

sungen der Tora und die Weisungen Jesu betreffen den Willen Gottes. Der Psalmist betet: „Deinen Willen zu tun, mein Gott, ist mir Freude“ (Ps 40,9); Jesus lehrt: „Nicht jeder, der zu mir sagt: Herr! Herr!, wird in das Himmelreich kommen, sondern nur, wer den Willen meines Vaters im Himmel erfüllt“ (Mt 7,21). Von sich selbst bekennt er: „Meine Speise ist es, den Willen dessen zu tun, der mich gesandt hat und sein Werk zu Ende zu führen“ (Joh 4,34). Verwirklichung des Willens Gottes in der Welt sollte darum die gemeinsame Maxime von Juden und Christen sein.

2. Was beim Studium der Propheten Israels auffällt, ist der Protest, den diese gegen bestehendes Unrecht im wirtschaftlichen und sozialen Bereich und gegen alle ideologische Unterdrückung erhoben haben. Solcher Protest ist eine bleibende Aufgabe für beide, Kirche und Judentum. Es ist ein Protest gegen die vielfältige Bedrohung der Freiheit, ein Protest zugunsten der wahren Menschlichkeit und der Menschenrechte, der Liebe und der Gemeinschaft; ein Protest gegen die sich immer mehr ausbreitenden Welt- und Geschichtslügen; ein Protest gegen Faschismus, Rassismus, Kommunismus und Kapitalismus. Die jüdisch-christliche Religion ist darum das Anti-„Opium“ für das Volk.

3. Christen und Juden sollen und können gemeinsam eintreten für das, was in der hebräischen Sprache „schalom“ heißt. Dies ist ein umfassender Begriff, der Frieden, Freude, Freiheit, Versöhnung, Gemeinschaft, Harmonie, Gerechtigkeit, Wahrheit, Kommunikation, Menschlichkeit bedeutet. „Schalom“ ist dann in der Welt Wirklichkeit, wenn alle Beziehungen untereinander endlich in Ordnung sind, die Beziehungen zwischen Gott und Mensch und von Mensch zu Mensch. Es darf kein völkisch beschränktes Friedensideal mehr geben. Gott will keine „eisernen Vorhänge“! Was in der Heiligen Schrift Israels in der Lehre von der Gottebenbildlichkeit eines jeden Menschen angelegt ist, will durch das Evangelium Wirklichkeit in der ganzen Welt werden: daß alle Menschen sich als Brüder erkennen. Deshalb können sich Religionen nicht mehr mit bestimmten politischen Systemen identifizieren. Judentum und Christentum sollen gemeinsam und unentwegt am uneingeschränkten Frieden in aller Welt intensiv mitarbeiten.

4. Der Mensch ist von sich aus nicht in der Lage, die Welt ins endgültige Heil zu führen. Das vermag Gott allein; so ist es die Überzeugung der gläubigen Juden und Christen. Die Erfahrung der Geschichte steht ihnen dabei zur Seite. Die Welt kommt weder durch Evolution noch durch Revolution ins endgültige Heil. Die Evolution schafft „Natur“, aber nicht „Heil“. Nur Gott führt die Welt ins endgültige Heil. Er schafft und schenkt den „neuen Himmel und die neue Erde“, auf die Juden und Christen gemeinsam warten (Jes 65,17; 66,22; Offb 21,1).

5. Der Apostel Paulus hat das letzte Ziel aller Geschichte und Heilsgeschichte in 1 Kor 15,28 in klassischer Kürze auf die Formel gebracht: „Gott alles in allem“. Dieser Formel können Juden und Christen zustimmen. „Gott alles in allem“: Das besagt: Am Ende kommen Gott und das Gott-Sein Gottes und die Universalität des Heils allenthalben voll zur Geltung. „Der letzte Feind, der entmachtet wird, ist der Tod“ (1 Kor 15,26). Darin wird sich jener Gott offenbaren, den Israel/Jesus und die Kirche verkünden: Er wird die Toten erwecken und so seine unüberwindliche Macht zeigen. „Wir erwarten die Auferstehung der Toten und das Leben der kommenden Welt.“ Das in der Öffentlichkeit aller Welt zu bezeugen ist gemeinsame Aufgabe von Christen und Juden.

Anmerkungen: ¹ M. Buber, Werke I, München/Heidelberg 1962, 657. ² Sch. Ben-Chorin, Bruder Jesus, der Nazarener in jüdischer Sicht, München 1967, 12. ³ Vat. II., Erklärung über das Verhältnis der Kirche zu den nicht-christlichen Religionen „Nostra aetate“ (zit. NA) n. 4. ⁴ Vat. II., Offenbarungskonstitution „Dei Verbum“ (zit. DV) n. 14. ⁵ Päpstliche Kommission für die religiösen Beziehungen zu dem Judentum, Richtlinien und Hinweise für die Konzilerklärung „Nostra Aetate“, Art. 4 (zit. Richtlinien), Nachkonziliare Dokumentation Bd. 49, Trier 1976, 35. ⁶ A. a. O. 37. ⁷ Vat. II., DV n. 14. ⁸ Mekilta Bachodesch 8,72f. ⁹ A. a. O. 20,26. ¹⁰ Slav. Hen. 44,1. ¹¹ C. Westermann, Genesis I, Neukirchen 1974, 633f. ¹² Näheres dazu bei Franz Mußner, Traktat über die Juden, München 1979, 103–120. ¹³ Vgl. dazu A. H. Friedlander, Die Exodus-Tradition. Geschichte und Heilsgeschichte aus jüdischer Sicht, in: H. H. Henrix / Martin Stöhr (Hrsg.), Exodus und Kreuz im ökumenischen Dialog zwischen Juden und Christen, Aachen 1978, 30–40. ¹⁴ A. H. Friedlander, a. a. O. 35. ¹⁵ A. a. O. 40. ¹⁶ Der Alttestamentler N. Füglistler hat dies exemplarisch am Osterfest gezeigt; vgl. sein Buch: Die Heilsbedeutung des Pascha, München 1963. ¹⁷ Richtlinien 38 unter Bezug auf NA n. 4. ¹⁸ Vat. II., NA n. 4 unter Berufung auf Röm 11,28f.; vgl. auch die Kirchenkonstitution Lumen gentium (zit. LG) n. 16. ¹⁹ Vgl. dazu Mußner, a. a. O. 68–70. ²⁰ Vat. II., NA n. 4. ²¹ Richtlinien 32. ²² A. a. O. 32. ²³ A. a. O. 33. ²⁴ A. a. O. 33f. ²⁵ A. a. O. 34. ²⁶ A. a. O. 35f. ²⁷ A. a. O. 36–38. ²⁸ A. a. O. 38. ²⁹ L'Osservatore Romano, Wochenausgabe in deutscher Sprache, 30. 3. 1979, S. 4. ³⁰ Sekretariat der DBK (Hrsg.), Predigten und Ansprachen von Papst Johannes Paul II. bei seiner Pilgerfahrt durch Polen, 2. bis 10. 6. 1979, Bonn 1979, 82. ³¹ In deutscher Übersetzung: Freiburger Rundbrief 25 (1973) 15–18. ³² In deutscher Übersetzung in: Freiburger Rundbrief 23 (1971) 19–27. ³³ Hrsg. v. R. Rendtorff, Gütersloh 1979. ³⁴ In: Freiburger Rundbrief 29 (1977) 108–111. ³⁵ Düsseldorf 1980. ³⁶ Vgl. dazu Mußner, a. a. O. 281–291. ³⁷ Vgl. H. Groß, Tora und Gnade im Alten Testament, in: Kairos, NF 14 (1972) 220–231; R. J. Z. Werblowsky, Tora als Gnade: ebd. 15 (1973) 156–163; E. L. Ehrlich, Tora im Judentum, in: Evang. Theol. 37 (1977) 536–549. ³⁸ Vgl. dazu N. Oswald, Grundgedanken zu einer pharisäisch-rabbinischen Theologie, in: Kairos 6 (1963) 40–58. ³⁹ E. Simon, Brücken, Gesammelte Aufsätze, Heidelberg 1965, 468. ⁴⁰ Abot II. 8b. ⁴¹ Vat. II., NA n. 4. ⁴² Catechismus Romanus ex Decreto Concilii Tridentini I, cap. V, que. 11. ⁴³ Vat. II., NA n. 4. ⁴⁴ Richtlinien 33. ⁴⁵ Hirtenwort der Deutschen Bischöfe vom 23. August 1945. ⁴⁶ Aus dem Gebet für die ermordeten Juden und ihre Verfolger, das nach Weisung der Deutschen Bischofskonferenz am 11. Juni 1961 in allen katholischen Kirchen Deutschlands gebetet werden sollte; in: Freiburger Rundbrief 13 (1960/61) 3.

Reportage

Die heimliche Sucht

Mißbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten

Die täglichen publizistischen Darstellungen über Drogentote, Zahl der Heroinabhängigen, sichergestellte Mengen illegaler Drogen und die Verurteilung von Drogentätern haben in der Bevölkerung ein breites Problembewußtsein

über die Gefahren der illegalen Drogen hergestellt. Auch über die potentiellen Gefahren des Alkohols, über die Zunahme der Alkoholkranken in unserer Gesellschaft und die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten ist in der Öffent-

lichkeit ein erstaunliches Wissen vorhanden. Ganz anders dagegen sieht es aus im Bereich des Arzneimittelmisbrauchs. Hier hat sich im Lauf der letzten Jahre, unbeachtet von der Öffentlichkeit und kaum wahrgenommen von den Fachleuten, eine lautlose Entwicklung vollzogen, deren Höhepunkt noch nicht abzusehen ist. Die Heimlichkeit und Stille dieser Entwicklung entspricht dem Mißbrauchsverhalten der Arzneimittelabhängigen: ohne spektakuläre und kriminelle Akte wie in der illegalen Drogenszene und beim Alkoholismus, vielmehr eine unmerkliche Entwicklung des Mißbrauchs über Jahre hinweg. Es gibt kein auffälliges „Spritzbesteck“ und keine Einstichstellen wie beim Heroinfixer, es ist kein deutlicher Rausch mit „Fahne“ wahrzunehmen wie beim Alkoholabhängigen.

Das Ausmaß des Problems

Heimlich und still ist auch *der Markt*, der den Hintergrund für diese Tragödie abgibt. Niemand weiß genau, was im einzelnen bei uns an Arzneimitteln produziert, gehandelt, geschluckt, gespritzt und eingerieben wird. Die pharmazeutische Industrie nennt ihre Produktions- und Verkaufszahlen nur ungern, und wenn, dann nur sehr ungenau und global. Noch schwieriger wird es bei der Frage, welchen Umfang denn die mißbräuchliche Verwendung von Arzneimitteln einnimmt und wie es mit der Abhängigkeit von Medikamenten bei uns steht.

So müssen einige Schlaglichter dazu erhalten, die Szenerie wenigstens etwas aufzuhellen:

- Professor *Kreienberg* von der Bundesärztekammer schätzt, daß bei jedem fünften bis sechsten Verkehrsunfall Medikamente im Spiel sind,
- die amerikanische Food and Drug Administration errechnete, daß 10 bis 15% aller Krankenhauseinweisungen auf das Konto von Erkrankungen durch Arzneimittel gehen,
- in einer Emnid-Untersuchung aus dem Jahre 1961 gaben 15% der Männer und 26% der Frauen an, ständig Schmerzmittel zu verwenden,
- eine bayerische Repräsentativ-Untersuchung bei Jugendlichen aus dem Jahre 1976 ermittelte, daß unter den 12- bis 24jährigen bereits jeder 16. regelmäßig Schlaf-, Schmerz- oder Anregungsmittel nimmt,
- Untersuchungen in der Schweiz und in Niedersachsen an Patienten mit einem Nierenversagen haben ergeben, daß dies in 20 bis 40% der Fälle auf Mißbrauch bestimmter Schmerzmittel zurückzuführen ist,
- der Umsatz der Arzneimittelgruppen mit besonders hoher Gefahr des Mißbrauchs und der Abhängigkeit (Psychopharmaka, Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel) konnte nach Angaben der pharmazeutischen Industrie von 389 Millionen DM im Jahre 1970 auf 747 Millionen im Jahre 1978 gesteigert werden (zum Vergleich: der Umsatz aller Vitaminpräparate stieg von 136 Millionen im Jahre 1970 auf 207 Millionen im Jahre 1978).

Eigene Untersuchungen bei den in Einrichtungen der *Caritas* behandelten Suchtkranken zeigen einen erheblichen Anstieg der Abhängigkeit von Medikamenten. So war 1974 unter rd. 14000 Untersuchten jeder fünfte abhängig von Medikamenten, bei einer ähnlichen Untersuchung des Jahres 1977 war es bereits jeder dritte Suchtkranke. Eingerechnet sind dabei auch die Steigerungen der Mehrfachabhängigkeit von 20% im Jahre 1974 auf 25% im Jahre 1977. Eine Stichprobenuntersuchung aus dem Jahre 1975 ergab, daß allein etwa ein Viertel der untersuchten Suchtkranken ständig Schlaf- und Beruhigungsmittel nahmen mit einer Mißbrauchs-dauer von durchschnittlich 5,2 Jahren. Insgesamt werden die Abhängigen von Medikamenten bei uns derzeit auf mindestens 200000 bis 500000 geschätzt, das wäre die 4- bis 10fache Zahl der jugendlichen Heroinabhängigen und etwa ein Zehntel bis ein Viertel der Zahl der Alkoholkranken. Der Anteil der Frauen unter den Medikamentenabhängigen ist besonders hoch, nach verschiedenen Untersuchungen liegt er derzeit bei etwa 65%. Bei reinen Alkoholabhängigen beträgt der Frauenanteil nur etwa 25%, bei Heroinabhängigen um 40%.

Die besonders häufig mißbrauchten Arzneimittel lassen sich in drei großen Gruppen zusammenfassen: Schlaf- und Beruhigungsmittel, Tranquilizer, Schmerzmittel. Neben den genannten drei Hauptgruppen gibt es weitere ähnlich wirkende Substanzen, die jedoch primär einer anderen Indikation zugeordnet sind, so z.B. viele *Rheumamittel mit Wirkstoffen*, wie sie auch in Schmerzmitteln enthalten sind; Mittel gegen Reisekrankheiten und allergische Reaktionen, sogenannte Antihistaminika, die ähnlich wie Beruhigungsmittel wirken und in diesem Sinne auch mißbraucht werden. Zu nennen wäre hier auch das zur Behandlung einer Folgekrankheit des Alkoholmißbrauchs (*Delirium tremens*) eingesetzte *Distraneurin*[®], das selbst wieder ein hochpotentes Suchtmittel ist und inzwischen schon eine Spitzenstellung unter den mißbräuchlich verwendeten Medikamenten einnimmt. Eine Sonderstellung nehmen die amphetaminähnlichen Substanzen ein, also Anregungs- und Aufputzmittel. Während die klassischen Amphetamine bereits seit Jahren auf dem deutschen Markt nicht mehr zugelassen bzw. der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung unterstellt und damit praktisch bedeutungslos geworden sind, hat sich der Mißbrauch auf Asthma- und Hustenmittel, soweit diese Stimulantien enthalten (meist in Form von Ephedrin), verlagert. Eine besondere Bedeutung wegen des hohen Maßes an Mißbrauch haben die sogenannten Appetitzügler erreicht, die neben der Unterdrückung des Hungergefühls auch eine wesentlich stimulierende Wirkung entfalten. Diese derzeit zum Teil noch rezeptfrei erhältlichen Substanzen, wie z. B. *Mirapront*[®] und *Eventin*[®] werden in erheblichem Umfang seit Jahren mißbraucht. Nach jahrelangen Forderungen der Fachleute, diese Substanzen der Verschreibungspflicht zu unterstellen, hat der Gesetzgeber jetzt endlich mit einer entsprechenden Verordnung reagiert, die zum 1. Juli 1980 in Kraft treten soll. Allen genannten Substanzen gemeinsam ist, daß sie auf das

Zentralnervensystem einwirken, und genau darin liegt das *hohe Suchtpotential* begründet. Die Substanzen wirken auf die Psyche des Menschen ein, dämpfend oder anregend. Damit gehen nicht nur das Verschwinden von Unlust, Schmerz oder Unruhe einher, sondern es lassen sich auch Gefühle der Erleichterung, eine Euphorie oder ein wohliges Entrücktsein herbeiführen. Die seelische Befindlichkeit wird zeitweise verändert bis zum Abklingen der Wirkung des Pharmakons. Dann schlägt das Pendel zurück in Verstimmung und Antriebslosigkeit, und dieses stärkt wiederum die Motivation zur weiteren Einnahme der Substanz, um die früheren angenehmen Erlebnisdimensionen wiederherzustellen. Der Teufelskreis der seelischen Abhängigkeit, verstärkt durch die pharmakologische Eigendynamik der Substanz, die sich über den Einbau in den Zellstoffwechsel mit Folge der körperlichen Abhängigkeit bemerkbar macht, wird sichtbar.

Der Massenkonsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Ob ein Medikament als Schlaf- oder als Beruhigungsmittel eingesetzt wird, hängt nicht vom Inhaltsstoff, sondern lediglich von der Dosierung ab. Die meisten Inhaltsstoffe sind altbekannt. Schlaf- und Beruhigungsmittel werden schon seit über 100 Jahren industriell produziert und in steigendem Maße auch mißbraucht. Ein Stillstand bzw. geringerer Anstieg im Verbrauch und im Mißbrauch in den letzten Jahren ist auf die Einführung der Tranquilizer zurückzuführen, die von Jahr zu Jahr mehr verschrieben werden und vielfach die klassischen Schlaf- und Beruhigungsmittel abgelöst haben.

Obwohl *Schlafstörungen* zu den häufigsten Zivilisationserscheinungen zählen, hat die Forschung erst seit relativ kurzer Zeit begonnen, den Schlaf und seine Störungen genauer zu untersuchen. Heute ist bekannt, daß sich die meisten Schlafstörungen durch Veränderungen in der Lebensweise, durch äußere Bedingungen, durch Entspannungsübungen, physikalische oder psychotherapeutische Maßnahmen besser behandeln lassen als mit Medikamenten. Trotzdem ist die Tendenz weit verbreitet, jede leichte Störung des Schlafes oder tagsüber auftretende Unruhezustände und Nervosität mit den einfach zu handhabenden und jederzeit verfügbaren Schlaf- und Beruhigungsmitteln zu vertreiben. Dabei liegt auf der Hand, daß es sich hierbei nicht um eine Lösung der zugrunde liegenden Störungen und Konflikte handelt und erst Recht nicht um die Heilung eines krankhaften Zustandes. Vielmehr muß man von dem Bild einer Betäubung ausgehen oder von einer zeitlichen Verschiebung des Problems mit Hilfe einer chemischen Substanz. *Joachim Finke* spricht vom „geborgten Schlaf“. Die bewußtseinsdämpfende oder betäubende Wirkung verhindert oder verkürzt die wichtigen Traumphasen des Schlafes, in der in unbewußten Abläufen die psychische Verarbeitung von Lebensvorgängen erfolgt. Diese *Unterdrückung der Traumphasen* führt zu Störungen im innerpsychischen Haushalt; diese wiederum

potenzieren die bereits vorhandenen Einschlafschwierigkeiten und führen zu einer Bindung an das Mittel im Sinne einer psychischen Gewöhnung und später einer Abhängigkeit.

Gleichzeitig ergibt sich durch den kontinuierlichen Einbau der Substanz in den Zellstoffwechsel und der sich daraus entwickelnden körperlichen Toleranz gegenüber dem Arzneimittel die Notwendigkeit, die Dosis zu steigern, um weiterhin die gewünschte Wirkung zu erhalten. Diese gesteigerte Dosierung führt dann zwangsläufig zu einem *Kumulations-Effekt*, d. h., der Organismus, vor allem die Leber, können mit Abbau, Verarbeitung und Ausscheidung der Fremdstoffe nicht schritthalten – und damit zu chronischen Vergiftungserscheinungen. Diese Vergiftungserscheinungen sind sogar möglich, wenn die Dosis nicht gesteigert wird, weil viele Schlaf- und Beruhigungsmittel sehr lange im Organismus verbleiben und sich bei täglicher Einnahme zwangsläufig eine Giftstoffanhäufung ergibt. Die Fachleute sprechen hier von der biologischen Halbwertszeit einer Substanz und meinen damit die Zeit, in der die ursprüngliche Wirkstoffmenge im Organismus auf die Hälfte abgebaut oder ausgeschieden ist. Diese Halbwertszeit liegt bei vielen Schlaf- und Beruhigungsmitteln bedenklich hoch, besonders gefährlich bei den Medikamenten mit Brom-Harnstoff-Verbindungen (z. B. *Abasin® Sekundal®*), da hier in der Leber das anorganische Bromid freigesetzt wird und dieses eine Halbwertszeit von etwa 12 Tagen aufweist. Bei längerfristiger Einnahme ist eine chronische Vergiftung mit derartigen Medikamenten praktisch vorprogrammiert.)

Durch eine Lücke in der Arzneimittelgesetzgebung und bedenkliches Zögern beim Gesetzgeber konnten diese Substanzen bis zum Frühjahr 1978 *ohne Rezept* von jedermann frei gekauft werden. Die Folge waren jährlich etwa 1000 Todesfälle und eine Vergiftungsgefährdung von 20000 Menschen, wie Prof. Schwabe von der Medizinischen Hochschule Hannover nachweisen konnte.

Nach Unterstellung unter die Rezeptpflicht im Frühjahr 1978 nutzte ein Teil der Hersteller eine weitere Gesetzeslücke, um unter gleichen oder ähnlichen Handelsnamen die Substanzen mit dem ebenfalls problematischen Wirkstoff Novonal rezeptfrei auf den Markt zu bringen. Als auch hier noch im Sommer des gleichen Jahres vom Gesetzgeber ein Riegel vorgeschoben wurde, wichen die Hersteller auf Substanzen aus, die gewöhnlich nur in sogenannten Antihistaminika zu finden sind und deren Anwendungsspektrum vom Schnupfen über Hautjucken bis zur „Reisekrankheit“ reicht. So kommt es, daß weiterhin altbekannte Präparate, die schon immer in der „Hitliste“ suchverdächtiger Substanzen zu finden waren, weiterhin unter veränderter Zusammensetzung frei verkäuflich dem Markt und damit dem ungehinderten Mißbrauch zur Verfügung stehen.

Insgesamt hat sich die weitgehende *Rezeptpflicht* für Schlaf- und Beruhigungsmittel jedoch bewährt, wenn wir auch von einer Lösung des Mißbrauchsproblems noch weit entfernt sind. Die vom Konsumenten mit der Rezeptfreiheit einer Substanz assoziierte Unschädlichkeit, die

dem Mißbrauch und der Gefährdung Vorschub leisteten, ist zunächst einmal ausgeschlossen. Es ist jedoch einsichtig, daß mit der Erschwerung des Zugangs zu einem Medikament nicht die Probleme, Störungen und Krankheiten behoben sind, die hinter dem Wunsch nach Einnahme dieser Substanz stehen. Hinzu kommt, daß die Rezeptpflicht zwar spontane Handlungen, z.B. Selbsttötungen, reduzieren kann und eine gewisse Kontrolle des ungezügelter Konsums ermöglicht, die Mehrzahl der Mißbraucher und Abhängigen jedoch nicht erreicht. So wissen wir aus eigenen umfangreichen Untersuchungen, daß 70% der Medikamentenmißbraucher ihre Mittel vom Arzt verschrieben bekommen.

Die Gewöhnung an Tranquilizer

Die große Euphorie, die das Erscheinen der *Tranquilizer* auf dem Pharmamarkt vor etwa 25 Jahren begleitete, ist längst verflogen. Kein Suchtpotential, keine Schäden bei Dauereinnahme, geringe Mißbrauchsgefahr waren prognostiziert bzw. suggeriert worden. Heute wissen wir, daß all das nicht eingetroffen ist. Wir haben ein Heer von Tranquilizerabhängigen und Mißbrauchern. Von den meisten Stoffen ist inzwischen nachgewiesen, daß sie neben einer starken psychischen Abhängigkeit auch eine klare körperliche Abhängigkeit erzeugen bis hin zu schweren Ausfallerscheinungen und damit in eine Reihe mit den klassischen Schlaf- und Beruhigungsmitteln und dem Alkohol gestellt werden müssen.

Tranquilizer sind eine Untergruppe der *Psychopharmaka*. Ihre Gemeinsamkeit besteht darin, daß sie keine „antipsychotische“ Wirkung haben, also im Gegensatz zu anderen Psychopharmaka nicht hilfreich sind bei psychomotorischen Erregungszuständen, Wahnbildungen und depressiven Syndromen, also dem engeren Bereich der psychiatrischen Erkrankungen. Tranquilizer werden meist im Vorfeld dieser Erscheinungen eingesetzt, und daraus ergibt sich auch die Merkwürdigkeit eines ungeheuer breiten Einsatzspektrums. Tranquilizer sind praktisch für alles und nichts einsetzbar. So werden Indikationsbereiche über alle Formen des Mißbehagens angegeben von „Störungen im Schlafrythmus“ über „Verhaltensstörungen im höheren Lebensalter und bei Jugendlichen“ bis zu „Sexualneurosen“ oder „prämenstruelle Spannung“ oder „Beginn der Frühgeburt“. Von klaren Indikationen und einer daraus resultierenden sachgerechten Medikation kann dabei keine Rede sein. Gerade diese Indifferenz hat jedoch zu der rasanten Absatzentwicklung der Tranquilizer beigetragen. Der Apothekenumsatz bei den Benzodiazepinen, der größten Gruppe der Tranquilizer, hat sich von 1965 bis 1977 vervierfacht. Der Suchtforscher *Otto Schrappe* berichtet von Stichprobenerhebungen, nach der ein Drittel aller Patienten die Sprechstunde von Internisten und praktischen Ärzten mit einem Rezept für Tranquilizer verläßt. Für alle unklaren psychischen Verstimmungen, Belastungen, psychischen Begleiterscheinungen von sozialen oder

organischen Problemen und Erkrankungen bietet sich dem Arzt die Verschreibung der Tranquilizer an. Der vom Lateinischen *tranquillitas* = die Windstille abgeleitete Name deutet dies bereits an. Die Verwendung als „Hausmittel“ gegen jede Art von seelischer Störung ist weit verbreitet. Die Werbung der Herstellerfirmen unterstützt diesen Trend mit gezielten Hinweisen auf den Einsatz beim „Problempatienten“ des Arztes oder die Verwendung des Mittels als „Sonnenbrille für die Seele“. Gerade diese Verharmlosungstendenzen sind jedoch irreführend und gefährlich.

Die Halbwertszeit vieler Tranquilizer liegt extrem hoch; bei den bekannten Präparaten *Valium*[®], *Librium*[®], *Tranxilium*[®], *Demetrim*[®] zwischen 20 und 70 Stunden. Eine Dauersedierung wird also schon bei geringer Einnahmefrequenz erreicht und damit ein hoher Gefährdungsgrad zum Beispiel bei Teilnahme am Straßenverkehr oder bei Bedienung komplizierter Maschinen. Besonders auf die Verkehrssicherheit wirken sich die Tranquilizer verheerend aus. Schon die Uneinheitlichkeit der möglichen *Begleiteffekte* ist beunruhigend. So werden bei Librium paradoxe Erregungszustände, Sehstörungen und Schwindel berichtet, bei Valium finden sich häufig eine auffallende Anfangsmüdigkeit und bedenkliche Blutdrucksenkungen. Die muskelerschlaffenden Wirkungen der meisten Tranquilizer und die zusätzlichen Gefahren von Kombinationseffekten durch gleichzeitige oder nachfolgende Einnahme von anderen psychoaktiven Medikamenten oder von Alkohol verstärken diese Gefahren in einem erheblichen Umfang. Viele „unerklärliche Verkehrsunfälle“ könnten hier ihre Erklärung finden. Ein exakter Nachweis ist jedoch, wie bei allen anderen Medikamenten mit Wirkung auf das Zentralnervensystem, nicht möglich. Dies hängt mit der hochkomplizierten Einwirkung auf verschiedene Stellen im Organismus, mit dem unterschiedlichen und niemals linear verlaufenden Gefüge von Stoffwechsel, Abbau und Ausscheidung zusammen, so daß eine Rückrechnung einer bestimmten Wirkmenge zu einem bestimmten Zeitpunkt unmöglich ist. Diese beim Alkohol relativ einfache Quantifizierbarkeit ist selbst bei Medikamenten mit nur einem Inhaltsstoff nicht gegeben. Vollends aussichtslos wird es bei der zunehmenden Zahl von Medikamenten mit unterschiedlichen Wirkstoffanteilen oder bei dem immer mehr verbreiteten polyvalenten Medikamentengebrauch.

Abgesehen von diesen Unfallgefahren im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz, ist die Frage der *chronischen Vergiftung* oder Schädigung bei längerfristigem Gebrauch und Mißbrauch von Tranquilizern noch völlig ungeklärt. Diskutiert werden Blutbildanomalien, Mißbildungen während der Embryonalentwicklung im Mutterleib und Lebererkrankungen.

Die hohe Suchtgefahr wurde bereits erwähnt. In einer Untersuchung des Deutschen Caritasverbandes über das Mißbrauchsverhalten mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln bei Suchtkranken wurde festgestellt, daß 50% der ständig mißbrauchten Substanzen zur Gruppe der Tranquilizer

zählten. Besonders hohe Anteile von Tranquilizer-Abhängigkeit finden sich unter Mehrfachabhängigen. Auch das Umsteigen auf Tranquilizer nach Behandlung einer Alkohol- oder Schlafmittelabhängigkeit ist eine häufige Erscheinung.

Die ganz und gar nicht harmlosen Schmerzmittel

Bei der Beschreibung der Schmerzmittel klammern wir die narkotischen Präparate, also die Opiate und alle opiatähnlich wirkenden Substanzen aus, da diese einem anderen Problemkreis angehören. Wir befassen uns hier mit den sogenannten schwachwirksamen, meist frei verkäuflichen *Analgetika*, die überwiegend als Kopfschmerzmittel oder Migränemittel Verwendung finden. Gut 25% des gesamten rezeptfreien Verkaufs in den Apotheken entfallen auf diese Substanzen. Obwohl die pharmazeutische Industrie seit Jahren ein nennenswertes Wachstum dieses Marktes abstreitet, wird in diesem Bereich wie in sonst keinem öffentlich geworden. Das macht deutlich, welchen Anteil am Markt und Gewinn diese Arzneimittelgruppe hat, und natürlich auch, welchen Anteil sie am Gesamtverbrauch hat.

So ist es kein Wunder, daß bei einer bereits vor 20 Jahren durchgeführten Erhebung des Allensbacher Institutes für Demoskopie über 25% der Befragten angaben, regelmäßig Kopfschmerztabletten einzunehmen. Diese Zahl, die in der Zwischenzeit kaum geringer geworden ist, macht deutlich, mit welchen Größenordnungen wir es hier zu tun haben. Gleichzeitig werden damit die fast allergischen Reaktionen der Industrie verständlich, wenn an diesem wichtigen Markt durch Rezeptzwang oder Werbeverbot bzw. -einschränkung gerüttelt werden soll. Dabei ist schon seit Jahren die Gefährlichkeit und toxische Bedenklichkeit vieler rezeptfreier Schmerzmittelkombinationen in Fachkreisen unbestritten. Viele dieser Mittel enthalten, ebenso wie die von der Zusammensetzung her ähnlichen Rheumamittel, als Hauptwirkstoff das Phenacetin, welches – über längere Zeit und in entsprechender Dosierung (täglich ca. 1 g) genommen – Blutschäden und chronische Entzündungen des Nierengewebes hervorruft. Der Begriff „*Phenacetin-Niere*“ umschreibt bereits seit Jahren ein feststehendes Krankheitsbild. Neuere Untersuchungen weisen zudem auf Nierenbecken-Karzinome und Harnblasentumore hin.

Allein in der Schweiz rechnet man mit 20 000 bis 40 000 Personen, die im Übermaß phenacetinhaltige Schmerzmittel konsumieren und damit ihre Gesundheit gefährden. Übertragen auf die Bundesrepublik würden das etwa 200 000 bis 400 000 Personen sein, die sich mit freiverkäuflichen Schmerzmitteln, wie z. B. *Saridon*[®], *Vivimed*[®], *Melabon*[®], ihre Gesundheit ruinieren. Diese Zahlen korrespondieren mit Ergebnissen von Untersuchungen an Dialyse-Patienten und Patienten für eine Nierentransplantation. Hier wurde festgestellt, daß bei 20 bis 40% der Patienten das Nierenversagen auf chronischen Phenacetinabusus zurückzuführen ist.

Auch die anstelle des Phenacetins inzwischen häufig verwendeten *Pyrazolon-Verbindungen* und die *Salzylate* lassen bei chronischer Einnahme ähnliche Schäden erwarten. Hinzu kommt, daß es kaum noch Monosubstanzen auf dem Arzneimittelmarkt gibt, sondern weit überwiegend Medikamente mit mehreren Inhaltsstoffen, u. a. auch Koffein, Kodein oder hypnotische Wirkstoffe. Damit ist aber neben der schmerzstillenden Wirkung regelmäßig auch ein euphorischer Effekt verbunden, und gerade dieser wird der angenehmen Wirkung wegen gesucht und trägt nicht wenig zum Dauergebrauch und damit zur möglichen chronischen Vergiftung bei. Daneben ergibt sich häufig das paradoxe Bild, daß die Kopfschmerzen, als der ursprüngliche Anlaß für die Einnahme des Mittels, durch den längeren Gebrauch verstärkt werden, was wiederum zu einer Dosissteigerung führt. Bei Absetzen des Medikaments kann es dann zu regelrechten Abstinenzerscheinungen wie starken Schmerzen, zitternde Hände und Kollapsneigung kommen. Dies kann bis zum Delirium tremens führen, einem lebensgefährlichen akutpsychotischen Zustand. Bei dieser Sachlage ist es nicht verständlich, warum für Schmerzmittel dieser Art noch öffentlich und oft in unverantwortlicher Weise geworben werden darf. Ein völliges Verbot der Publikumswerbung, wie es bereits für Schlafmittel besteht, wäre durchaus sinnvoll. Auch die Frage der Rezeptpflicht wäre, mindestens für phenacetinhaltige Präparate, zu erwägen. Im Ausland ist man in dieser Frage zum Teil weiter. In England besteht ein völliges Verbot, in Skandinavien und Kanada gibt es seit Jahren die Rezeptpflicht, in der Schweiz soll in diesem Jahr die Rezeptpflicht eingeführt werden.

Gründe und Hintergründe

Die Zunahme des Medikamentenmißbrauchs wirft die Frage nach den Bedingungen und Ursachen auf. Der Psychiater *H. W. Janz* hat in diesem Zusammenhang von einem „anthropologischen Parallelprozeß“ zur zunehmenden Umweltverschmutzung gesprochen und nennt diesen die „chemische Inweltverschmutzung“. Gemeint ist damit die unkritische und medizinisch unkontrollierte oder nicht sorgfältig begründete Verwendung von psychotropen Substanzen, die dadurch zu Schadstoffen werden. Diese Entwicklung ist Folge oder mindestens *Begleiterscheinung eines geschichtlichen Prozesses*, der durch das Unvermögen vieler Menschen gekennzeichnet ist, mit Industrialisierung, Urbanisierung und Kommerzialisierung sowie den damit verbundenen gesellschaftlichen Veränderungen und Anpassungserfordernissen fertig zu werden. Aus diesem Mißverhältnis von materiellen, sozialen und biologischen Lebensbedingungen in der Industriegesellschaft einerseits und der Langsamkeit und Begrenztheit der Entwicklung personaler und vitaler Anpassungsmöglichkeiten des Menschen andererseits ergeben sich sozial bedenkliche oder pathologische Formen einer Fehlanpassung, die zum verfehlten Gebrauch von Medikamenten führen können (Janz).

Mit diesem *Prozeß* geht eine immer weiter reichende Entwicklung zu einer Konsumentenhaltung einher, die bei jeder Bagatellindikation, die sich auch ohne Medikament beheben ließe, zur Tablette greifen läßt. Ein überzogenes Gesundheitsideal mit dem Anspruch auf dauerhaftes Freisein von jeder Mißbefindlichkeit kann nicht eingelöst werden, ohne ständigen Griff zur „*chemischen Krücke*“. Auch die damit zusammenhängende Einstellungsänderung des Menschen zu Schmerz, Leid und letztlich zum Tod ist hier anzuführen. Wenn Schmerz nur noch als lästige Betriebsstörung, als prinzipiell behebbar gesehen

wird, resultiert auch daraus die Bereitschaft, mit Hilfe allerzeit verfügbarer Substanzen in den Organismus einzugreifen und diese „*Betriebsstörungen*“ zu beseitigen oder zu verhindern. Es ist dann nur ein sehr kurzer Schritt von der Wiederherstellung gestörter Befindlichkeit bis zur gezielten, aktiven Befindlichkeitsmanipulation (*Schrappe*). Wenn dann noch soziale Kontrollinstanzen, Ritualisierung oder Institutionalisierung der Drogeneinnahme wegfallen, die Substanzen also jedermann zu jeder Zeit zur Verfügung stehen, ist der Weg zu Mißbrauch und Abhängigkeit vorgezeichnet. *Bernhard Schmidtbreich*

Theologische Zeitfragen

Eucharistie – Kirche – Theologie

Der Gründonnerstagsbrief des Papstes und die gegenwärtige Eucharistie-theologie (II)

Im letzten Heft brachten wir den ersten Teil eines Beitrags von Professor Theodor Schneider zum diesjährigen Gründonnerstagsbrief des Papstes (vgl. HK, Mai 1980, 252 bis 256). Hier folgt nun der zweite Teil, der vor allem den Themen Amtspriestertum und Eucharistie als Opfer gewidmet ist.

Nicht dem Katheder (der Professoren), sondern der Kathedra (des Bischofs) komme das Lehramt zu – diese von Kardinal Höffner und anderen Bischöfen in der letzten Zeit gelegentlich gebrauchte „Faustregel“ ist ein geistreiches Wortspiel, aber zur Kennzeichnung der prinzipiellen und faktischen Verschränktheit von bischöflicher Verantwortung und theologischer Wissenschaft natürlich völlig unzureichend. Eine prinzipielle Antwort auf die Frage nach den Quellen lehramtlicher Entscheidungen ist relativ leicht und kirchenamtlich lange formuliert: „Diese Wahrheit und Ordnung ist enthalten in geschriebenen Büchern und in ungeschriebenen Überlieferungen“, definieren die Väter von Trient (DS 1501, Nr. 87). Das II. Vatikanum präzisiert die Umschreibung des „*Depositum fidei*“ so: „Die Heilige Überlieferung und die Heilige Schrift bilden den einen der Kirche überlassenen Schatz des Wortes Gottes“ (Dei Verbum, 10) und sagt im Anschluß daran vom Lehramt, daß „es das Wort Gottes aus göttlichem Auftrag und mit dem Beistand des Heiligen Geistes voll Ehrfurcht hört, heilig bewahrt und treu auslegt“.

Die Frage, konkret gestellt, ist schon erheblich schwieriger zu beantworten: Woher weiß der Papst gewordene langjährige und hochgeschätzte Professor für philosophische Ethik in Lublin, was von Schrift und Tradition her im einzelnen über das Geheimnis der Eucharistie und das Priestertum heute authentisch und treu ausgelegt werden muß?

Läßt er sich von theologischen Beratern einen Entwurf machen wie viele seiner Vorgänger bei ähnlichen Gelegenheiten? Oder bringt er von sich aus mit Engagement und Nachdruck jenes Bild zu Papier, das sein eigenes Priesterleben entscheidend geprägt hat? Welche Rolle spielen dabei die theologischen Lehrbücher und Vorlesungen der Professoren seiner Studienzeit als junger Priesteramtskandidat und Doktorand der Theologie?

Der Text des päpstlichen Briefes gibt auf diese Fragen höchstens sehr indirekt Auskunft. Die scheinbar saloppe Frage selbst hat allerdings, das sollte man deutlich sehen, grundsätzliches Gewicht! Denn von einem solchen päpstlichen Brief gilt natürlich erst recht, was vom seltenen Grenzfall einer infalliblen päpstlichen „*Ex-cathedra-Entscheidung*“ zu sagen ist:

„Daher ist der Papst durch sein Amt und durch die Wichtigkeit der Sache verpflichtet“, so Fürstbischof Gasser von Brixen, der kompetente Relator der Glaubensdeputation auf dem I. Vatikanum, „die für die sichere Feststellung und Verkündigung der Wahrheit geeigneten Mittel anzuwenden.“ Und zu diesen Mitteln zählt Gasser neben Konzilien und Bischöfen ausdrücklich auch die Theologen. (Vgl. C. Butler – H. Lang, Das erste Vatikanische Konzil, München 1961, S. 416)

Was läßt sich ausfindig machen bei Anwendung dieser „geeigneten Mittel“?

IV. Tridentinisches Priesterbild des Papstes?

1. Eigenart und zeitbedingte, geschichtliche Prägung des