Suchtmedizinisches Interventionsprogramm für suchtkranke (Zahn-)Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern

Einleitung

Ärzte sind besonders gefährdet, an Sucht zu erkranken (z. B. Schifferdecker et al. 1996). Das hängt zum einen mit den berufsspezifischen Belastungen zusammen: hohe Arbeitsdichte, überdurchschnittliche Arbeitszeiten, Leistungs- und Perfektionsdruck sind gesellschaftliche Forderungen, die häufig auf ein berufliches Selbstbild des stets hilfsbereiten, selbstlosen, nimmermüden und immer funktionierenden Mediziners treffen. In nicht wenigen Fällen führt dieser Druck zum Kompensationsversuch mittels Suchtmittelkonsum. Nur so können die Betroffenen Entspannung finden, Selbstzweifel überwinden oder Belohnung für ihren hohen Einsatz bekommen. Ebenfalls auf diese Art kompensiert werden die emotionalen Belastungen durch die berufsbedingte Konfrontation mit Tod, Siechtum, schweren Schicksalen und Traumatisierungen. Vielen Kollegen gelingt keine adäquate Kompensation. Eher wird verdrängt und so getan, als könne man alles aushalten. Geeignete Kompensationsmechanismen und Fähigkeiten zur Selbstfürsorge haben viele Kollegen nicht entwickelt.

Zum anderen sehen sich Ärzte einer höheren Verfügbarkeit an Suchtmitteln gegenüber. Bis auf Apotheker gibt es keine andere Berufsgruppe, die fast uneingeschränkt über Benzodiazepine, Opioide, Narkotika, so genannte z-drugs (Zopiclon, Zolpidem) oder Stimulanzien verfügen können. Hohe Verfügbarkeit der Suchtmittel ist ein Risikofaktor für Suchtentstehung. So ist es kein Wunder, dass z. B. von allen medikamentenabhängigen Patienten der AHG Klinik Schweriner See der Jahre 2010 und 2011 rund die Hälfte aus medizinischen Berufen kamen (Fischer 2012). Außerdem lernen Ärzte in der Ausübung ihres Berufes, Medikamente seien die Lösung vieler Probleme, was implizit förderlich für ein erhöhtes Suchtrisiko ist.

Epidemiologie

Sichere epidemiologische Daten zur **Medikamentenabhängigkeit** gibt es nicht, jedoch geht man von rund 1,5 Millionen medikamentenabhängigen Menschen in der BRD aus (Jahrbuch Sucht 2012). Nach verschiedenen Autoren (Centrella 1994, Sherritt et al. 2002) kommen Suchterkrankungen bei Ärzten mindestens genauso häufig vor wie in anderen Bevölkerungsgruppen. Ärzte nehmen jedoch häufiger Medikamente und weniger illegale Drogen. Sie neigen eher zur Selbstmedikation mittels Suchtstoffen. Umgerechnet auf die Zahl der Kammermitglieder leben in Mecklenburg-Vorpommern mindestens 250 medikamentenabhängige Ärzte. Wobei wegen des genannten Problems der Verfügbarkeit eher noch mit einer höheren Zahl gerechnet werden kann.

Aber auch **Alkoholabhängigkeit** bei Ärzten ist ein sehr ernstes Problem. Rosta (2008) fand mittels einer anonymen Befragung von Ärzten per E-Mail, dass vor allem männliche Kollegen und Chirurgen schädlichen Gebrauch von Alkohol betreiben. Soyka (2010) errechnet für die gesamte Bundesrepublik eine Zahl von 10347 Ärzten mit einer Alkoholabhängigkeit. Ausgehend von einer Einjahresprävalenz der Alkoholabhängigkeit von 2,4 % der Allgemeinbevölkerung (Pabst und Kraus 2008), was 1,3 Mio. Betroffene in Deutschland bedeutet, muss bei rund 9.200 Mitgliedern der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern von mindestens 220 manifest alkoholabhängigen Ärzten im Bundesland ausgegangen werden.

Selbst wenn eine hohe **Komorbidität** zwischen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit berücksichtigt und der **Konsum illegaler Drogen** vernachlässigt wird, gibt es über 400 Ärzte in unserem Bundesland, die an einer stoffgebundenen Sucht erkrankt sind.

Krankheitsmerkmale

Die Diagnose einer stoffgebundenen Sucht wird nach folgenden **Kriterien** gestellt:

- Craving oder „Suchtdruck“,
- Kontrollverlust,
- Körperliches Entzugssyndrom,
- Toleranzentwicklung,
- Ausrichtung des gesamten Verhaltens auf Substanzbeschaffung und -konsum,

- Anhaltender Konsum trotz Nachweises schädlicher Folgen, derer der Betroffene sich bewusst ist.

Wenn mindestens **drei dieser Kriterien irgendwann innerhalb eines Jahres gleichzeitig vorhanden sind, muss die Diagnose gestellt werden**. Sowohl durch die Wirkung der Suchtmittel bei Konsum, als auch durch die Entzugssymptome und die bei den Kriterien genannten Krankheitsphänomene liegt es auf der Hand, dass die Betroffenen in nicht abstinenten Phasen der Erkrankung nicht in der Lage sind, selbst verantwortungsvoll Patienten zu behandeln. Niemand möchte z. B. von einem Chirurgen operiert, von einem Anästhesisten in Narkose versetzt oder auch von einem Psychiater behandelt werden, welcher selbst gerade unter Suchtmittelwirkung steht, durch Entzugserscheinungen beeinträchtigt ist oder durch chronischen Konsum kognitiv oder körperlich nicht voll leistungsfähig ist.

Mögliche Folgen kann sich auch jeder Laie leicht ausmalen. Deshalb ist es folgerichtig, wenn zum Behandlungsschutz der Patienten sowohl durch die Approbationsbehörde, als auch bei niedergelassenen Kollegen durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung eine weitere ärztliche Tätigkeit unterbunden wird.

Paradoxon

Dadurch ergab sich in der Vergangenheit für den suchtkranken Arzt jedoch ein Dilemma. Die suchtimmanenten Phänomene der Aggravation und Verleugnung wurden verstärkt. Der drohende Verlust der Approbation führte dazu, dass der Betroffene seine Sucht noch stärker verheimlichte. In der Regel scheute der betroffene Kollege oder die betroffene Kollegin die Kontaktaufnahme mit dem Suchthilfesystem. Es bestand ein Paradoxon: um weiter arbeiten zu können, muss der Betroffene die Sucht bewältigen und Hilfe suchen. Sucht er oder sie jedoch Hilfe, droht die Sucht bekannt zu werden und der Betroffene verliert die Approbation, kann nicht mehr arbeiten.
Als Beitrag zur Überwindung dieses Paradoxon kann die Aufforderung des 111. Deutschen Ärztetages an das Bundesministerium für Gesundheit gesehen werden, den § 21 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte ZV) an den aktuellen Stand der Suchtmedizin anzupassen. *„Insbesondere soll suchtkranken Ärztinnen und Ärzten, die eine entsprechende Therapiemaßnahme erfolgreich durchlaufen haben und anschließend in eine krankheitsbezogene Beobachtung durch ihre Ärztekammer einwilligen, in dieser Zeit nicht mehr eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verwehrt bzw. eine bestehende Zulassung entzogen werden.“* (Bundesärztekammer 2008).
Dieser Aufforderung wurde mit Wirkung vom 01.01.2012 weitgehend gefolgt.

Arbeitsgruppe „Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern“

Bereits Ende 2007 befasste sich der Vorstand der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern mit dem Problem suchtkranker Kammerangehöriger und erörterte die Einrichtung eines Interventionsprogramms für suchtkranke Ärzte. Nach Überprüfung des Bedarfes wurde am 6. Januar 2010 durch den Vorstand eine Arbeitsgruppe gebildet, mit dem Ziel, ein Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern zu erarbeiten. Als Suchtmediziner beteiligten sich die in Abb. 1 genannten Kollegen. Durch die Teilnahme des Geschäftsführers der Ärztekammer Frank Th. Loebbert konnten immer wieder auftauchende juristische Fragestellungen geklärt werden.
Im Konsens legte die Arbeitsgruppe folgende Grundannahmen fest:

1. Suchtkranke Ärzte haben einen Anspruch auf Hilfe und Behandlung.
2. Suchtkranken Ärzten in nachgewiesener Abstinenz oder in adäquater Behandlung darf nicht die Approbation oder die Zulassung aufgrund der Sucht entzogen werden.
3. Der Patientenschutz muss gewährleistet werden. Deshalb können Ärzte, die sich trotz Hilfsangeboten für den weiteren Suchtmittelkonsum entscheiden, nicht ärztlich tätig sein.

Auf der Sitzung des Vorstandes am 20.06.2012 wurde Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Uwe Peter als Ansprechpartner der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern für das Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte benannt (Tel.: 0381 492801800).
Mit dem Landesprüfungsamt für Heilberufe wurde eine Zusammenarbeit unter o. g. Grundannahmen vereinbart.

Das Interventionsprogramm

Das Interventionsprogramm tritt für einen suchtkranken Arzt in Kraft, sobald die Suchtproblematik der Ärztekammer bekannt wird (siehe Abb. 2). In der Regel geschieht das durch Mitteilung Dritter (Patienten, Kollegen, Mitteilung in Strafsachen - Mistra). Im günstigsten Fall jedoch wendet sich der suchtkranke Arzt oder die suchtkranke Ärztin selbst an den Ansprechpartner der Ärztekammer. Der betroffene Kollege wird dann zu einem ersten Gespräch eingeladen, in dem die Rahmenbedingungen des Interventionsprogramms geklärt werden. Für den Betroffenen ist es an dieser Stelle wichtig zu spüren, dass es neben dem Patientenschutz insbesondere auch um Unterstützung für ihn geht. Das Programm dient dem Wohlergehen und dem Erhalt der Leistungsfähigkeit des Betroffenen. Durch die Ärztekammer wird ggf. ein Gutachter bestimmt, welcher nach Untersuchung darstellt, ob und in welcher Art und Schwere eine Suchterkrankung vorliegt. Gleichzeitig wird ein sogenannter supervidierender Arzt festgelegt, der koordinierend, beratend und unterstützend den gesamten Prozess des Interventionsprogramms begleitet. Unterstützung wird z.B. bei Auswahl und Vermittlung ggf. in eine Entgiftungsbehandlung, insbesondere aber in eine zwingend notwendige stationäre Entwöhnungsbehandlung für mindestens 10 Wochen gewährt.

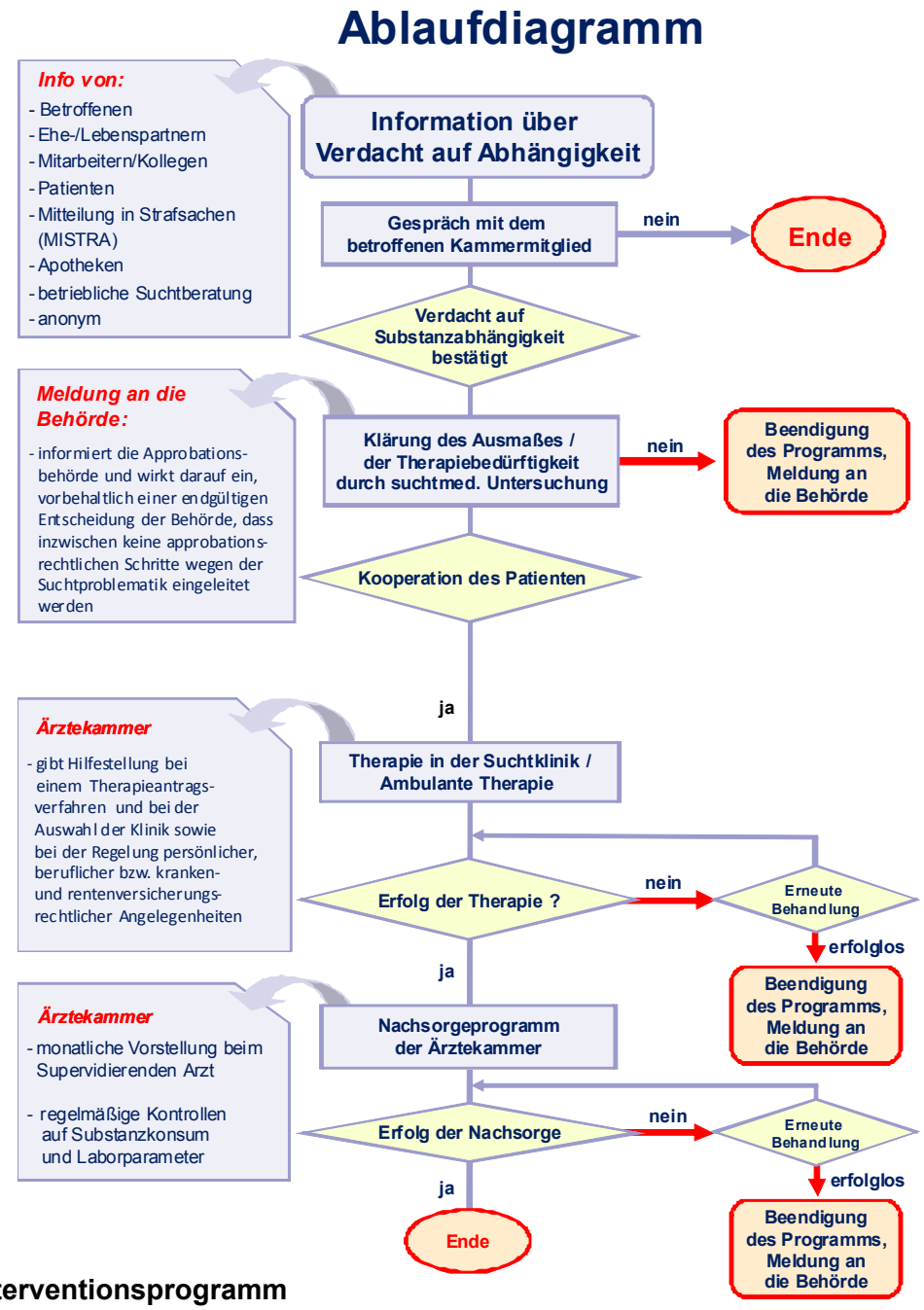

Abb.: Interventionsprogramm

Nach erfolgreichem Abschluss der stationären Behandlung schließt sich die Nachsorge an, welche mindestens zwei Jahre dauert. Neben der regulären Nachsorge in einer Suchtberatung, der Anbindung in das Selbsthilfesystem und ggf. ambulanter psychotherapeutischer Behandlung führt ein durch die Ärztekammer festgelegter Suchtmediziner als supervidierender Arzt regelmäßig und auch unangekündigt und kurzfristig Kontrolluntersuchungen durch. Bestandteil der Kontrolluntersuchungen sind unter anderem Labor- und Atemalkoholkontrollen. Nach Ablauf der 2 Jahre wird festgelegt, ob eine Verlängerung des Programms für den Betroffenen erfolgt oder ein erfolgreiches Ende konstatiert werden kann. Während des gesamten Programms besteht die Möglichkeit, bei fehlender Kooperation oder Entscheidung des Betroffenen für weiteren Konsum die Möglichkeit, das Programm zu beenden und das Problem dem Landesprüfungsamt für Heilberufe zu übergeben.

Tab.: Beteiligte Suchtmediziner

Dr. med. Thomas Fischer	AHG-Klinik Schweriner See, Lübstorf
Dr. med. Michael Köhnke	Friedrich-Petersen-Klinik, Rostock
Dipl.-Med. Conrad Kretschmar	Ev. Suchtkrankenhilfe M-V, Schwerin
Dr. med. Alexander Kuno Miek	Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Greifswald
Dr. med. Reinhard Woratz	Luzin-Klinik, Feldberg

Wirksamkeit des Interventionsprogramms
Wissenschaftlich steht es heute außer Frage, dass die Krankheitsprognose umso besser ist, je früher die Betroffenen im Krankheitsverlauf therapeutisch erreicht werden. Zugang zum Suchthilfesystem auf Grund drohender negativer Konsequenzen (Verlust der Approbation) eröffnet die Möglichkeit, eine ausreichende intrinsische Abstinenzmotivation zu erarbeiten. Insofern ist das Interventionsprogramm ein geeignetes Mittel, den Krankheitsverlauf bei suchtkranken Ärzten positiv zu beeinflussen. Zumal die in das Interventionsprogramm integrierte Entwöhnungsbehandlung ihre Wirksamkeit vielfach nachgewiesen hat.

Ein-Jahres-Katamnesen ergeben je nach Berechnungsart regelmäßig Erfolgsquoten von 50 bis 70 % (Missel et al. 2012, Peters et al. 2012). Bei der Behandlung von Ärzten sind höhere Erfolgsquoten zu erwarten (Mundle & Gottschaldt 2008). Das lässt sich zum einen mit der besseren sozialen und beruflichen Situation und Perspektive der betroffenen Ärzte im Vergleich mit den durchschnittlichen Suchtpatienten begründen. Außerdem scheinen häufiger anzutreffende Persönlichkeitsmerkmale, wie Ehrgeiz und Durchhaltevermögen, sich bei dieser Patientengruppe günstig auf die Prognose auszuwirken. Wissenschaftliche Belege für diesen Eindruck fehlen jedoch.

Positive Erfahrungen berichtet Beelmann (2012) aus der **Hamburger Ärztekammer**, wo bereits seit rund 10 Jahren ein Interventionsprogramm installiert ist.
Soweit überschaubar, gibt es systematische empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit von Interventionsprogrammen für suchtkranke Ärzte in den USA (Knight et al. 2002, Skipper et al. 2009). Die Arbeitsgruppe um Skipper (2009) ermittelte in ihrer Untersuchung, dass über zwei Drittel der betroffenen Ärzte das Interventionsprogramm erfolgreich abschlossen. Fast 80 % waren nach fünf Jahren als Ärzte tätig. In Europa gibt es keine entsprechenden Untersuchungen. Die Evaluation des Interventionsprogramms für suchtkranke Ärzte der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wird eine Aufgabe für die nächsten Jahre sein.

Ermutigung
Das Interventionsprogramm der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist eine hervorragende Chance für betroffene Ärztinnen und Ärzte, einen **Ausweg aus dem vom Suchtmittelkonsum dominierten Leben** zu nehmen. Denn nur dann ist der oder die Betroffene in der Lage, dauerhaft den ärztlichen Beruf auszuüben und ein zufriedenes Leben zu führen. Das Verschleiern und Verbergen der Sucht ohne Inanspruchnahme von Hilfs- und Therapiemöglichkeiten verhindert kurzfristig Konsequenzen. Mittelfristig wird die Sucht dann jedoch zum Verlust der Leistungsfähigkeit und der Approbation führen. Während oft der Betroffene noch der Meinung ist, er kann die Sucht vor seiner Umwelt verbergen, spricht schon der halbe Ort hinter vorgehaltener Hand über das Suchtproblem des Doktors.

Das Interventionsprogramm will ermutigen, sich als suchtkranker Arzt so früh wie möglich Hilfe zu holen. Je früher die Intervention, desto besser die Erfolgsaussichten. Die Kontaktaufnahme mit der Ärztekammer ist ein mutiger erster Schritt.
Kollegen, Vorgesetzte und Mitarbeiter suchtkranker Ärzte sollten den Konsum von Suchtstoffen nicht tolerieren, auch nicht das Verbergen und Verleugnen fördern. Falsch verstandene Kollegialität führt zu einem ungünstigeren Krankheitsverlauf. Suchtkranke Menschen berichten retrospektiv häufig, wie hilfreich direkte Ansprache der Krankheit und die Ankündigung von ernst gemeinten Konsequenzen für die Abstinenzentscheidung war.

Wem der suchtkranke Kollege wichtig ist, der spricht ihn auf die Krankheit an, ermutigt ihn zur Kontaktaufnahme beim Interventionsprogramm oder informiert selbst die Ärztekammer.
Die Ansprechpartner sind in der Tabelle aufgeführt.

Dr. med. Thomas Fischer
AHG Klinik Schweriner See
Am See 4
19069 Lübstorf
E-Mail: tfischer@ahg.de

Literatur beim Verfasser
Mit freundlicher Genehmigung aus Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern 1/2013