCHANGESUPPLIES

Harm-Reduction-Materialien
exchangesupplies.org
frontiermedical group

Harm-Reduction-Materialien

harmreduction.co.uk

