Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 25 (1999)
Heft: 2

Artikel: Das Dilemma muss kein Dilemma sein
Autor: Reubi, Ingrid
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800984

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Das Dilemma muss kein Dilemma sein

Mit klaren Haltungen und Handlungsmaximen in Bezug auf den Einsatz von Medikamenten in der Therapie können die ÄrztInnen verhindern, überhaupt in das Dilemma von Notwendigkeit und Missbrauch zu geraten.

INGRID REUBI*

«Medikamentöse Therapie im Dilemma zwischen Notwendigkeit und Missbrauch» lautet der Untertitel zu dieser Tagung – ein Untertitel, den ich zuerst einmal in Frage stellen möchte. Ein Dilemma ist laut Wörterbuch eine Entscheidung zwischen zwei gleich unangenehmen Möglichkeiten. Die Frage ist aber, ob eine medikamentöse Therapie ein Dilemma zwischen Notwendigkeit und Missbrauch sein muss? Ich behaupte: Nein! Ich glaube viel mehr, dass dieses Dilemma immer wieder von uns selber kreiiert wird, indem wir Verführungsangeboten erliegen und durch Unachtsamkeit in Fallen geraten.

Keine Götter in Weiss

Ich denke dabei etwa an den unausgesprochenen Anspruch und Glauben von PatientInnen, die ÄrztInnen könnten omnipotent die Gesundheit wieder herstellen – so schnell, so souverän, so sicher vorhersehbar wie Elektriker eine Leitung reparieren. Das ist eine verführerische Vorstellung, und nicht selten glauben auch die MedizinerInnen daran. Man denke auch an die Vorstellung, die ärztliche Tätigkeit heisse Dienen, und Dienen heisse Geben und nie: Verweigern. Oder man denke an die eigene Hast, an die eigene Bereitschaft, sich hetzen zu lassen – auf Kosten der Sorgfalt. Damit sind wir bei der so genannten Subito-Mentalität angelangt: Dieses verhängnisvolle Alles, Sofort und Für-immer, geprägt durch Schnelllebigkeit und Vergesslichkeit und durch das Diktum «Alles, was stört, muss weg». Dabei geht es nicht nur um Abhängigkeit erzeugende Medikamente, sondern auch um so schikke Life-style-Medikamente wie Xenical, Viagra und andere mehr. Denken wir auch an die grenzenlosen Ansprüche im Erhalten und Erbringen von medizinischen Leistungen. Vergessen wir schliesslich nicht die häufig fehlende Zeit, um ärztliches Handeln auf dem Boden einer Beziehung zu gestalten und nicht nur auf dem Boden einer schnellen Konsultation.

Muss immer alles schnell gehen?

Wie ich die Therapie mit PatientInnen gestalte, die an einer Angsterkrankung, an einer Abhängigkeitserkrankung oder an Schmerzstörungen leiden, ist auch wesentlich von mir selber abhängig. Was die PatientInnen und ich dabei vielleicht häufig gemeinsam haben, ist, dass wir nicht warten können, dass wir keine Zeit haben und dass wir die schnelle Erleichterung suchen – die PatientInnen von ihrem Symptomen und ich von den schwierigen PatientInnen. Beiden Seiten fehlt nur zu oft das Engagement für die Fragen «warum?» und «wozu?» – kurz: es fehlt oft an der nötigen Neugier, begreifen zu wollen.

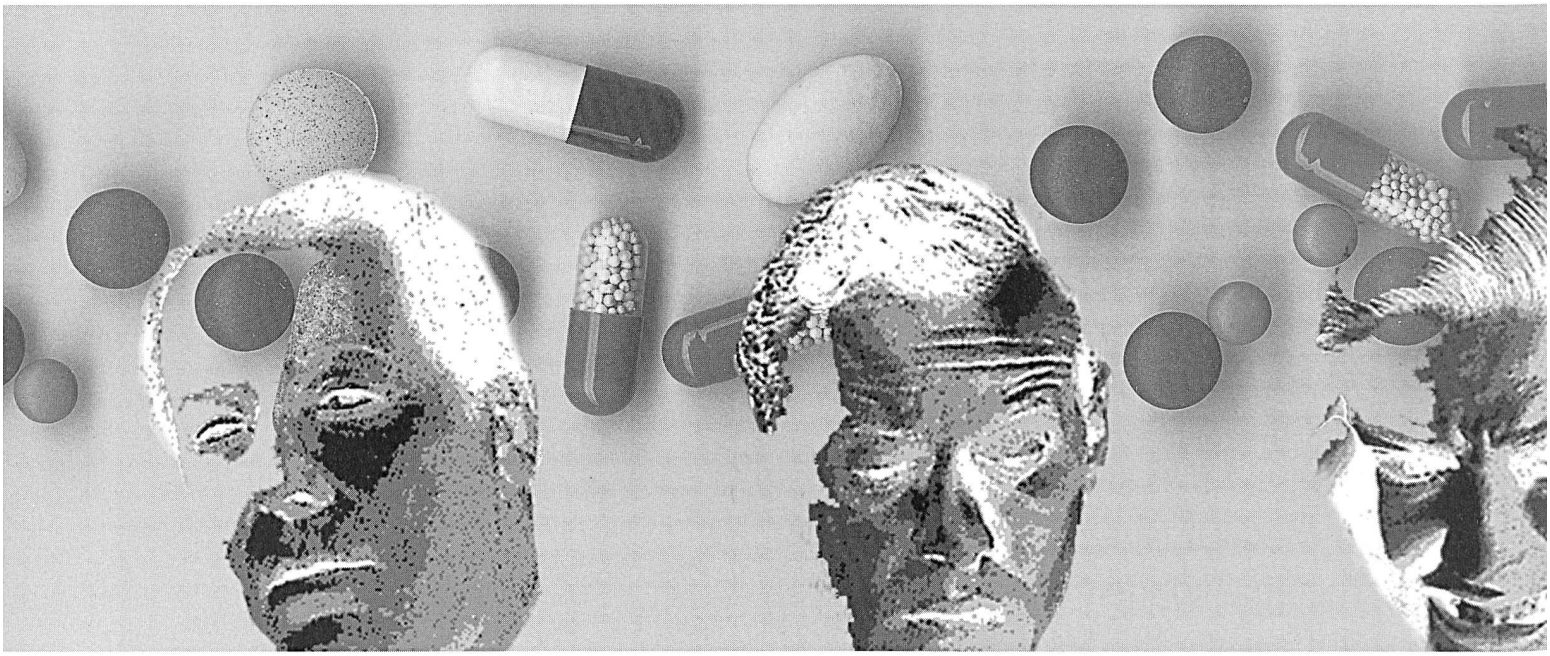
Ohne sie zu suchen, werden wir immer wieder Situationen begegnen, die uns ÄrztInnen und TherapeutInnen die überlegte Führung entreissen und damit die medikamentöse Therapie zum Dilemma werden lassen. Andererseits kann man auch immer wieder aus diesen Situationen heraus finden, sich dazu sozusagen jedes Mal «daraus herauslernen», d.h. begreifen, was an diesen Situationen fest vorgegeben und was veränderbar ist. Oder wie es das ein deutscher Theologe aus dem 18. Jahrhundert viel besser formulierte: «Gott gebe mir den Mut, Dinge zu verändern, die ich verändern kann; die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht verändern kann, und er gebe mir vor allem die Weisheit, das eine vom andern zu unterscheiden.»

Eine klare Haltung

Was gibt es nun für Auswege aus dem Dilemma, wenn wir uns mit einem solchen konfrontiert sehen? Ich werde mich auf die Situationen beschränken, in welchen man wirklich etwas verändern kann. Ich glaube – und damit meine ich bei weitem nicht nur die MedizinerInnen – was wir in der täglichen Arbeit verändern können, ist die Entwicklung eigener Haltungen und Handlungsmaximen. Notwendig und hilfreich ist dabei eine Rückbesinnung auf die Grundsätze medizinischer Ethik, die zum Teil mehrere Tausend Jahre alt sind.

Diese Haltungen und Handlungsmaximen schützen mich insofern, als sie mich verpflichten, (möglichst) nur das zu tun, was meinen Überzeugungen entspricht. Das kann heissen, dass ich die «berühmten» Benzodiazepine nur dann verordne, wenn ich nach sorgfältigem Abwägen eine invalidisierende Angsterkrankung als das grössere Übel anschaue als eine potentielle Abhängigkeit. Aber auch in diesem Fall

* Dr. med. Ingrid Reubi, Psychiaterin/Psychotherapeutin FMH, Chefärztin, Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee. Dieser Artikel beruht auf einem Referat, welches die Autorin am 25. März 1999 an der Sarganserländer Suchtfachtagung zum Thema Medikamentensucht hielt. Die redaktionelle Bearbeitung machte Martin Hafen.



muss ich darauf achten, wie ich das Medikament verordne, insbesondere was die Art, Dosis und zeitliche Dauer betrifft. Durch klare Haltungen kann ich mich schützen gegenüber gesellschaftlichem Druck, gegenüber dem allgemeinen Suchtpotential unserer Gesellschaft; dieses schlägt sich ja bei weitem nicht nur in der Medikamenten-Abhängigkeit nieder.
Ich kann mich mit einer klaren Haltung abgrenzen gegenüber Bemerkungen von Seiten meiner PatientInnen wie «Ihr Kollege verschreibt mir das Medikament aber auch». Dabei muss ich vielleicht auch in Kauf nehmen, dass ich als Ärztin nicht immer beliebt bin. Was mir eine solche Haltung aber bringt, ist eine gewisse Freiheit, denn die Haltung wurde von mir gewählt, und ich bin es, die sie eigenverantwortlich verändern kann. Die Haltung kann mir helfen, Medikamente mit einem therapeutischen Ziel zu verschreiben und nicht nur als das Mittel der unter Zeitknappheit leidenden und machtlos gewordenen Ärztin, die Pillen verschreibt, anstatt Zuwendung zu geben und eine Beziehung zu ermöglichen.

Maximen der medizinischen Ethik

Diese Überlegungen führen uns endgültig auf das relativ heikle Territorium der medizinischen Ethik. Medizinische Ethik beschäftigt sich nicht nur mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Fakten, sondern mit der Verantwortung, den Folgen und der Angemessenheit von ärztlichem Handeln. Wenn ich diese ethischen Maximen im Hinterkopf habe, bin ich schon zu einem grossen Teil vor Verführungssituationen geschützt. Welches sind nun die Maximen, die uns die Medizin-Ethik bietet. Ich habe die vier für mich wichtigsten heraus gesucht:

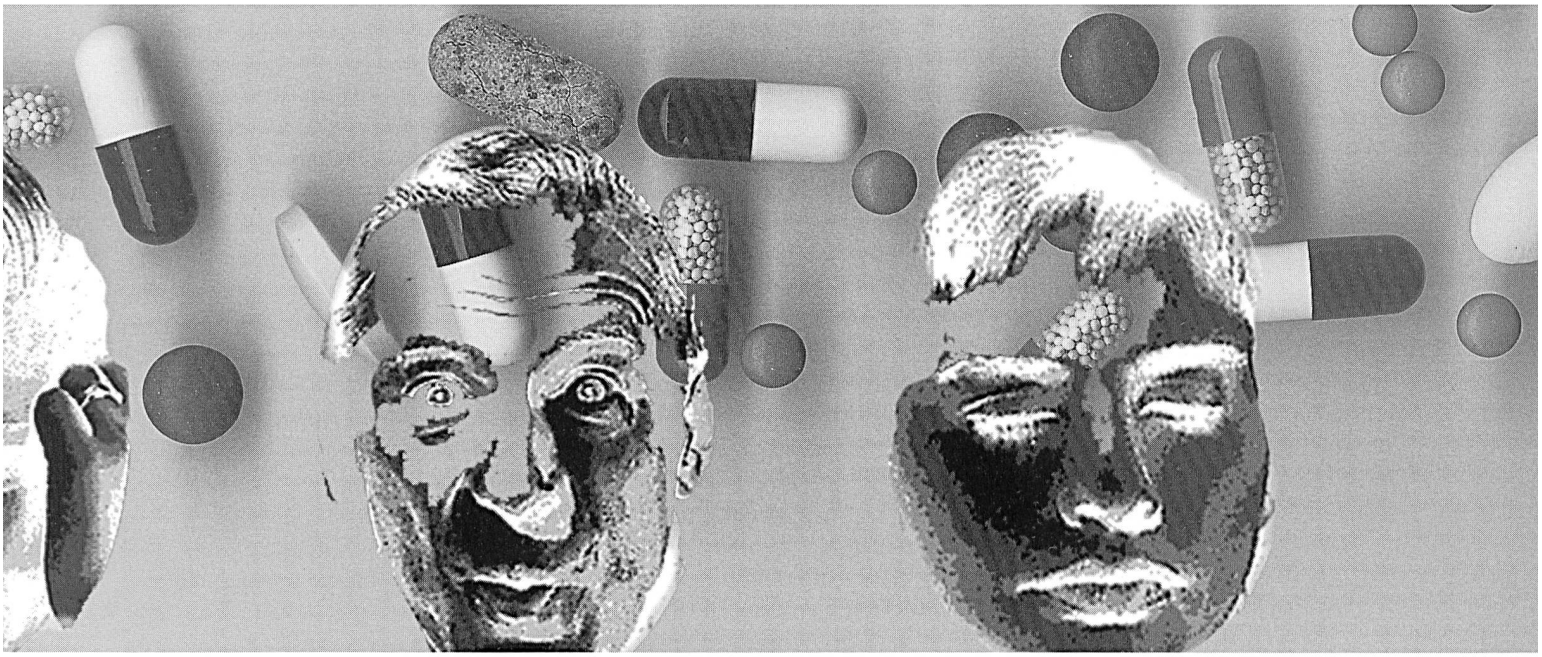
- das «primum nihil nocere» von Hippokrates: vor allem keinen Schaden anzurichten
- das «bonum facere»: Gutes zu tun
- das «dosis sola facit venenum»: nur die Dosis macht das Gift
- die Maxime des Autonomiegewinnes

Primum nihil nocere

Es ist das oberste Gebot ärztlicher Kunst und muss es immer bleiben. Die Frage ist, wie ich das in der täglichen Praxis auf die Handlungsebene übersetzen kann? Mit Sicherheit kann ich immer wieder an meiner Autonomie gegenüber den Einflüssen der Gesellschaft arbeiten. Ich bin zwar dauernd in eine potentiell hoch süchtige Gesellschaft eingebunden – wenn sie das nicht wäre, würde sie wahrscheinlich in wirtschaftlicher Hinsicht zusammen brechen –, doch ich kann eigene Haltungen und Kritikfähigkeit gegenüber diesen Einflüssen entwickeln, mich Beeinflussungen verweigern. Ich kann an meiner Beziehungskompetenz arbeiten, und das ist nicht nur eine Aufgabe der Psychiatrie, sondern eine der ganzen ärztlichen Zunft. Ich kann darauf achten, wie ich mit Konflikten umgehe, und was für Beziehungsmuster ich immer wieder eingehe. Ich kann mich fragen, von welchen PatientInnen ich mich immer wieder verführen lasse, eine schnelle, eine unüberlegte Handlung auszuführen. Die Arbeit an meiner fachlichen Kompetenz ist schlussendlich nichts anderes als Arbeit an meiner Autonomie. Das Ziel ist nicht das Anhäufen von Faktenwissen – das kann jeder Computer besser als ich. Das Ziel wäre, Neues zu begreifen und in meine berufliche Identität einzubauen. Denn, das gilt es zu bedenken, naturwissenschaftliches Wissen ist nicht gekoppelt an moralische Kategorien wie Verantwortung und Schuld.

Ärztliches Handeln ist zustimmungsbedürftig

Zum Prinzip des primum nihil nocere gehört für mich die Tugend der Vorsicht und Geduld, wobei wir wieder bei der Zeit angelangt sind, die mir zur Verfügung steht oder die ich mir nehme. Ich könnte mir auch die Mühe machen, über das Wesen von ärztlichem Handeln zu reflektieren.
Ärztliches Handeln unterscheidet sich nicht von anderem menschlichen Handeln. Es zeichnet sich durch drei Charakteristika aus: Es ist einmalig; es ist unwiederholbar und es ist unwiederruflich. Gerade wenn man an die unerbittliche Unwiderruflichkeit des Handelns denkt – nicht nur im Fall von Operationsfehlern oder nicht verhinderten Suiziden –, dann muss klar sein, dass das primum nihil nocere im ärzt-



lichen Handeln absolute Priorität hat. Es gibt aber auch Eigenschaften, die ärztliches Handeln vom übrigen menschlichen Handeln abheben: Es ist ein primär zustimmungsbedürftiges Handeln – gegenüber meinem eigenen Gewissen, gegenüber Standesregeln und gegenüber den PatientInnen. Ich kann also nicht einfach meine Vorstellungen etwa betreffend Abstinenz oder dem Aushalten von Schmerz den PatientInnen überstülpen. Ich muss sie überzeugen, muss sie gewinnen, z.B. für den Verzicht auf eine angstlösende Therapie mit Medikamenten, und das ist nur im Rahmen einer Beziehung möglich, die ich vorher zu gestalten bereit war.

Handlungsprinzipien

Ärztliches Handeln weist darüber hinaus eine ganz spezielle Eigenheit auf: es intendiert einen Erfolg, den es nicht garantieren kann. Daraus ergibt sich häufig eine Diskrepanz zwischen Ziel und Konsequenz, und das heisst wiederum nichts anderes, als dass therapeutisches Handeln immer unter extremer Vorsicht erfolgen sollte. Dies um so mehr, als ärztliches Handeln in einer Gesamtsituation erfolgt, die mir nur eine sehr beschränkte Einsicht in Teilzusammenhänge erlaubt. Man denke dabei auch daran, dass die Medizin meistens die Defizite und nur selten die Ressourcen, d.h. nur einen Teilbereich der PatientInnen erfasst und nur diesen in die therapeutischen Überlegungen einbeziehen kann.

Wie nicht alle Wirkung von ärztlichem Handeln mit Sicherheit geplant werden kann, so wenig können auch alle Nebenwirkungen voraus gesehen werden. Die Nebenwirkung «Sucht» jedoch sollte vorhersehbar sein. Unter dem Prinzip des primum nihil nocere sollte z.B. das Suchtpotential von Benzodiazepinen nie ausser Acht gelassen werden.

Zusammengefasst könnte man sagen, dass das ärztliche Handeln immer von folgenden Prinzipien geleitet sein sollte: von Vorsicht, von Bescheidenheit und von Ehrlichkeit, z.B. beim Besprechen von Behandlungsmöglichkeiten.

Bonum facere

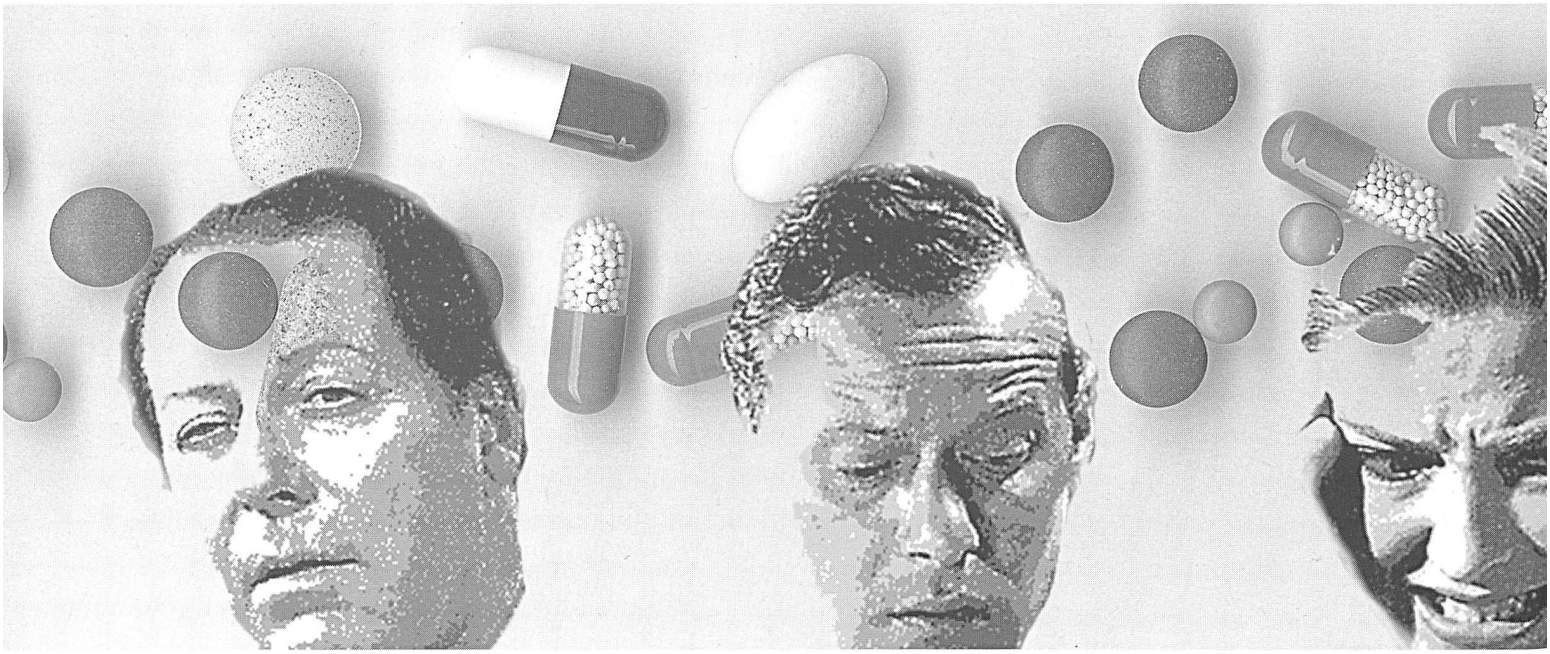
Das Prinzip, Gutes zu tun, könnte man auch als ärztliche Sorgfaltspflicht umschreiben. Die Schwierigkeit bei diesem Grundsatz ist, wer denn entscheidet was gut ist und was nicht. Sind es die PatientInnen, sind es die ÄrztInnen oder ist es die Gesellschaft, die z.B. ihre Angehörigen möglichst schnell wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert sehen möchte.

Auch dabei muss dabei berücksichtigt werden, dass die dyadische Arzt-Patienten-Beziehung immer in ein soziales Umfeld eingebettet ist, das sich laufend verändert. Drei Faktoren bestimmen diese Beziehung massgeblich: die Zeit, die von beiden Seiten investiert werden kann und will; die Beziehungsfähigkeit, wobei vor allem der Arzt für seine Beziehungsfähigkeit verantwortlich ist, und der Patient vielleicht krankheitsbedingt weniger, und schliesslich die Verantwortungsbereitschaft und -fähigkeit, wobei diese bei den PatientInnen durch die Krankheit ebenfalls eingeschränkt sein darf.

Zwei Beziehungsmodelle

Unter den Arzt-Patienten-Beziehungen greife ich zwei heraus. Die klassische Form basiert auf dem hippokratischen Modell, wonach sich die Beziehung auf die Verantwortungsethik abstützt. Die ÄrztInnen haben demnach nicht nur eine fachliche, sondern auch eine menschliche Verantwortung für ihr Handeln, und sie müssen das Wohl der PatientInnen über eigene Interessen stellen können. Die konsequente Umsetzung dieser Richtlinien würde wohl um einiges mehr Zeit beanspruchen, als sie heute in der Regel zur Verfügung steht, bzw. von ärztlicher Seite zur Verfügung gestellt wird.

Das zweite Beziehungsmodell stammt eher aus unserer Zeit. Es ist das sogenannte Vertragsmodell, welches wahrscheinlich für die Verschiebung von der Bezeichnung «PatientInnen» zu jener der «KlientInnen» geführt hat. Der Begriff «KlientIn» reduziert meines Erachtens die Arzt-Patienten-Beziehung auf rein fachliche Aspekte – ähnlich wie bei der Beziehung zwischen AnwältInnen und ihrer Klientel. Der Beziehungsaspekt kommt in dieser Formulierung zu kurz. Im medizinischen Bereich drückt sich diese Einseitigkeit z.B. auf der Ebene der Gruppenpraxen aus: Hier können die KlientInnen eine



korrekte fachliche Beratung erwarten; die Qualität der Beziehung scheint jedoch nicht gesichert, da die Bezugspersonen immer wieder wechseln. Weiter ist ein Vertragsmodell abgestützt auf das Prinzip von Angebot und Nachfrage. Hier stellt sich die Frage, was ich als Ärztin überhaupt anbieten möchte – oder anders: wie ich meine Autonomie gegen die Bedürfnisse meiner KlientInnen aufwäge, wie ich die Forderung des «Marktes» mit meinen Grundsätzen in Einklang bringe.
Ich glaube, dass selbst in dieser Arzt-Patienten-Beziehung eine gewisse Abhängigkeit vorhanden ist, auch wenn immer vorgegeben wird, dass es sich dabei um eine rein partnerschaftliche Beziehung handle. Ich bin der Meinung, dass man, wenn man krank ist, kein vollwertiger Partner, keine vollwertige Partnerin sein kann – oder besser: nicht sein muss.

Dosis sola facit venenum

Nur die Dosis macht das Gift. Das ist eine Regel, die man heute in der Theorie wieder sehr vehement vertritt – nach dem Grundsatz: so viel wie nötig und so wenig wie möglich. Das hiesse in der Praxis, dass ich mir bei der Indikation von Medikamenten Zeit nehmen muss. Ich muss mir über die Art der Medikation klar werden, über die Menge, über die Zeitdauer und über die Risiken, die damit einher gehen.
In der Schweiz ist es mittlererweile zum Glück verboten, für Benzodiazepine ein wiederholbares Rezept mit der Dauer von drei Monaten auszustellen. Auch wenn sie nicht immer eingehalten werden: solche Regeln sind durchaus ein Hilfsmittel für die ÄrztInnen, sich vor Verführungssituationen zu schützen.
Zum Leitsatz dosis sola facit venenum gehört meiner Ansicht nach auch die Dosierung meines eigenen Gehetzt-Seins. Für das kann und muss ich die Verantwortung selber übernehmen, genau wie für die Dosierung von Fürsorge gegenüber Autonomie. Auch das ist meist alles andere als Zeit sparend, doch gerade bei PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen ist zuviel Fürsorge in der Regel ebenso verderblich wie zuviel Autonomie.
Als ganz entscheidend erachte ich die Dosis Zeit, die ich einsetze um abzuwägen, wie gross das Risiko der Krankheit im Verhältnis zum Risiko der Therapie ist. Eine wesentliche Kunst der ärztlichen Zunft wäre an sich und ganz zuerst der Mut, etwas nicht zu tun.

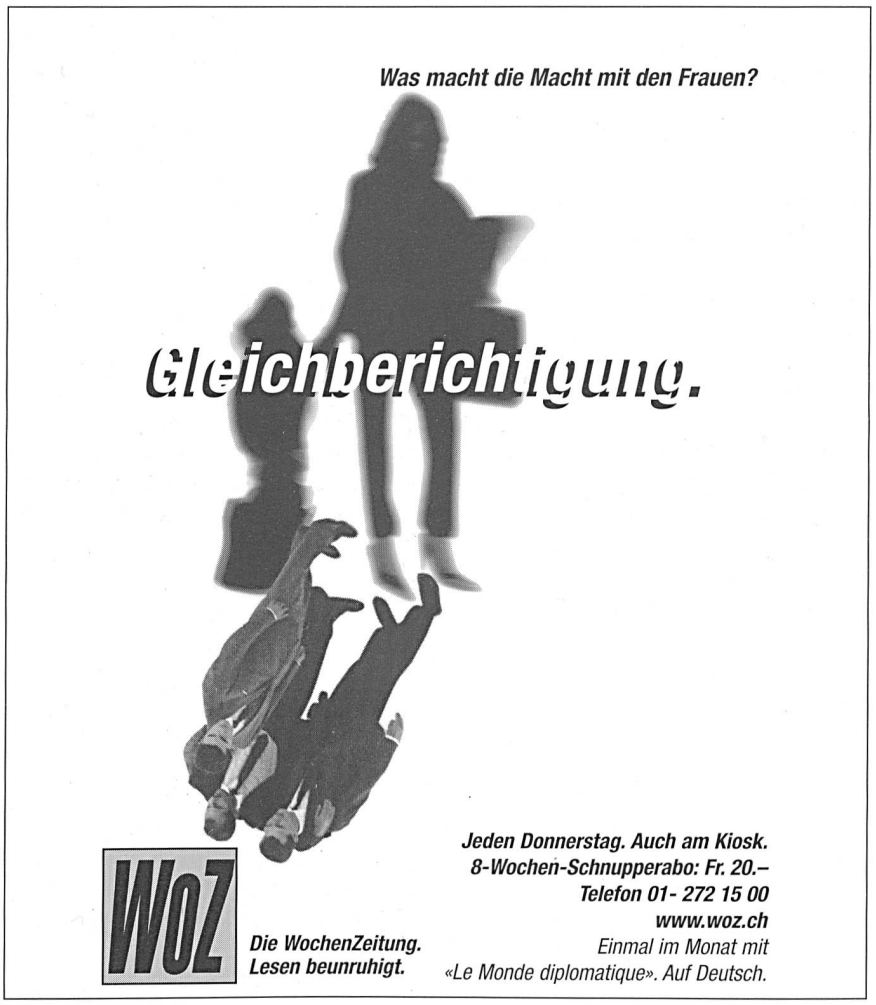
Autonomiegewinn

Dieser Leitsatz steht mir als Psychotherapeutin sicher sehr nahe. Bei den PatientInnen einen Autonomiegewinn zu erreichen, ist nur möglich, wenn sich die Therapeutin nicht zum schnellen Handeln verführen lässt und nicht nur ihr, sondern auch den KlientInnen die Gründe für eine bestimmte Form von Therapie klar sind. Schon Sokrates hat einmal gesagt, dass Heilung nur der erfährt, der zu den Gründen seiner Erkrankung vordringe. Ich denke, dieser Satz stimmt für beide PartnerInnen im Behandlungsprozess. Autonomiegewinn in einer Psychotherapie ist meiner Meinung nach nur möglich, wenn die Ressourcen der PatientInnen mehr betont werden als ihre Defizite.

Mehr Mut ist notwendig

Alle aufgezählten Punkte sind nicht nur für die Psychotherapie mit abhängig strukturierten Persönlichkeiten wichtig, sondern für jede psychotherapeutische Behandlung. Ich möchte zusammen mit meinen PatientInnen wegkommen, vom Nicht-warten-Können auf Veränderungen, die einfach ihre Zeit brauchen, wegkommen von der schnellen Erleichterung, wegkommen von der Beziehungsvermeidung.
Ich möchte, dass die PatientInnen wegkommen von der ewigen Flucht vor der Angst. Ich möchte versuchen, mich zusammen mit meinen PatientInnen öfters einmal der Angst zu stellen, sie zu begleiten in diesem Prozess und die Angst mit ihnen auszuhalten, nicht die Angst einfach wegtherapieren. Alles in allem: Ich möchte dass die PatientInnen wegkommen wollen vom reinen Zudecken der Symptome mit Medikamenten; dass sie verstehen wollen, warum die Versuchung immer wieder so gross ist wegzulaufen, einfach Medikamente einzunehmen. Was hält die PatientInnen von der Selbstverantwortung und der Selbstständigkeit fern? Ist es wirklich so riskant, eine Beziehung zu wagen; ist es so riskant, eine auf-

deckende zu beginnen; ist es so riskant hinzuschauen und wagen zu verändern, auch wenn Veränderung Abschied heisst – mit oder ohne Medikamente.

Abschliessende Bemerkungen

Ich hoffe, es ist mir ein wenig gelungen aufzuzeigen, dass das Dilemma der medikamentösen Therapie zwischen Notwendigkeit und Missbrauch keines sein muss; dass wir diesem Dilemma nicht einfach ausgeliefert sind wie dem Wetter; aber auch dass medizinisches Handeln immer eine unmittelbare Verantwortung bedeutet, immer unter Risiko abläuft und nicht reversibel ist und ich deshalb Überlegungen zu den Grenzen meines Handelns aufstellen muss. Ich kann nur tun, was in meiner Macht steht, d.h. was mir möglich ist zu tun. Das ist vielleicht nicht alles, was ich mir wünsche, aber es ist schon sehr viel.
Ich kann dabei darauf achten, mich fachlich und menschlich weiter zu entwickeln; ich kann mich laufend hinterfragen und kritisch sein; ich kann auch neugierig bleiben im Sinne einer lustvollen Neugier und nicht nur im Sinne von Lernen als Pflicht; ich kann die Folgen meines medizinischen Handelns nicht immer vorher sagen, aber ich kann sie eingrenzen und bewusst machen durch meine Einstellungen und Haltungen. Diese Haltungen kann ich frei wählen, und auch wenn sie den Erfolg meines Tuns nicht ermöglichen können, so können sie doch für die Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit meines Handelns garantieren, auch wenn es Zeit braucht – so wie es Zeit braucht, weniger Medikamente zu verschreiben.
Alles was ich persönlich beeinflussen kann, ist veränderbar. Es gibt aber auch Dinge, die man nicht oder nur sehr begrenzt verändern kann, wie z.B. die Hast und Begehrlichkeit unserer Zeit. Damit wir überhaupt etwas bewirken können, braucht es wahrscheinlich die Weisheit, das Veränderbare von dem Gegebenen ohne Resignation zu unterscheiden. ■