

Short communcations = Kleine Mitteilungen = Petites communications = Brevi comunicazioni

Objektyp: **Group**

Zeitschrift: **Gesnerus : Swiss Journal of the history of medicine and sciences**

Band (Jahr): **50 (1993)**

Heft 1-2

PDF erstellt am: **17.09.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Short communications / Kleine Mitteilungen /
Petites communications / Brevi comunicazioni

Harte Drogen – gestern und heute

Ein kulturhistorischer Essay

SUMMARY

This article tries to examine the current problems of drug consumption from different points of view. Some major historical, sociological, psychological, and economical aspects are dealt with in order to show the enormous complexity of the subject matter. An attempt is also made to make clear that all approaches suggesting “easy answers” to the drug problems are bound to fail and that the desire to build up a drug-free society has always been a complete illusion.

ZUSAMMENFASSUNG

Der vorliegende Artikel versucht die heute anstehende Drogenproblematik aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten. Es werden historische, soziologische, psychologische und wirtschaftliche Aspekte dargelegt und damit wird die enorme Komplexität des Themas aufgezeigt. Auch soll klar werden, dass einfache Lösungsansätze zum Scheitern verurteilt sind und dass die Illusion einer suchtfreien Gesellschaft gerade heute aufs äusserste verfehlt ist.

«Was als Individualkrise eines Fixerschicksals erscheint, ist die Projektion der gesellschaftlichen Krise in die Pheripherie» (P. Noller). Diese sehr provokative These möchte ich vorerst für sich stehen lassen und am Schluss eine mögliche Interpretation versuchen.

Das Phänomen der Sucht und der Abhängigkeit von berauschenden Mitteln lässt sich bekanntlich in der Geschichte bis in die frühesten Kulturen zurückverfolgen. Hier sei bloss auf einige mir wichtig erscheinende Fakten in der jüngeren Vergangenheit eingegangen.

Zuerst zum Opium, dem Vorläufer unserer heutigen sogenannten Rauschdrogen. Opium, ein äusserst vielfältig anwendbares Mittel, war noch bis weit in das 19. Jahrhundert hinein ein nicht problembeladener Stoff. Vor und nach der industriellen Revolution war es ein Allround-Heil- und Genussmittel, das kaum soziale Probleme nach sich zog. Wer noch im 19. Jahrhundert Opiumkonsum mit dem weithin grassierenden Alkoholismus und der Angst und Besorgnis auslösenden Schnapswelle verglich, wäre der Verniedlichung eines zentralen Gesellschaftsproblems bezichtigt worden. Heute ist es interessanterweise umgekehrt, heute werfen die Anhänger der Drogenprohibition eine Verniedlichung der Rauschgifte vor, auch wenn man darauf hinweist, dass in der Schweiz durch Tabak jährlich um die fünftausend und durch Alkohol weit über tausend Menschen sterben. Ich möchte hier keinesfalls Tote gegeneinander aufrechnen, doch ist dieser Gedanke sicher bedenkenswert.

Mit dem 19. Jahrhundert begann dann auch die Wissenschaft zu blühen. Einen raschen Erkenntniszuwachs verzeichnete sicher die Chemie. Es wurde nicht mehr wie früher nach immer neuen Mischungen (Laudanum von Paracelsus), sondern nach den reinen, nicht mehr weiter reduzierbaren Wirksubstanzen gesucht, und man meinte, dass die Wirkung des altbekannten Opiums auf einen ganz speziellen Wirkstoff zurückzuführen sei. Charles Louis Derosnez produzierte auf diesem Weg das Sel Derosnez und Friedrich Wilhelm Sertürner, der 1805 im Leipziger Journal de Pharmacie sein Experiment veröffentlichte, gab dem neuen Stoff den Namen Morpheus, des griechischen Gottes des Schlafes oder des Traumes. In der Folge entpuppte sich das alte Opium als eigentlicher Cocktail von Alkaloiden, wobei bis zur Jahrhundertmitte etwa zwanzig davon isoliert und rein dargestellt wurden. Auch aus andern Naturheilstoffen oder Genussmitteln konnten nun solche Alkaloide extrahiert werden, so unter anderem gelang es 1859/60 dem Göttinger Chemiker Albert Niemann, das Alkaloid des Kokastrauches, das er Kokain nannte, zu isolieren. Aus Morphin wurden Derivate gewonnen, so das 1870 erfundene Diacetylmorphin, das später unter dem Namen Heroin bekannt wurde und 1898 von der Deutschen Arzneimittelfabrik Bayer durch Heinrich Dreser nochmals entwickelt wurde. Damit war neben Kokain auch der zweite, heute dominierende Suchtstoff geboren.

Eine andere entscheidende Entdeckung des 19. Jahrhunderts war ebenfalls notwendig, um das heutige «Fixertum» überhaupt zu ermöglichen. Der französische Arzt und Apotheker Charles Gabriel Pravaz nämlich erfand die sogenannte Hohlnadelspritze, «Pravaz-Spritze» genannt. 1856 verwendete A. Wood erstmals die Methode der subkutanen Injektion mittels einer solchen Hohlnadelspritze. Diese Spritze erlebte alsdann einen phänomenalen Siegeszug und wurde zum prestigeträchtigen Symbol der Ärzte. Man könnte fast sagen, so ziemlich alles, was sich an Medikamenten verflüssigen liess, wurde gespritzt. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass in neuerer Zeit sich das Spritzen von Medikamenten beim Hausarzt im Rückgang befindet und dass die Medikamente mehrheitlich wieder oral eingenommen werden. Parallel dazu, so könnte man fast sagen, wurde die Spritze nun zu einem Symbol für das Fixertum, das auch eine Art Siegeszug, wenn auch im negativen Sinne, antrat. Zudem darf in diesem Zusammenhang nicht vergessen werden, dass es auch diese Spritze ist, die neben dem Geschlechtsverkehr ein tragisches Vehikel wurde für die Verbreitung von AIDS.

Die Entwicklung der Naturwissenschaften im 19. Jahrhundert brachte qualitativ völlig neue Möglichkeiten des Drogenkonsums mit sich, indem in Laboratorien – wie erwähnt –, erstmals reine Substanzen synthetisiert werden konnten, die zum Teil auch als Heilmittel angepriesen wurden. So war sich zum Beispiel die damalige Fachwelt einig, mit dem 1898 hergestellten Heroin ein hervorragendes Mittel gegen Morphinismus und Hustenreiz gefunden zu haben. Bereits einige Jahre früher folgte auf die Entdeckung des Kokains die kommerzielle Nutzung auf dem Fusse. 1884 erreichte der Boom seinen Höhepunkt. Pillen, Puder, Zigaretten und Nasensprays wurden auf den Markt geworfen; alle erhoben den Anspruch, nervöse Schwächen, Herzkrankheiten und Morphinismus zu heilen. Diejenigen Leser, die mit der Drogenarbeit vertraut sind, konstatieren, dass wir es hier mit der Geburt der Ersatzdroge zu tun haben. Heute kämpfen wir nicht mehr gegen die Morphinsucht (die zwar nicht völlig verschwunden ist, aber quantitativ kaum mehr eine Rolle spielt), heute beschäftigt uns vorwiegend die Heroin- und Kokainsucht. Die ehemaligen Ersatzdrogen Heroin und Kokain wurden zu den gängigsten Suchtmitteln. Neue Ersatzdrogen wie Methadon oder Codein gelten heute als probate Mittel. Was uns dabei von den Irrtümern der Geschichte trennt, ist lediglich die andersartige Pharmakokinetik des Methadons, der heute wichtigsten Ersatzdroge gegenüber dem Heroin. Immer noch ersetzen wir aber ein potentes Suchtmittel durch ein anderes. Das soll nicht heissen, dass Methadonprogramme a priori schlecht seien. Es zeigt

aber deutlich auf, wie wichtig der weitere Rahmen der Programme zu werten ist, soll das ganze Unterfangen überhaupt einen Sinn ergeben: ich meine die begleitende Psychotherapie und die soziale Hilfe bezüglich Arbeit und Unterkunft. Ohne diesen erweiterten Rahmen fallen wir unweigerlich in die Irrtümer der Geschichte zurück und müssten uns bei der Abgabe von Methadon fragen, ob wir nicht besser gleich Heroin oder Kokain gäben. Tatsächlich ist man in der heutigen sogenannten Verelendungshilfe daran, neben Fixerräumen auch Heroinprogramme zu lancieren, wobei vor der in breiten Kreisen immer noch erwarteten «Lösung» des Drogenproblems gewarnt werden muss. Es geht bei dieser sogenannten diversifizierten, auf den einzelnen zugeschnittenen Hilfe vor allem darum, Schlimmeres zu verhüten (Stichwort: «harm reduction»).

Ein weiterer bedenkenswerter Umstand ist der, dass eben dieses Heroin, welches heute die quantitativ wichtigste Droge der Szene darstellt, in Deutschland (dem Ursprungsland) bis 1958 als Medikament im Handel geblieben war. Diese Tatsache dokumentiert sehr eindrücklich die Wechselwirkung zwischen wirtschaftlichen Interessen, Gesundheitsvorsorge und den Süchtigen. Allein die Tatsache, dass bereits 1904 Wissenschaftler dem Heroin starke Suchttendenz attestiert haben, und die Firma Bayer als Herstellerin damals in einem Gegengutachten diesen Umstand als nichtzutreffend abtat, sagt genug und braucht nicht weiter kommentiert zu werden.

Interessant ist weiter auch die Abhängigkeit des Drogenkonsums von der jeweiligen politischen und kulturellen Situation. Während der beiden Weltkriege ging der Konsum jeweils stark zurück, nicht jedoch in einem späteren, ganz anders gelagerten Krieg, dem Vietnamkrieg. Dort war es umgekehrt: ein starker Anstieg der Suchtproblematik war festzustellen. Die Zwischenkriegsjahre, die goldenen zwanziger Jahre, waren die Blütezeit des Kokains, übrigens eine extravertierende Droge, die zur damaligen Zeit passte (the roaring twenties). Heute haben wir es, um bei diesem Vergleich zu bleiben, vor allem mit der introvertierenden, vergessen machenden Droge, dem Heroin, zu tun. Nach dem Zweiten Weltkrieg war es dann relativ ruhig, man baute auf, hatte wieder Ziele und Perspektiven. Doch Anfang der Sechzigerjahre wurde die westliche Welt erneut mit den mittlerweile illegalen Drogen konfrontiert. Die Reihenfolge war etwa die folgende: Cannabis, Amphetamin, LSD, Heroin und in letzter Zeit auch wieder Kokain. Die Drogenszene ging zunächst aus von der akademischen Protestjugend und breitete sich über die Schülerkreise in die Arbeiterschicht und schliesslich in soziale Randgruppierungen aus. Auch senkte sich allmählich das Einstiegsalter.

Wichtig erscheint auch, dass nach dem Scheitern der 68er-Bewegung die Hippy-Cannabis-Welle durch eine zweite harte Drogenwelle, anfänglich vor allem mit Heroin, überlagert wurde. Vor der damaligen politischen Bewegung wurden Bedürfnisse und Interessen artikuliert, jedoch war eine Durchsetzung gegen das Establishment nicht möglich. Auch die nachfolgenden verschiedenen Jugendunruhen fanden kein Gehör und ihre Forderungen wurden weitgehend abgelehnt. So kam es bei einem Teil der Menschen zu einem resignativen, autoaggressiven Bewältigungsversuch dieser gescheiterten Bemühungen im Sinne der Drogensucht. Die Möglichkeit, gesellschaftliche Strukturen zu schaffen, die Emanzipations- und dazugehörige Handlungsstrategien zulassen, so dass die Flucht aus der Realität nicht mehr nötig wäre, wurde durch das Abblocken dieser Versuche junger Menschen verpasst. Man könnte fast versucht sein zu postulieren, dass überall, wo wildwachsendes Leben entsteht, das nicht ganz konform ist, dieses im Keim erstickt wird; dies vor allem aus Angst, und zwar von der sich als gesund bezeichnenden Bevölkerung. Dieses Postulat gipfelt vielleicht sogar in der heute anstehenden HIV-Problematik, die ja eng mit der Drogenproblematik verknüpft ist und vielleicht diesen Umstand symbolisiert.

Ein weiteres Phänomen ist die kulturelle Akzeptanz einer Droge und deren Wandel im Laufe der Zeit. Ein Beispiel: Heute beginnt sich Cannabis in bestimmten Kreisen zu etablieren und zu stabilisieren. In den USA rechnet man bereits mit zehn Millionen regelmässigen Cannabiskonsumenten. Diese Zahl verdeutlicht, dass diese Droge in gewissen sozialen Schichten bereits ihren festen Platz einnimmt, wie dies für Alkohol und Tabak in der Durchschnittsbevölkerung der Fall ist. Dazu kommt, dass zum Beispiel rund die Hälfte der städtischen Bevölkerung der Schweiz diese Tatsache akzeptiert und als richtig empfindet. Diesem weltweiten Trend stehen auf Gesetzesebene in gewissen Ländern riesige Kontraste gegenüber. Während man in der Schweiz über die Legalisierung diskutiert, wurde in den USA Anfang 1990 ein neues Drogengesetz verabschiedet, das einerseits mehr Geld für Drogenerziehung und -behandlung verspricht, andererseits aber die Strafen für Händler und Benützer verschärft, so zum Beispiel Todesstrafe auf Bundesebene für «Schlüsselfiguren», Strafen bis zu zehntausend Dollar für Zufallsverbraucher. Einmal registrierten Drogenbenützern können Leistungen des Bundes (Hypotheken, Kredite und Subventionen) entzogen werden. Der Widerstand im Kongress gegen dieses Gesetz war schwach. Umgekehrt vermochte die mächtige Lobby des nationalen Schützenverbandes einen Versuch abzublocken, den Erwerb von Handfeuerwaffen zu erschweren. Ein

Vorschlag, der zwischen Kauf und Ablieferung eine siebentägige Wartezeit eingeschaltet und der Polizei eine gründlichere Prüfung des Käufers erlaubt hätte, wurde im Repräsentantenhaus massiv verworfen.

Die meisten Sorgen bereiten uns heute aber nicht die oben erwähnten Cannabisraucher, sondern die polytoxikomanen sozialen Randgruppen, die als Hauptdroge Heroin konsumieren. Sie werden vor allem unter dem neuen drakonischen USA-Gesetz zu leiden haben, und sie sind es auch, die unsere Gefängnisse füllen. Mit unserem Therapieangebot sind sie nur sehr schwer zu erreichen. Erschwerend kommt für sie ausserdem in den letzten Jahren die AIDS-Problematik hinzu, die diese Gruppe hart trifft und sie noch mehr an den Rand drängt.

Die Drogenszene ist keine uniforme Erscheinung, sonst wäre es wohl auch einfacher, eine gangbare und einheitlichere Politik zu finden. Wir haben es erstens mit einem dynamischen Prozess zu tun, und zweitens handelt es sich bei der Drogenszene um eine Summierung von heterogensten Einzelschicksalen. Die Toxikomanie ist keine Diagnose, sondern ein Symptom. Sie kann nicht über einen Leisten geschlagen werden. Was für den einen gut ist, bedeutet für den andern eine Katastrophe.

Zurück zum eingangs erwähnten Zitat. Man könnte sich nun fragen, warum gerade heute wieder eine solche Drogenproblematik ansteht und wie es mit der Projektion der gesellschaftlichen Krise in die Peripherie der Drogenszene steht. Sicher ist für mich nur soviel, dass unsere Gesellschaft grössere Probleme zu lösen hätte. Man denke nur an unsere Luft, an die Wälder, an das Energieproblem, an die atomaren Arsenale, an die Dritte Welt... Das heisst nicht resignieren und nichts tun, sondern Relationen sehen, Schwerpunkte setzen und endlich das Phantom der Problemlösung zerstören. Der Mensch ist und bleibt ein zur Sucht neigendes Wesen. Sodann ist es nicht verwunderlich, in einer bis aufs äusserste bedrohten und manchen oft sinnentleerten Welt, wenn einige (und es sind prozentual wirklich nur einige) innerlich emigrieren und in den Drogenkonsum flüchten. Was not täte, wäre, die Kräfte nicht zu verschleissen, die Drogenproblematik nicht als Parkett für profilsuchende Politiker und andere Repräsentanten zu missbrauchen, und endlich wenigstens gesamtschweizerisch eine Politik einzuschlagen.

Schliessen möchte ich mit einem zweiten Zitat, das ich nicht zu kommentieren brauche. Es steht für sich und trifft uns nicht zuletzt in der Drogenproblematik sehr stark. Es stammt von Alfred Farau, dem 1972 verstorbenen grossen Alfred-Adler-Schüler: «Die Diskrepanz zwischen einem ins

riesenhafte anwachsenden sozialen Bewusstsein und dem armseligen Anteil von Gemeinschaftsgefühl, diese gespenstische Diskrepanz ist meiner Meinung nach die psychische Tragödie des 20. Jahrhunderts.»

Literatur ist beim Verfasser erhältlich

Dr. med. René Renggli
Chefarzt
Psychiatriezentrum
CH-8200 Schaffhausen

Gründung der Arbeitsgruppe für Klinische Paläopathologie

Medizinhistorisches Institut und Museum der Universität Zürich und Orthopädische Universitätsklinik Balgrist Zürich

Nachdem das Medizinhistorische Institut der Universität Zürich und die Orthopädische Universitätsklinik Balgrist Zürich seit Jahren immer wieder für paläopathologische Beurteilungen zu Rate gezogen werden und unsere Vortrags- und Begutachtungstätigkeit im Jahre 1992 auf reges Interesse der Arbeitsgruppe Historische Anthropologie der Schweiz (AGHAS) gestossen ist, haben wir auf den 1. Januar 1993 die Arbeitsgruppe für Klinische Paläopathologie gegründet.

Zweck und Ziel

Die Arbeitsgruppe für Klinische Paläopathologie versteht sich als medizinische Dienstleistungsorganisation. Sie führt auf Anfrage hin und in der Regel unentgeltlich wissenschaftliche Untersuchungen von paläopathologischem Fundmaterial durch und erstattet schriftlichen Bericht über die Untersuchungsergebnisse. Der Bericht gibt Auskunft über die Diagnose, die klinische Bedeutung der erhobenen Befunde und vermittelt zum Verständnis notwendige medizinhistorische Fakten. Die zur Anwendung gelangenden Untersuchungsmethoden (Röntgendiagnostik, Computertomographie, histopathologische Untersuchungen, medizinhistorische Recherchen) richten sich nach der vorliegenden Problemstellung. Invasive Untersuchungen (zum

Beispiel Knochenschliffe) werden nur nach Rücksprache und im Einverständnis mit dem Auftraggeber vorgenommen. Die von uns durchgeführten paläopathologischen Untersuchungen haben ausschliesslich medizinischen Charakter und ersetzen in keiner Weise die in allen Fällen notwendige und vorgängig durchzuführende anthropologische Untersuchung. Letztere liefert für die paläopathologische Beurteilung unabdingbare Informationen, wie Datierung, Alters- und Geschlechtsbestimmung.

Neben diesem Dienstleistungsangebot nimmt die Arbeitsgruppe Forschungsaufgaben wahr. Das uns zugesandte paläopathologische Fundmaterial wird systematisch aufgearbeitet. Eine den interessierten Kreisen zugängliche zentrale Dokumentation sowie die Erstellung eines Referenzkataloges ist geplant. Ohne ausdrückliche Einsprache der Auftraggeber erachten wir uns als berechtigt, das uns zur Beurteilung vorgelegte Fundmaterial unter gebührender Angabe der Herkunft und der vorhergehenden Bearbeiter für paläopathologische Veröffentlichungen zu verwenden.

Organisation

Die Arbeitsgruppe für Klinische Paläopathologie versteht sich als interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft, in der zahlreiche medizinische Fachgebiete vertreten sind (Orthopädie, Pathologie, Röntgendiagnostik, Zahnheilkunde, Endokrinologie, Medizingeschichte). Sie setzt sich aus dem Leiter, den ständigen wissenschaftlichen Mitarbeitern sowie im Bedarfsfall beizuziehenden Spezialisten zusammen. Sitz der Arbeitsgruppe ist die Orthopädische Universitätsklinik Balgrist und das Medizinhistorische Institut und Museum der Universität Zürich.

Mitarbeiter

Leitung:

- Dr. med. Thomas Böni: Orthopädie, Medizingeschichte

Ständige wissenschaftliche Mitarbeiter:

- Prof. Dr. med. Maximilian Dambacher: Knochenstoffwechselerkrankungen
- PD Dr. med. Gerhard Ulrich Exner: Kinderorthopädie, Knochentumoren

- PD Dr. med. Arthur von Hochstetter: Knochenpathologie
- Dr. med. Jürg Hodler: Röntgendiagnostik
- Prof. Dr. med. Beat Rüttimann: Medizingeschichte, Orthopädie
- Dr. med. dent. et lic. phil. Roger Seiler: Zahnheilkunde, Medizingeschichte

Untersuchungsaufträge

Nach telefonischer oder schriftlicher Voranmeldung kann das Untersuchungsmaterial direkt übergeben oder transportsicher verpackt an die Korrespondenzadresse abgesandt werden. Für Transportschäden übernimmt die Arbeitsgruppe keine Haftung. Um Nachfragen unsererseits auf ein Minimum zu beschränken, ist das Fundmaterial mit einem Begleitzettel zu versehen, dem die für die paläopathologische Beurteilung wichtigsten Angaben zu entnehmen sind. Ein entsprechend vorbereitetes Formular kann bei der Korrespondenzadresse einverlangt werden. Nach Abschluss der paläopathologischen Untersuchung wird das Fundmaterial umgehend retourniert und dem Auftraggeber ein ausführlicher schriftlicher Bericht über die Ergebnisse unserer paläopathologischen Untersuchung zugestellt.

Wir sind überzeugt, dass die Arbeitsgruppe für Klinische Paläopathologie einen Beitrag zur Förderung der Paläopathologie und der Medizingeschichte in der Schweiz zu leisten vermag und freuen uns, unsere Dienstleistungen in vermehrtem Umfang anbieten zu können.

Thomas Böni

Leiter der Arbeitsgruppe für Klinische Paläopathologie

Korrespondenzadresse:

Arbeitsgruppe für Klinische Paläopathologie

Leitung: Dr. med. Th. Böni, Orthopädische Universitätsklinik Balgrist, Forchstrasse 340,
8008 Zürich

Tel.: 01 386 11 11, Fax: 01 386 16 09