



Interventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen

Über Suchterkrankungen im Allgemeinen und besonders bei Ärzten redet man nicht gern. Das Suchtinterventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg bricht dieses Tabu und begleitet erkrankte Ärztinnen und Ärzte in Therapie, Praxisorganisation und Nachsorge.

Alkoholerkrankungen werden gesamtgesellschaftlich noch immer unterschätzt. Dabei kann bereits der regelmäßige Alkoholkonsum auf eine mögliche Suchterkrankung hindeuten. Legt man zur Ermittlung der Prävalenz des Suchtstoffes Alkohol den durchschnittlichen Alkoholkonsum der Bevölkerung zwischen 15 und 70 Jahren in Deutschland zugrunde, der aus der *tatsächlich* konsumierten, d.h. gekauften, Menge errechnet wird, ergibt sich ein geschätzter Pro-Kopf-Verbrauch von täglich 41 g reinen Alkohols. Schon dieser mittlere Wert liegt jenseits der gesundheitsgefährdenden Grenze, die nach der British Medical Association bei 30 g reinen Alkohols für Männer und 20 g für Frauen zu ziehen ist.

In der Allgemeinbevölkerung liegt der Prozentsatz der manifest Alkoholerkrankten je nach Quelle bei 3 bis 5 %, das sind 2,5 bis 5 Mio. Menschen. Hinzu tritt ungefähr noch einmal dieselbe Anzahl Alkoholgefährdeter. Ein anschauliches Maß für die Verbreitung der Alkoholkrankheit ist ihr Vergleich mit dem Diabetes mellitus, der bei etwa 4 % der Gesamtbevölkerung auftritt.

Bei der Häufigkeit einer manifesten Abhängigkeitserkrankung - ohne die Fälle von Alkoholmissbrauch, die nach ICD-10 Kriterien ja bereits zumindest körperliche und/oder psychische Schäden nach sich gezogen haben - ist mit einer Anzahl von etwa 1,7 Millionen der Gesamtbevölkerung zu rechnen. Bezogen auf die Anzahl der in Deutschland tätigen Ärzte (330.000) bedeutet dies gut 7.000 Abhängige. Für Hamburg liegt diese Zahl, ein gleiches Konsumverhalten wie in der Gesamtbevölkerung im Durchschnitt vorausgesetzt, bei umgerechnet 255. Erschreckend ist auch die Anzahl der Todesfälle, die sich in Deutschland insgesamt auf ca. 50.000 Menschen beläuft. In Hamburg ist davon auszugehen, dass immerhin etwa 7 Ärzte jährlich an den Folgen der Alkoholabhängigkeit sterben. Allerdings gibt es Anhaltspunkte, dass der Prozentsatz bei Ärzten mit Suchterkrankungen insgesamt möglicherweise sogar noch höher ist.

Betrachten wir nun die speziellen suchtfördernden Bedingungen bei Ärztinnen und Ärzten und die im Vorfeld einer Intervention bestehenden spezifischen Probleme.

1. Zu den Ursachen gehören

- nachteilige Arbeitsbedingungen
 - hoher Erwartungsdruck in hierarchischen Strukturen
 - unregelmäßige und zu lange Arbeitszeiten
 - lange Aus- und Weiterbildungszeiten mit dem schließlich fast habituell werdenden Eindruck, mit nichts wirklich fertig zu werden bzw. geworden zu sein.

- nachteilige Arbeitsinhalte
 - hoher emotionaler Druck mit einem überfrequenten Kontakt zu belastenden Patientenschicksalen und damit einer ebenfalls überfrequenten Beanspruchung auf der emotionalen Ebene.
 - pharmakologische Praxis als Katalysator süchtigen Verhaltens;

Medikamenteneinsatz und Verfügbarkeit im beruflichen Alltag wirken synergistisch, und das vermeintlich genaue Wissen des Arztes um die Risiken führt oft zur Fehleinschätzung beim „Selbstversuch“ bzw. „-gebrauch“.

2. Zu den Problemen vor der Behandlung

- zählt das idealisierte Selbstverständnis des Arztes. Es geht dahin, dass der Arzt ein im Grunde unverwundbarer Helfer zu sein hat, der selbst nicht krank wird. Demgemäß verliert der Arzt auch nie seine Selbstkontrolle, und er wehrt in jeder Situation Zweifel daran ab, dass sein Suchtmittelkonsum für ihn nicht (mehr) disponierbar, d.h. in erster Linie zu begrenzen sei. Die Substanzwirkung selbst tut dabei ihr Übriges, um diese Tendenz zur Einschränkung des Kritikvermögens noch zu vertiefen. Das hohe Arztideal steht so in narzisstisch kränkendem Kontrast zur realen ärztlichen Persönlichkeit, die erschöpfbar bleibt und für den bislang selbstlos Helfenden eine Hilfe für sein Selbst erforderlich macht.

- gehört die Angst vor den Folgen einer Offenlegung der Sucht. Diese Angst hat erkennbar zwei Komponenten:
 - die unmittelbar empfundene Not, die berufliche Existenz zu verlieren (durch Approbationsentzug oder Ruhensanordnung durch die Behörde, durch Entzug der KV-Zulassung, Regressforderungen);
 - die Scham und Furcht vor Stigmatisierung in der persönlichen und beruflichen Umgebung.

- tritt ein weiterer für den Betroffenen nachteiliger Effekt: Die Verdrängung, die durch dessen Umgebung stattfindet. Nicht nur bei legalen Suchtmitteln, die etabliert und daher mit einer tolerablen Schwellendosis versehen sind, sondern auch bei Medikamenten- und Opiatmissbräuchen treffen wir

häufig auf eine weitgehende, dabei falsch verstandene Kollegialität von ärztlichen und auch nichtärztlichen Mitarbeitern. Diese ist oft begleitet von einer gleichsinnigen privat-familiären Toleranz. Das häufig ratlose Hinwegsehen über die schwache und zunehmend krankhafte Stelle führt zu Koabhängigkeit und für den Betroffenen zur Chronifizierung seiner Erkrankung.

Meist ist es eine solche Situation, in der das Interventionsprogramm, das die Ärztekammer Hamburg über mehrere Jahre hin entwickelt hat, einsetzt.

Im Folgenden einige Erläuterungen zum Ablaufschema „Interventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg bei Suchterkrankungen von Ärztinnen und Ärzten“ (s. Teil 1 Informationsmaterial). Zunächst erreicht die Ärztekammer eine Information über den Verdacht auf bestehende Abhängigkeit. Verschiedene Quellen kommen in Betracht. Neben Patienten und Angehörigen, die eine zentrale Rolle spielen, melden sich in letzter Zeit bei der Ärztekammer vermehrt auch Betroffene selbst mit der Bitte, in das Programm aufgenommen zu werden. Dies mag mit dem zunehmenden Bekanntheitsgrad zusammenhängen, der durch Veranstaltungen, Merkblätter und Anzeigen im „Hamburger Ärzteblatt“ erreicht wurde. Häufig fragen auch Kollegen zunächst allgemein an mit der Bitte um Zusendung von Informationsmaterial, zum Teil auch unter Hinweis auf Betroffene in ihrer beruflichen Umgebung. Über MISTRA – Mitteilung in Strafsachen – erhält die Ärztekammer als vertrauliche Personalsache eine Mitteilung des Gerichts, sofern die Strafsache Zweifel an der Zuverlässigkeit oder Berufseignung der Betroffenen weckt. Dies ist z.B. bei Trunkenheitsfahrten der Fall.

Das Gespräch mit dem betroffenen Kammermitglied findet unmittelbar nach der Information in der Kammer, aber auch unter Umständen vor Ort – z.B. in der Arztpraxis – statt. Oft ist das Kammermitglied in einem desolaten, z.T. auch in intoxikiertem Zustand. Häufig erleben die Mitarbeiter der Kammer heftige Abwehr und Verleugnungsreaktionen. Trotz der anfänglichen Aggression gelingt es meist, die Ziele und Inhalte des auf Hilfe und erforderliche Unterstützung gerichteten Programms zu verdeutlichen. Dabei soll ein Kooperations- und Handlungsspielraum geschaffen werden, der konstruktiv für eine Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung genutzt wird. Besteht bei Fällen klarer Abhängigkeit keinerlei Compliance, wird dem Kammermitglied mitgeteilt, dass innerhalb des nächsten Tages die Abgabe der Unterlagen an die Aufsichtsbehörde erfolgt. Nahezu immer ist es möglich, am Anfang einer solchen Intervention trotz der teils emotionalen und aggressiven Atmosphäre eine Mitarbeit des Betroffenen zu erreichen.

In Zweifelsfällen, bei denen nicht klar ist, ob eine Abhängigkeitserkrankung besteht, wird eine Untersuchung durch einen suchtmmedizinisch erfahrenen Arzt durchgeführt, ggf. mit einer Therapieempfehlung.

Es schließt sich dann im Fall einer stationären Behandlungspflichtigkeit eine Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung in einer Suchtklinik in der Regel für die Dauer von 6 bis 8 Wochen an. Häufige Probleme dort sind die Akzeptanz der Patientenrolle für die betroffene Ärztin/den betroffenen Arzt, die Krankheitseinsicht mit einer ausreichenden emotionalen Akzeptanz und das Rückfallmanagement. Um die Therapie in der Suchtklinik zu ermöglichen, ist die Ärztekammer bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung, der Organisation einer Praxisvertretung und auch bei der Klärung der Kostenübernahme behilflich.

Nach der Entlassung beginnt das Nachsorgeprogramm der Ärztekammer auf dem Boden einer mit dem Betroffenen geschlossenen „freiwilligen Vereinbarung“, die im Regelfall fünf Punkte enthält und für die Dauer von zunächst einem Jahr gilt:

1. Durchführung einer monatlichen gutachterlichen Untersuchung unter Einschluss des psychopathologischen Befundes und objektiver Laborparameter,
2. wöchentliche Durchführung einer Psychotherapie, über die die Ärztekammer nur in Bezug auf Terminversäumnisse informiert wird,
3. regelmäßiger Besuch von (AA-)Selbsthilfegruppen,
4. monatlich Vorstellung in der Ärztekammer zur Besprechung der Situation und der Ergebnisse,
5. unregelmäßig von der Ärztekammer initiierte Abstinenzkontrollen (Blutuntersuchung, Urinuntersuchung, Alkoholtests am Alkomaten).

Die Ärztekammer Hamburg ist davon überzeugt, dass eine Teilnahme an einer strukturierten Behandlung als Erfolg einzustufen ist. Wichtig ist es, den Betroffenen überhaupt an eine therapeutische Chance heranzuführen und gleichzeitig seine Patienten in der Phase der akuten Erkrankung vor möglichen negativen Behandlungsauswirkungen zu schützen.

Verfasser:

Dr. Klaus Beelmann
Geschäftsführender Arzt
der Ärztekammer Hamburg
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg

Quelle: Hamburger Ärzteblatt, 6-7/2003