

Hilfe statt Strafe

Hilfskonzepte für substanzabhängige Ärzte in Deutschland – Ein Überblick (Teil 2)

von Jens Lundberg

Es gibt eine Vielzahl an Aufgaben und Themen, mit denen sich der tierärztliche Berufsstand zu befassen hat. Dies macht allein schon ein Blick ins Programm eines jedes Deutschen Tierärztetages deutlich – der standespolitischen Veranstaltung der deutschen Tierärzteschaft. Regelmäßig werden hier wichtige und aktuelle Themen beraten und soweit zur Entscheidung gebracht, dass sie die Politik des Berufsstandes für die folgenden Jahre prägen können. Neben den klassischen tierärztlichen Themenfeldern wie „Tierseuchen“, „Verbraucherschutz“ oder „Tierschutz“ finden inzwischen vermehrt auch interne Themen Beachtung. Mit Blick auf das tierärztliche Arbeitsumfeld, die dort vorhandenen Schwierigkeiten und die Möglichkeiten zu deren Behebung, ist auch das Problem der substanzabhängigen Tierärzte³⁾ Thema geworden. Und trotz mancher Vorbehalte beginnen die Ständesvertreter damit, sich diesem Problem zu widmen.

³⁾ Der besseren Lesbarkeit halber wird in diesem Artikel oft die männliche Form gebraucht; selbstverständlich sind aber beide Geschlechter gemeint.

Untersuchungen aus der Humanmedizin kommen zu dem Ergebnis, dass mindestens sechs bis acht Prozent der Ärzteschaft von Substanzabhängigkeit betroffen sind. Bei Übertragung dieser Zahlen auf die Tierärzteschaft müssen wir von mindestens 2000 bis 2700 betroffenen Kollegen ausgehen, die unsere Hilfe benötigen – wohl wissend, dass es sich um Schätzungen handelt und dass solch eine Übertragung lediglich einen Behelf mangels eigener Zahlen aus Untersuchungen an der Tierärzteschaft darstellt.

Darüber, wie diese Hilfe konkret aussehen wird, herrscht bisher noch weitgehende Unklarheit. Unsere Aufgabe ist es daher, die Vorschläge und Anregungen aus der Humanmedizin aufzugreifen und dahingehend zu prüfen, ob und in wieweit sie auch für die Tierärzteschaft und unseren künftigen Umgang mit abhängigen Kollegen geeignet sind.

Der erste Teil dieses Artikels (s. DTBL 10/2009 S. 1332) befasste sich mit Stand und Entwicklung der Hilfskonzepte im anglo-amerikanischen Sprachraum und machte mit

der Erläuterung des Oberbergkonzepts den Schritt „über den Teich“ nach Deutschland. Der zweite Teil geht nun näher auf die Situation in Deutschland ein. Er beschreibt u. a. das von der Bundesärztekammer propagierte Interventionsprogramm der Hamburger Ärztekammer und betrachtet nun auch die Situation in der Tierärzteschaft weltweit wie auch in Deutschland.

Interventionsprogramm der Hamburger Ärztekammer und Bundesärztekammer

In Kooperation mit Dr. Matthias Gottschaldt, dem Begründer des o. g. Oberbergkonzepts, entwickelte die Ärztekammer Hamburg Anfang der 90er Jahre ein Interventionskonzept für betroffene Ärzte. Unter der Leitung des damals geschäftsführenden Arztes, Privatdozent Dr. Klaus Heinrich Damm wurde die Kammer damit zum Vorreiter unter den Ständesvertretungen bezüglich der Suchthilfe für Ärzte in Deutschland. Zur zentralen Absicht des Interventionsprogramms (IVP) wurde das Prinzip „Hilfe statt Strafe“ formuliert. Die Ärztekammer versteht sich in dieser Arbeit nicht vorrangig als berufsaufsichtführende Institution, sondern versucht, der Fürsorgepflicht für ihre Mitglieder folgend, im Interesse der Betroffenen Hilfestellung zu leisten (Mundle 2007).

Im Jahr 2004 übernahm Dr. Klaus Beelmann die Funktion des geschäftsführenden Arztes in der Ärztekammer Hamburg. Ebenso wie sein Vorgänger Damm engagiert er sich stark im Bereich der Suchtkrankenhilfe und verfügt vermutlich deutschlandweit über die meiste Erfahrung in der praktischen Anwendung des IVP hinsichtlich des Umgangs mit suchtkranken Kammermitgliedern sowie in der professionellen Vorbereitung und Durchführung von Interventionen im Verdachtsfall.

Um im positiven Fall einer gelungenen Intervention dem betroffenen Arzt die Therapie in einer Suchtklinik zu ermöglichen, ist die Ärztekammer Hamburg bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung, der Organisation einer Praxisvertretung und auch bei der Klärung der Kostenübernahme behilflich. Allerdings werden bis heute gemessen an den geschätzten Zahlen von sechs bis acht Prozent Betroffenen innerhalb der gesamten Ärzteschaft zu wenige erkrankte Kollegen tatsächlich erreicht. Laut Beelmann ist es lediglich der Gipfel des Eisbergs, konkret zirka zwanzig Ärzte pro Jahr, denen seit 2002 mit dem Hamburger Suchtinterventionsprogramm geholfen werden konnte. Bei etwa jedem Dritten verlängert sich das IVP aufgrund von Rückfällen (Beelmann 2007).

Dem Beispiel Hamburgs folgten weitere Ärztekammern, und im April 1999 befasste sich auch der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) mit dem Thema (Stetter 2000). Der daraufhin gebildete Sucht- und Drogenausschuss der BÄK führte im Jahr 2005 eine erste Befragung zum Vorkommen von und zum Umgang mit substanzabhängigen Kammermitgliedern durch (Kunstmann 2005). Elf der an der Befragung

teilnehmenden Kammern gaben damals an, über ein strukturiertes Interventionsverfahren bei Verdachtsmeldungen zu verfügen (Kunstmann 2005). Ungeklärt blieb dabei allerdings, was die einzelnen Ärztekammern konkret damit meinten. Tatsächlich schienen lediglich etwa ein Drittel der Kammern über weitergehende Programme zu verfügen. Die übrigen beließen es bei einer dreistufigen „Befragung - Aufforderung - Meldung an die Approbationsbehörde“. Auch sonst variierten die Angaben bezüglich Meldung von und Umgang mit Verdachtsfällen von Kammer zu Kammer recht stark. Insgesamt ergaben sich auf die Gesamtzahl der Kammermitglieder vier Verdachtsmeldungen pro 10 000 Mitglieder (Kunstmann 2005). Die BÄK stellte in der Veröffentlichung der Ergebnisse fest, dass diese Zahl deutlich unter der von ihnen niedrig angenommenen Prävalenz von fünf Prozent suchtkranker Ärzte liege. Sie bemerkte allerdings auch, dass „interessanterweise solche Kammern eine überdurchschnittlich hohe Zahl an Verdachtsmeldungen erhalten, die vielfältige Hilfen für ihre suchtkranken Kammermitglieder anbieten und diese auch öffentlich bekannt machen. Meldungen erfolgen also offensichtlich erst dann, wenn Gewissheit besteht, dass nicht nur Sanktionen drohen, sondern auch geholfen werden kann“ (Kunstmann 2005).

Auf ihrer Webseite informiert die BÄK über die Interventionsprogramme der Landesärztekammern und benennt für jeden Kammerbereich mindestens einen Ansprechpartner. Die Erläuterungen zum Interventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg dienen immer mehr Landesärztekammern zum Vorbild, um auch auf ihren Webseiten über die Hilfsangebote für suchtkranke Ärzte zu informieren (BÄK u. ÄKHH 2009).

Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt

Die Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt wurde von Gottschaldts Ehefrau, Dr. Edda Gottschaldt, ins Leben gerufen und hat als zentrales Anliegen, die an einer Abhängigkeit erkrankten Ärzte zu unterstützen und deren Behandlungschancen durch adäquate Behandlungsangebote zu verbessern. Da es bis heute in Deutschland nur in einigen Bundesländern gut strukturierte Behandlungskonzepte gibt, wurde zur Verbesserung dieser Situation von der Deutschen Suchtstiftung Matthias Gottschaldt im Jahr 2005 der Expertenrat suchtgefährdeter Ärztinnen und Ärzte gegründet. Ziel dieses Expertenrates ist es, ein Forum für alle Fragen der Prävention und Behandlung suchterkrankter Ärzte zu sein (Mundle 2007).

Neben den Expertenrunden unterstützt die Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt epidemiologische Untersuchungen zum Thema Ärztegesundheit. Eine erste epidemiologische Totalerhebung wurde in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Hamburg und dem Institut für Allgemeinmedizin in Hamburg durchgeführt (Mundle 2007). Ein Ergebnis dieser Un-

tersuchung ist, dass junge Ärztinnen vermehrt Schmerz- und Beruhigungsmittel konsumieren. Darüber hinaus ist vor allem der Hinweis von Bedeutung, wie dringend nötig weitere fundierte epidemiologische Untersuchungen sind, um das aktuelle Gefährdungspotenzial realistisch einschätzen zu können (Dunkelberg 2005).

Situation auf europäischer Ebene

In der Vorbereitung zur Gründung eines Expertenrates auf europäischer Ebene „Expert Advisory Panel - Health in Health Care Professionals“ hat die Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt im Jahr 2006 Vertreter aus den europäischen Ländern zum Matthias-Gottschaldt-Forum in Berlin eingeladen, um eine erste Bestandsaufnahme durchzuführen.

Hierbei zeigte sich auf europäischer Ebene eine ähnliche Situation wie in den einzelnen Bundesländern Deutschlands. Während in Spanien durch das Engagement einiger weniger Kollegen bereits ein sehr gutes Behandlungsangebot installiert werden konnte, gibt es in einigen anderen Ländern, z. B. in Österreich und der Schweiz, bis heute noch keine strukturierten Behandlungsangebote, teilweise noch nicht einmal ein Bewusstsein für das Thema Ärztegesundheit (Mundle 2007).

Information der Öffentlichkeit

Über welche Inhalte und in welchem Umfang die Allgemeinbevölkerung über das Thema „Suchtkranke (Tier-)Ärzte“ informiert werden sollte, lässt sich sicherlich kontrovers diskutieren. Ohne Frage sollten nur Informationen von den Medien verbreitet werden, die der sachlichen Aufklärung dienen. Bekanntlich ist jedoch nie gewährleistet, dass dies auch tatsächlich geschieht, weshalb denn auch Kritiker des offenen Umgangs mit dem Thema zu befürchten geben, dass hieraus dem Berufsstand ein Imageschaden erwachsen könne.

Bislang allerdings scheint es jedoch so, als ob die Öffentlichkeit die „neue Fehlerkultur“, sprich das ehrliche Eingestehen von Fehlern als Voraussetzung für deren Behebung und künftige Vermeidung, eher mit Anerkennung denn mit Häme quittiert. So berichtet das Deutsche Ärzteblatt beispielsweise, dass Ende Februar 2008 beinahe alle großen Tageszeitungen voll des Lobes für Ärztinnen und Ärzte gewesen seien. Von einem „mutigen Eingeständnis“, einem „Tabubruch“ und „gemeinsamen Lernen aus Fehlern“ sei die Rede gewesen, nachdem das Aktionsbündnis Patientensicherheit die Publikation „Aus Fehlern lernen“ vorgestellt hätte (Merten 2008). Über Fehler nicht mehr hinter vorgehaltener Hand zu sprechen, hat dem Ansehen der Ärzteschaft in der Bevölkerung offenbar nicht geschadet. Dies lassen zumindest die Ergebnisse der repräsentativen Umfrage des renommierten Allensbacher Instituts für Demoskopie vermuten, wonach Ärzte mit 78 Prozent nicht nur Spitzenreiter im öffentlichen Ansehen sind, sondern dies gegenüber der letzten Befragung im Jahr 2003 (72 Prozent) sogar noch



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. (01 62) 8 87 11 37, info@asahilfe.de, www.asahilfe.de

ausbauen konnten (Hibbeler 2008). Ein gutes Beispiel dafür, wie die Problematik alkoholabhängiger Ärzte der Öffentlichkeit näher gebracht werden kann, ist auch die im Juli dieses Jahres ausgestrahlte Sendung des ZDF unter dem Titel „Ärzte in Not“ (Grandits 2009).

Situation in der Tierärzteschaft

Aus dem im anglo-amerikanischen Sprachraum verfügbaren - im Vergleich zur Humanmedizin geringen - Literaturangebot zum Thema „Substanzabhängige Tierärzte“ lässt sich entnehmen, dass in diesen Ländern auch innerhalb der Tierärzteschaft ein Bewusstsein für die Problematik vorhanden ist und betroffenen Tierärzten Hilfsangebote zur Verfügung stehen.

Eigenen Angaben zufolge war der erste, der seine Erfahrungen mit der Behandlung von substanzabhängigen Tierärzten veröffentlichte, Dr. Fishbain in Miami, Florida 1986. Er versuchte anhand der Daten von vier Tierarztpatienten ein vorläufiges Profil des „Impaired Veterinarian“ zu erstellen und verglich dieses mit dem des „Impaired Physician“ einerseits und dem des „Typical Drug Abusers“ andererseits. Aufgrund der Gemeinsamkeiten mit beiden Typprofilen erklärte er den substanzabhängigen Tierarzt zu einer Mischung aus substanzabhängigem Arzt und typischem Drogenabhängigem. Als Gründe für das hohe Auftreten von Substanzabhängigkeit bei Tierärzten vermutet er die Faktoren, dass sie der Gruppe der Gesundheitsberufe angehörten, dass sie leichten Zugriff auf Suchtmittel hätten und dass sie weniger im Umgang mit Suchtmitt-

teln überwacht würden als Humanmediziner. Zur Überprüfung seiner Thesen hoffte er auf weitere Untersuchungen (Fishbain 1986).

Hilfskonzepte für Tiermediziner in England

In England erhalten suchtkranke Tierärzte seit 1999 Unterstützung durch das Veterinary Surgeons' Health Support Programme (VSHSP). Die Hauptaufgabe des Programms ist es, einzuschreiten, wenn Tierärzte sich selbst, ihre Patienten oder ihre Praxis aufgrund von Alkohol- oder Drogenproblemen in Gefahr bringen, und wenn nötig die professionelle Behandlung ihrer Erkrankung zu arrangieren. Leiter und Koordinator des VSHSP ist James Willis, Zahnarzt von Beruf, der selbst viele Jahre lang von Alkohol und Drogen abhängig war. Dabei entsteht die Bereitschaft, sich durch das Programm helfen zu lassen, nicht durch Zwang oder Androhung von Konsequenzen. Vielmehr wird die Zugkraft bereits behandelter und wieder hergestellter ehemaliger alkohol- oder drogenabhängiger Kollegen genutzt. So konnte innerhalb von 23 Monaten über 50 Tierärzten in England geholfen werden (Willis 2001).

Neben dem VSHSP gibt es in England noch zwei weitere Hilfseinrichtungen für Tierärzte:

1. Die „Vet Helpline“ ist das ganze Jahr über 24 Stunden am Tag besetzt und hilft unter anderem bei Suchtproblemen bzw. kann die Ratsuchenden an entsprechende Spezialisten weiter vermitteln.
2. Der „Veterinary Benevolent Fund (VBF)“ existiert bereits seit 1897 und hilft seitdem in den unterschiedlichsten Notlagen, in die Tierärzte und ihre Familien geraten können.

Das von unabhängigen klinischen Prüfern als hocheffizient und effektiv arbeitend beurteilte VSHSP wurde im Jahr 2005 zusammen mit der Vet Helpline dem VBF angegliedert, so dass die gesamte Hilfe nun unter einem Dach vereinigt arbeitet (Vetlife 2009).

Mit der Veröffentlichung von Notfall-Rufnummern wird in veterinärmedizinischen Fachzeitschriften und Magazinen sowie auf den entsprechenden Webseiten der tierärztlichen Körperschaften auf die Hilfsangebote hingewiesen und oftmals durch kurze Statements oder Artikel zur Substanzabhängigkeit bei Kollegen und Möglichkeiten der Hilfe ergänzt.

Hilfskonzepte für Tiermediziner in den USA

In den USA sind die Tierärzte zunehmend in die Netzwerkstrukturen integriert, die zur Hilfe suchtkranker Mediziner entstanden sind. So erhielten zwischen 1977 und 1992 allein 150 Tierärzte durch das „Physicians Recovery Network“ in Florida Unterstützung dabei, ihren Substanzmissbrauch bzw. ihre -abhängigkeit zu überwinden.

Einer der elf Berufe des Gesundheitssystems, die in diesem Netzwerk zusammengefasst sind, ist der tierärztliche Beruf mit dem

damaligen Vorsitzenden Dr. Casler. Dieser ist von der Veterinary Medical Association (VMA) in Florida eingesetzt und erhält von ihr auch eine Aufwandsentschädigung dafür, dass er sich um die gemeldeten oder von sich aus Hilfe suchenden suchtkranken Tierärzte kümmert. Für die medizinischen Belange stehen dem Netzwerk drei Suchtspezialisten zur Verfügung, bei denen es sich durchweg um ehemals drogen- oder alkoholabhängige Ärzte handelt (Zuziak 1992).

Ähnlich geht auch die Veterinary Medical Association in Ohio mit ihren erkrankten Mitgliedern um. Dem dortigen „Physical Effectiveness Committee Program (PECP)“ stehen ebenfalls Suchtspezialisten zur Verfügung. Durch die Verbesserung des „Veterinary Practice Act“ in Ohio wird den auffällig gewordenen Tierärzten nicht mehr sofort die Lizenz gesperrt, sondern sie werden aufgefordert, sich mittels des PECP helfen zu lassen (Zuziak 1992).

Hilfskonzepte für Tiermediziner in Australien

In Australien macht sich eine deutliche Veränderung im Verhältnis der veterinärmedizinischen Fakultäten zu ihren Studierenden bemerkbar. Die traditionelle Haltung des „Lass sie schwimmen oder sinken“ wird glücklicherweise zunehmend von aktivem Interesse am Wohlergehen der Studenten abgelöst. Einer der Gründe hierfür ist wohl nicht zuletzt die Tatsache, dass die Universitäten auf die Studienbeiträge angewiesen sind.

An der Universität Sydney wird daher seit einiger Zeit vermehrt Wert darauf gelegt, die Studenten der Veterinärmedizin nicht nur fachlich auf die künftigen Anforderungen des Berufes vorzubereiten. Zusätzlich wird die eigene Gesundheit zum Gegenstand der Ausbildung gemacht. Dabei finden auch die hohen Anforderungen und Belastungen des Studienalltags Beachtung. Studenten, die bereits Schwierigkeiten bei der Bewältigung dieser studienbedingten Stressoren zeigen, erhalten besondere Unterstützung. Hintergrund dafür ist die Erwartung, dass diese Studenten mit hoher Wahrscheinlichkeit den vielfältigen beruflichen Belastungen nicht ausreichend gewachsen sein werden. Das Erlernen gesunder Strategien zur Stressbewältigung und zum Stressabbau ist daher für diese Studenten besonders wichtig und stellt eine Maßnahme zur Gesundheitsprävention dar.

Des Weiteren bekommen die Studenten ganz konkrete Einblicke in die auf sie zukommenden berufsspezifischen Stressoren und erhalten die Möglichkeit, den professionellen Umgang mit diesen Herausforderungen zu erlernen. Aufklärung darüber, dass die große Anzahl potentieller Stressoren ein hohes Risiko physischer, mentaler und emotionaler Erschöpfung in sich bergen, soll bewirken, dass Symptome möglichst frühzeitig ernst genommen werden. Die Gefahren der Doppelbelastung tierärztlicher Behandlungen, nämlich gleichzeitig sowohl für die medizinische

Versorgung des Patienten als auch für die emotionalen Bedürfnisse der Besitzer zuständig zu sein, müssen verstanden werden, um darüber ganz bewusst die eigenen Bedürfnisse nicht zu vernachlässigen und gesunde Grenzen in seinem Engagement zu setzen.

Erreicht werden soll, dass die Studenten achtsamer mit sich selbst umgehen, Symptome bei sich und auch bei Kollegen frühzeitig erkennen und lernen um Hilfe zu bitten (Collins 2005). Sich nicht helfen lassen zu können bzw. Hilfe als ein Zeichen von Schwäche anzusehen und sich gleichzeitig für unentbehrlich zu halten, ist ein auch bei Tierärzten nicht selten vorkommender Bestandteil ihres Rollenverständnisses und wird hier als „Atlas-Syndrome“ bezeichnet (Strand 2005).

Umgang mit Risikofaktoren

Ganz offensichtlich gibt es eine Reihe von Ähnlichkeiten zwischen Arzt- und Tierarztpatienten, die sich z. T. bereits während des Studiums bemerkbar machen bzw. im Verlauf des Studiums geprägt werden. Die „Selbstbehandlung“ ist solch eine weit verbreitete Angewohnheit bei Ärzten und Tierärzten. Anstatt sich helfen und von einem Kollegen behandeln zu lassen werden wie selbstverständlich Medikamente an sich selbst verschrieben bzw. der eigenen Apotheke entnommen.

In den USA wird seit jeher vor den Risiken der Selbstbehandlung gewarnt und auch in Kanada gilt die Selbstbehandlung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auch bei nahen Familienangehörigen als unethisch und sollte nur auf den Notfall begrenzt sein (Lundberg 1992).

„Vom Amoxycillin bei einer Infektion zum Benzodiazepin bei Stress oder einem starken Analgetikum bei einem anderen als schmerzhaft empfundenen Leiden ist es lediglich ein kleiner Schritt“ - Willis, der dies aus eigener schmerzlicher Erfahrung weiß, bekommt als Leiter des Hilfsprogramms für süchtige Tierärzte Einblick in etliche tierärztliche Suchtgeschichten. Die Selbstverschreibung beginnt oft mit Benzodiazepinen bei Tierärzten, die als Studenten ohnehin schon viel Alkohol getrunken haben. Häufig kommt dann der Missbrauch von Ketamin und/oder Buprenorphin hinzu (Willis 2001).

Auch an den tiermedizinischen Ausbildungsstätten der USA wird die prägende Bedeutung des Studiums zunehmend beachtet. Eine Reihe von Untersuchungen zur Lebensqualität und zum Stressempfinden von Tiermedizinstudenten wurde durchgeführt, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie die Studenten besser auf die Herausforderungen des Berufes vorbereitet werden können. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie der Studienalltag gestaltet werden kann, um den Umgang mit den vielfältigen Stressoren zu erlernen, die Strapazierfähigkeit zu erhöhen und vor schädlichen Lösungen wie Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch zu schützen (Strand 2005).

Schlussfolgerungen für die deutsche Tierärzteschaft

Damm (2000) weist darauf hin, dass die Aufgaben der Ärztekammern nicht ausschließlich im ordnungspolitischen Bereich liegen dürften. Bei den bisherigen Praktiken, über die zuständigen Behörden den Widerruf oder das Ruhen der Approbation suchtkranker Kammermitglieder zu erwirken, bliebe ganz außer Acht, dass Sucht und Abhängigkeit Krankheiten seien. Folglich bräuchten derart erkrankte Kammermitglieder Hilfe – auch die Hilfe ihrer Ärztekammer.

Nach Mäulen (2005), der sich in seinem „Institut für Ärztegesundheit“, Villingen, ganz besonders für das Thema engagiert, zwingt insbesondere der zunehmende Anspruch einer Qualitätssicherung auch im deutschen Gesundheitswesen die Verantwortlichen dazu, suchtkranke Ärzte rechtzeitig zu identifizieren, einer fachgerechten Behandlung zuzuführen und in einer überprüfbar Nachsorgephase so zu begleiten, dass die Qualität der Patientenversorgung gewährleistet ist.

Dies gilt für Humanmediziner ebenso wie für Tiermediziner. Im Hinblick auf den künftigen Umgang mit der Thematik und die Durchführung entsprechender Untersuchungen soll dieser Beitrag deshalb Anregungen liefern. Die bereits etablierten und bewährten Konzepte aus der Humanmedizin können dabei Orientierung bieten. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit seitens der Ärzteschaft wurde bereits verschiedentlich signalisiert. Darüber hinaus muss die Tierärzteschaft sich jedoch damit auseinandersetzen, welche Besonderheiten des Berufsstandes es gibt und wie diese anzugehen sind. Jede Tierärztekammer wird beispielsweise für sich klären müssen, wie seitens der Approbationserteilenden Behörde mit suchterkrankten Kammermitgliedern umzugehen ist oder welche Möglichkeiten zur Etablierung eines Hilfskonzeptes bestehen.

Von besonderer Bedeutung wird sein, ob ein bundesweites Programm nach Vorbild des IVP der Bundesärztekammer auch für die Tierärzteschaft zustande kommt. Interessant hierfür könnten auch die beschriebenen Verhältnisse bei den englischen Tierärzten sein.

Aus Sicht der Prävention wird zudem entscheidend sein ob bzw. inwieweit die Studierenden der Tiermedizin bereits mit einbezogen werden können, damit das Thema „Substanzabhängigkeit“ (z. B. als Teil einer Lehrinheit „Gesundheitsmanagement im Tierarztberuf“) zum Gegenstand der tierärztlichen Ausbildung wird.

Anschrift des Verfassers: Dr. Jens Lundberg, ASA-Hilfe, Wunstorfer Landstr. 5, 30453 Hannover

Literatur:

3. Neunter Suchtmedizinischer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin. 5:235-249
4. AMACMH (1973) - American Medical Association Council on Mental Health: The sick phy-

- sician: Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence: JAMA 223:684, 1973
5. Arnold, W. P., et al. (1999): Chemical Dependence in Anesthesiologists. www.asahq.org/ProfInfo/chemical.html
 6. ÄKHH - Ärztekammer Hamburg (2009): Ärzte und Sucht. www.aerztekammer-hamburg.de/aerzte/aerzte_sucht.htm
 7. Beelmann, K. (2004): Internationales Symposium „Unterstützungschancen für Abhängige in medizinischen Berufen“ Poznan, Polen 2./3. Dezember 2004 www.ipin.edu.pl/ain/archiwum/2004/3-4/t17n4_10.pdf
 8. Beelmann, K. (2007): Soforthilfe für suchtkranke Ärzte. *Fortschr. Med.* 27-28:32-33
 9. Boisaubin, E. V., Levine, R. E. (2001): Identifying and Assisting the Impaired Physician. *AmJMedSci*, Jul; 322(1):31-36
 10. Brown, R. L., Fleming, M. F. (1998): Training the Trainers: Substance Abuse Screening And Intervention. *Int J Psych Med* 28, 1:137-146
 11. BÄK – Bundesärztekammer (2009): Interventionsprogramme der Landesärztekammer. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.117.1504.1578
 12. Cicala, R. S. (2003): Substance Abuse Among Physicians: What You Need to Know. *Hospital Physician*, Jul; 39-46
 13. Center, C, Davis, M., Detre, Th., et al. (2003): Confronting Depression and Suicide in Physicians. *JAMA*, 18:289,23; 3161-3166
 14. Damm, K.H. (2000): Erfahrungen mit dem Hilfsangebot der Ärztekammer an suchtkranke Ärzte. In: Zerdick, J. (Hrsg.): Suchtmedizin im Dialog.
 15. Drennon, Charlene (1980): Drugs/Alcohol Abuse. *California Veterinarian* 34,1: 45
 16. Dunkelberg, S., Beelmann, K., Stracke, R., et al. (2005): Substanzgebrauch bei jungen Ärzten und Ärztinnen. *HÄB* 11/05, 512-515
 17. Fishbain, D. A. (1986): Veterinarians with Psychiatric Impairment - A Comparison with Impaired Physicians. *J Nat Med Assoc* 78:133-137
 18. Gieseke, Sunna (2009): Abhängigkeitserkrankungen: „In der Sucht sind wir alle gleich“. *Dt. Ärztebl.* 106,34-35:A-1658
 19. Grandits, V. (2009): Halbgötter in Not. www.37grad.zdf.de/ZDFde/druckansicht/6/0,6911,7600710,00
 20. Harling, Melanie et al. (2007): Stressbelastung und Substanzgebrauch bei Tiermedizinern. *DTBL*. 2/2007:148-159
 21. Hibbeler, B. (2008): Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 10, 7. März 2008, S. 445
 22. Knecht, C. D. (1992): Impaired Veterinarians need and deserve our help and understanding. *JAVMA* 201:8,15:1138
 23. Knight, J. R. (2004): A 35-Year-Old Physician With Opioid Dependence. *JAMA* Sept; 292,4,11,1351-1357
 24. Kunstmann, W., Flenker, I. (2005): Bei Therapie gute Aussicht auf Heilung. *Dt. Ärztebl.* 102 (27), C1544-1546
 25. Lundberg, G. D. (1992): Prevalence of Substance Use Among US Physicians. *JAMA* May; 267,17,2333-2339
 26. Lundberg, J. (2008): Anonyme substanzabhängige Ärzte. ASA-Hilfe: Ein Informations- und Hilfsangebot für Mediziner. *DTBL*. 2/2008:148-156
 27. Mäulen, B. (1996-a): Die gesundheitliche Situation von Ärzten. *Dt. Ärztebl.* 93,27; A-1845
 28. Mäulen, B. (1996-b): Betty Ford Center: Qualifizierte Suchttherapie nicht nur für Reiche. *Dt. Ärztebl.* 96,7; A-403
 29. Mäulen, B. (2002): Förderung der Ärztegesundheit. Es besteht Nachholbedarf. *Dt. Ärztebl.* 99,50; A-3392
 30. Mäulen, B. (2005-a): Warum Ärztegesundheit? www.aerztegesundheit.de
 31. Mäulen, B. (2005-b): Suchtkranke Ärzte. Seminar zur Erlangung der Fachkunde Suchtmedizin. PPP-Vortrag-Freiburg 9./10.12.
 32. Mäulen, B. (2007): Gesundheit der Ärzte: Kränkelder Stand, Forum 1, 12-15
 33. Merten, M. (2008): Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 10, 7. März 2008, S. 447
 34. Mundle, G. (2007): Ärztegesundheit: Eine zentrale Aufgabe der Deutschen Suchtstiftung Matthias Gottschaldt. *PsychoNeuro* 33(1+2)3
 35. Mundle, G., Gottschaldt, E. (2007): Hilfsangebote für suchtkranke Ärzte – Spezifische Behandlungsmaßnahmen ermöglichen eine erfolgreiche Behandlung. *PsychoNeuro* 33:13-18
 36. O'Connor, P. G., Spickard, A. (1997): Physician Impairment by Substance Abuse. *Med. Clin.NorthAm.* Jul; 81(4):1037-1052
 37. RAHCIP (1995) – Report of the Ad Hoc Committee on Physician Impairment. www.fsmb.org/pdf1995_grpol.physician-impairment.pdf
 38. Sprenger, B. (2005): Suchterkrankungen bei Ärztinnen/Ärzten und Führungskräften. 106. Amtsärztlicher Fortbildungskurs, Wien
 39. Stetter, F. (2000): Motivationstherapie und Entwöhnungsbehandlung bei substanzabhängigen Ärzten. In: Zerdick, J. (Hrsg.): Suchtmedizin im Dialog.
 40. Stetter, F. (2004): Internationales Symposium „Unterstützungschancen für Abhängige in medizinischen Berufen“ Poznan, 02/03 12:241-266
 41. Talbott, G., Douglas, M. D. (2009): Recovery and the Impaired Professional. *Alcohol* 301. www.psychiatry.ufl.edu/aec/courses/301/talbott.pdf
 42. Vetlife (2009): www.vetlife.org.uk/addictive
 43. Weber, M. (2007): Kränkelder Stand. *Forum* 1:12-15
 44. Willis, J. (2001): Vets in trouble. *In Practice* 23,3:171-173
 45. Zuziak, P. (1992): From the bottom(s) up: How two veterinarians escaped their world of drugs and alcohol. *JAVMA* 200, 12:1786-1788
 46. 9. Suchtmedizinischer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin. 5:251-257