

Karl-Heinz Reuband

Drogen, AIDS und Methadon

Kritische Bemerkungen zur neueren Diskussion

1. Die Drogenpolitik in der Diskussion

Die Drogenpolitik in der Bundesrepublik ist ins Gerede gekommen. Mit Sorge beobachtet man, so das Bayerische Innenministerium, »daß im Zusammenhang mit der Seuche AIDS sich die Diskussion über die Abgabe von Methadon an intravenöse Drogenabhängige wieder entzündet hat« (Bayerisches Staatsministerium des Innern, 1987: 2). Mit Besorgnis, so ebenfalls die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, sei zu konstatieren, daß »die Diskussion über den Einsatz von Ersatzstoffen bei der Behandlung Drogenabhängiger nicht zur Ruhe kommt« (DHS, 1987: 1). Dabei war für viele, wenn nicht gar die meisten Vertreter der amtlichen Drogenpolitik die Auseinandersetzung um Methadon ein Thema, das man für beendet hielt. Ein nahezu universeller Konsens mit z. T. dogmatischen Zügen herrschte in der Bundesrepublik darüber vor, daß Methadon kein Mittel der Therapie sein kann und sein darf.^{1*}

Zur Neubelebung der Methadon-Diskussion wäre es ohne AIDS und die Methadonbefürwortung von seiten mehrerer AIDS-Experten, die von außerhalb des Kreises der etablierten Drogentherapie stammen, zweifellos kaum gekommen. Zu sehr herrscht unter den Drogenpolitikern und Therapeuten eine ablehnende Haltung gegenüber der Methadonanwendung vor – eine, welche das Negativurteil geradezu wie eine kulturelle Selbstverständlichkeit behandelt und nicht mehr weiter hinterfragt. Zur neuen Diskussion wäre es wohl auch kaum gekommen, hätte sich nicht in Nordrhein-Westfalen das dortige Sozialministerium politisch für den Einsatz von Methadon entschieden und in ein konkretes Programm umgesetzt. Zusätzlich beeinflußt von den dramatisch steigenden Zahlen an Drogentoten und Drogenabhängigen, begann so die fast einheitliche Front gegen Methadon zu bröckeln. Inzwischen erwägen ebenfalls mehrere andere Bundesländer Methadon als Mittel der Wahl oder setzen es bereits ein (vgl. Schuster, 1988; Der Spiegel, 1988; Drogen-Report, 1989).

An der geradezu emphatischen und einhelligen Verdammung der Methadonanwendung durch die Vertreter der etablierten Drogenpolitik und die ärztlichen Standesvertreter hat all dies bislang wenig geändert. Nach wie vor gilt der Drogenabstinenz offiziell die oberste Priorität. Die Abstinenz sei nun einmal das Ziel und die Voraussetzung jeglicher Drogentherapie (vgl. u. a. Hippus, 1987: 2; Bayerisches Staatsministerium des Innern, 1987: 67; Täschner, 1988 a). Die Einführung von Methadon wäre eine Kapitulation vor dem Drogenphänomen. Sie käme dem Versuch gleich, »den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben« (Bourmer zit. nach Kölner Stadt-Anzeiger, 1987). Dabei wird so getan, als wäre die Sachlage eindeutig und würde in jedem Fall gegen Methadon sprechen.² Entsprechend dieser vorherrschenden Sichtweise findet sich ein breiter Widerstand der Ärzteschaft, wo Methadonprogramme von seiten des jeweiligen Bundeslandes eingeführt wurden: Kliniken, die einst zur Teilnahme bereit waren – so etwa in Nordrhein-Westfalen –, sagen plötzlich wieder ab (vgl. Kölner Stadt-Anzeiger, 1987). Ärzte, die zur Teilnahme am Programm bereit sind, finden sich kaum, so daß – wie in Hamburg geschehen – die Ärztekammer bereits eigens dafür Anzeigen aufgeben mußte (vgl. Hamburger Abendblatt vom 14. 3. 1989).

Doch trotz der weiterhin fast universellen Ablehnung von Methadon ist die neuere Diskussion nicht mehr dieselbe wie früher. Ihr Erscheinungsbild hat sich gewandelt: Argumente mit empirischem Bezug haben an Bedeutung gewonnen. Zahlen über Verbreitung, Erscheinungs-

* Anmerkungen s. S. 460.

formen und Trends werden zunehmend zitiert. Und dies ist kein Zufall: Unter dem Eindruck von AIDS und einer geradezu dramatisch gestiegenen Zahl an Drogenabhängigen und Drogentoten stellen Aussagen über die Verbreitung der Drogenabhängigkeit, die Therapiewilligkeit der Süchtigen und die AIDS-Infektionsquote gewichtige Argumente dar, die zusehends in die Befürwortung von Methadon eingebracht werden. Entsprechend setzt auch hier die Abwehr der Methadongegner oft an. Die Diskussion um Methadon wird so zu einer Diskussion um Zahlen.

Wie realistisch sind nun die Argumente, die unter Bezug auf epidemiologische Zahlen und Trends vorgebracht werden und den Tenor der Diskussion über Methadon in der Bundesrepublik mitbestimmen? Nicht immer müssen Aussagen, die auf Zahlen und Trends verweisen, primär sachbezogener Art sein. Öfter haben sie eher eine symbolische, politische Bedeutung: sie figurieren als ein passendes Argumentationsmuster, dem Durchschlagskraft zugesprochen wird. Sie stellen eine Rationalisierung bereits bestehender Urteile dar. Und vieles spricht dafür, daß dies in hohem Maße auch für die derzeitige Diskussion um die Methadonanwendung gilt. Die Tatsache, daß in den Stellungnahmen und Artikeln gegen Methadon entweder auf Literaturbelege verzichtet wird oder selektiv nur die Arbeiten gegen Methadon zitiert werden, spricht – in Kombination mit der häufig geradezu pauschalen Verdammung der Methadonanwendung und deren Befürworter – oft mehr für eine Art Kreuzzugsmentalität als für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung.³

2. Fehlschlüsse in der Berechnung von Erfolgsquoten

Zu den am häufigsten vorgebrachten Argumenten gegen die Methadonanwendung zählt, daß die Bundesrepublik ein gut ausgebautes Behandlungssystem bietet, das – anders als in den USA – die Anwendung von Methadonprogrammen überflüssig mache. Drogenfreie Langzeiteinrichtungen seien in »ausreichendem Maße vorhanden« (Täschner, 1988 b). Sie würden »hohe Erfolgsquoten erreichen. Es besteht daher kein Anlaß, an die Drogenabhängigen Ersatzdrogen zu verteilen« (Bayerisches Staatsministerium des Innern, 1987: 2). Eine Mehrheit der betreuten Klienten durchlaufe erfolgreich die Therapie (so Penkert, 1987: 7). Andere Autoren setzen die Erfolgsquoten niedriger – bei einer Minderheit – an. Doch wird dafür argumentiert, die Zahl sei heutzutage größer als jemals zuvor (BMJFG, 1986: 8). Würde man sich noch stärker darum bemühen, so würde man ebenfalls die bislang »Therapieresistenten« erreichen (so etwa Franke, 1985: 96). Ob die zitierten Zahlen aus früheren Zeiten jedoch ein realistisches Abbild der damaligen Erfolgsquote abgeben, ist fraglich: Vermutlich hat sich im Therapieerfolg langfristig nur wenig verändert. Die zitierten früheren Zahlen stellen oft kaum mehr als empirisch wenig abgesicherte Befunde dar.

Wie immer man auch den Erfolg von Therapie einschätzen mag, die Zahlen über Therapieerfolg allein reichen zur Einschätzung nicht aus. Mögen auch die meisten Klienten eine Therapie erfolgreich durchlaufen – solange sie nur einen Bruchteil aller Drogenabhängigen darstellen, kann die Erfolgsquote kein Argument gegen Methadon sein. Entscheidend ist, wieviele Drogenabhängige überhaupt in Therapieeinrichtungen gehen, sich einem Entzug unterwerfen und Erfolg haben. Bereits bei der Frage zum Kontakt mit Therapieeinrichtungen aber divergieren die Meinungen ganz erheblich: Während die Kritiker des bisherigen Behandlungssystems von einem Anteil von allenfalls 5% ausgehen (so z. B. Raida, 1987: 65; Rosenbrock, 1987: 102), behaupten die Verteidiger des bisherigen Systems (und Methadongegner), eine Mehrheit wäre betroffen (z. B. Penkert, 1987: 70; Kindermann, 1987: 72; Scherf, 1988: 2). Etwa 40% der Betroffenen kämen gar jedes Jahr zur Beratung oder Behandlung (Ärzte-Zeitung, 1989).

Der Widerspruch in den Aussagen löst sich auf, sobald man sich den jeweils gewählten zeitlichen Bezugsrahmen der Aussagen vergegenwärtigt: Während die einen Autoren, die von einer

Minderheit der Konsumenten sprechen, von der Zahl der Drogenabhängigen und der Zahl der Therapieplätze ausgehen, beziehen die anderen in ihrer Schätzung die therapeutischen Kontakte auf den Verlauf der gesamten Drogenkarriere eines Abhängigen und beziffern so die Mehrheit der Konsumenten als therapeutisch erfaßt (so z. B. Kindermann, 1987: 78). Dabei werden die Schätzungen in einer Weise hochgerechnet, welche – unrealistischerweise – ein mehrfaches Aufsuchen von therapeutischen Einrichtungen außerhalb der Betrachtung läßt. Es wird schlichtweg so getan, als gäbe es keine wiederholte Therapie und man könnte die Zahl der Behandelten kumulieren. Überdies werden nicht selten selbst die weitverbreiteten einmaligen Kontakte mit Beratungsstellen (dazu Simon et al., 1988: 10) implizit bereits als »therapeutische Betreuung« gewertet! Wo es lediglich zu einmaligen, erfolglosen Kontakten kommt, wird jedoch im Gegenteil nur einmal mehr dokumentiert, wie sehr alternative Maßnahmen nötig sind!

Für die Beurteilung der Notwendigkeit von medikamentengestützten Programmen aber kann nur bedeutsam sein, wieviele Fixer sich derzeit tatsächlich in Therapie mit realistischen Erfolgsaussichten befinden. Und dieser Teil ist zweifellos gering: Die Zahl der stationären Therapieplätze, über die am ehesten eine erfolgreiche Therapie durchgeführt werden kann, bleibt hinter der Gesamtzahl der Drogenabhängigen weit zurück. So existieren in der Bundesrepublik rund 300 stationäre Therapieplätze (Kindermann, 1987: 6) – bei einer geschätzten Mindestzahl Drogenabhängiger zwischen 50 000 und 100 000 (vgl. Reuband, 1989).

3. Fehleinschätzungen des Bedarfs an alternativen Maßnahmen

Das zweite Argument, das gegen die Anwendung von Methadon vorgebracht wird, rekurriert auf steigenden Bewerberzahlen bei stationärer Therapie (z. B. Penkert, 1987: 7). Mag auch die bisherige Zahl der Therapiewilligen gering sein – so der Gedankengang –, so verheißen doch die neuen Entwicklungen ein günstigeres Bild für die Zukunft. Methadonprogramme wären angesichts dieser Entwicklungen eigentlich gar nicht mehr nötig, sie würden schlimmstenfalls das bisherige Beratungssystem zerstören. »Es sei ganz klar«, heißt es aus dieser Sicht, daß Methadonprogramme Klienten aus den Therapieeinrichtungen abziehen würden (Kindermann, 1987: 110; ähnlich Täschner, 1988; Hippus, 1989). Kein Abhängiger, so der baden-württembergische Drogenbeauftragte Lux, würde mehr in stationäre Therapie gehen (Lux, 1987: 27). Wo (was selten vorkommt) auf empirische Erfahrungen rekurriert wird, wird gewöhnlich auf die Schweiz verwiesen, wo in der neueren Zeit mit dem Anstieg der Methadon-Bewerber gleichzeitig die Zahl der Bewerber um eine stationäre Therapie zurückging.

Die Realität sieht komplexer aus. So stieg zwar tatsächlich in der Bundesrepublik in den letzten Jahren die Zahl der Bewerber um eine stationäre Therapie nach einer Zeit der Stagnation wieder an, doch sind Anstieg und Ausschöpfung des Kreises an Drogenabhängigen zwei verschiedene Dinge. Verschiedene Befunde sprechen für einen geradezu dramatischen Anstieg in der Zahl der Abhängigen innerhalb der letzten Jahre (vgl. Reuband, 1989), der im Vergleich dazu schwächere Anstieg in der Zahl der Therapiewilligen mag aus dieser Sicht nichts anderes als Reflex dieses allgemeinen Anstiegs sein. Ob eine zunehmende Erfassung der Abhängigen durch die wachsenden Bewerberzahlen in ambulanter oder stationärer Therapie indiziert wird, ist fraglich. Doch selbst wenn es so wäre: gemessen an der Zahl der Drogenabhängigen und der Zahl der Therapieplätze besteht nach wie vor eine erhebliche Diskrepanz zwischen betreuten und real existenten Drogenabhängigen.

Keineswegs sicher ist schließlich auch, daß die Einführung des Methadonprogramms – wie von dessen Gegnern behauptet – zu einer Umverlagerung der stationär betreuten Klienten hin zum medikamentengestützten Programm führen würde. Wohl gab es in der Schweiz in den Jahren 1985/86 einen Rückgang in der Belegung der Plätze in stationärer Langzeittherapie bei gleichzeitig steigender Nachfrage nach methadonunterstützter ambulanter Behandlung. Doch

war dieser Rückgang zum einen nur ein *leichter* und nicht etwa ein starker Rückgang – wie gewöhnlich unterstellt (1985 waren 72% der verfügbaren Plätze belegt, 1986 62%) –, zum anderen scheint es sich dabei nur um eine vorübergehende Erscheinung gehandelt zu haben: Die Zahl der stationären Patienten ist inzwischen – trotz Methadon – wieder angestiegen. Gegenwärtig gibt es in den meisten Einrichtungen erneut Wartelisten (A. Uchtenhagen, persönl. Mitteilung, 1989). In den Niederlanden findet man ebenfalls trotz Methadonprogramm und dessen Ausweitung in den letzten Jahren eine steigende Zahl therapiebereiter Abhängiger: In der gleichen Zeit, in der in Amsterdam der Umfang der Methadonvergabe stieg, wuchs die Zahl der Konsumenten, die in drogenfreie Behandlung kamen: von 800 Klienten 1981 auf rund 1900 im Jahr 1987 (van Vliet, persönl. Mitteilung, 1989). Hinweise für die Richtigkeit der Annahme, die Einführung oder Ausweitung von Methadonprogrammen würde zum Rückgang Therapiewilliger führen, finden sich offenbar auch in anderen Ländern nicht (Newman, 1989: 6). Und für Nordrhein-Westfalen, wo erstmals in der Bundesrepublik 1988 ein Methadonprogramm aufgelegt wurde, blieb der erwartete Ansturm auf das Programm gar aus: die Zahl der Bewerber ist gering und alles andere denn als Zeichen für eine Attraktivität deutbar, die einen Abzug aus anderen Einrichtungen bewirken würde (Hüssgen, persönl. Mitteilung, 1989).

4. Die vermeintliche »Entspannung« der Situation im Bereich der HIV-Infektion

Das dritte gegen Methadon vorgebrachte Argument, das auf Zahlen rekurriert, setzt an der HIV-Infektionsquote unter Drogenabhängigen an. Nicht die vielbeschworene Mehrheit, sondern nur eine Minderheit wäre davon betroffen (Penkert, 1987: 4). Es gebe zudem auch nicht die erwartete Steigerung der HIV-Infektionsquote. Die Aufklärung sei vielmehr erfolgreich gewesen und die Infektionsquote gehe unter den stationären Bewerbern zurück (so u. a. Kindermann, 1987: 45; DHS, 1987). Ein Handlungsbedarf, der auf alternative Maßnahmen zur bisherigen Drogenpolitik ausgerichtet sei, entfalle unter diesen Umständen oder wäre zumindest weniger dringend als gemeinhin unterstellt.

Verkannt wird von den Autoren, die auf die »niedrige« Quote als Zeichen einer wenig dramatischen Situation verweisen, daß es sich bei der AIDS-Epidemie um ein dynamisches Phänomen handelt: Was heute zutrifft, muß morgen schon nicht mehr gelten. Erfahrungen aus anderen Ländern, wie etwa Großbritannien (und hier insbesondere Edinburgh) haben gezeigt, wie schnell sich die HIV-Infektion ausbreiten und wie sehr von einem Jahr zum anderen nicht mehr eine Minderheit, sondern eine Mehrheit betroffen sein kann. Die Situation mag weniger dramatisch sein, als es die ersten Meldungen nahelegten, doch sie könnte schon bald Realität werden.

Was den vermeintlichen Rückgang der HIV-Infektion unter Fixern angeht, so kann er nur Folge eines Trugschlusses sein. Ein Rückgang in der HIV-Infektionsquote unter den Drogenabhängigen ist logisch nicht möglich – es sei denn, die Sterbequote wäre derart groß, um einen nennenswerten Rückgang der bereits Infizierten in der Zusammensetzung zu bewirken. Plausibler erscheint eine andere Erklärung des Phänomens: Bewerber um eine stationäre Therapie stellen keinen repräsentativen Querschnitt aller Drogenabhängigen dar. Die HIV-Infektionsquote ist bei ihnen, wie sich aufgrund verschiedener Daten zeigen läßt, geringer als bei Nichtbewerbern (vgl. Reuband 1988: 53 ff.). Womöglich gibt es so etwas wie eine Polarisierung in der Drogenszene: die Personen, die noch nicht infiziert sind und dies wissen, wenden sich vermehrt an therapeutische Einrichtungen. Diejenigen aber, die um ihre Infektion wissen oder glauben, eine zu haben, bleiben der Therapie fern. Subjektiv mag für sie die Therapie eine Verschwendung der wenigen Zeit sein, die sie noch zu leben haben. Der Rückgang in der HIV-Quote unter den Bewerbern ist aus dieser Sicht nichts anderes als Ausdruck einer vermehrten selektiven Inanspruchnahme durch Personen ohne HIV-Infektion. Die bloße Tatsache, daß

Konsumenten mit positiven Testbefunden sich manchmal in Therapie begeben, ist in dieser Zusammensetzung nicht – wie mitunter geschehen (so z. B. Kindermann, 1989: 8) – als Gegenargument zu unserer Deutung anzusehen. Unterschiedliche Reaktionen auf die gleiche Ausgangslage wird es immer geben. Entscheidend ist – und dies ist bislang nicht untersucht – *wieviele* der Betroffenen jeweils die eine oder andere Reaktion wählen.

5. Die vermeintliche Wirkungslosigkeit von Methadon zur HIV-Prävention

Schließlich wird im Hinblick auf die HIV-Infektion vorgebracht, Methadon würde nicht zur Reduktion der Ausbreitung beitragen. Es gebe keinen Hinweis, daß Methadon die AIDS-Ausbreitung eindämmt (DHS, 1987: 3). Verwiesen wird in diesem Zusammenhang entweder auf Länder wie Italien, Spanien oder die Schweiz, wo Methadon leicht erhältlich ist, die Infektionsquote aber überproportional hoch ist. Oder es wird auf Untersuchungen rekuriert, die einen Anstieg der HIV-Infektion bei Klienten in Methadonprogrammen belegen (so z. B. Stark et al., 1988; Täschner, 1988 b). Manche Autoren, wie der baden-württembergische Drogenbeauftragte Lux, vertreten gar die Ansicht, wonach sich durch die Einführung von Methadon die AIDS-Infektion noch weiter ausbreiten würde: »Methadon für Drogenabhängige würde auch in der Bundesrepublik Deutschland zu einer den Niederlanden und der Schweiz vergleichbaren katastrophalen Entwicklung führen . . . Der sogenannte AIDS-Durchseuchungsgrad der Drogenabhängigen in Amsterdam beträgt, ebenso wie in der Schweiz, vor allem in Zürich, mehr als 80% mit weiter steigender Tendenz« (Lux, 1987: 28).

Ob durch die Einführung von Methadon die HIV-Infektionsquote gebremst wird, ist in der Tat empirisch bislang nicht hinreichend belegt. Doch mit der gleichen Berechtigung kann man auch sagen, daß die Unwirksamkeit bislang nicht erwiesen ist; es fehlt an Untersuchungen, die eine systematische Evaluation darstellen.⁴ Daß die HIV-Infektionsquote selbst unter Methadon-Patienten steigt, reicht als Hinweis für die Unwirksamkeit des Programms als AIDS-Prophylaxe nicht aus. Es genügt, wenn ein Teil der Abhängigen weiter intravenös Drogen nimmt und die Spritze teilt, um einen Anstieg zu bewirken (einmal ganz abgesehen davon, daß auch über die sexuellen Übertragungswege die Durchseuchung weiter zunehmen müßte).

Ebensowenig kann der Verweis auf Länder mit Methadonprogrammen und hoher HIV-Infektionsquote überzeugen. Die Gründe für die hohe HIV-Ausbreitung mögen hier andere sein: Unter Umständen kam die Infektion dort zuerst an und breitete sich schnell aus, bevor sie in die anderen Länder (ohne Methadonprogramm) übergang (vgl. Zoulek et al., 1986: 569). In der Schweiz, wo Methadon inzwischen weit verbreitet ist und gleichzeitig eine hohe Zahl von AIDS-Erkrankten unter den Fixern anzutreffen ist, war Methadon lange Zeit eine Therapie der zweiten oder dritten Wahl. »Das bedeutet, daß im Verlauf einer Drogenkarriere Methadon verhältnismäßig spät zugänglich war« (Uchtenhagen, 1987: 50). Schließlich ist auch der Verweis auf die Niederlande wenig schlüssig: die HIV-Infektionsquote ist dort nicht überproportional hoch, wie von Lux (1987) behauptet, sondern im Gegenteil besonders niedrig (wenngleich dies wohl eher etwas mit dem Konsummuster als dem Methadonprogramm zu tun hat).⁵ Nur ein Vergleich von Konsumenten in und außerhalb von Methadonprogrammen innerhalb des gleichen Einzugsbereichs würde im Langzeitvergleich zeigen können, wie erfolgreich Methadonprogramme sein können.

6. Die Methadon-Diskussion als Ausdruck einer verengten Sichtweise

Die Argumentation, soweit sie sich gegen die Einführung von Methadon unter Verweis auf Trends und Verbreitung von Drogengebrauch und HIV-Infektion wendet, erweist sich als brüchig. Dies muß die Berechtigung anderer Argumente, die auf Nachteile von Methadonpro-

grammen verweisen, keineswegs ausschließen. Es gibt durchaus mehrere, und viele haben eine große Plausibilität für sich.⁶ Aus dieser Sicht ist unsere hier vorgebrachte Kritik weder als Ersatz für eine systematische Bestandsaufnahme der Vor- und Nachteile von Methadon anzusehen noch als eine Widerlegung aller gegen die Methadonanwendung vorgebrachten Argumente. Wir haben uns nur auf einen, wenngleich zunehmend wichtiger werdenden Teilaspekt der Diskussion beschränkt.

Entscheidender ist für uns an dieser Stelle etwas anderes: die vorherrschende Argumentation, wie wir sie skizziert haben, spiegelt – ungeachtet der spezifischen Argumente – vielfach eine Denkweise wider, die in vereinfachender Form in den Kategorien des »Entweder-Oder« strukturiert ist. Wer in der Kategorie des »Entweder-Oder« denkt, verkennet aber, daß niemals von einer einzigen Maßnahme eine Lösung eines mehrfach determinierten Phänomens ausgehen kann.⁷ Er übersieht, daß es bereits ein Fortschritt wäre, wenn ein Teil der Abhängigen sein Verhalten ändern würde. Denn selbst wenn die meisten Abhängigen durch Einrichtungen der Drogentherapie erreicht und sie im günstigsten Falle eine erfolgreiche Therapie durchführen würden, wird es stets Personen geben, die hiervon nicht betroffen sind. Die Frage kann deshalb nicht sein: Welche Therapie ist am besten? Sie kann nur sein: Welche Maßnahmen sind für welche Klientel unter welchen Bedingungen am besten? Fragen wie diese aber lassen sich nur pragmatisch klären: indem neue Wege in der Drogenarbeit beschritten und diese im Rahmen einer begleitenden wissenschaftlichen Evaluation auf ihren Erfolg oder Mißerfolg hin untersucht werden.

Anmerkungen

- 1 So verweigerte beispielsweise der Drogenbeauftragte des Bundes M. Franke die Teilnahme am Methadonsymposium der nordrhein-westfälischen Landesregierung mit dem Argument, zu Methadon sei alles gesagt, es bedürfe keiner weiteren Diskussion (siehe Heinemann 1986: 8).
- 2 Es sei »ein einmaliger Vorgang in der Geschichte der Sozialpolitik der Bundesrepublik«, heißt es so z. B. von seiten des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel zum Methadonversuch in NRW, »daß ein Bundesland gegen das Votum praktisch der gesamten Fachwelt und gegen eindringliche Bitten aller anderen Länder ein Programm in die Welt setzt, welches zu tiefgreifenden Verschlechterungen in der Drogensozialarbeit führen wird« (Fachverband Drogen- und Rauschmittel e. V. 1987). Daß die Mitarbeiter in den Einrichtungen der Mitgliedsinstitutionen des eigenen Verbandes oft bereits differenziertere Positionen vertreten, wird dabei übersehen (vgl. dazu insbesondere Bossong 1988: 33). Mitunter dogmatische Anklänge finden sich auch in der Behandlung jener Ärzte, die gegen die offizielle Linie des Methadonverbotes verstoßen. So wurde gegen den Münchner Methadon-Arzt Kapuste dessen Argumentation für Methadon durch Gutachter vor Gericht in ein »messianisches Sendungsbewußtsein« umgedeutet und dieses geradezu zu einem Phänomen der Psychopathologie deklariert (»erblich belasteter Mediziner«) (vgl. Drogen Report, Nr. 4, 1988, S. 10). Damit sei keineswegs verneint, daß diese hier praktizierte Methadonanwendung möglicherweise gegen ärztliche Kunstregeln verstößt (wofür einiges spricht). Entscheidend an dieser Stelle ist etwas anderes: die Ausgrenzung der Methadonanwendung aus dem Bereich psychischer Normalität.
- 3 Diese Haltung spiegelt sich auch in der Tatsache wider, daß in der Vergangenheit Methadonbefürworter zu Tagungen der etablierten Institutionen der Drogenbekämpfung, die dieses Thema aufgriffen, nicht eingeladen wurden. Die in der bundesdeutschen Drogendiskussion oft übliche Beschränkung auf Gleichgesinnte – die in der Diskussion dann doch nur das bekräftigen, was man vorher schon weiß – macht sich hier nachteilig bemerkbar. Einmal mehr gilt dies auch für die allgemeine Vernachlässigung ausländischer Erfahrungen und Literatur.
- 4 Die derzeit wohl umfassendste Zusammenstellung von empirischen Befunden, die für Methadon als HIV-Prophylaxe sprechen, findet sich in den von Elias (1989) vorgelegten Unterlagen. Dabei handelt es sich um Untersuchungen, die entweder Methadonanwender mit Nichtanwendern vergleichen oder nach Beginn der Methadonanwendung unterscheiden. Unklar ist, welche sonstigen Faktoren noch Einfluß nehmen. Es könnte sein, daß sich die Teilnehmer am Methadonprogramm von den Nichtteilnehmern in anderen Verhaltensweisen unterscheiden, die mit der HIV-Infektion korrelieren (siehe Reuband, 1988: 65, Anm. 20).
- 5 Heroin wird in den Niederlanden häufiger als in der Bundesrepublik geraucht (vgl. für die Niederlande Buning et al. 1986, Kaplan et al. 1986). Dies muß die Chance der HIV-Infektion reduzieren. Zur HIV-Prävalenz unter Drogenabhängigen in den Niederlanden siehe Hoek et al. (1988), für die Bundesrepublik siehe Reuband (1988: 53 ff.).
- 6 Zu Argumenten gegen Methadon siehe u. a. Stark et al. (1988), Wille (1988). Zu einer neueren Bestandsaufnahme siehe auch Landtag von Baden-Württemberg (1989). Zur Position der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahr

- ren siehe DHS (1988), siehe auch BMJFG (1986). Zu kritischen Stellungnahmen, welche ein eher ernüchterndes Bild der Methadonanwendung in Holland nahelegen, siehe Kooyman (1987).
- 7 Es ist bemerkenswert, wie häufig eine derartige Position den Methadonbefürwortern unterstellt wird. Sie würden in Methadon ein Allheilmittel erwarten. Dem jedoch sei nicht so – doch indem in dieser Weise argumentiert wird und die Methadonanwendung damit als unsinnig gekennzeichnet wird, verfallen die Kritiker in eine Position des »Entweder-Oder«.

Literatur

- ÄRZTE-ZEITUNG: Methadonsubstitution ist nur Symptombehandlung, in: Ärzte-Zeitung vom 12. 4. 1989.
- BAYERISCHE STAATSMINISTERIUM DES INNERN: Suchtbekämpfung in Bayern. 15. Bericht der interministeriellen Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs. München 1987.
- BMJFG (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit): Bericht der Bundesregierung über die gegenwärtige Situation des Mißbrauchs von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten in der Bundesrepublik Deutschland und die Ausführungen des Aktionsprogramms des Bundes und der Länder zur Eindämmung des Alkoholmißbrauchs, in: Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode. Drucksache 10/5856 vom 18. 7. 1986.
- Bossong, H.: AIDS als Herausforderung für die Drogenpolitik?, in: Sozialmagazin, 13, 1988, S. 32–38.
- Buning, E. C./R. A. Coutinho/G. H. A. v. Brussels/G. W. van Santen: Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam, in: The Lancet, 1986, S. 143.
- DER SPIEGEL: Bröckelnde Front, in: Der Spiegel Nr. 32, 1988, S. 29–30.
- DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren): Helfen Drogen gegen Drogenabhängigkeit? Ersatzdrogen dämpfen AIDS-Verbreitung nicht ein – drogenfreies Leben verbessert die Gesundheit, DHS pressedienst, Hamm 1987.
- DHS: pressedienst, 1/88, Hamm 1988.
- DROGEN REPORT: Der unbelehrbare Kapuste, in: Drogen Report, Nr. 4, 1988, S. 10–11.
- DROGEN REPORT: Drogenpolitik – Drogenhilfe soll verstärkt werden, in: Drogen Report, 10, Nr. 2, 1989, S. 30.
- Elias, H.: Stellungnahme zur Anhörung des Sozialpolitischen Ausschusses am 10. 5. 1989. Hessischer Landtag. Ausschußvorlage SPA/12/128, Teil 3. Vervielfältigtes Manuskript. Wiesbaden 1989.
- FACHVERBAND DROGEN- UND RAUSCHMITTEL e. V.: Fachverband verurteilt Methadon-Versuch. Pressemitteilung Hannover 16. 7. 1987.
- Franke, M.: Übergeordnete Gesichtspunkte zur Bewertung von Methadonprogrammen, in: Suchtgefahren, 31, 1985, S. 95–100.
- Haller, M.: Opium fürs Volk, in: DIE ZEIT, Nr. 35, 26. 8. 1988, S. 9–10.
- HAMBURGER ABENDBLATT vom 14. 5. 1989.
- Heinemann, H.: Eröffnung des Symposiums, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg.), Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen. Dokumentation über ein internationales Drogensymposium in Düsseldorf. Düsseldorf 1986, S. 7–12.
- Hippius, H.: Diskussionsbeitrag, in: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.« Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12. Bonn 2. 11. 1987.
- Hippius, H.: Stellungnahme zu den sogenannten Methadon-Programmen, in: Spektrum, 2, 1989.
- Hoek, J. A. R. v. d./R. A. Coutinho, H. J. A./v. Haastrecht, A. W./Zadelhoff/J. Goudsmit: Prevalence and risk factors of HIV infections among drug users and drug using prostitutes in Amsterdam, in: AIDS, 2, 1, 1988, S. 55–60.
- Kaplan, C. D./M. Morival/C. Sterk: Needle exchange IV Drug Users and Street IV Drug Users: a comparison of background characteristics, needle and sexpractice and AIDS attitudes (The Netherlands), in: National Institute on Drug Abuse (Hg.), Community Epidemiology-Work Group Proceedings. Vol. II: Selected Issues, Rockville, Md. 1986, S. IV–16 – IV–25.
- Kindermann, W.: Diskussionsbeitrag, in: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.« Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12. Bonn 2. 11. 1987.
- Kindermann, W.: Zur HIV-1-Antikörperprävalenz bei Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Drogen-Report, 10, Nr. 2, 1989, S. 6–10.
- KÖLNER STADT-ANZEIGER: Klinik lehnt den Methadon-Versuch ab, in: Kölner Stadt-Anzeiger vom 27. 8. 1987, S. 6.
- Kooyman, M.: Konsequenzen der Holländischen Drogenpolitik für die therapeutische Arbeit, in: D. Thommen (Hg.), Drogenproblematik im Wandel. Lausanne 1987, S. 107–113.
- LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG: Anhörung von Sachverständigen zum Thema »Suchterkrankung und Methadoneinsatz«. 5. Sitzung des Sozialausschusses vom 26. 1. 1989. Vervielfältigtes Manuskript. Stuttgart 1989.
- Lux, F.: AIDS – Auswirkungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich der Suchtkrankenhilfe, in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hg.), Referate der 4. Arbeitstagung für Verbandsmitglieder. Stuttgart 1987, S. 23–30.
- Newman, R. G.: Methadon in der Behandlung der Drogensucht – 20 Jahre Erfahrung mit der Ersatzdroge in New York, in: Forschung und Praxis. Das Wissenschafts-Journal der Ärzte-Zeitung, 23, 7, 1988, S. 2–8.

- Newman, R. G.: Leserbrief, in: H. Elias, Stellungnahme zur Anhörung des Sozialpolitischen Ausschusses am 10. 5. 1989. Hessischer Landtag. Ausschußvorlage SPA/12/128, Teil 3. Vervielfältigtes Manuskript. Wiesbaden 1989.
- Penkert, W.: Diskussionsbeitrag, in: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.« Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12. Bonn 2. 11. 1987.
- Raida, J.: Diskussionsbeitrag, in: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.« Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12. Bonn 2. 11. 1987.
- Reuband, K. H.: Drogenstatistik 1987, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.), Jahrbuch '89 der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Hamburg 1988, S. 41–103.
- Reuband, K. H.: Illegale Drogen – Ein Sozialindikatorenreport, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.), Jahrbuch '90 zur Frage der Suchtgefahren. Hamburg 1989 (in Druck).
- Rosenbrock, R.: Diskussionsbeitrag, in: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.« Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12. Bonn 2. 11. 1987.
- Scherf, H.: Man kann manchmal helfen, in: FDR-Berichte Nr. 14, Dezember 1987/Januar 1988, S. 1–3.
- Schuster, K.: Schwerpunktthema Methadon, in: Forschung und Praxis. Das Wissenschafts-Journal der Ärzte-Zeitung, 7, 32, 1988, S. 1.
- Simon, R./Helas, I./Schmidtobreck B./Ziegler, H./Bühringer, G.: Jahresstatistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Berichtszeitraum 1. 1. 1987–31. 12. 1987 EBIS-Berichte Bd. 10), München 1988.
- Stark, K./Messing, K./Bienze, U.: Drogenabhängigkeit und AIDS – ist der Einsatz von Ersatzdrogen gerechtfertigt?, in: AIDS Forschung (AIFO), 1988.
- Täschner, K. L.: Therapie bei Abhängigkeit von Rauschdrogen, in: Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen, 85, 23, 1988a.
- Täschner, K. L.: Methadon für Opiatsüchtige – zum Stand der Diskussion, in: Ärzteblatt Baden-Württemberg, 6, 1988b.
- Uchtenhagen, A.: Stellungnahme, in: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.« Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12. Bonn 2. 11. 1987.
- Wille, R.: AIDS und Drogenabhängigkeit, in: Münchner Medizinische Wochenschrift, 130, 1988, S. 19–22.
- Zoulek, G./Gürtler, L./Eberle, J./Lorbeer, B./Deinhardt, F.: Zunahme der Prävalenz von Antikörpern gegen LAV/HTLV III bei Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 15, 111, 1986, S. 567–570.

Verf.: Dr. Karl-Heinz Reuband, Zentralarchiv für empirische Sozialforschung, Universität Köln, Bachemerstraße 40, 5000 Köln 41