

5. Drogenstatistik 1987

Neue Trends und Problemlagen. Die Situation des Drogengebrauchs in der zweiten Hälfte der 80er Jahre.

Karl-Heinz Reuband

1. Einleitung

Lange Zeit war von Drogen in den Medien und der Öffentlichkeit kaum etwas zu hören und zu lesen. Viele Politiker, Journalisten und auch Drogenexperten glaubten, das Drogenproblem wäre weitgehend überwunden und ein weiterer Rückgang des Konsums wäre wahrscheinlich. Seit Beginn des Jahres 1988 hat sich die Situation einschneidend geändert: „Ganz plötzlich scheint das Problem Sucht wieder akut geworden zu sein“, schreibt die Süddeutsche Zeitung. „Alarmrufe kommen von allen Seiten“ (3. 8. 1988, S. 4). Die Rauschgiftkriminalität breite sich geradezu „seuchenartig“ aus, heißt es aus dem Justizministerium (Süddeutsche Zeitung 3. 8. 88., S. 4). In „bisher nicht gekanntem Ausmaß schwappe die Drogenwelle in die Bundesrepublik über“, klagen andere (Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt 21. 8. 88, S. 24). Der Tenor in den Medien hat gewechselt, und es hat in vielen Berichten nun plötzlich den Anschein, als wäre die Entwicklung Teil eines langfristigen Trends. Eingetreten sei nur das, was man seit langem hätte erwarten und auch voraussehen müssen.

Der rasche und in vieler Hinsicht überraschende Wechsel in der Beurteilung findet sich nicht das erste Mal in der Geschichte des Drogenkonsums. Ähnliche Schwankungen lassen sich in der Bundesrepublik schon in den 70er Jahren nachweisen, als Dramatisierung und Entwarnungen einander abwechselten und die Problematisierung nicht selten stärker schwankte als das Phänomen selbst (vgl. auch Reuband 1976: 1). Hätte man jeweils die Entwicklung unter Zugrundelegung der verfügbaren Statistiken und ihrer methodischen Probleme aufmerksamer betrachtet, so hätte man in allen Fällen wohl von vornherein ein realistischeres Bild gewonnen. Man hätte gesehen, daß der Rückgang in der Regel nicht so stark ist wie vermutet und auch der Anstieg weniger dramatisch als beschrieben. Hätte man sich die Erfahrungen aus anderen Ländern vergegenwärtigt, so wäre auch bewußt geworden, daß einmal eingeschlagene Trends nicht immer bestehen bleiben. Ein über längere Zeit anhaltender Anstieg muß sich ebensowenig fortsetzen wie ein einmal einsetzender Rückgang, Drogenepidemien können, lokal- und zeitversetzt, immer wieder neu ausbrechen und sich relativ rasch ausweiten.¹⁾

Will man realistischere Einschätzungen vornehmen, so bedarf es deshalb einer kontinuierlichen Beobachtung der Drogensituation. Es bedarf einer Sozialberichterstattung anhand ausgewählter Indikatoren, die von Zeit zu Zeit *kombiniert* wird mit einer auf neue Problemlagen ausgerichteten und daran anknüpfenden Forschung.²⁾ Die Voraussetzungen dafür sind besonders in der Bundesrepublik ungünstig: die verfügbaren Statistiken sind in ihrer Aussagekraft beschränkt. Über zu viele Themenbereiche des Drogengebrauchs wissen wir zu wenig und besitzen keine kontinuierlichen Daten. Zu sehr herrscht Forschung vor, die auf den Therapiebereich beschränkt ist (und diese oft auch nur unzureichend betreibt). Fragen der Ätiologie und Epidemiologie werden vernachlässigt oder mit einem methodisch fragwürdigen Instrumentarium und unzureichender analytischer Betrachtung angegangen. Auf der Ebene der Forscher gibt es (besonders im Bereich der Grundlagenforschung) über die Zeit wenig Kontinuität.³⁾

Im folgenden soll versucht werden, auf der Basis der verfügbaren Daten eine Bestandsaufnahme zur gegenwärtigen Situation des Drogengebrauchs in der Bundes-

republik vorzunehmen. Dabei wenden wir uns drei Themen zu: (1) der Entwicklung der Einstellungen zum Drogengebrauch und die Verbreitung von Drogenerfahrung unter Jugendlichen, (2) der Entwicklung der Drogenabhängigkeit und (3) dem Verhältnis von Drogenabhängigkeit und AIDS-Epidemie. Zur Klärung der Fragestellungen ziehen wir routinemäßig erstellte Daten amtlicher Stellen (wie der Polizei) ebenso heran wie Befunde neuerer empirischer Studien und Erfahrungen von Therapieeinrichtungen: In einigen Fällen – so bei Umfragen unter Jugendlichen – unterziehen wir die vorliegenden Daten einer erneuten Analyse unter Rückgriff auf den Originaldatensatz.

2. Entwicklung der Einstellungen zum Drogenkonsum: Stehen wir am Beginn einer neuen Drogenwelle?

2.1 Veränderungen in der Drogenbewertung unter Jugendlichen und Erwachsenen

Glaubt man neueren Veröffentlichungen, so hat sich die Einstellung der Bevölkerung zu Drogen – und hier besonders Haschisch – im Laufe der letzten Jahre grundlegend geändert. Elisabeth Noelle-Neumann schreibt von einem Wertewandel, der langfristig zu einer Akzeptanz von Haschisch führe (Noelle-Neumann 1987: 27). Andere Autoren sprechen von einer eingetretenen Schwächung des Unrechtsbewußtseins gegenüber dem Konsum von Cannabisprodukten. Sogar unter denen, die selbst keine Konsumenten seien und Haschisch für sich ablehnten, würden große Teile einer Liberalisierung das Wort reden (Drogeninformation 1983: 29, 1984: 16). „Den Kampf gegen Haschisch haben wir bereits verloren“, so der ehemalige Kripo-Chef von NRW. „Das Kraut gewinnt zusehends an sozialer Akzeptanz“ (zit. nach Drogen Report 1984: 6). Und für viele Autoren hat dies längst Folgen, ist die Zahl der Drogenkonsumenten unter Jugendlichen größer denn je (siehe etwa DER STERN 1. 6. 88, S. 17 ff).

Welche Situation tatsächlich den Drogenkonsum und die Einstellung dazu kennzeichnet, ist weitgehend unbekannt. Die Autoren, die einen dramatischen Wandel beschwören, begnügen sich nicht selten mit bloßen Mutmaßungen oder Einzelfallschilderungen. Angesichts dessen erscheint eine systematische Prüfung angeraten. Im folgenden geschieht dies unter Rückgriff auf Umfragen, die entweder allein oder in Kombination mit anderen Umfragen Aussagen über Konstanz und Wandel im Drogenbereich erlauben. Als erstes greifen wir im Rahmen einer Sekundäranalyse auf eine Umfrageserie zurück, die vom *Institut für Jugendforschung* (im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) seit 1971 regelmäßig unter Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren durchgeführt wird und im Zentralarchiv für empirische Sozialforschung der Universität zu Köln archiviert ist.⁴⁾ Zum anderen greifen wir auf eigene Umfragen zurück, die wir speziell zur Frage der gesellschaftlichen Drogenbewertung unter Bürgern der Bundesrepublik ab 18 Jahren in den Jahren 1982 und 1987 vornahmen. Durch die Ausweitung der Altersspanne auf die über 18jährigen sind wir in der Lage, das normative, gesamtgesellschaftliche Klima auch außerhalb des unmittelbaren Potentials von Drogenkonsumenten zu untersuchen (ausführlicher zu diesen Studien siehe Reuband 1988b).

Mehrere Indikatoren für die Beurteilung des Drogengebrauchs stehen in der Umfrageserie des *Instituts für Jugendforschung* unter Jugendlichen zur Verfügung: Da ist zum einen die Frage, welche Drogen man „vielleicht einmal versuchen sollte“. Da ist zum anderen die Frage, ob man Haschisch bzw. Heroin probieren würde, wenn es auf einer Party „angeboten“ würde. Beides kann man als Indikator für die eigene Konsumbereitschaft ansehen – die erste Frage mißt sie eher in einer Weise, welche die allgemein zuerkannte Legitimität des Gebrauchs erfaßt. Die zweite mißt sie in einer Weise, die

auf die situationsspezifische Bereitschaft des einzelnen ausgerichtet ist, Neues auszuprobieren.

Die Ergebnisse (siehe Tabelle 1) sprechen gegen die Annahme, die Jugendlichen in der Bundesrepublik würden gegenüber Haschisch oder gar Heroin toleranter – egal, ob man eher die Legitimität des Gebrauchs oder die eigene Annahmefähigkeit zum Maßstab erhebt. Die Indikatoren zeigen im Gegenteil seit Beginn der Messung Anfang der 70er Jahre einen ziemlich kontinuierlichen Rückgang: 1976 meinten immerhin 36% der 14–25jährigen, man könne Haschisch ruhig mal probieren; 1986 sind es nur

Tabelle 1: **Bereitschaft zum Gebrauch verschiedener Drogen unter Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 25 Jahren in der Bundesrepublik im Zeitverlauf (in Prozent)**

	1971	1973	1976	1979	1982	1986
Könnte man versuchen (1)						
Haschisch	..	..	36	31	23	19
Marihuana	27	23	15	15	15	13
LSD	21	14	7	7	6	3
Kokain	..	..	15	6	7	5
Opium	8	6	5	4	4	3
Heroin	5	3	3	2	1	1
Würde selbst nehmen (2)						
Haschisch	39	31	22	24	18	..
Heroin	9*	11*	6	5	2	..
(N =)	(1841)	(1488)	(1503)	(1526)	(1541)	(1619)

.. Nicht erhoben

* Opium (statt Heroin) als Droge vorgegeben.

Frageformulierung: (1) „Welche Mittel dieser Liste könnte man vielleicht mal versuchen, welche sollte man Ihrer Ansicht nach auf keinen Fall nehmen?“ (2) „Wenn Ihnen jemand kostenlos Heroin (1971 und 1973: Opium) während einer Party oder auch so anbieten würde, würden Sie es dann annehmen oder würden Sie es ablehnen?“ – „Und wie ist es mit Haschisch? Könnten Sie sich vorstellen, daß Sie Haschisch angenommen hätten?“ Bei der ersten Frage ist der Prozentsatz für „vielleicht mal versuchen“, bei der zweiten für „würde es annehmen“ aufgeführt. Der verbleibende Befragtenanteil, welcher die Differenz zu 100% ausmacht, besteht aus Befragten mit ablehnender Haltung und solchen ohne Angabe.

Basis: Repräsentative Umfragen unter Jugendlichen in der Bundesrepublik. Random-Stichproben.

Quelle: Sekundäranalysen von Umfragen des Instituts für Jugendforschung (im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Zentralarchiv-Studien-Nr. 683, 1070, 1071, 1072, 1237, 1603; jeweils ungewichtete Stichprobe.

noch 19%. 1971 waren 5% der Ansicht, man könne Heroin „versuchen“; 1986 sind es 1%. Die Quote der Konsumbereiten halbiert sich mithin im Falle von Haschisch im Laufe der Zeit, bei Heroin reduziert sie sich gar noch stärker. Die Umfragebefunde zeigen weiterhin, daß auch bei den anderen Drogenarten (wie bei LSD oder Kokain) keine vermehrte Konsumbereitschaft eingetreten ist. Sie ist im Gegenteil rückläufig. Die These von der steigenden Toleranz und eigenen Konsumbereitschaft erweist sich als ein Mythos.

Die kritische und zunehmend ablehnende Haltung gegenüber Drogen ist für Jugendliche nicht spezifisch. Sie ist in einen umfassenderen gesellschaftlichen Kontext eingebettet und findet sich – in Form einer gestiegenen Gefahrenwahrnehmung – ebenso bei den Erwachsenen wieder (vgl. Tabelle 2): Die Zahl derer, die dem Haschischgebrauch (und sei es nur ein Probierkonsum) gesundheitliche und psychische Gefahren

Tabelle 2: Einstellungen der Bevölkerung zum Haschisch- und Heroinkonsum nach Alter im Zeitverlauf (in Prozent)

Beurteilung	Alter						Insgesamt	
	18-29		30-49		50+		1982	1987
	1982	1987	1982	1987	1982	1987		
Große/mittlere Gefahr bei Einnahme von:								
1-2mal Haschisch	27	50	42	56	55	70	44	61
Mehrmals Haschisch in der Woche	80	81	90	89	90	93	88	90
1-2mal Heroin	88	91	88	94	87	93	88	93
Mehrmals Heroin in der Woche	97	98	96	98	93	96	94	97
Befürwortung einer Legalisierung von Haschisch								
	13	15	7	10	3	2	7	7
(N =)	(445)	(181)	(726)	(357)	(792)	(449)	(1993)	(987)

Frageformulierung zur Messung der Gefahren: „Wie groß sind wohl die körperlichen und seelischen Gefahren beim Gebrauch der folgenden Drogen? Sagen Sie es bitte anhand der Liste. Wie groß ist die Gefahr, wenn man Haschisch ein- oder zweimal probiert? Haschisch mehrmals in der Woche nimmt?“ Die Abstufung der Antwortkategorien reicht von „keine Gefahr“, „leichte Gefahr“ über „mittlere Gefahr“ bis „große Gefahr“. (Hier aufgeführt: „große/mittlere“ Gefahr).

Frageformulierung zur Messung der Legalisierungsbereitschaft: „Wie sollen Ihrer Meinung nach die Gesetze aussehen? Sollte man den Gebrauch von Haschisch gesetzlich erlauben oder nicht erlauben?“ (Hier aufgeführt: Befürwortung).

Basis: Repräsentative Bevölkerungsumfragen in der Bundesrepublik Deutschland. Befragte ab 18 Jahre. Erhebung: Mai/Juni 1982, Dezember 1987. Erhebungsinstitut 1982: Infratest (ZUMABUS), 1987: GETAS.

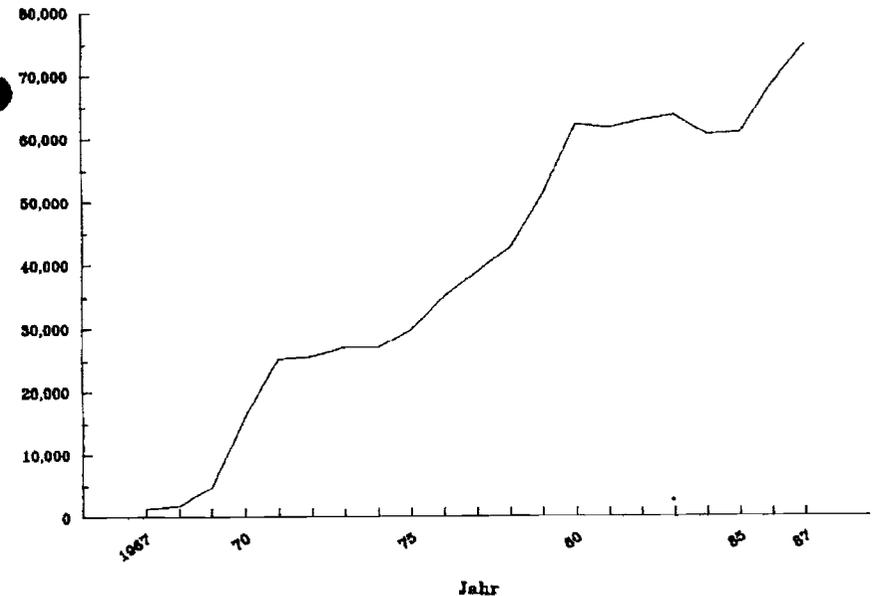
Quelle: Reuband (1988b).

zuschreiben, hat danach in den letzten Jahren stark zugenommen. Besonders stark ist der Wandel unter den jüngeren Befragten, wo 1982 27% dem bloßen 1-2maligen Ausprobieren von Haschisch große Gefahren zuschrieben, 1987 aber bereits 50%. In der Beurteilung des mehrmaligen Haschischgebrauchs und des Heroinkonsums ist der Wandel geringer. Die Gefahren einschätzung ist hier bereits so negativ, daß eine weitere Verschärfung kaum mehr möglich ist. Was die in der Vergangenheit besonders in den USA, z. T. aber auch in der Bundesrepublik diskutierte Liberalisierung des Haschischkonsums anbetrifft, so findet sie mit einem Befürworteranteil von 7% nur wenig Resonanz – weniger noch als in den USA oder Australien. Selbst unter denjenigen, die schon mal Haschisch ausprobiert haben, meinen lediglich 35%, man solle den Gebrauch von Haschisch gesetzlich erlauben (dazu ausführlicher Reuband 1988b).

Angesichts der überwiegend ablehnenden Haltung gegenüber dem Haschischkonsum und der im Zeitverlauf eingetretenen Verschärfung ist es nicht verwunderlich, daß nur eine Minderheit unter den Jugendlichen jemals Erfahrungen mit Haschisch und anderen illegalen Drogen gesammelt hat und deren Anteil über die Zeit auch nicht angestiegen ist. Wie wir an anderer Stelle für Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein gezeigt haben, hat die Verbreitung von Drogen innerhalb der jüngeren Altersgruppen von 14 bis 17 Jahren bereits zu Beginn der 70er Jahre einen Höhepunkt

erreicht, ist dann rückläufig gewesen und etwa seit Mitte der 70er Jahre weitgehend stabil.²⁾ Ein Anstieg der absoluten Zahl an Drogenverwendern ist damit gleichwohl insofern nicht ausgeschlossen, als durch die nachgewachsenen Generationen Personen hinzukommen, die schon einmal Drogen konsumiert haben und sie zum Teil auch weiterhin nehmen. Der ständige Zustrom neuer aktiver Konsumenten zu einem bereits bestehenden Kreis aktiver Konsumenten mag (neben etwaigem veränderten polizeilichen Handeln) erklären, warum die Zahl der Rauschmitteldelikte und der in sie involvierten „Täter“ in der Bundesrepublik nach wie vor ansteigt (Abbildung 1). In

Abb. 1: Rauschgiftdelikte in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitverlauf



Quelle: Angaben des Bundeskriminalamtes (1988: 218), siehe dort auch Hinweise auf Veränderungen in den Erfassungsmodalitäten.

den meisten Fällen werden Drogenkonsumenten dabei wegen des Besitzes oder Erwerbs von Drogen bei der Polizei auffällig. Und in den meisten Fällen geht es um Cannabis und nicht – wie es in der öffentlichen Diskussion öfter übersehen wird – um harte Drogen. In rund zwei Dritteln aller polizeilich erfaßten Rauschgiftdelikte handelt es sich um allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz; von diesen entfallen 71% auf Cannabis als Droge und 23% auf Heroin (Bundeskriminalamt 1988: 159; eigene Berechnungen)

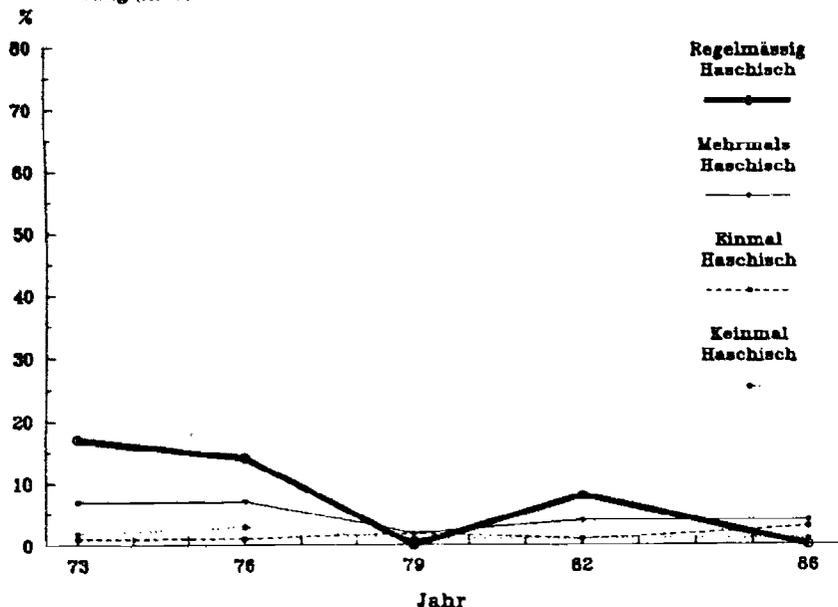
2.2 Veränderungen innerhalb der Drogenszene: Konstanz und Wandel der Einstellungen zu Kokain und Heroin

Die von uns bislang zitierten Umfragezahlen stellen Angaben über das Denken eines repräsentativen Querschnitts der Jugendlichen und der Erwachsenen dar. Sie sagen nichts über die Einstellungen der Konsumenten selbst aus. So wäre denkbar, daß

innerhalb der Drogenszene hinsichtlich der harten Drogen andere Vorstellungen vorherrschen und Entwicklungen durchlaufen werden als unter Jugendlichen allgemein (welche weitgehend aus Nichtkonsumenten bestehen). Wir können dies ansatzweise zu klären versuchen, indem wir die zuvor bereits verwendeten Umfragen des *Instituts für Jugendforschung* nach dem Ausmaß an Drogenerfahrung (hier operationalisiert über das Ausmaß an Haschisch-Marihuanaerfahrung) untergliedern. Besonders bei den fortgeschrittenen „regelmäßigen“ Konsumenten ist die Zahl der Befragten, die als Basis der Berechnung dienen, oft recht klein – die Zahlen müssen bei ihnen entsprechend als tentative Schätzungen des globalen Wandels betrachtet werden. Was uns im Hinblick auf die beobachtete Entwicklung des Konsums „harter“ Drogen interessiert, ist vor allem die Einstellung gegenüber dem Gebrauch von Opiaten, einschließlich Heroin sowie Kokain

Wie man Abbildung 2 entnehmen kann, ist die Vorstellung, man könne Heroin ruhig einmal ausprobieren, selbst unter den fortgeschrittenen, „regelmäßigen“ Haschisch-

Abb. 2: Akzeptanz des Ausprobierens von Heroin nach Ausmaß der Haschischerfahrung (in %)



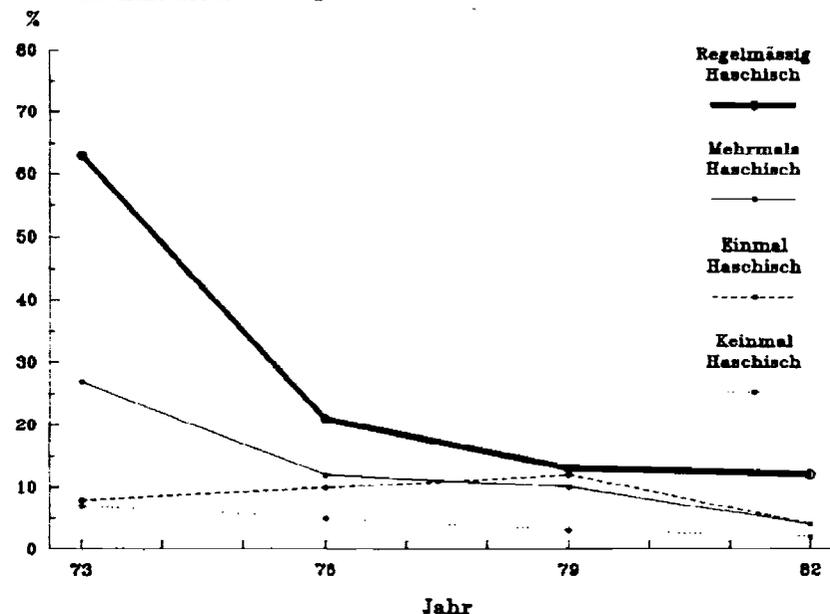
Frageformulierung zur Akzeptanz des Heroingebruchs: „Welche Mittel dieser Liste konnte man vielleicht mal versuchen, welche sollte man Ihrer Meinung nach auf keinen Fall nehmen ... Heroin“ (Hier: „vielleicht mal versuchen“); die Haschischerfahrung wurde über die Frage gemessen: „Geben Sie bitte zu jedem der folgenden Mittel an, ob Sie es schon einmal probiert haben oder nicht ... Haschisch, Marihuana: Nein – Ja, einmal – Ja, mehrmals – Ja, regelmäßig“ (Listenvorlage).

Basis und Quelle: siehe Tabelle 1

Zahl der Befragten in Abbildung 1–3 für „Keinmal“ 1973: 1135, 1976: 1260, 1982: 1125, 1986: 1172; für „Einmal“ 1973: 79, 1976: 69, 1979: 60, 1982: 75, 1986: 81; für „Mehrmals“ 1973: 170, 1976: 121, 1979: 129, 1982: 169, 1986: 121; für „Regelmäßig“ 1973: 30, 1976: 14, 1979: 23, 1982: 34, 1986: 14. Befragte mit fehlenden Angaben gehen in die Berechnung jeweils mit ein.

konsumenten außerordentlich selten. Im Zeitverlauf ist der Anteil in Übereinstimmung mit dem Gesamtrend eher rückläufig als ansteigend. Fragt man nach der Bereitschaft, auf einer Party ein Opiat- bzw. Heroingebot anzunehmen, so läßt sich nach Abbildung 3 ein etwas höherer Anteil potentieller Konsumenten finden. Daß

Abb. 3: Bereitschaft zum Ausprobieren von Opiaten (Opium/Heroin*) nach Ausmaß der Haschischerfahrung (in %)



* 1973: Opium, 1976, 1979 und 1982: Heroin

Frageformulierung zur Messung der Opiatbereitschaft: „Wenn Ihnen jemand kostenlos Heroin (1973 „Opium“) während einer Party oder auch so anbieten würde, würden Sie es dann nehmen oder würden Sie es ablehnen?“ (Hier: „würde es annehmen“). Zur Operationalisierung der Haschischerfahrung siehe Abbildung 1.

Basis und Quelle: siehe Tabelle 1.

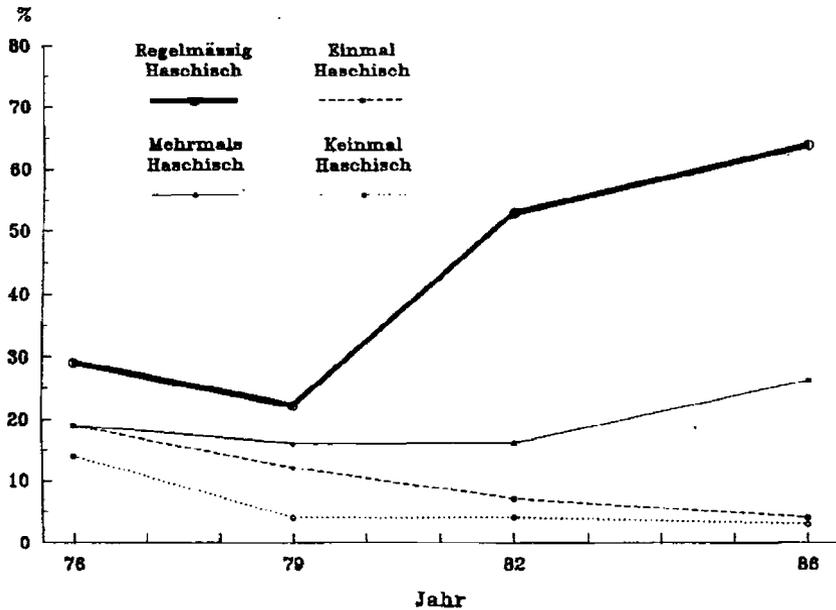
mehr Personen als bei der vorangegangenen Frage zum Konsum bereit sind, mag erstaunen, kann man doch beide Fragen als Indikatoren für die Konsumbereitschaft ansehen. Offenbar unterstellen viele eine allgemeine Gefahr für die Allgemeinheit, begreifen den Griff zur Droge für sich selbst jedoch als Ausnahmesituation: Sie glauben, sie hätten sich unter Kontrolle und wären in gewissem Maße „immun“ gegenüber der Gefahr einer zunehmenden Verstrickung in den Drogengebrauch. Der Trend in der Beurteilung ist jedoch zumindest mit dem Trend der anderen Messung von Konsumbereitschaft identisch: Opiate verlieren auch hier an Attraktivität. So waren mehr als 60% der regelmäßigen Konsumenten noch 1973 bereit, Opium anzunehmen, 1982 sind es nur noch 12%, die Opiate (nunmehr in Form von Heroin, das inzwischen am häufigsten genommene Opiat, vgl. Reuband 1979: 89) konsumieren

würden. Unter den bloßen Drogenprobierern geht die Entwicklung ebenfalls in Richtung einer zunehmenden Ablehnung.

Grundlegend anders scheint die Situation bei Kokain zu sein: Wie man Abbildung 4 entnehmen kann, vollzieht sich hier unter den Jugendlichen mit Drogenerfahrung eine *Polarisierung* in zwei Lager: unter denen, die nur einmal zu Haschisch oder Marihuana gegriffen haben, *sinkt* die Bereitschaft zum Kokaingebrauch (ähnlich wie bei den Nichtkonsumenten) langfristig ab. Unter den mehrmaligen Haschischkonsumenten – und noch ausgeprägter bei regelmäßigen Haschischkonsumenten – dagegen *steigt* sie an: Waren unter den regelmäßigen Konsumenten 1976 lediglich 29% bereit, es mit Kokain zu versuchen, so sind es 1986 fast zwei Drittel. Nehmen wir einmal an, dieses Bedürfnis würde irgendwann auch realisiert werden – und die Gelegenheit dazu ist heutzutage größer als in den 70er Jahren –, so hieße das: es gibt seit Beginn der 70er Jahre ein durchaus nennenswertes und steigendes Potential für den Konsum von Kokain.

Diese Entwicklung könnte den Heroingebrauch nicht unberührt lassen. Denn mag auch die Motivation zum Heroingebrauch weiterhin niedrig sein, man den Gebrauch für gefährlich erachten, so würden doch die psychologischen Voraussetzungen für

Abb. 4: Akzeptanz des Ausprobierens von Kokain nach Ausmaß der Haschischerfahrung (in %)



Frageformulierung zur Messung der Akzeptanz des Kokaingebrauchs wie in Abbildung 1; statt Heroin heißt es: „Kokain“. Zur Operationalisierung der Haschischerfahrung siehe ebenfalls Abbildung 1.

Basis und Quelle: siehe Tabelle 1.

Heroin durch den Griff zum Kokain „günstiger“ werden: der einzelne ist stärker in die Drogenszene involviert, hat das Risiko des Gebrauchs gesteigert. Kokain bedeutet gegenüber Haschisch nun einmal eine steigende gesundheitliche Gefährdung; größere Hemmschwellen sind überschritten. Vom „Sniefen“ des Kokain zum „Sniefen“ des Heroin ist es dann womöglich für viele nur ein kurzer Schritt – ersetzt wird allenfalls die Droge, mit der Einnahmeform selbst ist man schon vertraut. Warum unter den fortgeschrittenen Konsumenten innerhalb von weniger Jahre die Bereitschaft zum Ausprobieren von Kokain derart stark gestiegen ist, ist im einzelnen schwer zu sagen. Sicher ist eine wichtige Komponente hierbei das vermehrte Angebot von Kokain, kombiniert mit der Stilisierung der Droge in der Drogenszene und der Öffentlichkeit: Kokain ist zu einer Art exklusiver Modedroge geworden, die den Gebrauch von Haschisch oder Weckmitteln als „profan“ und „banal“ erscheinen läßt und gleichzeitig die Assoziationen mit dem injektiven Heroingebrauch vermeidet.

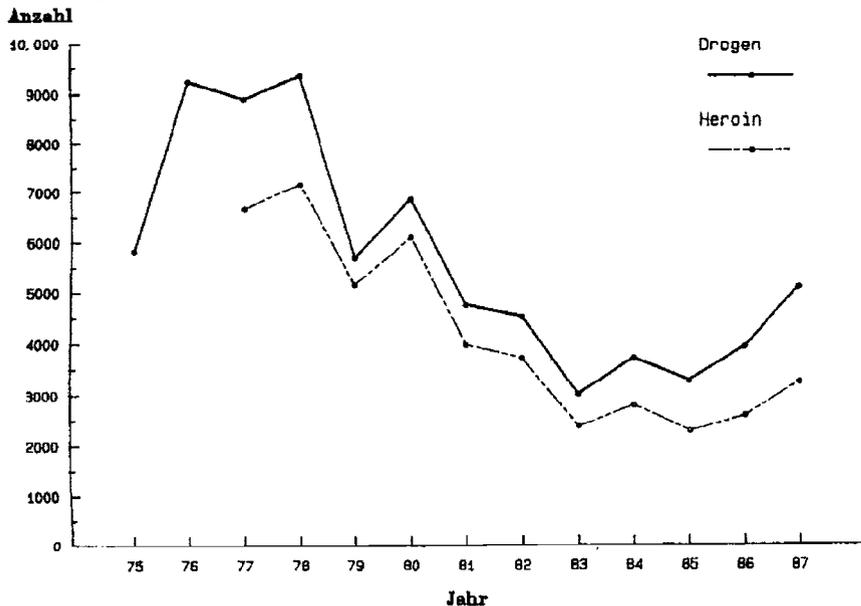
3. Die Entwicklung des Konsums harter Drogen: neue Trends und offene Fragen

3.1 Die Entwicklung in kurz- und längerfristiger Perspektive

Wird auch in vielen neueren Darstellungen der Haschischgebrauch als Problem begriffen – die eigentliche Diskussion nimmt die Zahlen über den Konsum harter Drogen als Beleg für eine dramatische Entwicklung des Drogenproblems. Hier ist in der Tat nach den neuesten Polizeizahlen ein starker Wandel unverkennbar. 1986 noch fielen 13323 Personen im Zusammenhang mit Heroin bei der Polizei auf (allgemeiner Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, illegaler Handel und Schmuggel, illegale Einfuhr), 1987 sind es bereits 16783 – rund 26% mehr. Bei Kokain und den Amphetaminen sind vergleichbare, z. T. sogar höhere Steigerungsraten erkennbar. Bei Cannabis liegt die Steigerungsrate niedriger. Als besonders problematisch ist vor allem gewertet worden, daß sich hinter dem beobachteten Anstieg nicht eine bloße, stärkere Auffälligkeit bereits bekannter Täter verbirgt, sondern die Ausweitung mit einem Anstieg in der Zahl *erstauffälliger* Konsumenten harter Drogen parallel geht. Zweifellos hat hier, wie Tabelle 3 ausweist, ein überaus starker Anstieg von 1986 auf 1987 stattgefunden. Und die Entwicklung scheint keineswegs zu Ende: Setzt man das erste Halbjahr 1988 mit dem ersten Halbjahr 1987 in Beziehung, so hat sich die Situation noch weiter verschärft. Würde man die Steigerungsrate auf der Basis der vorangegangenen fortschreiben, müßte man für 1988 mit einer *Verdoppelung* der Zahl erstauffälliger Konsumenten gegenüber 1987 rechnen! Nicht minder spektakulär erscheint schließlich auch der Anstieg in der Zahl der Drogentoten: 1986 waren es noch 348, 1987 bereits 442. Und auch hier scheint sich die Situation in der Folgezeit zu verschärfen.

Doch wie sehr ist diese Entwicklung tatsächlich so einmalig, wie sie in den Berichterstattungen allgemein beschrieben wird? Wie sehr schwappt die Drogenwelle in „bisher nicht gekanntem Ausmaß“ über (so Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt 21. 8. 88, S. 24; ähnlich Süddeutsche Zeitung 3. 8. 88, S. 4)? Der Kardinalfehler liegt – wie so oft in der öffentlichen Diskussion – in der Wahl einer zu kurzfristigen Perspektive: die Steigerungsrate wird nur in bezug auf das Vorjahr berechnet. Bezieht man die übrigen Vorjahre mit ein, so wird das Bild um einiges komplexer und die vielbeschworene Dramatisierung relativiert. So kann man bei Ausweitung der zeitlichen Perspektive, wie Abbildung 5 zu entnehmen ist, nicht mehr von Drogeneinsatz in „bisher nie gekanntem Ausmaß“ sprechen. Die Zahl erstauffälliger Konsumenten harter Drogen liegt zwar 1987 erheblich höher als 1986 und 1985 – und wird 1988 noch einmal höher liegen –, sie ist aber *niedriger* als gegen Ende der 70er Jahre und z. Zt. noch zu Beginn der 80er Jahre! Prinzipiell ähnliche Verhältnisse gelten für die Drogentoten (Abbil-

Abb. 5: Erstauffällige Konsumenten harter Drogen in der Bundesrepublik Deutschland

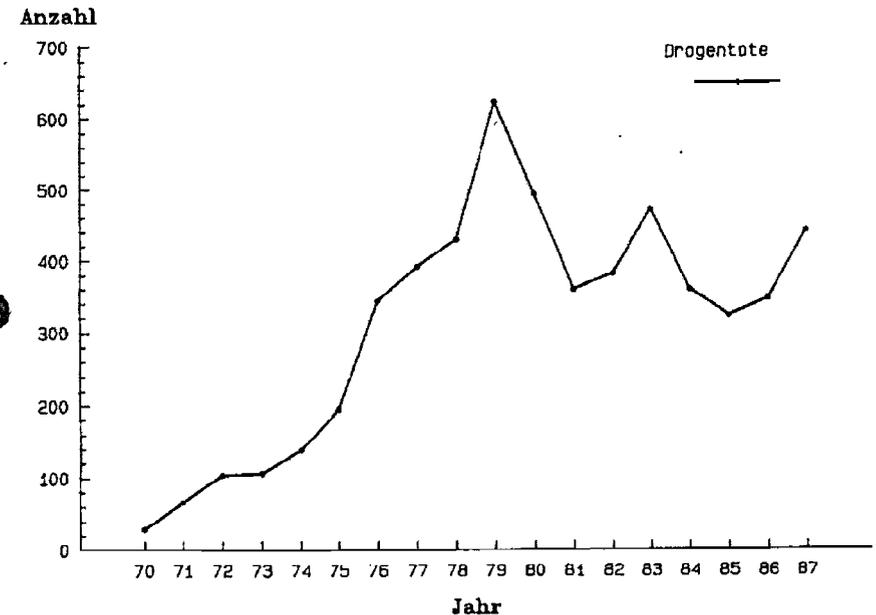


Quelle: Angaben des Bundeskriminalamtes.

dung 6). Die Entwicklung gleicht damit einem Rückgang und erneuten Anstieg. Damit sei nicht gesagt, die gegenwärtige Situation sei nicht ernst zu nehmen – im Gegenteil: ein Ende der Aufwärtsentwicklung ist vorerst nicht absehbar. Relevanter ist: Drogengebrauch muß sich nicht kontinuierlich als Phänomen weiterentwickeln. Es gibt Höhepunkte und „Tiefs“, und beide dürfen nicht notwendigerweise als endgültige Zustände angesehen werden. Entwarnungen sind oft ebenso vorschnell wie bloße Extrapolationen bisheriger Aufwärtsentwicklungen.

Was hinsichtlich der neueren Entwicklung so erstaunt, ist nicht nur die starke Kehrtwendung des Trends und die Dramatik des Anstiegs, wie er sich in manchen Regionen – wie Hamburg – findet.⁶⁾ Erstaunlicher ist eher eine andere Tatsache: ein Anstieg trotz AIDS-Problematik! Angesichts der AIDS-Gefährdung und der Diskussion darüber, wie sie sich in den letzten Jahren entwickelte, hatte man in den letzten beiden Jahren einen Rückgang in der Zahl neuer Konsumenten erwarten müssen; denn daß AIDS u. a. über Spritzen verbreitet wird, ist inzwischen in der Bevölkerung und ebenso in der Drogenszene hinlänglich bekannt (siehe dazu auch den späteren Abschnitt über AIDS und Drogen). Die Angst davor hätte eine steigende Zahl von Konsumenten vor dem Griff zu Heroin (das normalerweise gespritzt wird) abschrecken müssen. Daß für den unerwarteten Anstieg andererseits keine gestiegene Zahl drogenerfahrener Jugendlicher verantwortlich gemacht werden kann, die das Rekrutierungspotential für spätere Heroinabhängige repräsentieren, haben wir vorher näher dargelegt. Von einem Wandel in der Gefahrenwahrnehmung von Heroin ist ebenfalls – selbst bei fortgeschritte-

Abb. 6: Drogen-Todesfälle in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitverlauf



Quelle: Angaben des Bundeskriminalamtes.

	1986	1987	Steigerungsrate in %
Heroin	2 561	3 232	+ 26 %
Kokain	684	832	+ 22 %
Amphetamin	513	740	+ 44 %
Sonstige harte Drogen	163	280	+ 72 %
Gesamt	3 921	5 084	+ 30 %

Die Zahlen beziehen sich auf Personen, die erstmals als Konsumenten harter Drogen der Polizei bekannt wurden.

Quelle: Angaben des Bundeskriminalamtes.

nen Drogenkonsumenten – nichts zu erkennen. Von einem Versagen der Drogenaufklärung kann aus dieser Sicht nicht gesprochen werden. Worin sind dann die Gründe für den spektakulären Anstieg in der Zahl der registrierten Drogenabhängigen zu suchen?

3.2 Mögliche Ursachen des Anstiegs

Mehrere Möglichkeiten kommen als Ursache der Entwicklung in Betracht: (1) *Ausweitung des Heroingebrauchs*. Die erste Möglichkeit wäre, daß sich die Zahl der Konsumenten harter Drogen erhöht hat. Neben der verbesserten Bewertung des Kokain unter den fortgeschrittenen Konsumenten könnte ein verbessertes Drogenangebot die Entwicklung begünstigt haben. Nimmt man die beschlagnahmten Rauschgiftmengen als Maßstab für das jeweils vorherrschende Drogenangebot (geht also von einer annähernd konstanten Ausschöpfungsquote aus), so ist der deutsche Drogenmarkt derzeit mehr denn je durch ein besonders großes Angebot an Kokain und Heroin gekennzeichnet. Mit 320 kg erreichte die beschlagnahmte Menge Heroin 1987 ihren bisherigen Höchststand (siehe Tabelle 4). Einen bisher nicht gehaltenen Höhepunkt hat auch die erfaßte Menge Kokain erreicht. Das vermehrte Angebot hat sinkende Preise und einen tendenziell steigenden Reinheitsgehalt von Heroin mit sich gebracht.

Sinkende Preise könnten den Griff zur Droge besonders unter jenen begünstigt haben, die dem Gebrauch ohnehin positive bis ambivalente Gefühle entgegenbringen: sie können ihre bestehenden Konsumwünsche eher realisieren als früher.⁹⁾ Womöglich gibt es auch neue Einnahmeformen und mehr Personen, die zunächst über andere als die bisher üblichen Einnahmeformen – wie das Sniefen oder Rauchen – zum Heroingebrauch kommen. Sowohl beim Sniefen wie auch beim Rauchen von Heroin gibt sich der Konsument vielfach dem Irrglauben hin, nicht oder nicht so leicht in die Abhängigkeit zu geraten. Gemieden wäre auch die Aids-Gefährdung durch das Injizieren der Droge. Der Schritt zum Heroin konnte dadurch psychologisch leichter werden. Hinweise dafür, daß das Rauchen von Heroin in gewissem Umfang an Bedeutung gewinnt, liegen für Hamburg vor, wo die Zahl erstauffälliger Konsumenten harter Drogen in

Jahr	Sicherstellungsmengen in kg		
	Heroin	Kokain	Cannabis
1973	15	4	4732
1974	33	5	3913
1975	31	1	6628
1976	167	2	5326
1977	61	8	9822
1978	187	4	4724
1979	207	19	6407
1980	267	22	3200
1981	93	24	6696
1982	202	33	3155
1983	260	106	4606
1984	264	171	5646
1985	208	165	11498
1986	157	186	2678
1987	320	296	3002

Quelle: Bundeskriminalamt (1988)

den letzten beiden Jahren besonders stark stieg.⁹⁾ In Europa fand sich das Rauchen von Heroin („chasing the dragon“) bislang weitgehend nur in den Niederlanden (vgl. Kaplan et al. 1986, Buning et al. 1986: 1435) seit neuestem auch in manchen Gegenden Großbritanniens und ist dort mit der Etablierung neuer Heroinepidemien assoziiert (vgl. Parker et al. 1987, 1988).

Schließlich könnten die sinkenden Preise für Heroin in der Bundesrepublik auch Personen in ihrem Verhalten mitgeprägt haben, die bereits mit Heroin Erfahrungen

gemacht hatten, aber sich noch in einer Phase des gelegentlichen Anfangskonsums befinden.⁹⁾ Sie haben bislang nur einige wenige Male die Droge injiziert und sind aufgrund des günstigen Drogenangebots nun in der Lage, bei gleichen Kosten den Gebrauch zu intensivieren. Die Phase des Probierkonsums müßte bei ihnen – im Vergleich zu früheren Drogen-„generationen“ – zeitlich schrumpfen.

Wenn die These vom Anstieg der „Neueinsteiger“ in den Heroingebrauch stimmen sollte, müßte sich der hiervon betroffene Personenkreis mehrheitlich am Anfang der harten Drogenkarriere befinden: einer Phase, in welcher der Konsum als noch relativ unproblematisch erlebt wird und die positiven Erlebnisse überwiegen. Ein Interesse an Beratung und Therapie wird unter diesen Umständen kaum entstehen. Dies könnte erklären, warum bei den ambulanten Therapieeinrichtungen, für die wir über entsprechende Statistiken verfügen, ein vergleichbar starker Anstieg wie bei der Zahl der Polizeiauffälligen *nicht* zu erkennen ist: die EBIS Statistik z. B. weist im Durchschnitt (berechnet über alle Einrichtungen) nur einen relativ leichten Anstieg aus (Tabelle 5). Relativ gering scheint auch der Anstieg bei Einrichtungen, die nicht dem EBIS-Verband angehören.¹⁰⁾

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Konsumenten harter Drogen insgesamt	3905	3720	4707	4651	4843	4630	4341	5540
davon								
- Opiatabhängige	2834	2543	3222	3069	3029	2766	2503	3173
- Sonstige Drogenabhängige	1071	1186	1485	1582	1814	1864	1838	2267
Zahl der Einrichtungen	218	218	275	262	265	259	262	290/1*
Durchschnittliche Zahl der Konsumenten harter Drogen pro Einrichtung**	17.9	17.1	17.1	17.8	18.3	17.9	16.5	18.7

* Für die männlichen Klienten liegen die Zahlen von 291 Einrichtungen vor, für die weiblichen von 290.

** Bei den Zahlen handelt es sich um Durchschnittszahlen, die über sämtliche meldenden Einrichtungen gerechnet wurden. Da hierzu auch solche mit Alkoholkranken als überwiegendem Klientel zählen, muß die Durchschnittszahl der Drogenabhängigen rein rechnerisch niedrig liegen. Würde man die reinen Drogeneinrichtungen nehmen, so würde die Durchschnittszahl höher liegen.

Quelle: Unterlagen von EBIS/Arbeitsgruppe für Abhängigkeitsforschung des IFT Institut für Therapieforchung, München; eigene Berechnungen. In EBIS sind im wesentlichen die Einrichtungen konfessioneller Träger zusammengefaßt.

(2) *Verändertes Verhalten der Polizei*. Die steigende Zahl polizeilich erstauffälliger Konsumenten harter Drogen konnte aber auch noch etwas anderes bedeuten als einen bloßen Anstieg in der Zahl der Abhängigen: Polizeizahlen sind schließlich nicht nur eine Funktion der realen Entwicklung, sondern auch der polizeilichen Intervention und Fahndungsstrategien. Es könnte sein, daß sich das Verhalten der Polizei gegenüber Drogenabhängigen (vgl. Kreuzer et al. 1981: 310 ff.) geändert hat. Die Tatsache, daß Drogenabhängige als eine zentrale Risikogruppe gelten, über die die Aids-Infektion auf die heterosexuelle Normalbevölkerung übergeht, könnte – weniger als Folge einer zentralen Direktive von „oben“ als auf der Ebene des faktischen Alltagshandelns – einer neuen Politik der Kontrolle Auftrieb gegeben haben, bei der es um eine vollständigere und frühzeitige Erfassung und Registrierung möglicher Infektionsquellen

len geht. Diese Veränderung muß nicht notwendigerweise über Rauschgiftdezerate, sondern mag über die Schutzpolizei erfolgen (über die ein Großteil an Abhängigen polizeilich auffällig wird).

Man könnte der Interpretation, welche allein polizeiliches Handeln für die Entwicklung verantwortlich macht, den Anstieg in der Zahl ambulanter und stationärer Klienten entgegenhalten: Wenn sich auch hier, wo ein direkter Eingriff der Polizei nicht vorliegt – ein Anstieg ereignet, kann die Polizei dafür nicht verantwortlich sein. Doch denkbar wäre es u. U. sehr wohl, daß die Zahl der Therapiesuchenden mit der Zahl der polizeilich erfaßten Konsumenten ursächlich verknüpft ist: Polizeilich erfaßt, vor Gericht gestellt und mit Haftstrafe bedroht, wenden sich die Konsumenten an die ambulanten und stationären Einrichtungen, um einer Gefängnisstrafe zu entgehen. Wäre dies der Fall, so müßte mit dem Anstieg der justiziell erfaßten Konsumenten harter Drogen auch notwendigerweise die Zahl der „Therapiewilligen“ steigen!¹¹) Weil es eine zeitliche Verzögerung zwischen polizeilicher Auffälligkeit und Anklageerhebung gibt, muß der Anstieg der justiziell induzierten Therapiewilligkeit sich nicht notwendigerweise bereits jetzt in einem ähnlich starken Anstieg widerspiegeln. Dies mag zeitverzögert eintreten. (Abgesehen davon wird es immer Konsumenten geben, die aus den verschiedenen Gründen eine Haftstrafe der Therapie vorziehen.)

(3) *Veränderter Umgang mit Drogen unter Abhängigen.* Die dritte Erklärung liegt in einem veränderten Drogenumgang auf seiten der Abhängigen. Unter dem Eindruck von AIDS könnten sich zwei Bewältigungsstrategien herausgebildet haben: bei einem Teil gibt es in Anbetracht der AIDS-Bedrohung die Neigung, sich *ungehemmter* dem Drogengebrauch hinzugeben. Sie entscheiden sich für eine „sweet short-life“-Lebensperspektive (dazu Berger/Reuband/Widlitzek 1980: 122). Die Vorsichtsmaßnahmen im Umgang mit den Drogen fallen – mit der Folge, daß einerseits eine Überdosis eher in Kauf genommen und andererseits die Chance einer Polizeiauffälligkeit begünstigt wird. Warum sollte man sich im eigenen Genuß zügeln, wenn sowieso bald alles zu spät ist? Entsprechend könnten die Drogen in großer Menge oder sofort nach Kauf eingenommen werden – ungeachtet einer möglichen Entdeckung durch andere Personen. Bei wieder einem anderen Teil der Abhängigen erfolgt u. U. statt dessen eine Hinwendung zur Therapie: sie vermuten oder wissen aufgrund vorheriger Tests, daß sie von AIDS nicht betroffen sind und sind nun stärker um eine ambulante oder stationäre Entziehung und Therapie bemüht!¹²)

Die Tatsache, daß in letzter Zeit bei Therapieeinrichtungen ein Zustrom an Klienten zu verzeichnen ist und bei den stationären Einrichtungen erstmals nach langer Zeit wieder Wartelisten bestehen, könnte man ebenso als ein Indiz für eine Ausdifferenzierung und Polarisierung ansehen wie die Tatsache, daß die AIDS-Quote unter den Bewerbern um eine stationäre Therapie rückläufig ist (obwohl sie angesichts der Ausbreitung von AIDS realiter ansteigen müßte!)¹³) Für die These einer zunehmenden Ausdifferenzierung könnte ebenfalls sprechen, daß noch Mitte der 80er Jahre die HIV-Prävalenz bei Fixern aus Strafanstalten und Therapie sich nicht unterschied (Zoulek et al. 1986: 569), wohl aber in Untersuchungen aus späterer Zeit (Kleiber 1988, Bschor et al. 1988: 7; siehe auch im folgenden Tabelle 6). Wäre die Annahme einer Ausdifferenzierung richtig, so würde das heißen: die steigende Bereitschaft zur Therapie ist nicht notwendigerweise – wie manche Autoren meinen – ein Zeichen dafür, daß neue, niedrig-schwellige Maßnahmen weniger nötig sind als früher. Im Gegenteil: es wäre ein Anzeichen, daß *mehr* denn je eine Ausdifferenzierung von Maßnahmen für unterschiedliche Klientengruppen erforderlich ist und man sich zugleich jenem anderen Teil vermehrt zuwenden müßte, der sich der Therapie entzieht.

In Ermangelung empirischer Daten können wir vorerst noch nicht sagen, welche der drei Deutungen die realistischere ist. Was wir haben, sind lediglich Indizien und allgemeine, nicht notwendigerweise generalisierbare Erfahrungen von Polizei und Therapieeinrichtungen. Vermutlich haben alle drei genannten Deutungen einen gewissen Gültigkeitsanspruch, stellt sich die neuere Entwicklung des Drogenphänomens als *Zusammenspiel* mehrerer Einflußfaktoren dar. In welchem Ausmaß dies geschieht, wissen wir nicht. Die desolante Forschungssituation und unzureichende Sammlung und Dokumentation von Basisinformationen im Drogenbereich macht sich einmal mehr nachhaltig bemerkbar. Dies hat auch für die Praxis der Drogenarbeit (wo der Widerstand gegen entsprechende Forschung oft relativ stark verwurzelt ist) negative Folgen: sie wird neuer Trends nicht frühzeitig gewahr, um sich rechtzeitig mit eigenen Maßnahmen darauf einstellen zu können. Dabei wäre es selbst in Drogenberatungsstellen und stationären Therapieeinrichtungen möglich, zumindest *einige* der aufgeworfenen Fragen mit Hilfe von Informationen über das eigene Klientel zu klären!¹⁴)

4. AIDS und Drogen

4.1 Die Verschärfung der Drogensituation durch AIDS

Wie auch immer man die Entwicklung der Drogenabhängigkeit beurteilen mag, so ist doch eines sicher: Mit dem Aufkommen der AIDS-Epidemie hat sich die Drogensituation in den letzten Jahren erheblich verschärft. Durch den steigenden Anteil HIV-infizierter¹⁵) Drogenkonsumenten wächst der Anteil von Konsumenten mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Leiden langfristig an. Ein großer Teil wird eines Tages an AIDS sterben. Diese Situation bringt Verunsicherung und neue Probleme in die Drogenarbeit. Sie erfordert eine Erweiterung des bisherigen Aufgabenspektrums wie auch vermehrte Ressourcen und Kompetenzen, um den erhöhten Belastungen gerecht zu werden (siehe dazu auch Kahl 1985, Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung 1986, Kahl 1987, Scheiblich 1987, Sozialpsychologisches Zentrum 1988: 14).

Doch die sich ändernde Situation der Drogenabhängigen ist nicht die einzige Komponente, welche die Situation verschärft. Erschwerend kommt hinzu, daß die Drogenabhängigen – in bislang weitgehend unterschätztem Maße – mit zur Ausbreitung von AIDS auf die heterosexuelle „Normalbevölkerung“ beitragen. Wahrscheinlich repräsentieren sie in dieser Hinsicht sogar die wichtigste Risikogruppe: Nach amerikanischen Untersuchungen verbreitet sich AIDS auf die „Normalbevölkerung“ *mehrheitlich* über die Drogenabhängigen und nicht, wie früher vermutet (vgl. Schmidt 1988: 177), über die Bisexuellen: in etwa drei Viertel der AIDS-Infektionen über heterosexuelle Kontakte und in zwei Drittel der Fälle von perinataler Infektion sind sie die Vermittler der Infektion (Battjes und Pickens 1988: 5, siehe auch Moss 1987: 389, WHO 1987: 5, Currau et. al. 1988).¹⁶) Die Zahl der HIV-Infizierten aus Nicht-Risikogruppen ist in all den Gegenden der USA überproportional hoch, wo auch die Zahl der heterosexuellen Drogenbenutzer unter den AIDS-Kranken überproportional groß ist (Newmeyer 1988b: 169). Angesichts dieser zentralen Stellung der Fixer für die Vermittlung von AIDS wird es in entscheidendem Maße von ihrem Verhaltenswandel abhängen, wie schnell und in welchem Umfang die Infektion von der bisherigen Risikogruppe zur „Normalbevölkerung“ übergeht. In vermehrtem Maße wird der Drogenarbeit eine *Doppelfunktion* zukommen, dergemäß es nicht mehr allein um die Reduktion des Drogengebrauchs geht, sondern auch um die Eindämmung der AIDS-Epidemie.

Die Ausbreitung von AIDS hat begonnen, die Drogenarbeit nachhaltig zu verändern. Längst kann sie nicht mehr die Forderung nach Abstinenzmotivation zum allgemeinen Kriterium der Betreuung erheben. Auch die Konsumenten müssen beachtet und betreut werden, die ihren Konsum nicht aufgeben und ihren Lebensstil fortsetzen wollen. Die bisherigen Prioritäten müssen modifiziert und der Bekämpfung von AIDS ein höheres Gewicht eingeräumt werden. Und unter Umständen müssen zu diesem Zweck sogar Maßnahmen gewählt werden, die im Gegensatz zu den bisherigen Zielen und Praktiken stehen. So muß es aus Sicht der bisherigen Drogenarbeit als eine Ermunterung angesehen werden, wenn Spritzen für Abhängige leichter verfügbar werden. Aus Sicht der AIDS-Prophylaxe aber erscheint diese Maßnahme als wichtiges Mittel zur Eindämmung der AIDS-Infektion, stellt doch der Nadelaustausch eine der Quellen für die Ausbreitung von AIDS unter Fixern dar. In manchen Fällen erscheinen die Zielkonflikte geradezu unauflösbar: etwa in Gefängnissen, wo die Weitergabe von Spritzen das amtliche Eingeständnis bedeuten würde, man hätte die Drogensituation nicht unter Kontrolle – und wo gleichzeitig aufgrund des „Erfolgs“ der Kontrollmaßnahmen die Wahrscheinlichkeit groß ist, daß das wenige verfügbare und eigens konstruierte Spritzbesteck (vgl. dazu Raida 1987: 149) von vielen Personen geteilt wird.

Eine der ersten Veränderungen in der Drogenpolitik, zu der die AIDS-Epidemie geführt hat, liegt in einer Erleichterung des Zugangs zu Injektionsutensilien. Zu Beginn noch von den meisten staatlichen Instanzen als rechtlich und politisch nicht vertretbar verworfen, hat sich in verschiedenen Bundesländern im Laufe der Zeit die Praxis herausgebildet, Spritzen über Apotheken leichter zugänglich zu machen (siehe etwa Kornbrodt 1987: 115, Penkert 1987: 5). Bei den Drogenberatungsstellen halten sich viele aus der Spritzenvergabe noch heraus, weil sie sie als unvereinbar mit den Zielen der eigenen Arbeit erachten oder sonstige therapeutische Nachteile befürchten (vgl. DHS 1988: 7). Doch in vermehrtem Maße scheint sich auch hier ein Trend durchzusetzen, Spritzen den eigenen Klienten – häufig kostenlos – anzubieten. In Nordrhein-Westfalen bieten rund 80 % der Einrichtungen der Drogenhilfe inzwischen Spritzen an (so Hüssgen, persönliche Mitteilung). Um auch Konsumenten außerhalb der Einrichtungen zu erreichen, wird mancherorts erwogen oder bereits geplant, Spritzen über Automaten verfügbar zu machen. In Bremen gibt es bereits derartige Automaten, aufgestellt von der örtlichen privaten Drogenhilfe (Pörksen, 1988). In Nordrhein-Westfalen wird dies in Zukunft, in Abstimmung mit dem Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit, möglich sein. In Frankfurt schließlich werden Spritzen von einem Drogenbus aus verteilt, der zu bestimmten Zeiten am Ort der Drogenszene geparkt wird. Dort werden auch gebrauchte Spritzen entgegengenommen (vgl. auch Mayer 1987).¹⁷⁾

Durch die AIDS-Epidemie mitbegünstigt ist nach langer Zeit schließlich auch wieder eine Methadon-Diskussion in der Bundesrepublik entfacht worden: Methadon wird von vielen Autoren als Mittel angesehen, um intravenösen Drogengebrauch und die damit einhergehenden Komplikationen – einschließlich der AIDS-Infektion – zu reduzieren, neue Kreise von Abhängigen zu erreichen und langfristig in eine Therapie zu überführen. Mögen auch die Therapieeinrichtungen „hohe Erfolgsquoten“ erreichen – wie es vielfach als Argument gegen die Methadonvergabe vorgebracht wird (so etwa Bayerischer Staatsminister des Innern 1987b: 2), so heißt dies jedoch nicht notwendigerweise auch, daß damit in hinreichendem Maße Drogenabhängige erreicht und von ihrem Drogengebrauch abgebracht werden. Bedeutet die Methadonvergabe auch die Substitution einer Droge durch eine andere und mag sie nur für einen Teil der Süchtigen von Nutzen sein, so erscheint sie nun, vor allem angesichts der AIDS-Bedrohung, vielen als das „kleinere Übel“.¹⁸⁾ Die Folgen der veränderten Sichtweise

haben 1988 zu ersten Konsequenzen geführt: in Nordrhein-Westfalen wurde in kleinem Maßstab begonnen, Methadon systematisch einzusetzen; Hamburg hat seine Haltung zur Methadonvergabe inzwischen ebenfalls revidiert und gibt sich gegenüber einer kontrollierten Therapie in Einzelfällen offener, bei weiteren Bundesländern ist eine Lockerung der bisherigen Praxis in der Diskussion.

War auch die Methadonvergabe, so etwa in Nordrhein-Westfalen, ursprünglich als Therapie für Fixer mit langer Drogenkarriere und Mißerfolgen in der stationären Therapie gedacht¹⁹⁾, so hat sie im Gefolge der AIDS-Diskussion neue Bedeutung erhalten. Die Vorstellung, daß Methadon auch eine Art von HIV-Prophylaxe darstellt, stützt sich dabei einerseits auf die Annahme, daß durch die Vergabe der Druck zur Beschaffungsprostitution reduziert und damit auch die Ausbreitung auf die übrige Gesellschaft gehemmt wird. Sie stützt sich andererseits auf die Annahme, daß durch die orale Anwendung die intravenöse Form des Drogengebrauchs eingestellt (oder zumindest eingeschränkt) wird. Daß die Methadonvergabe die Chance der HIV-Infektion unter den betreuten Klienten reduziert, dafür gibt es anscheinend inzwischen einige – wenn auch noch vage – Hinweise aus ausländischen Untersuchungen. Danach zeigt sich, daß Fixer, die vor der eigentlichen Ausbreitung der AIDS-Epidemie in einem Methadonprogramm waren, im Vergleich zu späteren Methadonpatienten heutzutage eine geringere HIV-Infektionsquote aufweisen.²⁰⁾ Wie immer man auch diese Untersuchungen und die Maßnahmen im einzelnen methodisch und inhaltlich bewerten mag, eines ist auch für die Befürworter einer medikamentengestützten Therapie sicher: Methadon kann allenfalls einen Teilaspekt des Kampfes gegen den Drogengebrauch und zur AIDS-Prophylaxe sein. Mehr denn je bedarf es eines abgestuften, auch innovativen Programms für unterschiedliche Kliententypen (so auch Bschor 1987a: 324, 1988).

4.2 Die Verbreitung der HIV-Infektion

Nach den verfügbaren Unterlagen scheint es relativ sicher, daß der AIDS-Virus die großstädtische Drogenszene erstmals gegen Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre erreichte. Nachträglich durchgeführte Blutuntersuchungen unter Drogenabhängigen dokumentieren das Auftreten von AIDS in Berlin erstmals für 1982 (L'Auge-Stehr 1985, Harms et al. 1987: 378). Das Vorkommen von Fixern unter den gemeldeten an AIDS erkrankten Fällen bereits in der Zeit um 1982 aber weist darauf hin, daß AIDS schon vorher in die Fixerpopulation der Bundesrepublik eingedrungen sein muß. Denn zwischen der HIV-Infektion und dem Ausbruch der Krankheit vergeht erst längere Zeit, nicht selten mehrere Jahre (zu der Zeitspanne bis zur manifesten Erkrankung siehe auch Frösner 1988: 461 ff).

Unter den AIDS-erkrankten Fixern handelte es sich bis Ende 1983 ausschließlich um homo- oder bisexuelle Fixer, erst ab 1984 kommen nicht-homo- oder bisexuelle Fixer – und das in steigender Anzahl – hinzu (vgl. Tabelle 6). Die anfängliche Konzentration unter den Fixern auf Personen mit homo/bisexuellen Neigungen könnte ein Hinweis sein, daß die Infektionskette in der Bundesrepublik im Fall der Fixer zunächst primär über die „Risikogruppe“ der Homo-/Bisexuellen erfolgte, und nicht – was ebenfalls denkbar gewesen wäre – über den Kontakt mit ausländischen Fixerkreisen, in denen AIDS zu dieser Zeit bereits weiter verbreitet war. Dies muß nicht ausschließen, daß zu einem späteren Zeitpunkt die Infektionskette durch Kontakte zu ausländischen Drogenabhängigen verstärkt wurde.²¹⁾

Wie groß der Anteil der HIV-Infizierten unter den Drogenabhängigen heutzutage ist, wissen wir nicht genau. Es gibt keine Studien, die verallgemeinerungsfähige Aussagen

Tabelle 6: AIDS-Fälle in der Bundesrepublik nach Risiko und Jahr der Diagnose

	Jahr der Diagnose							einschl. 6. 6. 88	Gesamt
	Bis Ende 1982	1983	1984	1985	1986	1987			
Homo- oder bisexuelle Männer	10 67%	36 68%	84 68%	224 75%	385 74%	618 70%	190 72%	1547 72%	
Fixer									
a) männlich	-	-	2 2%	13 5%	25 5%	70 8%	22 9%	132 6%	
b) weiblich	-	-	4 3%	6 2%	21 4%	34 4%	11 4%	76 4%	
Homo- oder bisexuelle Fixer	2 13%	2 5%	1 1%	3 1%	6 1%	7 1%	1 1%	22 1%	
Ilamophile	1 7%	2 5%	10 8%	20 7%	27 5%	47 5%	7 2%	114 5%	
Bluttransfusions- empfänger									
a) männlich	-	-		5 1%	6 1%	21 2%	4 2%	36 2%	
b) weiblich	-	-	1 1%	-	6 1%	11 1%	2 1%	20 1%	
HRP*									
a) männlich	-	-	5 4%	5 2%	10 2%	22 3%	7 3%	49 2%	
b) weiblich	-	1 2%	1 1%	3 1%	8 2%	5 1%	6 2%	24 1%	
Kinder > 13 J. prä- oder perina- tal infiziert	-	-	2 2%	7 2%	6 1%	7 1%	2 1%	24 1%	
Unbekannt/man- gelnde Angaben									
a) männlich	2 13%	1 2%	13 11%	9 3%	18 4%	37 4%	8 3%	88 4%	
b) weiblich	-	-	1 1%	2 1%	5 1%	5 1%	2 1%	15 1%	
Gesamt	15	42	124	297	523	884	262	2147	

* HRP: Personen mit heterosexuellem Risikopartner

Quelle: Bundesgesundheitsamt

erlauben würden. Die freiwilligen, auf anonymer Basis gemeldeten AIDS-Fälle betreffen lediglich die Spitze eines Eisbergs: die AIDS-Infizierten mit ausgebrochener und als „AIDS“ identifizierter Krankheit. Informativer sind Untersuchungen über die Verbreitung der HIV-Infektion gemessen über HIV-Antikörper-Test. Was es hierzu gibt, sind bislang jedoch nur selektive Stichproben aus unterschiedlichen Einrichtungen der Therapie und der Justiz. Besonders in der Vergangenheit hat man den hiermit verbundenen möglichen Selektionsaspekt zu wenig betrachtet und einzelne Befunde allzu schnell so behandelt, als wären sie repräsentativ für die Allgemeinheit der Fixer. Angesichts der möglichen Verzerrungen, die aus der Generalisierung einzelner, populationsbedingter Stichproben Befunde erwachsen können, ist es wichtig, jeweils alle verfügbaren Datenquellen in die Betrachtung einzubeziehen. Erst in der Gesamtschau der verschiedenartigen Datenquellen (und der Berücksichtigung der ihr innewohnenden methodischen Eigenarten) eröffnet sich ein Zugang zur Schätzung der HIV-Prävalenz (ähnlich Bschor et al. 1988: 2).

Die Quote der HIV-Verbreitung variiert nach den verfügbaren Unterlagen je nach untersuchter Population z. T. erheblich (zu neueren Überblicksarbeiten siehe Velimirovic 1097, Bornemann/Kalinna/Bschor 1988). Die Unterschiede ergeben sich sowohl aus der Art der Personenkreise wie auch dem Untersuchungsort. Wie sehr selbst innerhalb eines Ortes die HIV-Infektionsrate nach Art des Personenkreises variieren kann, haben Untersuchungen von Friedrich Bschor und Mitarbeitern für Berlin und Hamburg deutlich gemacht: Wie man Tabelle 7 entnehmen kann, liegt in beiden Städten in den meisten Jahren die Infektionsquote bei den Drogentoten höher als

Tabelle 7: HIV-Verbreitung unter Fixern in Berlin und Hamburg in Prozent (absolute Zahlen in Klammern)

	W.Berlin			Hamburg		
	Drogentote	Gefängnis	Therapie	Drogentote	Gefängnis	Therapie
1982	..	0.2 (1/440)	..	..	..	..
1983	..	11 (41/382)	..	..	..	..
1984	..	23 (74/322)	..	..	..	..
1985	31 (11/35)	42 (148/356)	27 (12/45)	- (0/3)	..	9
1986	49 (25/51)	42 (102/241)	24 (19/75)	23 (5/22)	..	10
1987	49 (19/39)	38 (94/249)	35 (141/404)	16 (8/54)	..	11
1988*	45 (14/35)	23 (24/120)	..	13 (4/32)	15 (13/85)	..

* 1. Halbjahr

.. Keine Information

In Klammern sind jeweils die absoluten Zahlen genannt: Zahl der HIV-Infizierten/Zahl der untersuchten Personen insgesamt. Vor der Klammer stehen die relativen Anteile für HIV-Infektion in Prozent.

Quelle: Bschor et al. (1988)

unter den Abhängigen in Strafanstalten, und diese wiederum liegt höher als bei den in Therapie befindlichen intravenösen Drogenverwendern. Die HIV-Rate beträgt z. B. in Berlin im Jahr 1987 bei den Drogentoten 49%, bei den inhaftierten Drogenabhängigen 38%, bei denen in Therapie 35%. Unterschiede zwischen Drogentoten und therapeutisch betreuten Klienten werden auch aus Hessen berichtet: auch dort weisen die Drogentoten in der Tendenz eine höhere HIV-Infektionsrate auf (J. Gerchow, persönliche Mitteilung).

Womöglich neigen Drogenabhängige – wie an früherer Stelle dargestellt – bei Kenntnis einer eigenen AIDS-Erkrankung dazu, eine stationäre Therapie zu meiden. Diese Neigung könnte in dem Maße *zugenommen* haben, wie sich in den letzten Jahren die Vorstellung vom tödlichen Ausgang der Krankheit durchgesetzt hat: noch vor wenigen Jahren glaubten selbst Experten, daß nur ein kleiner Teil der Infizierten sterben würde (siehe etwa Adler 1986: 307). Inzwischen ist sicher, daß es die meisten betreffen wird (vgl. BMFT 1988: 81). Unter diesen Umständen könnte eine langfristige stationäre Therapie aus Sicht Betroffener bedeuten, das kleine Stück Leben, das sie noch haben, zu „vergeuden“ statt es zu genießen. Die Neigung zur Therapiemeidung könnte weiterhin in dem Maße gestiegen sein, wie die Rentenversicherungsträger nicht mehr gewillt sind, die Kosten der Therapie für AIDS-Erkrankte zu übernehmen, oder sich fälschlicherweise der Eindruck verbreitet, HIV-Infizierte würden nicht mehr in stationäre Therapie aufgenommen. Befürchtungen dieser Art haben durchaus einen realen Hintergrund: Bereits im Winter 1984/85 gab es in einigen Entwöhnungskliniken drogenabhängige Patienten, die HIV-antikörperpositiv waren und entlassen wurden, weil nach dem Behandlungskonzept der Einrichtung eine weitere Behandlung nicht möglich schien (test 8/1987: 732). Die heutige Politik der Rentenversicherungsträger ist differenzierter: Sie besagt, daß Versicherte mit *manifest*er AIDS-Erkrankung in der Regel nicht rehabilitationsfähig sind. HIV-Infizierte ohne Ausbruch der Krankheit werden behandelt (vgl. test 8/1987, Kindermann 1987: 77, Wille 1987: 100, 105).

Die Angaben über inhaftierte und verstorbene Drogenabhängige könnten angesichts der beschriebenen Selektionsproblematik gegenüber Zahlen aus dem Bereich der Therapie die realistischeren Zahlen erbringen. Doch auch sie sind nicht ohne Verzerrungen: Bei den verurteilten Drogentätern könnte es sein, daß Richter bei Kenntnis

einer HIV-Infektion Alternativen zur Einweisung in das Gefängnis vorziehen. Bei den Drogentoten ist unklar, ob die AIDS-Kranken hier allein deswegen überproportional vertreten sind, weil sie bereits eine relativ lange Abhängigkeitsperiode durchlaufen haben und im Schnitt älter sind als andere Drogenabhängige.²³) Ebenso ist ungewiß, in welchem Ausmaß sich AIDS-Erkrankte gezielt einen „Todesschuß“ setzen und dadurch die Infektionsrate bei den Drogentoten überhöht ausgewiesen wird. Und schließlich: auch in dem Maße, wie jüngere Drogenabhängige – etwa durch Schwankungen des Reinheitsgehaltes von Heroin bedingt – in steigendem oder sinkendem Maße einer Überdosis erliegen (und sich damit vermehrt eine Gruppe mit geringem AIDS-Risiko in den Kreis der Drogentoten rekrutiert), kann sich die AIDS-Infektionsquote ändern. Es kann unter Umständen dazu kommen, daß absolut gesehen die Zahl von AIDS-infizierten Drogentoten steigt, sie *relativ* gesehen jedoch sinkt. Ein derartiger Wandel allein aufgrund veränderter Zusammensetzung ist womöglich mit für den in der Tabelle ausgewiesenen unerwartet rückläufigen Trend in der AIDS-Infektionsquote unter den Drogentoten der letzten beiden Jahre verantwortlich. Es ist – besonders in Hamburg – die gleiche Zeit, in der sich die Zahl der Drogentoten erheblich ausweitete. Tatsächlich steigt dort in absoluten Zahlen die Zahl der AIDS-Toten weiter an: von 1986 zu 1987 von 5 auf 8 Personen, nur relativ gesehen sinkt die Quote ab.

Ähnlich wie in anderen Ländern wie Italien, Großbritannien oder USA (vgl. u. a. Robertson et al. 1986b: 1435, Tirelli et al. 1986: 327, 331, Moss 1987: 389, WHO 1987: 6, NIDA 1988, Bornemann et al. 1988) streut die HIV-Infektionsrate in der Bundesrepublik *regional* – selbst dort, wo nicht nur von Population zu Population, sondern Städte miteinander verglichen werden, die von ihrer Größenordnung einander in etwa entsprechen. So weist Hamburg nach den vorliegenden Daten (Tabelle 7) über die unterschiedlichen Populationen hinweg einen durchweg niedrigeren HIV-Anteil auf als Berlin: Er ist fast halb so groß. Welche Gründe für die lokalen Variationen in Betracht kommen, ist ungeklärt. Denkbar wäre es, daß der AIDS-Virus zu unterschiedlichen Zeiten in die Population eindrang und deshalb eine unterschiedlich lange Zeit zur Ausbreitung hatte. Denkbar wäre, daß bei den Drogenabhängigen Unterschiede in der Häufigkeit der gemeinsamen Benutzung von Drogenbestecken vorliegen oder der Zugang zu Spritzen je nach Ort eingeschränkt ist.²⁴) Es wäre – was in der bisherigen Literatur fast völlig übersehen wurde – aber auch möglich, daß die soziale Integration der Drogenabhängigen regional variiert: In dem Maße, wie sich die kommunikative Dichte zwischen den Abhängigen erhöht, sich eine fest ausgebildete Drogensubkultur etabliert hat, sind die Verbindungsketten zwischen den Angehörigen der Drogensubkultur enger. Damit wäre die Struktur des lokalen sozialen Netzwerkes eine entscheidende Determinante für die Schnelligkeit der Ausbreitung. Je enger die Vernetzung ist, desto schneller kann eine Ausbreitung des Virus stattfinden²⁵)

Wie immer auch man die einzelnen Angaben für HIV-Prävalenz in unterschiedlichen Populationen und Orten werten mag, die Entwicklung spricht keineswegs für eine Entspannung der Situation. Sie wird sich im Gegenteil in der Zukunft eher noch verschlechtern als verbessern – und dies womöglich in geradezu dramatischem Tempo. Erfahrungen aus anderen Städten, wie etwa Edinburgh, haben gezeigt, wie wenig man sich auf eine Konstanz des einmal erreichten Niveaus verlassen kann, wie sehr die HIV-Infektion innerhalb weniger Jahre explodieren kann. Die für Hamburg mitgeteilten Zahlen mögen nach einem Jahr u. U. schon nicht mehr gelten, die Berliner Infektionsquote längst überschritten sein. Der Zeitpunkt, zu dem in der Bundesrepublik in den meisten Drogenszenen die Hälfte aller intravenösen Drogenbenutzer AIDS-infiziert ist – solange es nicht zu erfolgreichen Interventionen und Verhaltensänderungen in der Drogenszene kommt – vermutlich nicht mehr allzu fern.

4.3 „Needle-sharing“ und unzureichende Desinfektion als Gefahrenquelle

Was die Fixer gegenüber AIDS besonders anfällig macht, ist die von ihnen weithin betriebene Praxis, das Injektionsbesteck mit anderen zu teilen („needle-sharing“). Das beginnt bereits beim Einstieg in den ersten injektiven Heroingebruch (vgl. Berger et al. 1980: 91 ff) und setzt sich mit der zunehmenden Verstrickung in die Abhängigkeit fort (vgl. Schmitz 1981: 59, Arnold und Frietsch 1987: 241). Die gemeinsame Nutzung kann darin liegen, daß nacheinander dieselbe wirkstoffgetränkte Spritze benutzt wird oder lediglich das bereits verwendete Besteck weitergegeben wird. „Dabei kommt keinesfalls nur die Nadelspitze, die sich jeder nacheinander in die Vene führt, mit dem Blutstrom in Kontakt. Vielmehr muß – wie bei jeder regelgerecht durchgeführten Injektion – zunächst aspiriert werden, um sicherzugehen, daß die Kanüle im Gefäßbett liegt; eine Injektion in das darumliegende Gewebe hätte nicht den gewünschten Effekt. Beim gemeinsamen Besteckgebrauch gelangt also jedesmal Blut (des intravenösen Drogenabhängigen) an Nadel und Spritze.“ (Bornemann/Kalina/Bschor 1988: 11). Entsprechend dieser Infektionsmöglichkeiten ist nach empirischen Untersuchungen der Anteil Infizierter entsprechend größer, je häufiger das Spritzbesteck mit anderen Personen getauscht wurde (Pont et al. 1986: 455, Robertson et al. 1986: 528, Große Aldenhövel et al. 1986: 348, Harms et al. 1987: 377, Chaisson et al. 1987, Kleiber 1988). Die Prophylaxe der AIDS-Ausbreitung unter Fixern muß deshalb am „needle-sharing“ ansetzen und einen grundlegenden Verhaltenswandel im Umgang mit den Injektionsutensilien bewirken.

Ob durch Aufklärung die Häufigkeit des Nadelaustausches reduziert werden kann, ist in der Vergangenheit häufig bezweifelt worden (vgl. dazu auch WHO 1987: 12 sowie die Ergebnisse der Befragung von Gesundheitsbehörden und anderen Stellen bei Floto et al. 1988: 76). Viele Autoren sehen in Fixern Personen, die unfähig sind, aus der AIDS-Gefährdung die notwendigen Konsequenzen zu ziehen und ihr Verhalten umzustellen – sei es, weil sie zu fatalistisch sind und nur im Augenblick leben oder weil der Spritzenaustausch für sie eine symbolische Bedeutung hat und zu einem festgefügt Ritual gehört. Manche Autoren und staatliche Instanzen haben aus diesem Grund den Nutzen einer erhöhten Verfügbarkeit von Spritzbestecken prinzipiell bezweifelt und Versuche in diese Richtung zu blockieren versucht (so etwa Bayerischer Staatsminister des Innern 1987: 66). Die Annahme, daß die Fixer auf die neue Bedrohungssituation nicht reagieren werden, muß dabei umso plausibler erscheinen, als ja auch schon vor Aufkommen der AIDS-Epidemie fast alle unter ihnen um die Gefährlichkeit ihres Tuns wußten und an Freunden und Bekannten erfuhren, zu welchen gesundheitlichen Folgen der Drogengebrauch führen kann (vgl. dazu auch Berger et al. 1980: 117 ff).

Noch die Skepsis erscheint nach allem, was inzwischen aus der Drogenszene bekannt ist, nur bedingt angebracht. Fixer sind offenbar ebenso wie die Bevölkerung (Tabelle 8 ebenso Koch 1988) inzwischen über die AIDS-Gefährdung durch unsterile Spritzen informiert (vgl. u. a. Stimson et al. 1988c: 19, Wille 1987: 89). Und sie scheinen nach in- und ausländischen Untersuchungen überdies motiviert und in der Lage, ihr Verhalten zu ändern – vielleicht, weil die tödliche Bedrohung durch AIDS für sie noch *unmittelbarer* ist als die möglichen langfristigen Folgen des injektiven Drogengebrauchs. Jedenfalls läßt sich zeigen, daß sie im Gefolge der AIDS-Epidemie die Häufigkeit des Nadelaustauschs zu reduzieren begonnen haben. Betroffen ist vor allem die Häufigkeit des Nadelaustauschs mit den – besonders infektionsgefährdenden – Fremden und entfernten Bekannten.²⁶) Parallel steigt das Bemühen, das Spritzbesteck vor Anwendung zu reinigen (vgl. u. a. Strang et al. 1987: 17, Strang 1988: 233 ff., Robertson et al. 1988: 388, Watters 1988: 17). Wie groß das Interesse an verändertem Drogenumgang im Gefolge der AIDS-Epidemie ist, zeigt besonders das Beispiel der USA. Dort vollzog

Tabelle 8: Bevölkerung der Bundesrepublik: Kenntnis der AIDS-Gefährdung durch mehrmaliges Benutzen derselben Injektionsnadel nach Alter (in Prozent)

Gefährdung	Alter					Insg.
	14-19	20-29	30-49	50-64	65 +	
Ja	82	85	88	88	70	85
Nein	1	5	3	3	6	4
Weiß nicht	5	4	2	4	11	5
Noch nichts von AIDS gehört oder gelesen	8	5	6	6	12	7
Keine Angabe*	5	2	1	-	1	1
(N=)	100 (123)	100 (172)	100 (322)	100 (231)	100 (166)	100 (1012)

* Keine Angabe zur Frage, ob von AIDS gehört oder gelesen. Wer bei der Nachfrage „Weiß nicht“ sagt oder keine Angabe macht, wird unter „Weiß nicht“ aufgeführt.

Frageformulierung: „Haben Sie schon einmal etwas über die Krankheit AIDS, also die erworbene Schwäche des Abwehrsystems, gehört oder gelesen?“ (Wenn ja:) „AIDS kann ja auf unterschiedliche Weise übertragen werden. Ich lese Ihnen nun einige Möglichkeiten vor, und Sie sagen mir bitte zu jeder, ob AIDS Ihres Wissens nach auf diesem Wege übertragen werden kann oder nicht. ... Durch mehrmaliges Benutzen derselben Injektionsnadel“.

Basis: Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ab 14 Jahre; Befragungszeitraum 23. 9. - 7. 10. 1987, EMNID Institut.

Quelle: EMNID (1987: A6, A91); eigene Berechnungen.

sich ein Rückgang in der Häufigkeit des Nadelaustauschs bereits vor Einsetzen der öffentlichen Aufklärung (Des Jarlais et al. 1988: 168); Drogendealer gehen inzwischen zunehmend dazu über, ihren Kunden ein Spritzbesteck mitzuverkaufen. Die Schwierigkeit, über Apotheken oder andere Stellen legal an Spritzbestecke zu gelangen, hat in den USA sogar zur Bildung eines Schwarzmarkts geführt, auf dem Nadeln als neu verkauft werden, die schon gebraucht worden sind (Des Jarlais et al. 1988: 168, Hopkins 1988: 23)!

Die Untersuchungen über Verhaltensänderungen zeigen allerdings auch, daß der Wandel in der Regel nur einen Teil der Fixer kennzeichnet und alles andere als umfassend und erschöpfend ist. Wissen und Handeln klaffen vielfach auseinander (vgl. auch Stimson et al. 1988c: 19, Wille 1987: 89, Feldmann und Biernacki 1988: 32). Dies gilt auch für die Bundesrepublik. So weist eine Studie des sozialpädagogischen Instituts (Berlin) aus dem Jahre 1988 für Fixer aus verschiedenen Regionen der Bundesrepublik eine steigende Bereitschaft nach, riskante Praktiken des „needle sharing“ zu reduzieren. Diesbezügliche Angaben machte jeder zweite Befragte. Doch gleichzeitig findet sich weiterhin ein nennenswerter Anteil für Nadelaustausch: lediglich 32% der Befragten gaben an, im letzten Jahr der aktiven Drogenzeit keine Nadel mit anderen geteilt zu haben (Kleiber 1988).²⁶⁾ Der Verhaltenswandel scheint geringer als unter den Homosexuellen.

Entsprechend verschieben sich die Relationen (ähnlich wie in anderen Ländern, vgl. BMFT 1988: 70). Stellten Fixer 1984 unter den neu gemeldeten AIDS-Kranken in der Bundesrepublik 7% dar, so sind es 1988 14% (siehe dazu auch Tabelle 6). Von einem weiteren Anstieg der Zahlen kann ausgegangen werden: In New York, wo die AIDS-Epidemie schon länger verbreitet ist als in der Bundesrepublik, machen die intravenösen Drogenverwender unter den Neuerkrankten seit Anfang 1988 sogar erstmals eine höhere Zahl aus als die Homosexuellen (AIDS Nachrichten 1988: 11).

Ob man den vielfach vorzufindenden Widerspruch zwischen Bewußtsein und Handeln und die unzureichenden Verhaltensänderungen allein als Folge einer unzureichenden Motivation und einer fatalistischen Neigung ansehen kann (wie es dem vorherrschenden Bild der Fixer entspricht), ist unklar. Er könnte zum Teil auch eine Folge mangelnder Gelegenheit sein. So weist eine holländische Studie – bei einer ansonsten hohen Verfügbarkeit von Spritzen – darauf hin, daß der Gebrauch schmutziger Utensilien u. a. darauf zurückzuführen ist, daß besonders nachts und am Wochenende saubere Spritzen noch immer nicht so leicht erreichbar sind (Schlusemann 1987: 18). In die gleiche Richtung gehen Befunde amerikanischer Studien, wonach das „needle sharing“ immer dann zunimmt, wenn Nadeln und Spritzbesteck knapp sind (Feldmann und Biernacki 1988: 35, Hopkins 1988: 23). Andere Autoren weisen auf die mit dem Erwerb verbundenen Kosten, die den Zugang erschweren (vgl. Watters 1987: II, 342, Hopkins 1988: 23).

Der vollen Realisierung der intendierten Verhaltensänderung stehen schließlich aber auch rechtliche und polizeitaktische Gründe entgegen. Für die Polizei ist das Vorhandensein einer Spritze in der Regel ein wichtiger Hinweis, wenn nicht gar Beweis für injektiven Drogengebrauch (vgl. auch Penkert 1987: 146). Eine Spritze bei sich zu tragen, muß daher für einen Drogenabhängigen bedeuten, sich der Gefahr polizeilicher Entdeckung auszusetzen. Solange das Spritzbesteck als Beweis gegen den Drogenabhängigen verwendet wird – und sei es nur, um einen Widerruf der Bewährung auszusprechen (Kindermann 1987: 138) – und solange man es konfisziert (vgl. dazu auch Wille 1987), können die gesundheitspolitisch erstrebten Ziele einer rein privaten Spritzenverwendung nicht verwirklicht werden. Daß es bei freiem Zugang zu Spritzen und womöglich selbst bei polizeilicher Nichtverfolgung vermutlich noch einen Teil geben wird, der das „needle sharing“ weiterhin betreiben wird, sei dabei als Möglichkeit gleichwohl eingeräumt. Nur: es wird ein kleinerer Teil als der jetzige sein. Die Konsumenten harter Drogen sind eben nun einmal keine homogene Kategorie, sondern zerfallen in unterschiedliche Gruppierungen mit unterschiedlicher „Anfälligkeit“ für verschiedene Maßnahmen. Einige werden stärker durch die jeweiligen Gelegenheitsstrukturen im Verhalten bestimmt sein, andere durch die Motivlagen.⁴⁾

Unzureichend scheint bislang der Verhaltenswandel nicht nur im „needle sharing“, sondern auch im Reinigen von Spritzbestecken. In der bereits zitierten Studie des Sozialpädagogischen Instituts gaben knapp 80% an, sie würden Spritzbestecke immer vor der Benutzung reinigen. Gegenüber früheren üblichen Praktiken (vgl. für NRW Berger/Reuband/Widlitzeck 1980: 121f.) ist dies vermutlich ein erheblicher Fortschritt. Doch er reicht nicht aus: „Zur echten Desinfektion taugliche Strategien (z. B. auskochen) werden allerdings nur von jedem fünften Drogenabhängigen angewandt. In der Regel muß das einfache Durchspülen mit Wasser zur Reinigung genügen“ (Kleiber 1988; ähnliche Berichte für USA und England siehe Booth 1987: II, 332ff., Watters 1988: 17, Stimson et al. 1988b).

Womöglich hat die unzureichende Desinfektion auch mit dem Mangel adäquater Informationen zu tun. Eine weitgehende Unkenntnis der sinnvollen Desinfektionsstrategie wird aus Gegenden der USA berichtet, wo die Desinfektion unzureichend betrieben wird (siehe Des Jarlais et al. 1988: 170). Für die Bundesrepublik mag ein wichtiger Grund für die Unkenntnis sein, daß in der AIDS-Aufklärung für Fixer die Empfehlungen auf die Meidung der Drogenkontakte oder das Unterlassen des Nadelaustauschs beschränkt sind. Die Möglichkeit der Nadelsterilisation wird nicht erwähnt, geschweige denn näher beschrieben.²⁸⁾ Nur konkrete Empfehlungen und Handlungserleichterungen werden hier wohl weiterhelfen. Dabei könnte man sich zum Teil an Erfahrungen aus den USA orientieren: Angesichts der rechtlichen Schwierigkeiten bei

der Verfügbarmachung von Spritzen in manchen Staaten oder Kommunen der USA (vgl. NIDA 1987: 1, Newmeyer 1988a: 160) hat man dort begonnen, ausführliche Anleitungen zur Desinfektion gemeinsam mit einer Flasche des Desinfektionsmittels (in den USA: „bleach“) auszuteilen. Dies geschieht über aufsuchende Straßen-Sozialarbeit, die auch Klienten ohne Therapiebereitschaft zu kontaktieren versucht (siehe ausführlicher zu diesem in San Francisco durchgeführten Projekt Newmeyer 1988a, 1988b). Das in den USA verwendete Desinfektionsmittel – so Bornemann/Kalinna/Bschor 1988: 38 – könnte auch in der Bundesrepublik „bereitgestellt werden oder durch ein praktikables Mittel ersetzt werden und zu einem rasch einsetzbaren und wirksamen Mittel im Kampf gegen die HIV-Ausbreitung“ werden.

4.4 Das Sexualverhalten als „Brücke“ zur „Normalbevölkerung“

Sind auch die intravenösen Drogenverwender bereit und in der Lage, ihren Drogenumgang in gewissem Umfang umzustellen, so scheint doch bei ihnen in einem Verhaltensbereich bei ihnen der Wandel gering: einem Verhaltensbereich, dem – anders als der Spritzenaustausch – für die Übertragung von AIDS auf die „Normalbevölkerung“ eine besondere Bedeutung zukommt: dem Sexualverhalten. Der Gebrauch von Kondomen ist bei vielen weiterhin etwas, was möglichst zu meiden gilt. In der bereits zitierten Studie des Sozialpädagogischen Instituts benutzte nur jeder vierte der im Jahr 1988 Befragten Präservative häufiger als früher und nur jeder zehnte regelmäßig (Bericht über Pressekonferenz, zit. nach Volksblatt 2. 9. 88, S. 17, vgl. auch Kleiber 1988). Größere Beharrungstendenzen in Sexualverhalten im Vergleich zum Drogengebrauch dokumentieren auch andere in- und ausländische Studien und Erfahrungen (vgl. u. a. Wille 1987: 91, Projektgruppe Rauschmittelfragen 1988: 33, Hoek et al. 1988: 59, Stimson et al. 1988b, Newmeyer 1988a: 163, Watters 1987: II: 341f, Watters et al. 1988: 5, Buning et al. 1988: 73). Dabei liegt der wohl wichtigste Grund der Abwehr neben etwaigen tieferliegenden Gründen (vgl. Gersch et al. 1988: 36) – im Gefühl, durch den Kondomgebrauch beim Sexualverkehr weniger Lust zu empfinden und die Spontaneität zu schmälern (vgl. Watters 1987: II: 341, ähnlich die Argumente in der Normalbevölkerung vgl. Bardeleben et al. 1988, Gersch et al. 1988: 36). Offenbar wird das unmittelbare hedonistische Erlebnis in seiner persönlichen Bedeutsamkeit höher gestellt als die mögliche, abstrakte und in der Zukunft liegende Gefährdung.

Bei den weiblichen Abhängigen, die der Prostitution nachgehen, verschärft sich die Situation des ungeschützten Geschlechtsverkehrs zusätzlich durch ihre „Kunden“: Sie sind es, die in einer großen Zahl in lediglich abstraktem Bewußtsein der AIDS-Gefahr, auf den Verzicht von Präservativen bestehen (vgl. Schlusmann 1987: 18, Gersch et al. 1988, Projektgruppe Rauschmittelfragen 1988: 33). Und ihre „Erfolgschancen“ sind groß: stehen doch Drogenabhängige unter dem Druck, stets genug Geld für die nächste Injektion zu haben. Unter diesen Umständen geben sie nur allzu leicht dem Drängen nach. Das *persönliche* Risiko wird gegenüber dem allgemeinen Risiko heruntergespielt (zu ähnlichen Meidungstendenzen im Fall der Bordellprostitution siehe auch Maiworm 1988: 434). Die Zurückhaltung gegenüber dem Kondomgebrauch ist dabei für die Fixer und männlichen Kunden von Prostituierten keineswegs spezifisch. Widersprüche zwischen abstraktem Wissen um die AIDS-Gefährdung und tatsächlichem Verhalten zeigen auch Untersuchungen in der Normalbevölkerung (Bardeleben et al. 1988, siehe am Beispiel New York, wo AIDS besonders weit verbreitet ist, Quinley 1988: 55). Die Durchbrechung der Infektionskette wird nur gelingen, wenn den Drogenabhängigen der Druck zur Prostitution genommen wird und die Kunden der Prostitution von ihrem gefährdenden Verhalten abgebracht werden.

Angesichts des unzureichenden Verhaltenswandels im Sexualverhalten wird die Drogenarbeit hier notwendigerweise in Zukunft auf Veränderungen miteinander müssen (ähnlich WHO 1987: 15). An dem Erfolg dieser Bemühungen wird sich mitentscheiden, in welchem Umfang und wie schnell die AIDS-Infektion von der Risikogruppe der Fixer auf die Normalbevölkerung übergehen wird. Dabei ist es nicht notwendigerweise allein die als die „eigentliche“ Gefährdung wahrgenommene (weibliche) Beschaffungsprostitution (siehe etwa BMFT 1988: 72, weitere Verweise in Bornemann et al. 1988: 16), die eine Brückenfunktion zur Normalbevölkerung einnimmt. Diese wird in geringerem Maße auch von den Drogenabhängigen eingenommen, die keiner Beschaffungsprostitution nachgehen. So stellen unter den Abhängigen die Männer mit mehr als zwei Dritteln die Mehrheit dar. Mögen sie auch mehrheitlich keine Prostitution betreiben,²⁹⁾ so ist ihr Sexualverhalten dennoch eng mit dem der „Normalbevölkerung“ verknüpft: Sie haben häufiger als weibliche Fixer Partner, die nicht Drogenabhängig sind. Nach einigen Untersuchungen unter therapeutisch betreuten Drogenabhängigen haben männliche Fixer zu rund der Hälfte einen Partner ohne Suchtprobleme, unter den weiblichen sind es nur ein Zehntel (Hanel und Herbst 1988: 12). In dem Maße, wie sich die Abhängigen aus der Abhängigkeit befreien, steigt der Anteil mit Partnern ohne Suchtprobleme an (siehe u. a. Projektgruppe Rauschmittelfragen 1988: 22). Sofern eine HIV-Infektion auf seiten der ehemaligen Fixer vorliegt, bedeutet dies: Die Wahrscheinlichkeit der Übertragung auf die „Normalbevölkerung“ wächst in dem Maße, wie sich die ehemaligen Abhängigen integrieren, nicht mehr als (ehemalige) Abhängige im Alltag identifizierbar sind und sie nicht über den eigenen HIV-Status informiert sind bzw. nicht ihm adäquat handeln.

5. Schlußbemerkungen

Die zweite Hälfte der 80er Jahre markiert eine Umbruchphase in der Situation des Drogengebrauchs und der Drogenarbeit. Bei einer eher konstanten Quote an Drogenverwendung unter Jugendlichen und einer zunehmenden Ablehnung des Drogengebrauchs bahnen sich Veränderungen innerhalb der Drogenszene an: Die Bereitschaft, neue Drogen wie Kokain auszuprobieren, scheint unter den fortgeschrittenen regelmäßigen Haschischkonsumenten zuzunehmen. Die Zahl der polizeilich aufgegriffenen Konsumenten harter Drogen – mehrheitlich geht es um Heroin – ist im Vergleich zum Vorjahr erheblich angestiegen und weitet sich weiterhin aus. Ob der Ausstieg polizeilich registrierter Täter durch das polizeiliche Handeln mitbedingt ist oder durch einen veränderten, unvorsichtigeren Drogenumgang der Konsumenten verursacht wurde oder einen realen Anstieg der Konsumentenzahlen abbildet, können wir vorerst nicht klären. Manches spricht für einen *realen* Anstieg in der Zahl von Konsumenten harter Drogen.

Als die eigentliche neue Herausforderung für die Drogenarbeit aber ist das Aufkommen der AIDS-Epidemie anzusehen. Innerhalb kurzer Zeit hat sich der Virus unter den intravenösen Drogenverwendern ausgebreitet. Mit einem weiteren Anstieg ist zu rechnen – und damit auch mit einer steigenden Chance der Ausbreitung auf die heterosexuelle „Normalpopulation“. Im Gegensatz zu manchen, in der Vergangenheit vielfach vertretenen Ansichten hat sich unter dem Eindruck der Infektionsgefährdung das Verhalten der Fixer in den letzten Jahren bereits in der erwünschten Richtung verändert; der Austausch des Spritzbestecks wird seltener praktiziert. Doch ist das gegenwärtige Verhalten vom Ideal einer völligen Reduktion des Nadelaustauschs noch weit entfernt. Noch weniger scheint das Sexualverhalten geändert. Motivationale und situative gelegentlichsbezogene Ursachen scheinen – je nach Bereich wohl mit unterschiedlichem Gewicht – dafür in Frage zu kommen. Bei beiden Komponenten

menschlichen Handelns muß entsprechend angesetzt werden, um einen Verhaltenswandel zu bewirken.

Angesichts der Schnelligkeit, mit der sich der Virus in der Vergangenheit in der Drogenszene ausgebreitet hat, ist ein rasches Handeln dringend geboten. Die Drogenarbeit und Drogenpolitik wird der in der Vergangenheit z. T. unterschätzten AIDS-Problematik bei Drogenabhängigen zweifellos in der Zukunft weitaus mehr Aufmerksamkeit und Ressourcen schenken müssen als bisher. Dabei müssen auch neue Wege der Drogenarbeit gegangen werden und alte Wege kritisch auf ihre Brauchbarkeit für die gegenwärtigen Verhältnisse hinterfragt werden. Gerade an pragmatischen Maßnahmen hat es in der etablierten Drogentherapie und Drogenpolitik der Bundesrepublik in der Vergangenheit oft gefehlt. Viele Maßnahmen wurden konsensuell als sinnvoll erachtet und jede Abweichung davon geradezu als „Dammbruch“ gewertet, der jegliche Drogenarbeit zunichte macht.³⁰⁾ Viele Maßnahmen haben längst den Charakter einer kulturellen Selbstverständlichkeit erreicht; man argumentiert lediglich noch innerhalb eines Kreises Gleichgesinnter. Man spricht nur noch über Dinge, die man selbst nicht mehr in Frage stellt. Die Drogenpolitik wird so vielfach zu einer globalen Frage des „Entweder-Oder“, nicht der Frage: Unter welchen Bedingungen eignen sich welche Maßnahmen für welche Arten von Klienten am besten? Nur durch eine pragmatische und auch zum Experiment bereite Orientierung aber wird man den neuen Herausforderungen gerecht werden können.

Zum Teil ist es in der Bundesrepublik – oftmals weitgehend unbemerkt und unter der Hand – bereits zu neuen Wegen in der Drogenarbeit gekommen. Während einige Drogenberatungsstellen noch jegliche Abgabe von Spritzen an Abhängige ablehnen, wird sie von anderen betrieben. In gewissem Umfang ist es – vor Einführung von Methadon in regional begrenztem Rahmen – auch schon auf der Ebene einzelner Ärzte seit längerem zu einer medikamentengestützten Therapie gekommen (vgl. auch Wille 1987: 95, Conrad 1987: 179, Schuster 1988: 1). Damit haben sich Entwicklungen angebahnt, die man als eine Art „natürliches Experiment“ betrachten könnte. Man könnte diese so entstandenen Variationen nachträglich nutzen und (unter angemessener Berücksichtigung der variierenden Rahmenbedingungen) zum Gegenstand einer systematischen Analyse machen. Außerdem könnte man ebenfalls die – in der Vergangenheit meist unbeschadet gebliebenen – ausländischen Erfahrungen systematisch in die Evaluation mit einbeziehen, um so zu Aussagen über Vor- und Nachteile der eingesetzten Maßnahmen zu kommen.

Anmerkungen

- 1) Daß sich Drogenepidemien immer wieder neu entwickeln können, das haben sowohl amerikanische (siehe etwa Hunt und Chambers 1987) als auch englische Erfahrungen (siehe etwa Parker et al. 1988) gezeigt. Auf die Notwendigkeit, dies bei der Interpretation von Trends zu beachten, haben wir bereits in der Vergangenheit mehrfach hingewiesen (u. a. in Berger/Reuband/Widlitzek 1980: 7, Reuband 1988a: 73)
- 2) Albert Bidermann hat in einer früheren Arbeit zur Sozialberichterstattung die kurzfristig auf neue Ereignisse ausgerichtete Forschung als „standby“-Forschung bezeichnet. Kennzeichen dieser Forschung ist, daß sie auf das mögliche Auftreten neuer Problemlagen und -konstellationen ausgerichtet ist und in der Lage ist, kurzfristig umgesetzt zu werden. Dies setzt einen bestehenden Forschungsapparat voraus (vgl. dazu ausführlicher Bidermann 1966). Was uns wichtig erscheint, ist vor allem die Kombination mit bisheriger Forschung. Nur so ist es möglich, auf bestehenden Informationen aufzubauen und diese mitzuverwerten. Dies schließt den möglichen Zugriff auf deren Datensätze aus früheren Studien zu Zwecken der Sekundäranalyse mit ein.
- 3) Bei Praktikern in ambulanten oder stationären Therapieeinrichtungen ist in der Drogenforschung sehr wohl eine Kontinuität gegeben – stehen sie doch im täglichen Kontakt mit ihrem Klientel und versuchen, aus diesen Erfahrungen Aussagen über therapeutische Erfordernisse abzuleiten. Ihr Nachteil liegt nur meist darin, daß sie zu wissenschaftlicher kontinuierlicher Auswertung entweder nicht hinreichend ausgebildet sind oder dafür keine Zeit haben. Kann man bereits die Therapieforschung als desolat bezeichnen, so sieht es noch schlimmer mit der Grundlagenforschung zur Ätiologie und Epidemiologie aus. Vor allem in den Sozialwissenschaften fehlt es an Kontinuität: Die meisten Autoren begnügen sich damit, das eine oder andere Forschungsprojekt durchzuführen und wenden sich dann einem anderen Thema zu (zu einer ähnlich negativen Einschätzung der Forschungslage allgemein siehe Bschor 1987: 325).
- 4) Die Studien des Instituts für Jugendforschung basieren auf Randomstichproben von Jugendlichen, der Interviewerstab besteht aus Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Umfragen sind im Zentralarchiv für empirische Sozialforschung der Universität zu Köln archiviert und stehen Interessenten in Form von maschinenlesbaren Datensätzen für Sekundäranalysen zur Verfügung.
- 5) Die Analysen basieren auf mehreren Umfragen, über die mittels Rückerinnerungsfragen eine Zeitreihe der Drogenverfälschung konstruiert wurde. Siehe hierzu Reuband (1988a, c). Gestützt werden die Aussagen über die Entwicklung weiterhin auch durch eine eigene – noch unveröffentlichte – Analyse auf der Basis vergleichbarer Daten für Hamburg für die Zeit Ende der 60er bis Anfang der 80er Jahre.
- 6) Der Wandel gerade in Hamburg ist außerordentlich stark. Fielen dort zwischen 1977 und 1985 zwischen 101 und maximal 230 Personen erstmals offiziellen Stellen, meist der Polizei, als Konsumenten harter Drogen auf – mit seit Anfang der 80er Jahre rückläufiger Tendenz –, so waren es 1987 550 (1986 173) (vgl. Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft 1988: 2).
- 7) Die Zahl der Neueinsteiger in den intravenösen Heroingebruch könnte allein aufgrund der veränderten Gelegenheitsstruktur gestiegen sein. Ob der Weg hin zum Heroin dabei allein durch Kostengesichtspunkte der Interessierten bedingt ist oder eher durch das Weitergabeverhalten der Mitkonsumenten, welche den einzelnen am Konsum (kostenlos) teilhaben lassen (dazu Berger et al. 1980), ist unbekannt. Beide motivationalen und situativen Faktoren könnten den Schritt zum Heroin prinzipiell begünstigen.
- 8) Daß im Vergleich zu früher eine höhere Zahl der erfaßten Konsumenten von Heroin diese Substanz raucht, das wird als – wenngleich nicht näher quantifizierbarer Eindruck – aus Hamburg von den Rauschgiftdezernaten und Beratungsstellen berichtet (persönliche Mitteilung). Inwieweit man dieses Muster auch auf andere Regionen generalisieren kann, wissen wir nicht, es fehlt an entsprechenden Untersuchungen und Auswertungen. Bereits in einer Umfrage Ende der 70er Jahre konnten für Nordrhein-Westfalen Vorkommen des Rauchens von Heroin festgestellt werden: 5% der befragten Konsumenten stiegen damit in den Heroingebruch ein, 38% „sniefelten“ es zuerst, 57% wählten die traditionelle Form der Injektion. Das Injizieren als Einnahmeweise beim Erstgebrauch hatte zu dieser Zeit an Bedeutung bereits verloren (vgl. Berger/Reuband/Widlitzek 1980: 84).
- 9) Daß zwischen dem ersten Gebrauch harter Drogen und dem täglichen Gebrauch in der Regel eine längere Zeit vergeht und für einen durchaus nennenswerten Anteil das Fixen zunächst nur gelegentlich erfolgt, darauf gibt es aus verschiedenen bundesdeutschen Untersuchungen unter Fixern verschiedene Hinweise (siehe hierzu zusammenfassend Berger/Reuband/Widlitzek 1980: 84 ff.).

- ¹⁰⁾ Ein Anstieg in der Zahl der Klienten wird auch von mehreren ambulanten Einrichtungen in den verschiedenen Regionen der Bundesrepublik mitgeteilt. Gemessen am bundesweiten und vermutlich auch lokalen Anstieg der Polizeizahlen scheint der Wandel jedoch geringer zu sein. Siehe in diesem Zusammenhang etwa die Zahlen für Hamburg: Der Zugang drogenabhängiger Klienten in die Drogenberatungsstellen des Landesamtes für Rehabilitation stieg von 1986 auf 1987 von 249 auf 437 (+76 %), der Zugang in der Drogenberatungsstelle des Amtes für Jugend von 407 auf 494 (+21 %), die Zahl erstmals (polizeilich) erfaßter Opiatkonsumenten aber von 173 auf 550 (+218 %) (Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft 1988: 2f; eigene Berechnungen).
- ¹¹⁾ Unter den von Therapieeinrichtungen betreuten Abhängigen gehört in der Regel ein Teil zu den Personen, die sich aus der Haft heraus oder nach Androhung von Haft erstmals an die Einrichtung wenden. Wie groß allgemein dieser Anteil ist und welche Veränderungen er durchmacht, wissen wir mangels entsprechender Statistiken leider nicht.
- ¹²⁾ Die unterschiedlichen Reaktionen auf AIDS unter Drogenabhängigen sind bislang erst in Ansätzen untersucht worden. Daß die Meidung von Therapieeinrichtungen durchaus eine gewählte Reaktion darstellt, darauf deuten auch Erfahrungen von Praktikern in der Drogenarbeit hin (siehe u. a. Wille 1987: 102). In die gleiche Richtung gehen die Mutmaßungen von Kellermann: Er glaubt, daß Erkrankte besonders wenig zur Therapie bereit sind (Kellermann 1987: 5).
- ¹³⁾ Daß unter den Bewerbern um Therapie die HIV-Infektionsquote sinkt, wird seit 1987 von mehreren Einrichtungen berichtet (siehe u. a. Dvorak 1987: 86, Jäger 1987: 87, Evers 1987: 89, Wiedemann 1987: 90, DHS 1988: 6). Dieser Rückgang ist von manchen Autoren als Zeichen für den Erfolg der „Aufklärung“ gewertet worden (siehe DHS 1988: 6, Wille 1987: 85). Die Interpretation ist fragwürdig. Selbst wenn die Aufklärung erfolgreich wäre und sich keine neuen Abhängigen infizieren würden, hätte die Quote zumindest konstant bleiben müssen (es sei denn, sie wäre – was eher unwahrscheinlich ist – bereits durch die Zahl der zwischenzeitlich Verstorbenen erheblich reduziert, um einen derart starken Rückgang zu bewirken).
- ¹⁴⁾ Einige der Fragen hätten bereits durch eine systematische Auswertung von anfallenden Daten bei Drogenberatungsstellen beantwortet werden können: Wenn sich tatsächlich die Wahrscheinlichkeit des Umstiegs auf harte Drogen unter Konsumenten erhöht hat, müßte sich dies in der Zeit zwischen erster Droge und erstem Heroingebrauch bzw. erstem Heroingebrauch und Beginn des täglichen Heroingebrauchs feststellen lassen. Wenn mehr Konsumenten bei der Polizei auffallen, müßte die Quote unter den betreuten Klienten ebenfalls ansteigen.
- ¹⁵⁾ Im folgenden verwenden wir die Begriffe HIV- und AIDS-Infektion in synonymem Weise. Von einer Erkrankung durch AIDS wird in der medizinischen Literatur gewöhnlich erst gesprochen, wenn das volle diagnostische Bild gegeben ist und die Krankheit ausgebrochen ist. Zu einem neuen Überblick über den Forschungsstand zu AIDS siehe BMFT (1988).
- ¹⁶⁾ In der Bundesrepublik sind uns entsprechende Untersuchungen, die einen Vergleich ermöglichen, nicht bekannt. In der AIDS-Statistik des Bundesgesundheitsamtes wird die Übertragung durch Risikogruppen lediglich global – nicht nach Art der Risikogruppe unterteilt – ausgewiesen (was zweifelsohne als gewichtiges Defizit der Erfassung aus epidemiologischer Sicht ist). Weil in den USA Heroingebrauch weiter verbreitet ist und (besonders in New York) sie einen größeren Teil der AIDS-Infizierten repräsentieren als in der Bundesrepublik, muß dort zwar – rein wahrscheinlichkeitstheoretisch – die Chance einer Vermittlung über Drogenabhängige größer sein. Doch wird dies angesichts der vorherrschenden Relationen kaum ausreichen, um als Ursache des Musters einer überwiegenden Infektion durch Drogenabhängige zu gelten.
- ¹⁷⁾ Ähnlich die Tendenzen im Ausland: Sowohl in den Niederlanden als auch in Großbritannien werden in verschiedenen Städten und Gemeinden Injizierernadeln drogenabhängigen zur Verfügung zugänglich gemacht. In Holland geschieht dies z. T. über Drogenbusse (siehe zu den Zahlen verteilter Spritzen Vliet 1988). Eine genauere Untersuchung zum Erfolg der Programme und den Problemen für Großbritannien bietet Stimson et al. (1988 a, b, c). Für die Bundesrepublik siehe u. a. den Erfahrungsbericht des „Projekt Kampchausee“ (1987). Danach hat sich die Spritzenvergabe als durchaus positiv für die eigene Arbeit erwiesen (ähnliche Berichte vom Sozial-Psychologischen Zentrum der Caritas Aachen). Ein grundlegendes Dilemma, das durch die Spritzenvergabe erhöht wird, liegt in der Entsorgung gebrauchter Spritzen (vgl. auch Der Spiegel 1988: 55 ff). An ihnen klebt vielfach HIV-infiziertes Blut, es muß vermieden werden, daß Kinder die Nadeln von der Straße auflesen und damit spielen. Hier sind – je nach Art des Programms – verschiedene Lösungen möglich. Bei den Spritzenaustauschprogrammen, wie sie etwa in Großbritannien oder z. T. auch in der Bundesrepublik praktiziert werden, werden neue Injizierbestecke ausgegeben und gleichzeitig alte entgegengenommen. Inwieweit man das eine zur Voraussetzung des anderen machen sollte, darüber gehen die Meinungen und auch die Praxis auseinander.
- ¹⁸⁾ Zu einem neueren Überblick der Argumente für Methadon und Berichten über ausländische Erfahrungen siehe den vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit NRW herausgege-

- benen Tagungsband zum Methadonkolloquium (1986) sowie Quensel (1982) und Newman (1988). Zu Argumenten gegen Methadon (auch im Hinblick auf dessen vermeintliche AIDS-Prophylaxe) siehe u. a. Stark et al. 1988, Wille 1988, zur Position der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren siehe DHS (1988), siehe auch Bundesregierung (1986).
- ¹⁹⁾ Die AIDS-Diskussion hat mit dazu beigetragen, die Methadon-Diskussion stärker zu entfachen und z. T. politisch wohl auch eher durchsetzbar zu machen. Von der Anlage der Methadon-Programme in der Bundesrepublik kann eine AIDS-Prävention in größerem Stil gleichwohl nicht ausgehen: Das Programm in Nordrhein-Westfalen ist für das erste Jahr auf nicht mehr als 150 Personen angelegt. Die Auswahl erfolgt nach strengen Maßstäben durch das Ministerium, ein halbes Jahr nach Beginn des Programms waren erst 35 Personen aufgenommen (Hüssgen, pers. Mitteilung). Siehe auch DER SPIEGEL (1987).
- ²⁰⁾ In der zitierten Untersuchung zeigte sich: Personen, die vor 1978 ein Methadonprogramm in New York aufsuchten, hatten später eine geringere AIDS-Quote als Personen, die nicht an einem solchen Programm teilgenommen hatten (Des Jarlais, zit. nach Schuster 1987). Eine Untersuchung aus Italien von Tidone et al. 1987, zit. nach Newman (1988) erbringt für Methadonpatienten eine niedrigere HIV-Infektionsrate als bei Personen, die kein Methadonprogramm durchlaufen. Es könnte jedoch sein, daß sich diese Gruppen nicht allein im Erhalt von Methadon, sondern auch in anderen Verhaltensweisen unterscheiden – etwa in der Art des Drogenumgangs. Abhängige, die ein Methadonprogramm aufgesucht haben, könnten von vornherein im Umgang mit Drogen vorsichtiger gewesen sein und deshalb eine geringere Infektionschance aufweisen. Untersuchungen zur Nutzung von Spritzenaustausch-Programmen aus Holland legen die Existenz derartiger Selektionseffekte nahe (Kaplan et al. 1986a). Nur eine Kontrolle relevanter Drittvariablen wird dies klären können. Die empirischen Ergebnisse, die zugunsten von Methadon aufgeführt werden, sind also womöglich weniger stringent als es für viele Befürworter den Anschein hat. Andererseits sind auch die Argumente der Methadongegner nicht immer überzeugend. So kann etwa kein Argument gegen Methadon sein, daß auch in Methadonprogrammen die AIDS-Quote über die Zeit gestiegen ist (so etwa Stark et al. 1988). Denn daß ein Teil der Methadonverwender weiterhin intravenös injiziert, daran kann kein Zweifel sein (Und dies könnte für einen Anstieg der AIDS-Quote ausreichen). Ja, selbst bei strikter Beschränkung auf Methadon könnte – über Sexualkontakte – die AIDS-Infektionsquote weiterhin anwachsen. Nur ein kontrollierter Vergleich von Personen in und außerhalb eines Methadonprogramms wird dies klären können. Schließlich reicht auch der Verweis auf Italien und die Schweiz nicht als Argument gegen die Prophylaxe-Wirkung von Methadon: in beiden Ländern ist Methadon zwar erhältlich und die AIDS-Infektion unter Drogenabhängigen dennoch überproportional hoch. Doch spricht dies nicht notwendigerweise gegen das Methadon (und noch weniger könnte man behaupten, es würde die AIDS-Ausbreitung womöglich gar fördern – wie es etwa bei Lux 1987 den Anschein hat). Das Phänomen mag ausschließlich das Produkt anderer Einflußfaktoren sein: u. U. erreichte der AIDS-Virus Südeuropa am frühesten und breitete sich dann gegen Norden aus (so etwa Zoulek et al. 1986: 569). Womöglich spielen auch vorübergehende Schwierigkeiten, etwa im Zugang zu Spritzen, mit eine Rolle. So war in Zürich, mit einer der höchsten AIDS-Quoten unter Abhängigen, lange Zeit der Zugang zu Spritzen erschwert (siehe Sontheimer 1988), vermehrtes „needle-sharing“ muß sich als Folge dieser Verknappung einstellen. Für die Schweiz war Methadon zudem lange Zeit eine Therapieform der zweiten oder dritten Wahl. „Das bedeutet, daß im Verlauf einer Drogenkarriere Methadon verhältnismäßig spät zugänglich war.“ (Uchtenhagen 1987: 50). Für eine Beurteilung der Wirksamkeit oder Unwirksamkeit von Methadon, die AIDS-Ausbreitung zu reduzieren, ist die Datenlage in vieler Hinsicht noch defizitär. Man wird die Wirksamkeit nur prüfen können, indem man diese empirisch im Rahmen eines experimentell angelegten Programms gezielt untersucht. Erfahrungen aus europäischen Nachbarländern mögen hierbei durchaus hilfreich sein.
- ²¹⁾ Die Ausbreitung wird dabei gemäß den Reiserouten und Interaktionsketten der Fixer folgen. Zu Befunden über das Reiseverhalten von Fixern siehe Korf (1988).
- ²²⁾ Nach ausländischen Untersuchungen ist die HIV-Infektion dort besonders groß, wo in besonders jungen Jahren mit dem Gebrauch begonnen wurde (Brown et al. 1986: 1147). Da Drogentote im Schnitt älter als die polizeilich erfaßten Konsumenten harter Drogen sind, könnte die Dauer der Abhängigkeit mit ihrer überproportional größeren AIDS-Quote in Zusammenhang gebracht werden. Bei den Drogentoten haben die Jüngeren seltener eine HIV-Infektion als die Älteren (Puschel et al. 1988). Nach einer Untersuchung von Zoulek et al. (1986: 569) gibt es andererseits keinen Zusammenhang zwischen Alter der Drogenabhängigen und HIV-Infektion (ähnlich Pont et al. 1986: 456), die Ergebnisse sind also nicht ganz widerspruchsfrei.
- ²³⁾ Die Frage der lokalen Variationen ist bislang wenig systematisch untersucht worden. Dokumentiert sind allenfalls die Unterschiede zwischen Städten mit unterschiedlicher AIDS-Rate unter Drogenabhängigen. So wissen wir inzwischen, daß San Franzisko (mit einer insgesamt niedrigeren AIDS-Rate unter Fixern) sich gegenüber New York durch das weitgehende Fehlen

von "shooting galleries" (mit dort weithin üblichem Nadelaustausch) auszeichnet (vgl. Newmeyer 1988, Friedland et al. 1985: 1416, 1417, Chaisson 1987). Für Edinburgh, das gegenüber Glasgow eine höhere Rate an AIDS-Infektion unter Drogenabhängigen aufweist, ist inzwischen bekannt, daß dort der gemeinsame Austausch des Spritzbestecks üblicher ist als in Glasgow (Robertson et al. 1986b: 1436). In der Zeit, in der es innerhalb kurzer Zeit in Edinburgh zu einer AIDS-Epidemie kam, gab es überdies einen Mangel an Injektionsnadeln (Robertson et al. 1986a: 528) – ein Grund mehr, sich einem Austausch des Spritzbestecks hinzugeben.

- 24) Daß Personen in unterschiedliche Netzwerke eingebunden sind, diese je nach Lokalität in ihrer Struktur unterschiedlich stark strukturiert sind und damit die Diffusionschancen variieren, dafür sprechen verschiedene Befunde aus früheren Netzwerkstudien (zur Literatur über Soziale Diffusionsprozesse, Netzwerke siehe u. a. Coleman et al. 1966, Rogers und Shoemaker 1971, Schenk 1984). In der Bundesrepublik hat man mit der betont individualistisch ausgerichteten Perspektive in der Erforschung des Drogengebrauchs die soziale Einbindung von Konsumenten in soziale Beziehungen – von wenigen Ausnahmen abgesehen (siehe etwa Berger/Reuband/Widlitzek 1980, Reuband 1980) – in der Regel aus der Betrachtung nicht hinreichend zur Kenntnis genommen.
- 25) Freunde und entfernte Bekannte sind deshalb so problematisch, weil sie – im Gegensatz zu Freunden – nicht nur einen größeren, sondern auch einen weniger überschaubaren Kreis repräsentieren. Man ist über sie, ihren Drogenumgang und die mögliche AIDS-Gefährdung weniger informiert.
- 26) Womöglich liegt der Anteil unter Fixern insgesamt noch niedriger, handelt es sich doch bei den befragten Fixern vermutlich um solche mit erhöhtem Gesundheitsbewußtsein. Die Zahl derer, welche bereits einen HIV-Test durchgeführt haben, liegt in dieser Untersuchung jedenfalls recht hoch.
- 27) Daß selbst bei freiem Zugang zu Spritzen die AIDS-Infektions-Quote hoch sein kann, das belegt das Beispiel Italien. Zum Hinweis auf die Existenz von unterschiedlichen Gruppen und Reaktionen siehe für Italien Tirelli et al. (1986), für Holland siehe Kaplan et al. (1986a). Die Fixer ähneln in ihrem Verhalten der heterosexuellen Normalbevölkerung und den Homosexuellen, bei denen ebenfalls ein Teil das Verhalten ändert, ein anderer – trotz prinzipieller Verfügbarkeit von Kondomen – das alte Verhalten weiter praktiziert (vgl. Brochow 1988, Bardeleben et al. 1988). Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind damit eher gradueller als grundlegender Art. Entscheidend für die Zukunft wird die Entwicklung geeigneter Maßnahmen für die Untergruppen innerhalb der jeweiligen Populationen sein.
- 28) Auf die Möglichkeit der Desinfektion wird in der Aufklärung von Fixern nicht eingegangen. Sie wird z. B. nicht in Broschüren von AIDS-Hilfe und auch nicht in dem Faltblatt von Drogenexperten von Pohle/Kleinert/Heckmann (von 1985) „An alle Fixer – Was Sie über AIDS wissen müssen“ erwähnt.
- 29) Das Vorkommen von Prostitution wird für drogenabhängige Frauen auf 56–58 % (Harms et al. 1987: 377, Große Aidenhövel et al. 1986: 347) und für Männer auf 11 % (Harms et al. 1987: 377) beziffert. In einer holländischen Studie, welche Prostitution innerhalb der letzten 5 Jahre erfragt, liegen die Werte bei den Fixerinnen bei 83 %, bei den Fixern bei 15 % (Hoek et al. 1988: 57); auch hier sind die Frauen, im Gegensatz zu den Männern, mehrheitlich in die Prostitution involviert.
- 30) Wie sehr z. T. in der Vergangenheit hierbei mit globalen Argumenten, die nur ein Entweder-Oder erlauben, operiert werden, zeigen Sätze wie „Wenn der Damm gegen die Substitutionsbehandlung bricht, ist der Rubikon einer sinnvollen Suchtbekämpfung überschritten“ und daß mit Methadon die AIDS-Rate eher noch höher ausfallen würde: Amsterdam weise bereits ein Durchseuchen von mehr als 80 % aus (so Lux 1987: 28). Tatsächlich liegt die AIDS-Quote in Holland weitaus niedriger (vgl. Hoek et al. 1988) als in der Bundesrepublik, was allerdings wohl weniger etwas mit der Methadonvergabe als mit den anderen dort üblichen Konsummustern zu tun hat. (Heroin wird häufig geraucht und nicht gespritzt, vgl. Büning et al. 1986, Kaplan et al. 1986b).

Literatur:

- ADLER, M. W., „AIDS and Intravenous Drug Abusers“, in: British Journal of Addiction, 81 (1986), S. 307–310.
- AIDS NACHRICHTEN, „Mehr Drogenabhängige als Homosexuelle in New York neu erkrankt“, in: AIDS Nachrichten, Hg. AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, 2/88, Berlin (1988), S. 11.

- AKTIONSGEMEINSCHAFT DROGEN PFORZHEIM e. V., Jahresbericht 1987, Pforzheim (1988).
- ARNOLD, T. H. und R. FRIETSCH, „Zur AIDS-Problematik in der Drogenarbeit – Ergebnisse einer Klientenbefragung“, in: Suchtgefahren, 33 (1987), S. 237–248.
- BATTJES, R. J. und R. W. PICKENS, „Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: An Overview“, in: ders. (Hg.) Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives, NIDA Research Monograph, Nr. 80, Rockville, Maryland (1988), S. 1–6.
- BARDELEBEN, H., B. W. REIMANN, P. SCHMIDT: Studenten, Sexualität und AIDS. Ergebnisse einer repräsentativen Studie an Giessener Studenten. Referat auf dem 28. Deutschen Soziologentag, Zürich (1988).
- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM DES INNERN, „Suchtbekämpfung in Bayern. 15. Bericht der interministeriellen Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs“, München (1987a).
- BAYERISCHER STAATSMINISTER DES INNERN, „Rosenbauer gegen planmäßige Abgabe von 1-Polamidon an Drogenabhängige“, Pressemitteilung 294/87, München (1. Juli 1987b).
- BERGER, H., K. H. REUBAND, U. WIDLITZEK, Wege in die Heroinabhängigkeit. Zur Entwicklung abweichender Karrieren. München (1980).
- BIDERMAN, A., „Anticipatory and stand-by research capability“, in: Bauer, R. A. (Hg.), Social indicators, Cambridge (1966), S. 272–301.
- BMFT (Bundesminister für Forschung und Technologie), „AIDS – eine Herausforderung an die Wissenschaft“, Bonn (1988).
- BOOTH, R., „A Shared Experience: Intravenous Drug Abuse“, in: National Institute on Drug Abuse (Hg.), Community Epidemiology Work Meeting Proceedings (Dezember 1987), Epidemiology of Drug Abuse and Issues Among Native American Populations, Rockville, Maryland (1987), S. II332–II335.
- BORNEMANN, R., V. KALINNA und F. BSCHOR, „AIDS und HIV-Progression 1982–1987 bei i. v. Drogengebrauchern und -abhängigen in Europa“, Hg. Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Berlin (1988).
- BROCHOW, M.: Die Reaktion von Risikopopulationen auf das AIDS-Risiko am Beispiel von Homosexuellen. Referat auf dem 28. Deutschen Soziologentag, Zürich (1988).
- BRÖMER, H., K. SZABO und M. TESCHENDORFF, „Berlin“, in: H. Brömer, W. Heckmann, I. Stöckel, K. Szabo, M. Teschendorff, J. v. Vliet, AIDS in großstädtischen Heroin-Szenen, Sozialpädagogisches Institut, Berlin (1988), S. 10–49.
- BROWN, L. S., R. EVANS, D. MURPHY und B. J. PRIMM, „Drug Use Patterns: Implications for the Acquired Immunodeficiency Syndrome“, in: Journal of the Medical Association, 78, 12 (1986), S. 1145–1151.
- ERFAHRUNGSBERICHT KAMPCHAUSSÉE: Spritzenausgabe in der Übernachtungsstätte für obdachlose Drogenabhängige „Projekt Kampchausee“ in Hamburg, in: FDR-Berichte Nr. 12 (Mai 1987), S. 8.
- BSCHOR, F., „Erfahrungen mit Drogenabhängigen“, in: kriminalist, 7, 8 (1987a), S. 323–325.
- BSCHOR, F., „Ausbreitung von AIDS durch Drogenabhängige“, in: Jugend und Gesellschaft, 4 (1987b), S. 8–9.

- BSCHOR, F., Diskussionsbeitrag: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.“ Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12, Bonn (2. 11. 1987c).
- BSCHOR, F., V. SCHNEIDER, R. BORNEMANN und K. PÜSCHEL, „Dynamics of HIV-Spread amongst IV-Drug Addicts“, Referat auf dem 35. ICAA-Kongress Oslo (1988).
- BSCHOR, F., „Konkurrierende Behandlungssysteme für Suchtpatienten“, in: M. Staak (Hg.) Betäubungsmittelmißbrauch, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo (1988), S. 86–99.
- BUNDESKRIMINALAMT: Polizeiliche Kriminalstatistik 1987, Wiesbaden 1988.
- BUNDESREGIERUNG, „Methadon-Behandlung Drogenabhängiger“, Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode, Drucksache 10/5370 (11. 4. 86).
- BUNING, E. C., R. A. COUTINHO, G. H. A. v. BRUSSELS und G. W. van SANTEN, „Preventing AIDS in drug addict in Amsterdam“, in: The Lancet, 1986, S. 143.
- BUNING, E. L., G. H. A. v. BRUSSELS und G. v. SANTEN, „Amsterdam's Drug Policy and its Implication for Controlling Needle Sharing“, in: Battjes, R. J. und R. W. Pickens (Hg.), Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives NIDA Research Monograph Nr. 80, Rockville, Maryland (1988), S. 59–74.
- CHAISSON, R. E., A. R. MOSS, R. ONISHI, D. OSMOND und J. R. CARLSON, „Human Immunodeficiency Virus Infection in Heterosexual Intravenous Drug Users in San Francisco“, in: American Journal of Public Health, 2, 2 (1987), S. 169–172.
- COLEMAN, J., E. KATZ und H. MENZEL, Medical Innovation. A Diffusion Study, New York (1966).
- CONRAD, 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).
- CURRAU, J. W., H. W. JAFFE, A. HARDY, A. N. MORGAN, W. N. SELIKH und R. N. DONDERO, „Epidemiology of HIV Infection and AIDS in the United States“, in: Science, 239 (1988), S. 610–616.
- DER SPIEGEL, „Helft uns wenigstens beim Abtreten“, in: Der Spiegel, Nr. 44 (1987), S. 44–75.
- DER SPIEGEL, „Neue Pumpe“, in: Der Spiegel, Nr. 22 (1988), S. 55–57.
- DER STERN, „Neue Rauschgiftwelle. Drogenzentrum Schule“, in: Der STERN, Nr. 23 (1. Juni 1988), S. 16–25, 22–27.
- DES JARLAIS, D. und S. R. FRIEDMAN, „AIDS Among Intravenous Drug Users, Current Research in Epidemiology, Natural History, and Prevention“, in: National Institute on Drug Abuse (Hg.), Community Epidemiology Work Group Proceedings Vol II (Juni 1986), Rockville, Maryland (1986), S. 125–136.
- DES JARLAIS, D., S. R. FRIEDMAN, J. L. SOTHERAN und R. STONEBURGER, „The Sharing of Drug Injection Equipment and the AIDS Epidemic in New York City: The First Decade“, in: Battjes, R. J. und R. W. Pickens (Hg.), Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives, NIDA Research Monograph Nr. 80, Rockville, Md. (1988), S. 160–175.

- DHS, „Helfen Drogen gegen Drogenabhängigkeit?: Ersatzdrogen dämmen AIDS-Verbreitung nicht ein – drogenfreies Leben verbessert die Gesundheit“, in: presse-dienst, Hg. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. Hamm, 4/87 (Juli 1987).
- DHS, pressedienst, Hg. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. Hamm, 1/88 (Februar 1988).
- DROGENINFORMATION, Nr. 12 (1983).
- DROGEN-REPORT (Juni 1984).
- DVORAK, A., Diskussionsbeitrag, in: J. Kahl (Hg.), AIDS und Drogenabhängige, Tübingen (1987).
- EMNID, „Emnid Informationen“, Nr. 10 (1987), S. 8–11, A1–A110.
- EWERS, E., Diskussionsbeitrag, in: J. Kahl (Hg.), AIDS und Drogenabhängige, Tübingen (1987).
- FELDMAN, H. W. und P. BIERNACKI, „The Ethnography of Needle Sharing Among Intravenous Drug Users and Implications for Public Policies and Intervention Strategies“, in: Battjes, R. J. und R. W. Pickens (Hg.), Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives, NIDA Research Monograph No. 80, Rockville, Md. (1988), S. 28–39.
- FLOTO, Ch., H. HETTER und H. FASSL, „AIDS-Prävention in der Bundesrepublik Deutschland“, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 64 (1988), S. 72–79.
- FRIEDLAND, G. H., C. HARRIS, C. BUTKUS-SMALL, D. SHINE, B. MOLL, W. DARROW und R. S. KLEIN, „Intravenous Drug Abusers and the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)“, in: Archives of Internal Medicine, 145 (1985), S. 1413–1417.
- FRÖSNER, G. G., Konferenzbericht der IV. Internationalen AIDS Konferenz in Stockholm 12.–16. Juni 1988, Epidemiologie 1. Teil, in: AIDS Forschung (AIFO), 3 (1988), S. 460–468.
- GERSCH, C., W. HECKMANN, B. LEOPOLD und Y. SEYRER, Drogenabhängige Prostituierte und ihre Freier, Hg. Sozialpädagogisches Institut Berlin (1988).
- GESAMTVERBAND FÜR SUCHTKRANKENHILFE im Diakonischen Werk der EKD (Hg.), Drogentagung 1985, Drogenarbeit zwischen Furcht und Hoffnung: Das AIDS-Problem, Kassel (1986).
- GROSSE ALDENHÖVEL, H., P. BRANOVIC, V. SCHUMANN und M. A. KOCH, „Anamnestische und HIV-serologische Befunde bei Personen mit intravenösem Drogenmißbrauch“, in: Bundesgesundheitsblatt, 29, 11 (1986), S. 347–349.
- HANEL, E. und K. HERRST, „Beschreibung und erste Ergebnisse einer prospektiven Studie zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen“, in: Suchtgefahren, 1, 34 (Februar 1988), S. 1–21.
- HARMS, G., U. LAUKAMM-JOSTEN, U. BIENZLE und I. GUGGENMOS-HOLZMANN, „Risk Factors for HIV Infection in German i. v. Drug Abusers“, in: Klinische Wochenschrift, 65 (1987), S. 376–379.
- HAVERKOS, H. W., „Overview: HIV-Infection Among Intravenous Drug Abusers in the United States and Europe“, in: Battjes, R. J. und R. W. Pickens (Hg.), Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives, NIDA Research Monograph Nr. 80, Rockville, Md. (1988), S. 7–17.

- HOEK, J. A. R. v. d., R. A. COUTINHO, H. J. A. v. HAASTRECHT, A. W. v. ZADELHOFF und 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.
- HOPKINS, W., „Needle Sharing and Street Behaviour in Response to AIDS in New York City“, in: Battjes, R. J. and R. W. Pickens (Hg.), Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives, NIDA Research Monograph Rockville, Md. (1988), S. 18–27.
- HUNT, L. G. und C. D. CHAMBERS: Heroin epidemics. New York 1976
- JÄGER, H., Diskussionsbeitrag, in: J. Kahl (Hg.), AIDS und Drogenabhängige, Tübingen (1987).
- KAHL, J. (Hg.), HTLV III: Die Bedeutung des Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) in Rehabilitationseinrichtungen für Drogenabhängige, Drogenhilfe Tübingen (Mai 1985).
- KAPLAN, C. D., M. MORIVAL und C. STERK: Needle exchange IV Drug Users and Street IV Drug users: a comparison of background characteristics, needle and sexpractices and AIDS attitudes (The Netherlands), in: National Institute on Drug Abuse (Hg.), Community Epidemiology-work Group Proceedings, Vol. II: Selected Issues. Rockville, Md. (1986a), S. IV-16–IV-25.
- KAPLAN, C. D., H. J. JANSE und H. THUYNS, „Heroin Smoking in the Netherlands“, in: National Institute on Drug Abuse (Hg.) Community Epidemiology Work Group Proceedings Drug Abuse Trends and Research Issues, Rockville, Maryland (1986b) 22, S. III34–III45.
- KELLERMANN, „HIV-Infektion und Drogenabhängigkeit“, Referat im AIDS-Arbeitskreis der Gesundheitsbehörde, unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg (8. 5. 1987).
- KINDERMANN, W., „Individuelle Bewältigungsformen gegenüber der AIDS-Bedrohung bei Drogenabhängigen“, in: jugendwohl, 6, 86 (Juni 1987a), S. 254–267.
- 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. 1987b).
- KLEIBER, D. (unter Mitarbeit von A. Andriole) „AIDS und Drogen: Erste Ergebnisse einer differentiell epidemiologischen Untersuchung“, in: Suchtgefahren, 4 (1988).
- KOCH, A.: Einstellung zu AIDS: Erste Ergebnisse aus der allgemeinen Bevölkerungsumfrage (Allbus) 1988. Referat auf dem 28. Deutschen Soziologentag, Zürich (1988).
- KORF, D. J.: W. European daily opiate users in Amsterdam: a fieldstudy, Referat auf der 16th ICAA Konferenz, Lausanne, May 31–June 5, 1987
- KORNBRODT. Diskussionsbeitrag, in: J. Kahl (Hg.), AIDS und Drogenabhängige, Tübingen (1987).
- KREUZER, A., Ch. GEBHARDT, M. MAASSEN und M. STEIN-HILBERS, „Drogenabhängigkeit und Kontrolle“, Hg. Bundeskriminalamt, Wiesbaden (1981).
- L'AGE-STEHR, J., „Epidemiologie und AIDS“, in: Öffentliches Gesundheitswesen, 47 (1985), S. 343–348.
- LUX, F., „AIDS – Auswirkungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich der Suchtkrankenhilfe“, Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hg.), Referate der 4. Arbeitstagung für Verbandsmitglieder, Stuttgart (1987), S. 23–30.
- MAIWORM, H., „Diskussion über AIDS-Prävention bei weiblichen Prostituierten aus der Sicht eines Bordellbetreibers mit kritischer Anmerkung aus polizeilicher Sicht“, in: AIDS Forschung (AIFO), 3 (1988), S. 432–441.
- MAYER, S., „Hauptsache überleben – Spritzen für Süchtige: Die AIDS-Hilfe Frankfurt kann nur wenig helfen“. Die Zeit, Nr. 51 (11. 12. 1987).
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hg.): Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen. Düsseldorf (1987).
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, Gesundheit, Familie und Sozialordnung, „AIDS und Drogenabhängige“, Fachtagung in Baden-Württemberg, Stuttgart (1986).
- MITTEILUNG des Senats an die Bürgerschaft, „Hamburger Drogenhilfeplan 1989“, Drucksache 13/2091, Hamburg (7. 7. 88).
- MOSS, A. R. „AIDS and intravenous drug use: the real heterosexual epidemic“, in: British Medical Journal, 294, 6569 (1987), S. 389–390.
- 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
- NEWMEYER, J. A., „Why Bleach? Fighting AIDS Contagion among Intravenous Drug Users: The San Francisco Experience“, in: Journal of Psychoactive Drugs, 20, 2 (April/Juni 1988a), S. 159–163.
- NEWMEYER, J. A., „The Intravenous Drug User and Secondary Spread of AIDS“, in: Journal of Psychoactive Drugs, 20, 2 (April–Juni 1988b), S. 169–171.
- NIDA, „International Experts Discuss Needle Sharing and AIDS“, in NIDA Notes, 2, 3 (Herbst 1987).
- NOELLE-NEUMANN, E., „Drogengefahr als Thema von Umfragen“, in: Suchtreport, 1, Heft 1 (1987), S. 23–28.
- PARKER, H., R. NEWCOMBE und K. BAKX, „The new Heroin Users: prevalence and characteristics in Wirral, Merseyside“, in: British Journal of Addiction, 82 (1987), S. 147–157.
- PARKER, H., K. BAKX und R. NEWCOMBE, Living with heroin, Milton Keynes und Philadelphia (1988).
- 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).
- ORKSEN, T., „AIDS und Drogen: Suchtarbeit in Bremen“, in: SuchtReport, 1 (Jan./Feb. 1988), S. 8–15.
- PONT, J., C. Neuwald, Ch. Kunz und W. Werdenich, „HTLV-III-Serologie, Epidemiologie und Klinik inhaftierter i. v. drogenabhängiger Männer in Österreich“, in: Wiener klinische Wochenschrift, 14, 98 (1986), S. 454–457.
- POWER, R. M., The Influence of AIDS Upon Patterns of Intravenous Use – Syringe and Needle Sharing – Among Illicit Drug Users in Britain“, in: Battjes, R. J. und R. W. Pickens (Hg.), Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives, NIDA Research Monograph Nr. 80, Rockville, Md. (1988), S. 75–88.
- PROJEKTGRUPPE RAUSCHMITTELFAGEN „Amsel“. Jahresbericht 1987, Frankfurt (1988).

- PUSCHEL, K. LIESKE, R. LAUFS, F. BSCHOR, V. SCHNEIDER und U. MARCUS, „Entwicklung der HIV-1-Antikörperprävalenz bei Rauschgifttoden in Berlin und Hamburg“, in: AIDS Forschung (AIFO), 3 (1988), S. 452–454.
- QUENSEL, S., Drogenelend. Cannabis, Heroin, Methadon: Für eine neue Drogenpolitik, Frankfurt (1982).
- QUINLEY, H., „The new Facts of Life: Heterosexuals and AIDS“, in: Public Opinion, (Mai/Juni 1988), S. 53–55.
- RAIDA, J., Diskussionsbeitrag: 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., Einleitung in: ders., (Hg.) „Rauschmittelkonsum. Soziale Abweichung und institutionelle Reaktion“. Wiesbaden (1976), S. 1–16.
- REUBAND, K. H., „Drogengebrauch und soziale Merkmale von Fixern in der Bundesrepublik“, in: Neue Praxis 9 (1979), S. 85–108.
- REUBAND, K. H., „Die Datenlage zur Verbreitung von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. Möglichkeiten und Probleme gesellschaftlicher Dauerbeobachtung“, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.), Jahrbuch '88 zur Frage der Suchtgefahren. Hamburg (1988a), S. 53–88.
- REUBAND, K. H., „Moralische Beurteilung, Gefahrenwahrnehmung und Sanktionsverlangen: Haschisch im Urteil der Bundesbürger 1970–1987“, in: Neue Praxis, Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Nr. 6 (1988b).
- REUBAND, K. H., „Verbreitung und Erscheinungsformen des Drogengebrauchs. Umfragen unter Jugendlichen in Schleswig-Holstein 1968–1987“, in: Jugendforum, Fachzeitschrift für Praxis, Wissenschaft und Politik der Jugendhilfe in Schleswig-Holstein, 9/10 (1988c).
- ROBERTSON, J. R., A. B. V. BUCKNALL, P. D. WELSBY, J. J. K. ROBERTS, J. M. INGLIS, J. F. PENTHERER und R. R. BRETTLE, „Epidemic of AIDS related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug abusers“, in: British Medical Journal, 292 (1986a), S. 527–530.
- ROBERTSON, J. R. und A. B. V. BUCKNALL, in: The Lancet (1986b), S. 1435–6.
- ROBERTSON J. R., C. A. SKIDMORE und J. J. K. ROBERTS, „HIV Infection in Intravenous Drug Users: a follow-up study indicating changes in risk-taking behaviour“, in: British Journal of Addiction, 83 (1988), S. 387–391.
- ROGERS, E. M. and F. F. SHOEMAKER, Communication of Innovations. A Cross-Cultural Approach, New York (1971).
- SCHIEBLICH, W., „Problemstellung und erforderliche Reaktion aus der Sicht einer stationären Einrichtung für Drogenabhängige“, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.), AIDS und HIV-Problematik, Hannover (1987), S. 11–19.
- SCHENK, M., Soziale Netzwerke und Kommunikation, Tübingen (1984).
- SCHLUSEMANN, I., 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).
- SCHMIDT, G.: Das Große Der-Die-Das. Über das Sexuelle. Reinbek bei Hamburg (1988).
- SCHMITZ, H. G., Die intravenöse Injektion von Rauschmitteln. Eine Untersuchung von Verhaltensweisen junger Berliner Drogenabhängiger im Umgang mit Heroin, Med. Dissertation, Freie Universität Berlin (1981).
- SCHUSTER, K., „Schwerpunktthema Methadon“, in: Forschung und Praxis, Das Wissenschaftsjournal der Ärzte-Zeitung, 7, 23 (9. 6. 1988), S. 1.
- SCHUSTER, C. R., „Substance Abuse“, in: Journal of the American Medical Association, 16, 258 (1987), S. 2269–2271.
- SONTHEIMER, M., „Schweiz: Abschied von der Seuchenlehre“, in: DIE ZEIT, Nr. 13 (25. 3. 1988), S. 14–15.
- SOZIAL-PSYCHOLOGISCHES ZENTRUM, Jahresbericht 1987, Aachen (1988).
- STARK, K., K. MESSING und U. BIENZLE, „Drogenabhängigkeit und AIDS – ist der Einsatz von Ersatzdrogen gerechtfertigt?“, in: AIDS Forschung (AIFO), (1988).
- STIMSON, G., K. DOLAN, M. DONOGHOE und S. ALLDRITT, „Syringe Exchange 1“, in: Druglink, (Mai/Juni 1988).
- STIMSON, G., M. DONOGHOE, S. ALLDRITT und K. DOLAN, „Syringe Exchange 2, The clients“, in: Druglink, (Juli/August 1988).
- STIMSON, G., S. ALLDRITT, K. DOLAN und M. DONOGHOE, „Syringe exchange schemes for drug users in England and Scotland“, in: British Medical Journal, 296 (Juni 1988), S. 1717–1719.
- STIMSON, G., S. ALLDRITT, K. DOLAN und M. DONOGHOE, „Injecting Equipment Exchange Schemes: A preliminary report on research“, University of London Goldsmiths' College, vervielfältigter Bericht, London (1988).
- STRANG, J., S. HEATHCOTE und P. WATSON, „Habit-moderation in injecting drug addicts“, in: Health Trends, 19 (1987), S. 16–19.
- STRANG, J., „Changing Injection Practices: blunting the needle habit“, in: British Journal of Addiction, 83 (1988), S. 237–239.
- TEMPESTA, E. und M. di GIANNANTONIO, „Sharing Needles and the Spread of HIV in Italy's“, in: Battjes, R. J. und R. W. Pickens (Hg.), Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives, NIDA Research Monograph Nr. 80 (1988), S. 100–113.
- TEST, „AIDS-Test bei Risikogruppen“, in: test, Nr. 8 (1987), S. 24.
- TONE, L., F. SILEO et al.: AIDS in Italy in: American Journal of Drug and Alcohol Abuse 13 (1987), 485 ff.
- TIRELLI, U., E. VACCHER, F. CARBONE, S. DIODATO, R. SORIO, R. BOSIO, R. TAMBURLINI, D. CROTTI, M. CROVATTO, P. De PAOLI, A. FLEGO, G. SANTINI und S. MONFARDINI, „HTLV-III Infection among 315 Intravenous Drug abusers: Seroepidemiological, Clinical, and Pathological Findings“, in: AIDS Research, 2, 4 (1986), S. 325–334.
- UCHTENHAGEN, A: Stellungnahme, in: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zur ihrer Eindämmung.“ Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12, Bonn (2. 11. 1987).
- VELIMIROVIC, B., „AIDS und Drogenabhängigkeit aus der Sicht des Epidemiologen“, in: AIDS Forschung (AIFO), 6 (Juni 1987), S. 323–334.

- VLIET, H. J. v., „Amsterdam“, in: H. Brömer, W. HECKMANN, I. STÖCKEL, K. SZABO, M. TESCHENDORFF, J. v. VLIET, AIDS in großstädtischen Heroinszenen. Sozialpädagogisches Institut, Berlin (1988), S. 50-64.
- WATTERS, J., J. NEWMAYER, H. FELDMAN und P. BIENACKI, „Street-Based AIDS Prevention for Intravenous Drug Users in San Francisco: Prospect, Options, and Obstacles“, in: National Institute on Drug Abuse, Community Epidemiology Work Group Proceedings (June 1986), Vol II, Selected Issues, Rockville, Maryland (1986), S. 137-143.
- WATTERS, J. K., P. CASE, K. H. C. HUANG, Y. T. CHENG, J. LORVICK und J. CARLSON, „HIV Seroepidemiology and Behaviour Change in Intravenous Drug Users: Progress Report on the Effectiveness of Street-Based Prevention“, Referat auf der IV. International Conference on AIDS Stockholm (1988a).
- WATTERS, J. K., Y. T. CHENG, D. LEWIS, M. JANG und J. CARLSON, „Drug Use Profile, Risk Participation, and HIV Exposure among Intravenous Drug Users in San Francisco“, Referat auf der IV. International Conference on AIDS Stockholm (1988b).
- WATTERS, J. K., „Fear and Loathing in the Inner City: The Social Meaning of AIDS Among Drug User in San Francisco's Tenderloin, in: National Institute on Drug Abuse (Hg.), Community Epidemiology Work Group Proceedings (Dezember 1987), Epidemiology of Drug Abuse and Issues Among Native American Populations, Rockville, Maryland (1988c), S. 11336-11344.
- WHO, „AIDS among Drug Abusers“, Report on a WHO Consultation Stockholm (7.-9. 10. 1986).
- WIEDEMANN, E., Diskussionsbeitrag, in: J. Kahl (Hg.), AIDS und Drogenabhängige, Tübingen (1987).
- WILLE, R., „AIDS und Drogenabhängigkeit“, in: Jäger, H., (Hg.) AIDS. Psychosoziale Betreuung von AIDS- und AIDS-Vorfeldpatienten. Stuttgart (1987), S. 81-110.
- WILLE, R., „AIDS und Drogenabhängigkeit“, in: Münchner Medizinische Wochenschrift, 130 (1988), S. 19-22.
- ZOULEK, G., L. GÜRTLER, J. EBERLE, B. LORBEER und F. DEINHARDT, „Zunahme der Prävalenz von Antikörpern gegen LAV/HTLV III bei Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland“, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 15. 111 (April 1986), S. 567-570.

Autor:
 Dr. Karl-Heinz Reuband
 Zentralarchiv für empirische Sozialforschung
 Universität zu Köln
 Bachemer Str. 40
 5000 Köln 41