



Hilfe statt Strafe

Hilfskonzepte für substanzabhängige Ärzte im anglo-amerikanischen Sprachraum und in Deutschland – Ein Überblick (Teil 1)

von Jens Lundberg

Es ist kein Geheimnis und wohl auch keine Neuigkeit mehr, dass eine unbekannte Anzahl an Ärzten¹⁾ von unterschiedlichen Substanzen abhängig, also suchtkrank, ist. Bekannt wurde dies zunächst nur durch Einzelfallbeschreibungen, in denen Ärzte rückblickend über ihre Suchtgeschichte berichteten. Dem Engagement ehemals Betroffener ist es zu verdanken, dass dem Thema inzwischen vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet wird und mittlerweile in vielen Ländern Netzwerke zur Hilfe suchtkranker Ärzte entstanden sind. Durch die zahlreichen Untersuchungen, die in den vergangenen vierzig Jahren zu diesem Thema gemacht wurden, haben wir recht genaue Kenntnisse über die Situation in der Humanmedizin. Allerdings bezieht sich dies vor allem auf die Länder des anglo-amerikanischen Sprachraumes – in Deutschland besteht noch Nachholbedarf, dem erfreulicherweise seit rund zehn Jahren zunehmend nachgekommen

wird, dies allerdings, wie gesagt, vor allem in der Humanmedizin. Kenntnisse über die Situation in der Veterinärmedizin sind dagegen Mangelware. Neben den Veröffentlichungen im Deutschen Tierärzteblatt (Harling 2007, Lundberg 2008), verdanken wir die wenigen Informationen ebenfalls hauptsächlich dem anglo-amerikanischen Sprachraum (Drennon 1980, Fishbain 1986, Knecht 1992, Vetlife 2009, Willis 2001, Zuziak 1992).

Um sich der Frage nach dem Umgang mit dem Thema „Substanzabhängige Tiermediziner in Deutschland“ zu nähern, scheint es somit sinnvoll, sich zunächst mit den Aktivitäten zur Suchtkrankenhilfe für Humanmediziner zu beschäftigen. Einleitend dazu soll in dem folgenden Beitrag ein Blick auf die Verhältnisse in den USA, in Kanada, England und Australien geworfen werden. Diese Länder bieten eine gute Orientierung und dienen der deutschen Ärzteschaft als Vorbild bei der Etablierung eines speziellen Suchthilfesystems für Ärzte. Viele der hierzulande von der Ärzteschaft eingeleiteten Maßnahmen lehnen sich, wie wir im Weiteren sehen werden, direkt an die bewährte praktische Vorgehensweise dieser Länder an, in deren Zentrum das so genannte „Impaired Physician Program“ („Programm für beeinträchtigte Ärzte“) steht.

Ob und wie die im Folgenden beschriebenen Konzepte auch für die deutsche Tierärzteschaft nutzbar sein können, bleibt abzuwarten. In England zumindest existieren bereits seit einiger Zeit Hilfsprogramme auch für Tiermediziner, die im Folgenden ebenfalls vorgestellt werden.

Der Artikel will Mut machen zum Engagement – und zwar zum Engagement sowohl der Landesvertretungen als auch jedes Einzelnen. Er informiert über Möglichkeiten, zu helfen und ist somit auch und gerade für Kollegen gedacht, die selbst nicht erkrankt sind.

In Kürze wird sich auf dem 25. Deutschen Tierärztetag in Saarbrücken ein eigener Arbeitskreis u. a. mit dieser Thematik befassen. Der Artikel soll daher auch Informationen bereitstellen, die für die Diskussionen im Arbeitskreis hilfreich sein können. Er ist deshalb bewusst detailliert gefasst und wird in zwei Teilen veröffentlicht. Den zweiten Teil, der zusammen mit dem Literaturverzeichnis im Novemberheft des Deutschen Tierärzteblattes erscheint, bekommen die Teilnehmer des Arbeitskreises vorab zugesandt.

Von den Anfängen der Hilfskonzepte

In den USA war es Douglas Talbott MD, der sich als ‚trocken‘ gewordener Alkoholiker zu seiner

¹⁾ Wenn im Text von Arzt/Ärzten oder synonymen Begriffen wie Kollege/Kollegen gesprochen wird, ist immer auch die weibliche Form gemeint. Nur aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit wird auf die immer gleichwertig gemeinte weibliche Anredeform verzichtet. Lediglich wenn ausdrücklich eine Unterscheidung der Geschlechter beabsichtigt ist, wird dazu die weibliche Anredeform verwendet.

Sucht bekannte und sein weiteres Berufsleben der Hilfe suchtkranker Kollegen widmete. Er begann Anfang der 70er Jahre im US-Staat Georgia als Pionier mit dieser Arbeit, in deren Verlauf er mehrere tausend Arztpatienten in einer eigens zu diesem Zweck gegründeten Klinik, Talbott Recovery Campus, behandelte (Mäulen 2005).

Mit der Feststellung einer zunehmenden Anzahl abhängiger Ärzte begannen auch die ärztlichen Standesvertretungen in den USA sich mit der Frage nach der Ärztesundheit zu beschäftigen. So stellte bereits 1970 die AMA (American Medical Association) fest, dass es innerhalb ihrer eigenen Reihen eine nicht unbeträchtliche Anzahl an Kollegen gab, die in der einen oder anderen Weise psychisch beeinträchtigt bzw. erkrankt waren und prägte den Begriff des „Impaired Physician“ („beeinträchtigter Arzt“), was einen Arzt bezeichnet, der aufgrund psychischer Erkrankung, Alkohol-, Arzneimittel- und/oder Drogenabhängigkeit, nicht in vollem Umfang in der Lage ist, seiner beruflichen und persönlichen Verantwortung nachzukommen (AMACMH, 1973).

Inzwischen verweist eine Vielzahl an Untersuchungen und vergleichenden Studien auf die hohe Inzidenz, mit der Ärzte an Depressionen erkranken, sowie auf das häufig gleichzeitige Auftreten von Depressionen und Substanzabhängigkeiten (O'Connor u. Spickard 1997). Alarmierend sind auch die deutlich erhöhten Fallzahlen von Depressionen und Suiziden speziell bei Ärztinnen (Boisaubin u. Levine 2001). Auch wenn diese Zusammenhänge Anfang der 70er Jahre noch nicht so valide erforscht gewesen sein mögen, scheint den Standesvertretern der Handlungsbedarf dennoch deutlich geworden zu sein, denn die AMA hob in ihrem jährlichen Report die besondere moralische Verantwortung hervor, die sowohl die Vertreter der Ärzteschaft als auch jeder einzelne Arzt gegenüber ihren „beeinträchtigten Kollegen“ haben (AMACMH 1973).

Als einen weiteren wichtigen Aspekt nennt die Literatur die Tatsache, dass die amerikanischen Ärzte als qualifiziert ausgebildete Mediziner eine wichtige Ressource für ihr Land darstellen. Die erfolgreiche Therapie der von Alkohol, Arzneimitteln oder Drogen abhängigen Ärzte und ihre anschließende Rückkehr in den Beruf ist daher eine für den Staat aus ökonomischer Sicht vorrangige Angelegenheit (O'Connor u. Spickard 1997). So ist es nur folgerichtig, dass Krankenhäuser in den USA heute nur dann eine Zulassung erhalten, wenn sie ein Hilfsprogramm für die beschäftigten Ärzte vorhalten, das bei den verschiedenen Krisen und Nöten physischer, psychischer und materieller Art effektive und vertrauliche Hilfsangebote macht oder ohne Wartezeit an Spezialisten vermittelt. Die State Medical Societies in den US-Bundesstaaten haben konzertierte Aktionen entwickelt, mit denen sie sich fortlaufend um die Belange der Ärztesundheit kümmern und in denen zum

Teil hauptamtliche Mitarbeiter angestellt sind (Mäulen 2002, Weber 2007).

Das „Impaired Physician Program“ (IPP)

In Zusammenarbeit mit Suchtspezialisten erarbeiteten Vertreter der AMA in den 70er/80er-Jahren ein Konzept, welches auf die Behandlung substanzabhängiger Ärzte zugeschnitten ist und die Besonderheiten berücksichtigt, die sich im Umgang mit Arztpatienten ergeben. Resultat ist das „Impaired Physician Program“ (IPP), welches heute unter Aufsicht der AMA den Medical Boards aller 50 Bundesstaaten der Vereinigten Staaten als verbindliche Vorlage ihrer eigenen Programme im Umgang mit suchtkranken Mitgliedern dient (RAHCIP 1995). Generell wird eine Zusammenarbeit mit den suchtkranken Ärzten angestrebt, um zu unterstützen und zu helfen und nicht um zu sanktionieren. Allerdings muss gleichzeitig der Schutz der Patienten sichergestellt sein (Boisaubin u. Levine 2001).

Mit dem IPP werden vorrangig drei Ziele verfolgt:

1. Das Programm soll Modellcharakter haben und den Medical Boards als Empfehlung dienen. Es enthält Richtlinien, um den einheitlichen Umgang mit „Impaired Physicians“ in den USA zu fördern.
2. Das Programm soll der Aufklärung der Öffentlichkeit dienen. Dazu soll die Kommunikation zwischen den einzelnen Körperschaften, der AMA, den State Medical Boards, den State Medical Societies und den ärztlichen Verwaltungen gefördert werden und die Presse mit geeigneten Informationen und Artikeln versorgt werden.
3. Das Programm soll die notwendigen gesetzgeberischen Initiativen auf Bundes- und Staatenebene verfolgen, die dazu geeignet sind, den einzelnen Medical Boards die nötigen rechtlichen Befugnisse zu erteilen, um „Impaired Physicians“ überwachen zu dürfen.

Für die eigentliche Arbeit nach dem IPP sind zunächst in jedem Medical Board die nötigen personellen Voraussetzungen zu schaffen. Gefordert werden ein hauptamtlich arbeitender Programmleiter sowie weitere Fachkräfte

- zur Untersuchung und ggf. Intervention im Verdachtsfall,
- zur Feststellung der tatsächlichen Erkrankung und zur Festlegung der weiteren therapeutischen Maßnahmen,
- zur Begleitung und Überwachung im Anschluss an die therapeutischen Maßnahmen sowie
- zum Umgang mit Rückfällen (AMACMH 1973).

Wichtig für den ersten Schritt: Familie, Freunde, Kollegen

Bedingung dafür, dass das IPP überhaupt wirksam werden kann und suchtkranke Ärzte Hilfe erfahren, ist die Bereitschaft der Personen aus dem Umfeld des Betroffenen, ihren Verdacht



zu melden. In den seltensten Fällen sind es die Betroffenen selber, die bei den Medical Boards um Hilfe bitten (Damm 2000).

Es ist davon auszugehen, dass Auffälligkeiten zunächst nicht den Arbeitsplatz betreffen und abhängige Ärzte über einen langen Zeitraum in ihrem Beruf funktionieren und unauffällig bleiben können. Daraus lässt sich umgekehrt schließen, dass Ärzte, die ihre Abhängigkeit auch am Arbeitsplatz nicht mehr verheimlichen können, sich häufig bereits in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung befinden. Der Arbeitsplatz bedeutet Zugang zum Suchtmittel und/oder Einkommen zur Finanzierung der Suchtmittel.

Und er bedeutet Identität. Und zwar nicht die Identität des suchtkranken, sondern des privilegierten und angesehenen Arztes. Der Verlust des Arbeitsplatzes ist daher die größte Befürchtung überhaupt, gleichbedeutend mit dem Verlust von Allem und deshalb mit allen Mitteln zu verhindern (Boisaubin 2001 u. Levine, Cicala 2003).

In der Regel stammen die Mitteilungen von Angehörigen, Freunden oder auch Kollegen. Im fortgeschrittenen Stadium kommen dann aber auch Beschwerden von Patienten oder Beobachtungen von Mitarbeitern vor, die über auffällig viele Krankheits- und Fehltage berichten, über Unfälle, Mängel in der Dokumentation, eine erhöhte Zahl von Zwischenfällen in der Behandlung, Operation oder Nachsorge von Patienten. Gegebenenfalls werden bei den Standesvertretungen auch durch die Gerichte Meldungen in Strafsachen, z. B. bei Trunkenheitsfahrten, gemacht oder die Apotheken teilen Auffälligkeiten im Umgang mit Betäubungsmittelrezepten mit.

Wenn sich aufgrund dieser Meldungen der Verdacht auf das Bestehen einer Suchterkrankung bei einem Kollegen erhärtet und ausreichend Material und objektivierbare Daten dokumentiert sind, wird die Durchführung einer Intervention angeordnet (O'Connor 1997).

Das Interventionskomitee, das mindestens aus zwei Personen bestehen sollte, konfrontiert dabei den betroffenen Arzt mit dem Verdacht. Idealerweise handelt es sich bei diesen speziell auf diese Aufgabe vorbereiteten und

geschulten Personen um ehemals selbst abhängige Ärzte, wenn möglich sogar aus derselben Fachrichtung stammend. Dies hat sich sehr gut bewährt, um den Betroffenen zu zeigen, dass sie es mit Menschen zu tun haben, die die Krankheit aus eigenem Erleben kennen. Das gegenseitige Erkennen und Erkanntwerden hilft außerordentlich gut dabei, eine grundsätzliche Akzeptanz des Gesagten zu erreichen, die Abwehr mit Standardfloskeln zu vermeiden und auch das krankheitstypische Leugnen zu entlarven. Die meisten Abhängigen fühlen sich isoliert, allein und sind davon überzeugt, dass niemals zuvor jemand in solch eine Notlage geraten ist. Einem erkrankten Kollegen sagen zu können „Ich weiß was du durchmachst; ich habe es selbst erlebt“ kann ein entscheidender Bestandteil einer erfolgreichen Intervention sein (Mäulen 1996-a u. Arnold 1999).

Erstes Ziel:

Verleugnungsstrategie ablegen

Erstes Ziel der Intervention soll es sein, dass der Arzt seine möglicherweise seit vielen Jahren praktizierte Verleugnungsstrategie aufgibt und – vielleicht zum ersten Mal – sich selbst und dem Interventionskomitee gegenüber seine Substanzabhängigkeit eingesteht. Um dies zu erreichen, braucht das Interventionskomitee viel Fingerspitzengefühl, Autorität, Empathie und ein wenig Glück, den richtigen Zeitpunkt für dieses Gespräch abgepasst zu haben. Wenn dieses erste Ziel erreicht ist, wird ein verbindlicher Behandlungsplan schriftlich fixiert. Dabei kann die in Aussicht gestellte Möglichkeit, die Approbation zu behalten und nach erfolgreicher Therapie in den Beruf zurückkehren zu können, eine starke Therapiemotivation bewirken (Arnold 1999).

Wenn der Betroffene sich nicht kooperativ zeigt, können sofort Auflagen erteilt bzw. Maßnahmen angeordnet werden. Diese können aus Zufall-Screenings auf Suchtsubstanzen und disziplinarischen Maßnahmen bestehen. Auch kann dem Betroffenen sofort zur Auflage gemacht werden, einen in Suchtfragen erfahrenen unabhängigen Gutachter aufzusuchen, um durch eine medizinische, laborchemische und psychiatrisch-suchttherapeutische Bestandsaufnahme den erhobenen Verdacht zu klären. Oberstes Ziel der Intervention bleibt es jedoch immer, bei dem Betroffenen die Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung zu fördern.

Manche Suchttherapeuten sind bis heute der Ansicht, dass jeder Suchtkranke zunächst an den individuell unterschiedlichen Punkt kommen muss, an dem sein Leidensdruck stark genug ist, um sich helfen zu lassen. Dieser Theorie zufolge müssen Suchtkranke also zunächst „total am Ende“ sein („hit-the-bottom“), bevor sie veränderungsbereit und damit therapiefähig sind (Stetter 2000). Auch wenn dies in Einzelfällen zutreffend ist, weisen die Gegner dieser Theorie (z. B. White 1996) darauf hin, dass durch das lange Warten entscheidende Jahre verloren gingen, die Krankheit mit all

ihren physischen und psychischen Auswirkungen fortschreite und für die Patienten viel zu lange ein erhöhtes Risiko bestehe.

Da die Chancen auf vollständige Heilung umso besser sind, je früher eine „Suchtkarriere“ unterbrochen wird, und die Gefahren einer irreversiblen Schädigung umso größer werden, je länger die Abhängigkeit andauert, haben einige Medical Boards das IPP inzwischen auf die Studierenden der Medizin ausgeweitet. Dies nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass Untersuchungen an Medizinstudenten den oft regelmäßigen, zum Teil exzessiven Gebrauch von Alkohol und Drogen belegen bei gleichzeitiger Überschätzung des eigenen pharmakologischen Wissens und Unterschätzung dessen, was Substanzabhängigkeit tatsächlich bedeutet (Boisaubin u. Levine 2001, O'Connor u. Spickard 1997).

Auch bei dieser Form der Frühintervention wird der gefährdete oder bereits abhängige Student zu einem vertraulichen Gespräch gebeten, bei dem er mit dem Verdacht konfrontiert wird. Nur für den Fall, dass er sich uneinsichtig und nicht kooperativ zeigt, gerät sein weiteres Studium ernsthaft in Gefahr. Im Fall der Krankheitseinsicht und der Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, greifen die Maßnahmen des IPP (Mäulen 1996-a).

Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung

In vielen Fällen bedeutet eine erfolgreiche Intervention die sofortige Aufnahme in eine

—Anzeige—

Pflichttext zur Anzeige der Firma Merial

Purevax® RCPC FelV: Zusammensetzung: Eine Dosis zu 1 ml enthält: gefriergetrocknetes Pellet: attenuiertes felines Rhinotracheitis-Virus (Herpesvirus Stamm FHV F2) $\geq 10^{6,5}$ GKID₅₀, inaktivierte feline Calicivirus-Antigene (Stämme FCV 431 und G1) $\geq 2,0$ ELISA-E., attenuierte *Chlamydomphila felis* (Stamm 905) $\geq 10^{3,0}$ EID₅₀¹⁾, attenuiertes felines Panleukopenievirus (Stamm PLI IV) $\geq 10^{3,5}$ GKID₅₀, Gentamicin max. 34 µg; Lösungsmittel: FelV-Rekombinante des Kanarienvogelchickenpockenvirus (Stamm vCP97) $\geq 10^{7,2}$ GKID₅₀. ¹⁾ Eininfektöse Dosis 50%. **Anwendungsgebiete:** Aktive Immunisierung von Katzen ab einem Alter von 8 Wochen: gegen feline Rhinotracheitis (Herpesvirus-Infektion) zur Verringerung klinischer Symptome, gegen eine Calicivirus-Infektion zur Verringerung klinischer Symptome und der Erregerausscheidung, gegen eine *Chlamydomphila felis*-Infektion zur Verringerung klinischer Symptome, gegen feline Panleukopenie zur Verhinderung von Mortalität und klinischen Symptomen, gegen Leukose zur Verhinderung einer persistenten Virämie und zur Verhinderung klinischer Symptome dieser Erkrankung. Beginn der Immunität gegen Rhinotracheitis, Calicivirus, *Chlamydomphila felis* und Panleukopenie: 1 Woche nach erfolgter Grundimmunisierung, gegen feline Leukose 2 Wochen nach der Grundimmunisierung. Dauer der Immunität: gegen Rhinotracheitis (felines Herpesvirus), Calicivirus, *Chlamydomphila felis* und feline Leukose 1 Jahr, gegen Panleukopenie 3 Jahre nach der letzten (Wiederholungs-)Impfung. **Gegenanzeigen:** Nicht bei trächtigen Tieren anwenden.

Purevax® RCCh: Zusammensetzung: Eine Dosis zu 1 ml enthält: gefriergetrocknetes Pellet: attenuiertes felines Rhinotracheitis-Virus (Herpesvirus Stamm FHV F2) $\geq 10^{6,5}$ GKID₅₀, inaktivierte feline Calicivirus-Antigene (Stämme FCV 431 und G1) $\geq 2,0$ ELISA-E., attenuierte *Chlamydomphila felis* (Stamm 905) $\geq 10^{3,0}$ EID₅₀, Gentamicin, max. 28 µg; Lösungsmittel: Wasser für Injektionszwecke q.s. 1 ml. **Anwendungsgebiete:** siehe oben, betreffende Komponenten bei Purevax RCPC FelV. **Gegenanzeigen:** Nicht bei trächtigen Tieren anwenden. Die Anwendung während der Laktation wird nicht empfohlen.

Für alle oben genannten Impfstoffe gilt:

Nebenwirkungen: Unter normalen Anwendungsbedingungen können gelegentlich vorübergehende Apathie und Anorexie sowie Hyperthermie (gewöhnlich für eine Dauer von 1 bis 2 Tagen) auftreten. Eine Lokalreaktion (leichter Schmerz beim Bestasten, Juckreiz oder eine umschriebene Schwellung) ist möglich, die innerhalb von 1 oder höchstens 2 Wochen wieder verschwindet. Ausnahmsweise kann es zu Überempfindlichkeitsreaktionen kommen, die eine entsprechende symptomatische Behandlung erfordern. In sehr seltenen Fällen wurden 1 bis 3 Wochen nach der Wiederholungsimpfung bei erwachsenen Katzen Hyperthermie und Lethargie beobachtet, die mitunter von Lahmheit begleitet waren. Diese Reaktionen waren vorübergehend.

Verschreibungspflichtig. Pharm. Unternehmer: Merial GmbH, Am Söldnermoos 6, D-85399 Hallbergmoos.

qualifizierte stationäre Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung mit anschließender freiwilliger Überwachung und Abstinenzkontrolle im Rahmen eines Nachsorgeprogramms bis zur vollständigen Rehabilitation. Dazu stehen den Ärzten in den USA eine ganze Reihe qualifizierter Kliniken zur Verfügung, in denen entweder ausschließlich Ärzte oder Ärzte in eigenen Gruppen nach einem speziellen Behandlungsplan therapiert werden.

Die gesamte Therapie gliedert sich in drei Phasen:

- Die einige Tage bis mehrere Wochen dauernde Entgiftung findet in einer klinikähnlichen Atmosphäre statt, und es beginnt hier bereits die Einleitung des Therapieprogramms der zweiten Phase, der Entwöhnung.
- Ein Hauptbestandteil dieser mehrere Wochen dauernden zweiten Phase ist die Teilnahme an einem Selbsthilfeprogramm wie dem der AA (Alcoholics Anonymous) oder NA (Narcotics Anonymous). In den meisten Einrichtungen leben die Arztpatienten in diesem Abschnitt bis zum Therapieende gemeinsam in kleinen Wohngruppen zusammen. Mit solchem „Residence Recovery Setting“ ist beabsichtigt, dass diejenigen, die bereits in ihrer Behandlung fortgeschritten sind, die neueren Patienten unterstützen.
- Zur dritten Phase der Behandlung gehört oftmals ein „Mirror Image Program“, bei dem die wieder abstinent lebenden Ärzte in die Arbeit mit suchtkranken Menschen hineingenommen werden. Beabsichtigt ist damit, dass sie diese Menschen gewissermaßen als ein Spiegelbild ihrer selbst erkennen. Ein ebenfalls wichtiger Bestandteil dieser Phase ist, dass die Familie in den therapeutischen Prozess mit einbezogen wird (Cicala 2003).

Nachsorgeprogramm

Im Anschluss an solch eine 28 bis 60 Tage dauernde (abhängig vom Suchtmittel und psychisch/physischer Verfassung des Patienten

auch deutlich länger) stationäre Therapie werden die Kollegen nach Hause entlassen. Bereits von der Therapieeinrichtung aus wird das nun folgende Nachsorgeprogramm organisiert und mit den zuständigen Stellen und Behörden koordiniert, von denen die Therapieaufgabe ausging. Die durchschnittliche Gesamtdauer beträgt mindestens zwei Jahre (Knight 2004).

Ein Beispiel für ein sehr gut ausgearbeitetes Programm ist das IPP in der Provinz Ontario, Kanada. Alle abhängigen Ärzte werden hier zunächst drei bis sechs Wochen lang stationär behandelt. Anschließend erfolgt ein längerfristiges, bis zu fünfjähriges (!) Nachsorgeprogramm, bestehend aus einer ambulanten Suchttherapie bei einem Suchtspezialisten am Heimatort, dem regelmäßigen Besuch von Selbsthilfegruppen und regelmäßigen Kontrollen im Rahmen des Behandlungsprogramms (Mundle 2007).

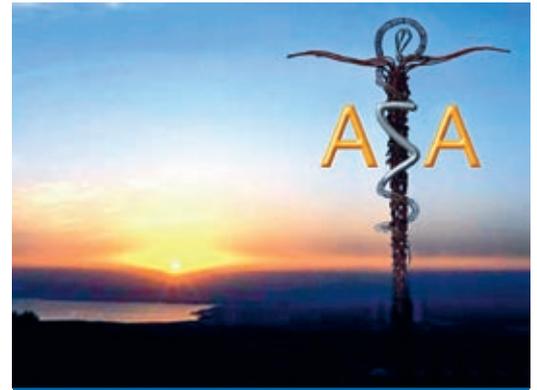
Die Bedeutung, die der Nachsorge für den gesamten Heilungsprozess zukommt, kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Gleich mit dem Beginn der spezifischen Therapie abhängiger Ärzte in den 70er Jahren wurde in den USA großer Wert auf die kontrollierte Nachsorge gelegt. Der sensationelle Erfolg, den die anonymen Alkoholiker (AA) seit ihrer Gründung haben, hat dazu geführt, dass ihre Arbeit zum festen Bestandteil des Suchthilfesystems geworden ist. Besonders die Teilnahme an Nachsorgegruppen der AA oder anderer ähnlich organisierter Selbsthilfeorganisationen dient dazu, sich im Anschluss an die Entgiftung und Entwöhnung in dem neuen, abstinenten Leben zu stabilisieren und zu bewahren. Die regelmäßige Teilnahme an diesen Selbsthilfegruppen wird als fester Bestandteil des Nachsorgekonzepts vorausgesetzt.

Da es erhebliche Schwierigkeiten gab, Ärzte in herkömmliche Nachsorgegruppen der AA zu integrieren, sind eigene Selbsthilfegruppen speziell für suchtkranke Ärzte gegründet worden. Der *Caduceus Club*, an dessen Entstehung und Aufbau Douglas Talbott MD entscheidend mitwirkte, sowie die *International Doctors in Alcoholics Anonymous* (IDAA) (Arnold 1999, Talbott 2009).

Im Anschluss an die Entlassung aus der stationären Therapie wird in der Mehrzahl der Fälle eine möglichst schnelle Rückkehr in die Berufstätigkeit angestrebt – nicht zuletzt, weil dies das Selbstwertempfinden der Betroffenen stärkt und damit als förderlich für den Heilungsprozess angesehen wird (Stetter 2004).

Begleitende Maßnahmen

Parallel dazu wird die stationär begonnene Psychotherapie in ambulanter Einzel- und Gruppenarbeit fortgesetzt. Die ärztliche Begleitung schließt die Überwachung der Abstinenz mit ein. Zu diesem Zweck werden regelmäßig unangekündigte Urinkontrollen durchgeführt.



ASA-Hilfe

Die Initiative **Anonyme Substanzabhängige Ärzte (ASA-Hilfe)** hat ihren Sitz im *Haus der Hoffnung*, einem denkmalgeschützten ehemaligen Mädchenwohnheim der israelitischen Gartenbauschule in Hannover, das heute dem Verein *Neues Land e. V. – Christliche Drogenarbeit* gehört.

Nähere Informationen: ASA-Hilfe, Wunstorfer Landstr. 5, 30453 Hannover, Tel. (05 11) 1 62 53-33, info@asahilfe.de, www.asahilfe.de

Auf diesem Weg sollen auch bisher verheimlichte Rückfälle schnell entdeckt werden, um so die Rückfallzeiten so kurz wie möglich zu halten. Ansonsten hat jeder Rückfall, der natürlich am besten freiwillig zugegeben werden sollte, die Intensivierung der Behandlung durch eine erhöhte Zahl von Einzelgesprächen mit dem Therapeuten, häufigeren Besuch der Selbsthilfegruppen oder auch die Einschränkung der erlaubten ärztlichen Tätigkeit zur Folge.

Als Hauptursache für die extrem hohen Erfolgsquoten von 70 bis über 90 Prozent (im Vergleich zur klassischen Suchttherapie mit Erfolgsquoten von maximal 40 Prozent) werden die engmaschigen und langjährigen Abstinenzkontrollen angenommen (Cicala 2003). Allerdings muss sich jeder betroffene Arzt darüber klar sein, dass es ein lebenslanger Prozess bleibt, das Leben gesund und suchtmittelfrei zu gestalten, auch wenn nach einem unterschiedlich langem Zeitraum die Auflagen zur Nachsorge enden und er als vollständig rehabilitiert gilt und sämtliche Rechte und Pflichten des Arztes zurück erhält (Arnold 1999, O'Connor u. Spickard 1997).

Das „Oberbergkonzept“ in Deutschland

Wenden wir uns nun vom anglo-amerikanischen Sprachraum hin zur Situation in Deutschland. Auch hier war es ein ehemals alkoholabhängiger Arzt, der die Anfänge der Suchthilfe für Ärzte prägte: Dr. Matthias Gottschaldt, Neurologe und Psychotherapeut, wurde nach dem Verlust seiner Chefarztposition und dem Auseinanderbrechen der Familie zum Vorreiter der Hilfe für suchtkranke Ärzte. Nach





Überwindung seiner Alkoholabhängigkeit gründete er 1984 die deutschlandweit erste Klinik zur Suchtbehandlung von Fach- und Führungskräften, woraus sich die inzwischen an drei Standorten angesiedelten Oberbergkliniken entwickelten. Hier stellte er bis zu seinem Tod im Jahr 1998 sein Wissen und seine persönlichen Erfahrungen als Betroffener zur Verfügung, um speziell auch Ärzten professionelle Hilfe und Wege aus der Sucht anzubieten. Die von seinen Nachfolgern betriebenen drei Oberbergkliniken tragen heute zu einem großen Teil zu den derzeit verfügbaren Informationen und Daten über abhängige Ärzte in Deutschland bei (Sprenger 2005).

Das von Gottschaldt entwickelte Therapiemodell, das so genannte Oberbergkonzept, orientiert sich dabei stark an den spezifischen Behandlungsangeboten für abhängige Ärzte in den USA und Kanada. Besonders wichtig war es Gottschaldt, die Schwierigkeiten zu berücksichtigen, die suchtkranke Ärzte (und Ärzte überhaupt) mit der Übernahme der Patientenrolle haben. Medizinische Sachkompetenz ist nicht gleichbedeutend mit der Kompetenz im Umgang mit der eigenen Erkrankung, insbesondere einer adäquaten emotionalen Krankheitsakzeptanz. Kompetente Suchttherapie bei Ärzten bedeutet nicht ein „kollegiales Gespräch“, sondern die Erarbeitung der Akzeptanz der Patientenrolle. Entscheidend ist es daher, dass gleich zu Beginn der Behandlung die Übernahme der Patientenrolle und der dazu nötige Rollenwechsel gezielt berücksichtigt werden. Sinnvoll und hilfreich ist es demnach, dass Ärzte in spezialisierten Einrichtungen behandelt werden, in denen die Therapeuten mit dieser speziellen Problemstellung vertraut sind (Stetter 2000).

Zentrales Anliegen der Arbeit in den Oberbergkliniken ist es, Ärzte als Menschen mit einer hohen medizinischen Kompetenz zu respektieren und ihnen zugleich durch ein individuelles und intensives Therapieprogramm und einer wertschätzenden Art die Annahme ihrer Patientenrolle zu erleichtern. Sozial homogene Arztgruppen und die Möglichkeit des Austausches von Gemeinsamkeiten zwischen den Arztpatienten unterstützen dieses Anliegen (Mundle 2007).

Der eigentliche, sechs bis acht Wochen dauernde stationäre Aufenthalt ähnelt dem amerikanischen Modell. Von Anfang an wird auf die sonst bei Suchterkrankungen übliche Trennung von Entgiftung und Entwöhnung (und die damit verbundene Wartezeit) verzichtet. Dadurch werden mögliche Rückfälle während des Wartens auf den Beginn der Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an die Entgiftung ausgeschlossen. Grundgedanke dieser integrierten Entgiftungs-, Motivations- und Entwöhnungsbehandlung ist es, durch die Intensität der Therapie mit täglichen Einzel- und Gruppengesprächen auf die Krankheitsentwicklung und die Bedürfnisse jedes Einzelnen individuell eingehen zu können und eine ganzheitliche Behandlung auf der Symptom-, Beziehungs- und Persönlichkeits-ebene zu ermöglichen (Stetter 2000).

In allen drei Kliniken kann bei Bedarf jederzeit eine Akutaufnahme erfolgen. Dies hilft nicht nur zu raschen Heilungserfolgen, sondern kann eventuell sogar lebensrettend sein, indem es die Umsetzung suizidaler Gedanken verhindert, die im Anschluss an eine Intervention auftauchen könnten (Arnold 1999).

Der zweite Baustein des Behandlungscurriculums für abhängige Ärzte nach der stationären Entwöhnungsbehandlung ist ein einjähriges ambulantes Nachsorgeprogramm. Im Regelfall umfasst diese „freiwillige Vereinbarung“ fünf Punkte:

- Gutachterliche Untersuchung zur Feststellung der psychopathologischen Befunde und objektiven Laborparameter
- Teilnahme an wöchentlicher Psychotherapie
- Regelmäßiger Besuch einer (AA)-Selbsthilfegruppe
- Monatliche Vorstellung in der Ärztekammer
- Unregelmäßige Abstinenzkontrollen (Blut- und/oder Urinscreenings) (Beelmann 2007).

Erste Katamnesen des nachstationären Behandlungscurriculums weisen auf gute Behandlungserfolge hin. Die Erfolgsraten über die Dauer eines Jahres liegen bei über 80 Prozent (Mundle 2007).

Eigene Ärzte-Therapiegruppen – ja oder nein?

Grundsätzlich können abhängige Ärzte überall dort behandelt werden, wo qualifizierte Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen beherrscht werden. Es lässt sich allerdings beobachten, dass Angebote der stationären Standardversorgung (zweiwöchige Entgiftung, längere Wartepause, vier- bis sechsmonatige Entwöhnungstherapie) in Deutschland von Ärzten selten in Anspruch genommen werden. Als Gründe hierfür nennen die Betroffenen:

- zu lange Wartezeiten
- zu hohe Ausfallzeiten in Klinik und Praxis
- Berührungshemmungen und Nichtzugehörigkeit zu der Gruppe Suchtkranker der unteren sozialen Schichten

- sprachlicher Umgangsstil in den Therapieeinrichtungen
- mangelnde Frequenz vernünftiger therapeutischer Angebote
- zuviel Arbeitstherapie in Form von einfachen, meist hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Mäulen 2005-a).

Auch aus Therapeuten-sicht gibt es Vorbehalte gegenüber dem einzelnen Arztpatienten innerhalb einer heterogenen Gruppe suchtkrankter Patienten. Zu leicht gelangt der Arzt in die Rolle eines besonderen Patienten, bei dem sich die Mitpatienten inoffiziell Rat einholen. Die Tendenz zum narzisstischem Ausagieren ihres nicht seltenen „Halbgott-in-Weiß-Komplexes“ (MD'city-Syndrom) wird dadurch bei entsprechend veranlagten Ärzten gefördert (Mäulen 2005-a).

Obwohl exklusiv für Ärzte konzipierte Therapieeinrichtungen wie das Talbott Marsh Recovery Center in Atlanta einen elitären Anstrich vermitteln und diskutabel sind, wurde für die USA nachgewiesen, dass sie funktionieren. Hier treffen die Arztpatienten nur noch auf Mitpatienten ihres Berufsstandes. Die Identifikation mit den Erlebnissen der anderen und insbesondere auch die Diskussion über berufsspezifische Belastungen, Ursachen und Auswirkungen von Suchterkrankungen vollziehen sich hier sehr schnell und sind für den therapeutischen Prozess förderlich (Mäulen 2005-a). Ebenfalls hilfreich ist, dass den Therapeuten derartiger Einrichtungen die Spezifika abhängiger Ärzte geläufig sind.

Neben den Oberbergkliniken verfügen in Deutschland auch andere Kliniken über Erfahrungen in der Therapie suchtkrankter Ärzte. Diese Kliniken verfolgen aber einen entgegengesetzten Ansatz, d. h. sie bilden bewusst keine eigenen Arztgruppen, sondern fordern von ihren Arztpatienten, dass sie sich in die jeweilige Patientengruppe integrieren. Auch dieses Vorgehen hat Vorteile und bietet dem erkrankten Arzt Chancen, die er in einer homogenen Arztgruppe nicht finden kann. So wird argumentiert, dass bei der Absonderung der Ärzte in eigene Therapiegruppen ein ohnehin bestehendes elitäres Selbstverständnis noch gestützt werden könnte und die Betroffenen darin bestärkt würden, sogar als Suchtkranke noch etwas Besonderes zu sein. Gerade diese Einsicht aber, als Suchtkranke eben nichts Besonderes zu sein, sondern bezüglich der Sucht genauso hilflos wie der „Alkoholiker auf der Straße“ oder der „Junkie am Hauptbahnhof“ zu sein, könne entscheidend verändernd wirken, um die Patientenrolle wirklich annehmen und sich helfen lassen zu können (Gieseke 2009).

Beispiele, die für diesen Ansatz sprechen, finden sich auch in den USA, wo z. B. in der Betty-Ford-Klinik, Kalifornien, erfolgreich nach dieser Methode gearbeitet wird. In dieser in vielerlei Beziehung bemerkenswerten Einrichtung, in der sich auch immer wieder süchtige Ärzte aus Deutschland helfen lassen,

haben darüber hinaus auch gesunde Ärzte und Angehörige der Gesundheitsberufe die Möglichkeit, als Praktikanten am vollstationären Programm teilzunehmen.

Vorsorge fängt in der Ausbildung an

Dieses vollstationäre „Professional in Residence Program“ schafft damit die Möglichkeit nachzuholen, was auch im Medizinstudium in den USA noch immer nicht ausreichend Beachtung erhält (Mäulen 1996-b). Obwohl das Thema Suchtkrankheiten und ihre Behandlung in den USA mit mindestens 35 Stunden fester curricularer Bestandteil der medizinischen Ausbildung ist, reicht dies nicht aus, um den tatsächlichen Erfordernissen zu genügen (Willis 2001). Zumindest schätzt lediglich eine kleine Minderheit der danach befragten Allgemeinmediziner der USA ihr eigenes Basiswissen für ausreichend ein, um die Diagnose und Behandlung einer Substanzabhängigkeit zu verantworten (Cicala 2003 u. Brown 1998).

Die Thematik sollte daher auf beiden Seiten des Atlantiks gerade in der medizinischen Ausbildung die tatsächlich notwendige Aufmerksamkeit bekommen (Mäulen 1996-b). Wenn wir davon ausgehen, dass die bei Humanmediziner vermuteten disponierenden Faktoren für eine Suchterkrankung für Veterinärmediziner gleichermaßen zutreffen, liegt nahe, diese Forderung keinesfalls nur auf die humanmedizinische Ausbildung zu beschränken.

Der zweite Teil dieses Artikels erscheint im Novemberheft und geht konkret auf die Situation in Deutschland ein. Er beschreibt u. a. das in Deutschland von der Bundesärztekammer propagierte Interventionsprogramm der Hamburger Ärztekammer und betrachtet die Situation in der Tierärzteschaft.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Jens Lundberg, ASA-Hilfe,
Wunstorfer Landstr. 5, 30453 Hannover

Achtung! Einsendungen für die Dezemberausgabe

Redaktionsschluss für Manuskripte (auch Veranstaltungen):

bis zum **2. November 2009**

Wichtig: Artikel für den Kammerteil müssen den Kammern bereits einige Tage vor dem Redaktionsschluss bei den Kammern vorliegen.

Anzeigenschluss für gewerbliche Anzeigen und Kleinanzeigen

(sind kostenpflichtig):

bis zum **11. November 2009**