

Ärztliche Kunst und Behandlung der Opiatabhängigkeit

Alfred Springer

11. Substitutionsforum; Mondsee

Ärztliche Kunst

- Naturwissenschaftliche Erkenntnisse, Wissen um die pathophysiologischen Zusammenhänge, gereifte Erfahrung, das Talent zur Intuition, technisches Geschick und die Gabe zur menschlichen Zuwendung sind die Bedingungen, die die mehr oder weniger erlernbare Praxisfähigkeit des Arztes zur ärztlichen Kunstfertigkeit machen.

- Mit dieser ärztlichen Kunstfertigkeit verpflichtet sich der Arzt dem singulären Patienten zu helfen. Weitere Ansprüche an die Kunst des Arztes sind aus der Sicht des Patienten nur sekundärer Art. Jeder Patient erwartet von seinem Arzt, dass die Behandlung nur ihn allein im Auge hat und das öffentliche Wohl sowie Ansprüche anderer im Augenblick seiner Behandlung keine Rolle spielen.

- Als wesentliche Voraussetzung für die ärztliche Therapie-Entscheidung, also sowohl im diagnostischen Prozess, als auch in der Indikationsstellung und in der Durchführung der therapeutischen Maßnahme muss gelten, dass der Wert der Person, ihr sozialer Status, ihre soziale Nützlichkeit, ihr Alter, selbst ihr kognitiver Zustand kein differenzierender, d.h. ausschließender Maßstab sein darf.

- Ziel und Zweck der ärztlichen Kunst ist ausschließlich ihre restaurative und konservierende Funktion die Wiederherstellung einer funktionellen Integrität.

- Der Arzt darf niemals fragen, was die Person, dessen kranke Organe er behandelt, wert ist. Sowohl der diagnostische Prozess, wie auch die Indikation als auch die Behandlung muss hinsichtlich der kranken Person wertfrei sein. Sobald der Arzt die Person wertet, versündigt er sich gegen das Prinzip der Gleichheit aller Menschen und gegen seine ärztliche Aufgabe.

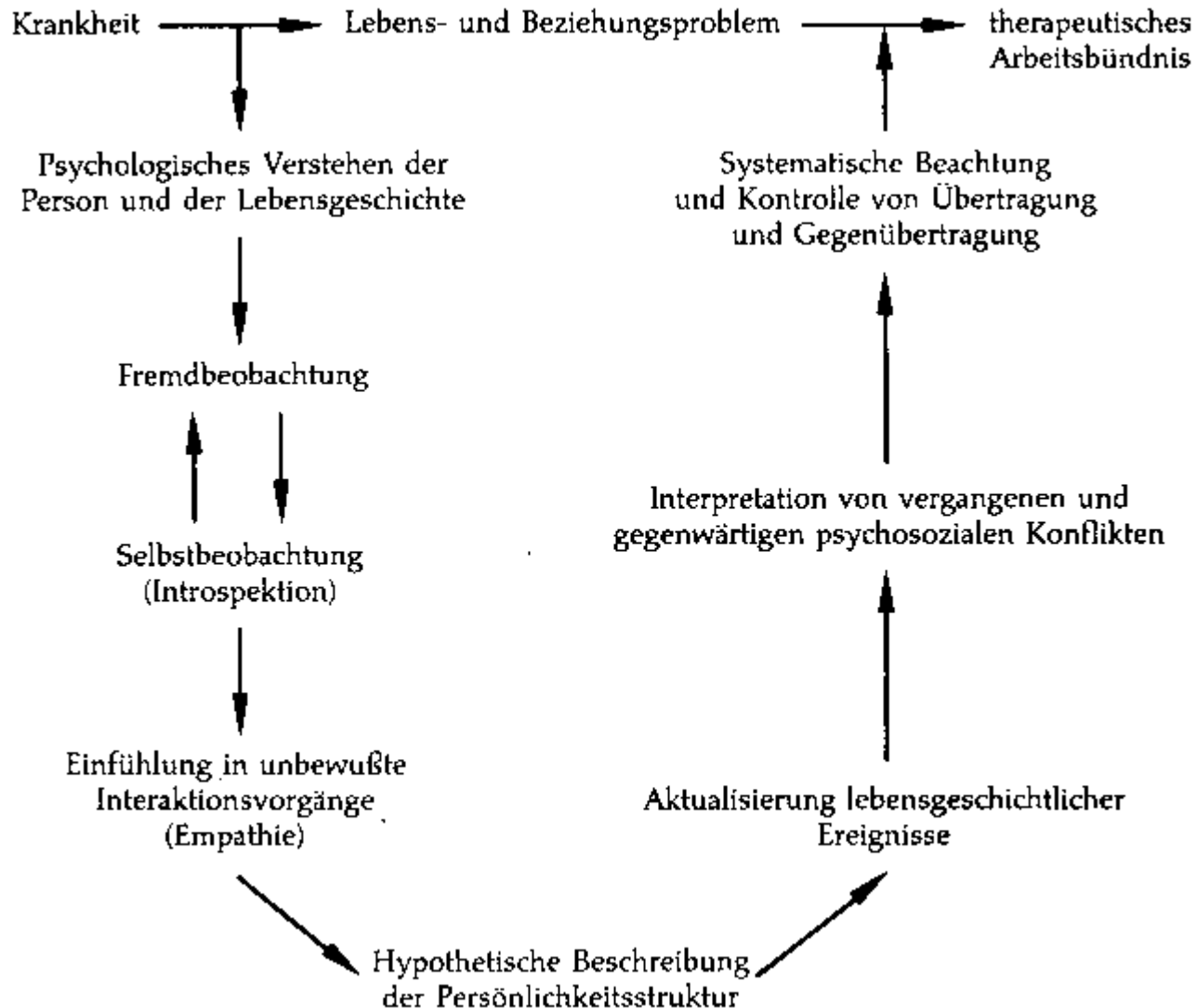
Zusammenfassung: Dimensionen der ärztlichen Kunst

- Primäre Aufgabe: Wiederherstellung – Innerhalb der künstlerischen Aufgabenstellungen kommt dem Arzt zu Restaurator und Konservator, kein Neuschöpfer zu sein.
- Kompetenz
- Person – Subjekt - Bezogenheit
- Wertfreiheit bzgl. der Bedingungen des Patienten / der Patientin.

Ärztliche Kunst – ein komplexes Modell

- Im medizinischen Alltag werden wissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse mit der ärztlichen Intuition und Erfahrung kombiniert, um dem individuellen Patienten gerecht zu werden.
- Dabei ist zunächst die persönliche Therapeuten-Patient-Beziehung wesentlich, die immer dann entsteht, wenn jemand mit einem Gesundheitsproblem Hilfe sucht. Sowohl Ärzte als auch andere Heilberufe entwickeln solche Beziehungen zu ihren Patienten. Nur auf Basis dieser Vertrauensbeziehung können gültige Daten zur Krankengeschichte (Anamnese) erhoben werden und eine gründliche klinische Untersuchung durchgeführt werden. Technische Verfahren zur medizinischen Untersuchung mithilfe eines Labors, bildgebende Verfahren wie z. B. Röntgen, und viele andere Untersuchungsverfahren wie z. B. das Elektrokardiogramm, ergänzen die gesammelten Informationen. Zur ärztlichen Kunst gehört es, die Vielzahl der Fakten und Beobachtungen zur Diagnose zu integrieren. Nur eine korrekte Diagnose ermöglicht die erfolgreiche Therapie.

Ärztliche Kunst



Aktuelle Definitionen I: -Im Zeichen des „Neo-Liberalismus“

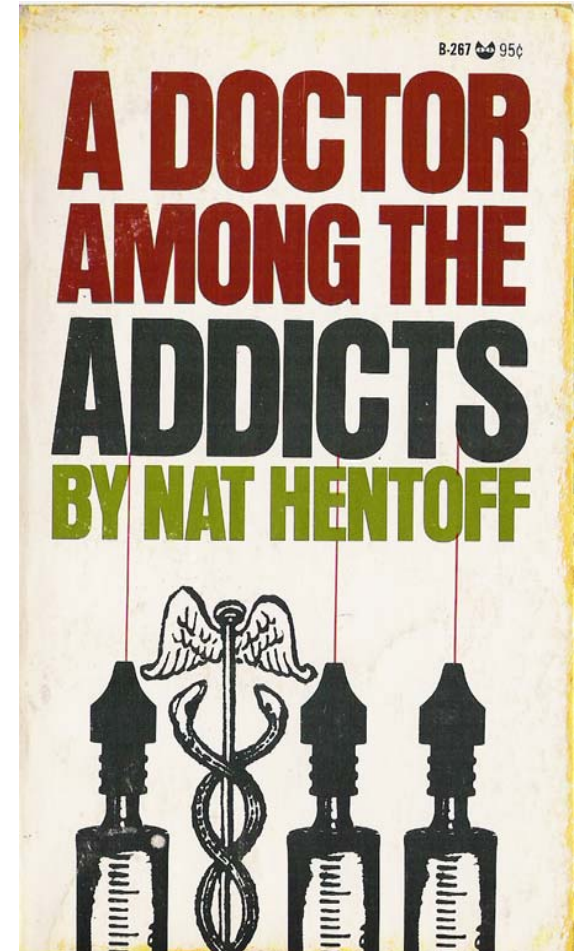
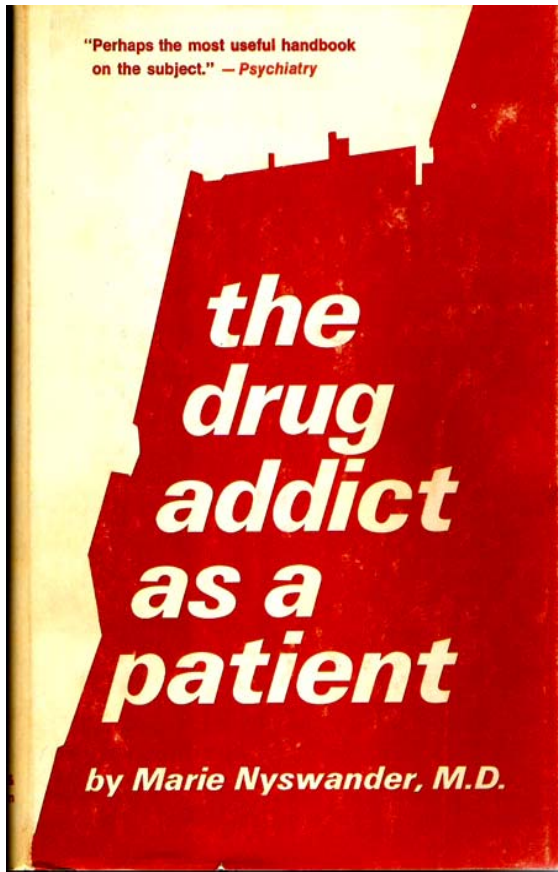
- Der primäre Zweck medizinischen Handelns besteht darin, positiv auf die Gesundheit der Patienten zu wirken und zudem hinsichtlich des Nutzens und der Kosten effizient zu sein.

Aktuelle Definitionen II

- Als positive Wirkungen bewertet die Medizin die Anzahl der Lebensjahre, die Patienten durch medizinische Maßnahmen gewinnen, und die Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Bei der Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität richtet sich die Medizin nach der allgemeinen, nun schon alten Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation, wonach Gesundheit eine physische, psychische und soziale Komponente hat.

Ärztliche Kunst und Behandlung der Opiatabhängigkeit

Marie Nyswander, 1956



Marie Nyswander: Die Rolle des Arztes

- Die erste Aufgabe ist es, sich als warmherzige, freundliche Autorität zu etablieren
- Die Position im Leben des Patienten sollte einzigartig sein: sie sollte weder die angstvolle Haltung und die Kritik der Eltern noch die Strenge des Gesetzgebers duplizieren
- Der Arzt muss die Überzeugung herstellen, dass er die Kämpfe und Schwierigkeiten des Patienten versteht; dabei muss er auch klarstellen, dass sein eigenes persönliches Interesse an der Sucht des Patienten auf einem gemeinsamen Anliegen beruht.

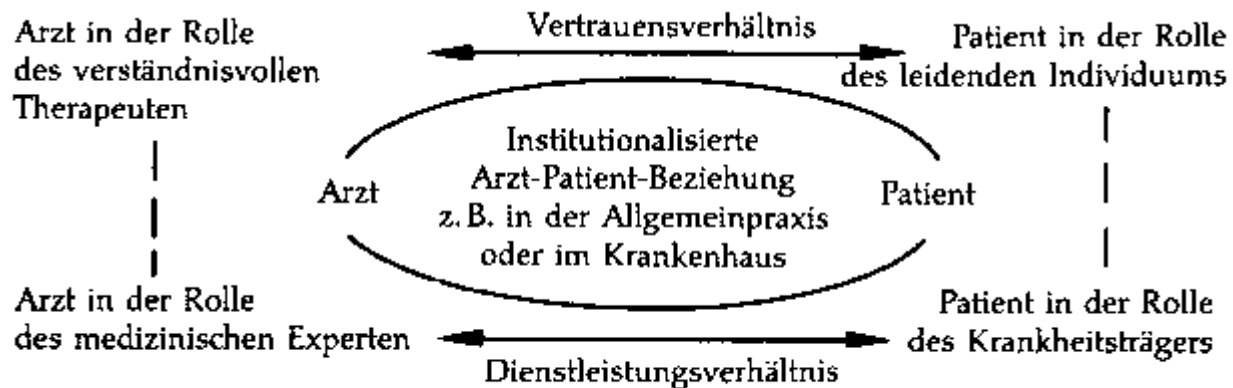


- Das einfache Angebot des Arztes, dem Patienten in seinen Versuchen von der Droge loszukommen beizustehen, wird sich als unglaublich starker Einfluss in diese Richtung erweisen.....Manche Experten meinen, dass der Gebrauch von Furcht oder von Drohungen einen vergleichbaren Effekt hat. Aber jeder, der sich mit der menschlichen Natur befasst, weiß, dass derartige Maßnahmen in jeder echten Kur nur eine untergeordnete und kurzlebige Rolle spielen. Sie gehören zur Rolle des Gesetzes und sie sollten nicht vom Arzt wahrgenommen werden.



- Her straightforward manner, her unsentimental compassion, and her easy rapport with patients were legendary. Most important, at a time when her fellow psychiatrists viewed drug-addicted persons with disdain as being mentally-deficient moral outcasts, she promoted the idea of addiction as a disease. It is commonly recognized that no other American psychiatrist of her generation benefitted the lives of so many opioid-addicted patients.

Rollenkonflikte und ihre Lösung



Regulierung und Standardisierung

Gesetzliche Grundbedingung

- Ärzte, die suchtgifthaltige Arzneimittel für Zwecke der Schmerz- oder Substitutionsbehandlung „de lege artis“ (*nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der medizinischen oder veterinärmedizinischen Wissenschaft*) verschreiben, sind gemäß § 8 SMG von der Strafbarkeit ausgenommen

Der Stand der medizinischen Wissenschaft

- ...die Substitutionsbehandlung hat nach den Standards der medizinischen Wissenschaft zu erfolgen

Standards der medizinischen Wissenschaft ?????

Kritik an der Wissenschaftlichkeit der Medizin ganz allgemein

- Grundlagen der modernen zunehmend evidenzbasierten Medizin bilden die Naturwissenschaften (Biologie, Chemie, Physik), speziell Humanbiologie, Anatomie, Biochemie, Physiologie, ergänzt durch Psychologie und Sozialwissenschaften (vgl. Medizinsoziologie, Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsökonomie). Aufgrund der mangelnden Theoriebildung – die für Wissenschaft als grundlegend gilt – kann die Medizin jedoch nur sehr eingeschränkt als Wissenschaft bezeichnet werden. Die Evidenzbasierung versucht hier Abhilfe zu schaffen, indem Therapiemaßnahmen zunehmend an aktuellen Forschungsergebnissen ausgerichtet werden. Am grundsätzlichen Versuch-und-Irrtum-Vorgehen der medizinischen Grundlagenforschung, die beinahe ausschließlich auf Nachbardisziplinen angewiesen ist, ändert dieser Fortschritt aber bisher nichts.

isw-report 48: September 2001: Kritik an der ärztlichen Kunst

- Historisch kann man die Bedeutung der Gesundheitsförderung leicht belegen: Die entscheidenden Durchbrüche bei der Hebung des allgemeinen Gesundheitszustands der Bevölkerung in den letzten 150 Jahren sind auf die Verbesserungen der allgemeinen Lebensumstände wie Hygiene, sauberes Wasser, Wohn- und Ernährungssituation, Verkürzung der Arbeitszeit, Verschärfung der Arbeitsschutzbedingungen usw. zurückzuführen und nicht auf eine Verbesserung der individuellen Krankenbehandlung. Und um den Glauben an die **ärztliche Kunst** zu relativieren, seien folgende Zahlen aus einer US-Studie (des Instituts of Medicine der National Academy of Science in Washington) genannt: nur 4% der ärztlichen Leistungen genügen wissenschaftlichen Anforderungen, 14% liegen im Mittelfeld und für 51% gibt es überhaupt keinen wissenschaftlichen Nachweis. Eine andere Untersuchung der WHO kam 1996 zu dem Ergebnis, "*dass nur im Fall von etwa 20% aller medizinischen Leistungen eine gute empirische Evidenz für den Nutzen erbracht werden kann*„.

- Die Geschichte der Medizin zeigt oft nebeneinander sehr unterschiedliche medizinische Konzepte zwischen Aberglaube, metaphysischen Vorstellungen, Erfahrungswissen und der Anwendung überwiegend naturwissenschaftlicher Forschungsergebnisse. Im Gegensatz dazu werden in der heutigen Medizin neue Erkenntnisse üblicherweise nach wissenschaftlichen Grundsätzen gewonnen und zunehmend durch Studien belegt. Auch Erkenntnisse, die lange Zeit in der Medizin als gesichert galten, werden vermehrt unter strengen Bedingungen überprüft und dabei nicht selten als Irrtum erkannt.

Schlagwort:
„evidenzbasierte Forschung“

Die Lösung:

Ein dummy-kontrolliertes,
randomisiertes, placebo
cross-over, Doppelblindexperiment
(Evidence-basiert)

Was ist EbM?

- **Evidenzbasierte Medizin** ist jede Form von medizinischer Behandlung, bei der patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf Basis von bewiesener Wirksamkeit getroffen werden. Die Beweisfindung erfolgt dabei durch statistische Verfahren. Sie steht damit im Gegensatz zu Behandlungsformen, bei denen kein statistischer Wirksamkeitsnachweis vorliegt.
- Der Begriff *evidence-based medicine* wurde Anfang der 90er Jahre von Gordon Guyatt aus der Gruppe um David Sackett an der McMaster Universität, Hamilton, Kanada, geprägt. Im deutschen Sprachraum wurde über das Konzept erstmals 1995 publiziert. Das Verbinden der Evidenzbasierten Medizin und der täglichen Behandlung und Pflege von Patienten soll zu besseren Ergebnissen für die Patienten führen.

Evidenzbasierte Medizin

- „ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der best verfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (David L. Sackett u. a.: *Was ist evidenz-basierte Medizin und was nicht?*)

Forderungen der EBM an Arzt und Patient

- Evidenzbasierte Medizin fordert vom Arzt nicht nur klinische Expertise (das heißt Fachwissen am Krankenbett), sondern auch das Wissen, wie er sich die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung aneignet, wie er sie interpretiert und anwendet. Fachwissen ist ebenso erforderlich in der Gesprächsführung mit dem Patienten, vor allem in der Besprechung möglicher Nutzen und Risiken der verschiedenen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Außerdem ist eine Kenntnis der eigenen Wirkung auf den Patienten gefragt und auch ein Bewusstsein darüber, welche Sorte Patient die schwachen Seiten des Arztes zum Vorschein bringt.
- Angestrebt werden sollte eineinformierte Einwilligung. Vom aufgeklärten und mündigen Patienten darf ebenfalls gefordert werden, sich den gegebenen Erkenntnissen der Medizin nicht zu verschließen.

Die aktuelle (irrig?) Bewertung

Definition - Wikipedia

- EbM beruht demnach auf dem aktuellen Stand der klinischen Medizin auf der Grundlage klinischer Studien, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen (= externe Evidenz). Die EbM beschäftigt sich nicht mit der Durchführung von klinischen Studien selbst, sondern mit der systematischen Nutzung ihrer Ergebnisse.

Bassler und Antes, 2000

Tabelle 1

Hierarchiestufen externer Evidenz

Evidenzstufe	Evidenz-Typ
I a	Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien
I b	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie
II a	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie, ohne Randomisierung
II b	Evidenz aufgrund einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
III	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (zum Beispiel Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fall-Kontroll-Studien)
IV	Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten

- Level 1: Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Überblicksarbeiten (Meta-Analysen) über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien.
- Level 2: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie.
- Level 3: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien, ohne randomisierte Gruppenzuweisung.
- Level 4a: Es gibt Nachweis für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten.
- Level 4b: Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees.

EbM-Kritik

- Je mehr Daten in großen Studien zusammengezogen werden, um so schwieriger wird es, den Durchschnittspatienten der Studie mit einem speziellen Patienten zu vergleichen. So sind Studien mit einer großen Anzahl nicht ohne weiteres auf einen speziellen Einzelfall anwendbar. „Große Zahlen liefern ein statistisch gesehen genaues Ergebnis, von dem man nicht weiß, auf wen es zutrifft. Kleine Zahlen liefern ein statistisch gesehen unbrauchbares Ergebnis, von dem man aber besser weiß, auf wen es zutrifft. Schwer zu entscheiden, welche dieser Arten von Unwissen die nutzlosere ist.“ (Beck-Bornholt; Dubben: 2003)

Kritik an der EbM

- EbM würde aus Karriere- und finanziellen Gründen stark vorangetrieben.
- Erfahrung, individuelle Entscheidungen und Emotionen würden bei der EbM nicht oder zu wenig anerkannt (stupide „Kochbuchmedizin“).
- Die Forderung, den Wert einer medizinischen Behandlung für den einzelnen Betroffenen zu beurteilen, führt zum Begriff *value based medicine*. Dieser Wert im Kontext zum einzelnen Menschen betrachtet (biopsychosoziales Modell) wird als *human based medicine* bezeichnet. EbM könne bestenfalls ein erster Schritt auf dem Weg zur HbM sein.
- Es gibt keinen Beweis dafür, dass die Behandlung nach EbM-Maßstäben für den einzelnen Patienten besser ist als die individuelle Therapieentscheidung behandelnden Arzt.
- Metaanalysen, die von Pharmafirmen gesponsert werden, sind meist falsch-positiv bewertet.

Kritik an der EbM

- Fehlen von bewiesenem Nutzen und Fehlen von Nutzen seien nicht das Gleiche. So helfen zum Beispiel Umschläge mit essigsaurer Tonerde als Hausmittel gegen Fieber, obwohl diese noch keinem Doppelblindversuch unterworfen wurden.

Kritik an der EbM

- Viele, wenn nicht die meisten, bedeutsamen medizinischen „Fortschritte“ wurden niemals den Bedingungen einer randomisierten prospektiven Studie unterworfen bevor sie zu Routinebehandlungen wurden, weil ihr günstiger Effekt völlig klar war. Beispiele schließen etwa die Appendektomie und die Entdeckung des Nutzens von Insulin für die Behandlung von Diabetikern ein.

Metaanalysen



Sind oft eine besondere Art des „Datenwaschens“

Metaanalyse: Hilfe oder Zensur und Meinungsmache?

- The practice of evidence-based medicine is a process of lifelong, self-directed, problem-based learning in which caring for one's own patients creates the need for clinically important information about diagnosis, prognosis, therapy and other clinical and health care issues.
- Instead of routinely reviewing the contents of dozens of journals for interesting articles, EBM suggests that you target your reading to issues related to specific patient problems. Developing clinical questions and then searching current databases may be a more productive way of keeping current with the literature.
- Evidence-based medicine "converts the abstract exercise of reading and appraising the literature into the pragmatic process of using the literature to benefit individual patients while simultaneously expanding the clinician's knowledge base." (Bordley DR, 1997)

Ein satirischer Beitrag aus dem British Medical Journal

Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials



- **Objectives** To determine whether parachutes are effective in preventing major trauma related to gravitational challenge.
- **Design** Systematic review of randomised controlled trials.
- **Data sources:** Medline, Web of Science, Embase, and the Cochrane Library databases; appropriate internet sites and citation lists.
- **Study selection:** Studies showing the effects of using a parachute during free fall.
- **Main outcome measure** Death or major trauma, defined as an injury severity score > 15.

- **Results** We were unable to identify any randomised controlled trials of parachute intervention.
- **Conclusions** As with many interventions intended to prevent ill health, the effectiveness of parachutes has not been subjected to rigorous evaluation by using randomised controlled trials. Advocates of evidence based medicine have criticised the adoption of interventions evaluated by using only observational data. We think that everyone might benefit if the most radical protagonists of evidence based medicine organised and participated in a double blind, randomised, placebo controlled, crossover trial of the parachute.

Smith & Pell, BMJ, (2003)

Wir glauben, die Menschheit könnte profitieren,
wenn die radikalsten Anhänger der evidenzbasierten Medizin
ein randomisiertes, Placebo kontrolliertes, cross-over,
Doppelblindexperiment
mit Fallschirmen planen würden

...

und dann gleich selbst daran teilnehmen



Aus der Diskussion, die dieser
Beitrag auslöste:

Grace E. Jackson, MD

- Inbetracht der zweifelhaften Reliabilität der Evidenz auf der die klinische Praxis derzeit aufbaut (Information aus Journals, Handbüchern, politische Vorgaben, Tageszeitungen) sollte die Zeit dafür reif sein, dass die Ärzte die Auswirkung postmoderner Philosophie auf ihre Profession und ihr Handeln reflektieren. Ebenso ist es an der Zeit, dass jene, die zur Evidenz beitragen, den Wert der direkten Beobachtung neu bewerten und wieder die Bereitschaft entwickeln der empirischen und intuitiven Entdeckungen zu vertrauen, die sie persönlich in ihrem klinischen Alltag machen (selbst wenn diese Beobachtungen und Entdeckungen nicht mit der „besten zugänglichen Evidenz“ in Einklang stehen).

Korrekturen auf seiten der Proponenten der EbM

Sackett, D.L. et al. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312 (7023), 13 January, 71-72).

- "Evidence-based medicine ist keine Kochbuch-Medizin. Da sie einen „bottom-up approach“ erfordert, der die beste externe Evidenz mit individueller klinischer Expertise und mit der Wahl des Patienten verbindet, kann sie nicht zu einem sklavischen Kochbuch-Zugang zur Versorgung des einzelnen Patienten führen. Externe klinische Evidenz kann informieren, kann aber niemals individuelle klinische Expertise (Erfahrung) ersetzen und es bleibt dieser Expertise vorbehalten, zu entscheiden, ob die externe Evidenz auf den individuellen Patienten passt und wenn sie passt, auf welche Weise sie in eine klinische Entscheidung integriert werden soll oder kann.“

Sackett, D.L. et al. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312 (7023), 13 January, 71-72).

- "Evidence-based medicine ist nicht beschränkt auf randomisierte Zuweisungsstudien und auf Metaanalysen. Sie versucht, die beste externe Evidenz aufzuspüren, die für die Beantwortung einer klinischen Fragestellung geeignet ist.....wenn keine randomisierte Studie in der Frage, die ein Patient aufwirft, durchgeführt wurde, suchen wir nach der nächst besten Evidenz und nutzen diese.

- Für den großen Anteil der Patienten im medizinischen Alltag, für den es keine externen Evidenzen Grad I oder II gibt, folgt, dass die dann am besten verfügbare Evidenz heranzuziehen ist. In dem Maße, wie der Grad der externen Evidenz abnimmt, muss aber die interne Evidenz (ärztliche Kunst, Kompetenz) zunehmen. Nur die Zunahme an interner Evidenz vermeidet in diesen Situationen eine unkontrollierbare Beliebigkeit in den Therapieentscheidungen. Denn gerade in diesen Situationen kommt der Kompetenz des Arztes, seinem Können und seiner Erfahrung die entscheidende Bedeutung zu. Die Summe aus externer und interner Evidenz muss stimmen.

Sackett, D.L. et al. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312 (7023), 13 January, 71-72).

- „Gute Ärzte nutzen sowohl die individuelle klinische Expertise wie auch die beste zugängliche externe Evidenz und keiner der beiden Anteile für sich allein reicht aus. Ohne klinische Evidenz werden die Risiken der Praxis von der Evidenz tyrannisiert, weil auch exzellente externe Evidenz eventuell auf einen bestimmten Patienten nicht anwendbar ist oder unzureichend geeignet ist. Ohne dauernde Information über beste Evidenz andererseits riskiert die Praxis rasch veraltet zu sein und den Patienten zu benachteiligen.

Zusammenfassung der Diskussion um die Ausrichtung der EbM

- In den fundamentalen Texten zur EbM wurde der „Alltagserkenntnis“ durchaus ein hoher Rang zugewiesen; auf irgend eine Weise gewannen aber die Ideologen des positivistischen Forschungszugangs die Oberhand und es entstand der falsche Eindruck, dass die Expertise des einzelnen Arztes oder Experten als relativ irrelevant gegenüber den Ergebnissen systematischer standardisierter Forschung eingeschätzt werden muss. Zur Verankerung dieser Interpretation trug die Hierarchisierung von „Evidenzkategorien“ entscheidend bei, die ursprünglich in den grundlegenden Texten zur EbM nicht aufscheint.

- Diese Einschätzung wurde jedoch für unseren Handlungsraum insofern relevant, als sie die Grundlage dafür bildet, dass die Hierarchisierung als Waffe in der wissenschaftspolitischen und drogenpolitischen Auseinandersetzung eingesetzt werden kann. Deutlich wurde diese Möglichkeit zunächst in der Bewertung der Schweizer Heroinprojekte durch die WHO; unseren Handlungsspielraum tangierte sie entscheidend in der Auseinandersetzung um die Verschreibung der slow release Morphine.

- Der Umstand, dass innerhalb des Erfahrungswissens (der internen Evidenz) Spannungen auftraten führte in dem Diskurs, der damals entstand, nicht dazu, dass die Abklärung innerhalb des Spannungsfeldes betrieben wurde, sondern dass der Ruf nach externer Evidenz laut wurde und zu einer grotesken Überschätzung der Bedeutung klinischer Untersuchungen für die Praxis der Substitution führte.

Evidence based practice und traditionelle Kompetenz

McKibbin KA (1998). Evidence based practice. Bulletin of the Medical Library Association 86 (3): 396-401

- "Evidence-based practice (EBP) ist ein Zugang zur Krankenversorgung, in dem die Gesundheitsprofis die bestmögliche Evidenz nutzen, d.h. die passendste zugängliche Information um klinische Entscheidungen über individuelle Patienten zu treffen. EBP baut auf, auf klinischer Expertise, dem Wissen über Krankheitsmechanismen und Pathophysiologie, bewertet und erweitert sie. Diese Praxis nutzt komplexe und bewusste Entscheidungsfindung, die nicht nur die verfügbare Evidenz heranziehen sondern auch Charakteristika des Patienten, seine Situation und seine Bedürfnisse (Vorlieben) berücksichtigen. Diese Praxis anerkennt, dass Gesundheitsvorsorge individualisiert ist immerwährenden Wandlungen unterliegt und auch Unklarheiten und Wahrscheinlichkeiten einschliesst. In letzter Hinsicht ist EBP die Formalisierung jenes Therapieprozesses, wie ihn die besten Kliniker bereits seit Generationen praktizieren.

Aus der Geschichte lernen

Ärztliche Kunst 1890

- „....das Haupterfordernis für den Arzt: dass ihm der Kranke als solcher am Herzen liegt! Und ein Arzt, der ungerne Morphinumkranke behandelt, wird mit seinen Resultaten nimmermehr paradieren können.“ Emmerich, 1894;1897

- Unumgängliches Erfordernis für einen Arzt, der sich spezialistisch mit der Behandlung Morphinumkranker beschäftigt, muss es sein, dass er zum wenigsten einige Dutzend Entziehungskuren von Anfang bis zu Ende beobachtet resp, selbst geleitet und dabei die Individualität jedes einzelnen Kranken, die so bestimmend für den Verlauf und die Zeitdauer der Kur ist, genau studirt hat. Der ärztliche Berater selber muss sich genau in die Gedankenwelt und das Gemütsleben des Patienten während der Kur versenken, jeder, auch der geringsten Regung der sog. Morphinum–Natur gerecht werden können und dieser niemals feindlich begegnen; er soll gleichsam jeden Tag, ja jede einzelne Dosis mit dem Kranken „überfühlen“ können und — last not least — das vollste Vertrauen schenken, aber auch verlangen.

Ärztliche Kunst 1890

- Aber bis jetzt hatte man über der K r a n k h e i t den K r a n k e n vergessen; die erstere behandelte man nach der herrschenden Schablone, nach dem vorgeschriebenen Schema F der plötzlichen oder schnellen Entziehung und der letztere hatte einfach sich darein zu fügen, ob er nun wollte oder nicht. Höchstens wandte man sich einmal an ihn direkt mit einem wohlgemeinten: Lieber Freund, es muss gehen!

Erlenmayer, 1887: Prognose

- Morphinismus ist eine chronische Krankheit.
- Folgenden Klienten kann das Morphin nicht gänzlich entzogen werden:
 - Personen, die das Morphin als Schmerzmittel brauchen;
 - Personen, die nicht ohne ev. schädlichere Ersatzmittel (Chloral, Alkohol, etc. auskommen würden;
 - Personen, die langjährig morphiumabhängig sind und deren Organismus der Substanz bedarf.

Erkenntnisstand 1890

- man erkannte die Sucht als Krankheit
- man erkannte die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung und erfasste, dass den Kranken mit besonderer Sorgfalt begegnet werden müsse
- man erkannte die Notwendigkeit der Individualisierung der Behandlung
- man erkannte die Bedeutung der psychischen Behandlung
- man erkannte, dass der Entzug des Mittels auf verschiedene Weise und relativ problemlos durchgeführt werden konnte, während die Entwöhnung besonderer Mittel bedurfte
- man erkannte, dass man nicht allen Abhängigen das Mittel dauernd und vollständig entziehen könne (Erlenmayer) –
- man erkannte die besondere Bedeutung der Injektion
- man erkannte die Auswirkungen der Stigmatisierung und bekämpfte die Verwendung des Begriffes „Sucht“.

Die frühe Kontroverse

- Dabei bildeten sich zwei Lager heraus, die sich innerhalb des Diskurses über das Wesen der Sucht positionierten und sich vor allem hinsichtlich der Definition der richtigen und geeigneten ärztliche Haltung und der Bewertung der geeigneten therapeutischen Maßnahmen voneinander unterschieden. Diese Auseinandersetzung lässt sich besonders schön in der Einstellung zur Anwendung von Zwang in der Behandlung des Morphinismus und im Zugang zum Kranken nachvollziehen.

Gemeinsamkeiten

- Ablehnung von Behandlungsmethoden, in denen der Patient getäuscht wird (etwa durch Substitution des Morphium durch Wasser (Pichon – Brouardel'sche Methode)
- Entzugsbehandlungen in psychiatrischen Kliniken und unter den Bedingungen der Psychiatrie (Entmündigung und Anhaltung) nur dann, wenn eine psychiatrische Indikation besteht.
- Notwendigkeit der Dauerversorgung mit Morphium in bestimmten Fällen, in denen darauf nicht verzichtet werden kann.

Eine bemerkenswerte Schlussfolgerung aus 1890

- Uebrigens ist die Einführung der völlig zwanglosen Behandlung Morphiumkranker nur die konsequente Folgerung des jetzt in der Psychiatrie allgemein geltenden no-restraint-system.

