

Von der *Gewöhnung* zur **Sucht**: Der Übergang kommt **schleichend**



Foto: Adobe Stock/Pixel-Shot

Sie kommt meistens nur ganz allmählich und braucht oft viele Jahre, um zu reifen: die eigene, selbstkritische Erkenntnis, dass man an einer Abhängigkeitserkrankung leidet. Hilfe anzunehmen, um aus ihr herauszufinden, fällt vielen schwer: Verdrängung, Scham und Angst machen es nicht leicht, diesen Schritt zu gehen.

Hinter jeder Suchterkrankung steht ein sehr persönliches Schicksal, das sowohl den privaten Bereich als auch den Job betrifft. Die Ursachen, warum Menschen in eine Abhängigkeit geraten, sind vielfältig. Und der Weg heraus braucht viel Willen, Geduld und Durchhaltevermögen.

In Rheinland-Pfalz bieten laut des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung insgesamt 43 Suchtberatungsstellen und 16 Außenstellen Betroffenen und Angehörigen Beratung und Betreuung an. Außerdem stehen landesweit rund 40 Plätze für einen qualifizierten Drogenentzug in der Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach und im Pfalz-klinikum, Klingenmünster zur Verfügung. 15 Fachkliniken halten rund 1.300 Plätze für eine Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bereit, so das Ministerium.

Zusätzlich stehen drei gesonderte Adaptionseinrichtungen, eine niedrigschwellige Übergangseinrichtung für drogenabhängige Menschen in Mayen-Kürrenberg und eine Einrichtung der Jugendhilfe für suchtgefährdete und -abhängige Jugendliche in Wolfstein zur Verfügung. Mit Unterstützung des Landes wurde auch das Hilfeangebot für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke erheblich ausgebaut. Für diesen Personenkreis stehen rund 440 Plätze in zehn soziotherapeutischen Wohnheimen zur Verfügung.

Darüber hinaus gebe es rund 300 Gruppen der Suchtselbsthilfe, die Betroffenen und Angehörigen nicht nur mit Informationen weiterhelfen, sondern auch mit gegenseitiger emotionaler Unterstützung und Motivation.

Wie das Ministerium in einer Großen Anfrage der CDU-Fraktion zur Suchtberatung in Rheinland-Pfalz im Juni 2022 mitteilt, wurden die Suchtberatungsstellen im Land im Jahr 2021 insgesamt von 14.018 Hilfesuchenden mit zwei und mehr Kontakten aufgesucht. Das entspreche einer Relation von 34,15 Hilfesuchenden pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Rheinland-Pfalz.

Zahlen für Rheinland-Pfalz fehlen

Genauere Zahlen, wie viele Menschen in Rheinland-Pfalz abhängig sind, gibt es jedoch nicht. Ein landesweiter Drogen- oder Suchtbericht wurde schon lange nicht mehr veröffentlicht. Es wird vielmehr auf die bundesweiten Zahlen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) verwiesen, die sich auf die Einwohnerzahl in Rheinland-Pfalz übertragen ließen.

Laut DHS-Angaben hatten deutschlandweit insgesamt drei Millionen Erwachsene zwischen 18 und 64 Jahren eine alkoholbezogene Störung (Alkoholmissbrauch: 1,4 Millionen; Alkoholabhängigkeit: 1,6 Millionen). Mit dem Königsteiner Schlüssel berechnet, bedeutet dies, dass in Rheinland-Pfalz 144.000 Menschen zwischen 18 und 64 Jahren eine alkoholbezogene Störung haben.

Weiteren Schätzungen zufolge sind laut DHS 1,5 bis 1,9 Millionen Menschen in Deutschland medikamentenabhängig – insbesondere von Benzodiazepinen und Z-Substanzen sowie opioidhaltigen Schmerzmitteln. Für Rheinland-Pfalz heruntergerechnet, ergeben sich bei der Kennzahl 1,5 Millionen somit 72.000 Menschen, die medikamentenabhängig sind.

Insgesamt zeigten Untersuchungen, dass sich der Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten weiter erhöhe, so die DHS. Dies betreffe vor allem die „missbräuchlich häufige und unnötig hoch dosierte Anwendung, teilweise auch die Gewöhnung an nicht-opioidhaltige Schmerzmittel“. Auf hochgerechnet 1,6 bis 3,9 Millionen der 18- bis 64-Jährigen in Deutschland treffe diese Entwicklung zu. Nimmt man die Zahl von 1,6 Millionen und berechnet sie für Rheinland-Pfalz, so ergibt dies 76.800 Menschen.

Alkoholkonsum verursacht in Deutschland erhebliche gesundheitliche, soziale und volkswirtschaftliche Probleme, so die DHS weiter. Deutschland weise im internationalen Vergleich seit vielen Jahren einen sehr hohen Alkoholkonsum auf. Der Verbrauch an Reinalkohol pro Kopf im Alter ab 15 Jahren habe im Jahr 2019 insgesamt 10,2 Liter betragen.

Für das Jahr 2016 bezeichnete zudem eine Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Alkoholkonsum weltweit als einen von sieben führenden Risikofaktoren für Mortalität. Unter den 15- bis 49-jährigen Menschen wurde Alkoholkonsum weltweit als führender Risikofaktor bewertet. Die Auswertung der WHO-Arbeitsgruppe von Daten zu 23 alkoholbezogenen Todesursachen umfasste fünf Herz-Kreislauf-Krankheiten, sieben Krebserkrankungen, zwei weitere Erkrankungen innerer Organe, Diabetes, zwei Erkrankungen der Atemwege, eine Krankheit des Zentralnervensystems, eine Gruppe psychiatrischer Erkrankungen, vier Todesursachen durch Gewalt. In Deutschland starben an einer dieser ausschließlich auf Alkohol zurückzuführenden Todesursachen 19.000 Frauen und 43.000 Männer im Jahr 2016. Das waren 4,0 Prozent aller Todesfälle unter Frauen und 9,9 Prozent aller Todesfälle unter Männern, heißt es bei der DHS.

Foto: privat



Anette Schilling:

„Es braucht manchmal nicht viel, um vom regelmäßigen Trinken in die Abhängigkeit abzurutschen.“

Auch die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Alkoholkonsum entstehen, kann die DHS beziffern: rund 57,04 Milliarden Euro. Davon entfallen 16,59 Milliarden Euro auf direkte Kosten für das Gesundheitssystem (zum Beispiel Behandlungskosten beim Arzt, Krankenhausaufenthalte und Medikamente) sowie 40,44 Milliarden Euro auf indirekte Kosten (wie etwa Produktionsausfall durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Frühverrentung und vorzeitiger Tod).

Raus aus der Tabuzone

Alkoholismus ist eine chronische Erkrankung wie jede andere auch und muss daher „raus aus der Tabuzone und raus aus der Schmutzdecke“, fordert Anette Schilling, Sprecherin der Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz – einem Fachausschuss der Liga Rheinland-Pfalz.

Alkohol sei weit verbreitet, leicht verfügbar und Alkoholtrinken zudem auch gesellschaftlich anerkannt. „Es braucht manchmal nicht viel, um vom regelmä-

ßigen Trinken in die Abhängigkeit abzurutschen. Besonders dann, wenn das Leben noch zusätzliche Herausforderungen stellt und damit Probleme bereitet“, beobachtet Schilling in der Beratung immer wieder. Ihr falle auch auf, dass Doppel Diagnosen wie psychiatrische Grunderkrankungen wie Depression oder Angststörungen zunehmen. In solchen Fällen würde zu Alkohol oder Medikamenten gegriffen, um Ängste wegzutrinken oder um die Stimmung zu heben. Auch steige bei den Abhängigen der Anteil derer, bei denen Traumata oder Belastungsstörungen vorlägen.

Alkoholabhängigkeit sei in allen Berufsgruppen zu finden, aber besonders oft in Berufsgruppen, die leichten Zugang dazu hätten wie beispielsweise Gastronomen und Winzer. Aber auch Berufe, in denen viel Druck herrsche, wie im Gesundheitsbereich: Ärzte, Pfleger und Altenpfleger. Doch nach wie vor glitten die meisten über Gewöhnung in die Sucht. „Die Botschaft ist einfach: Immer dort, wo viel getrunken wird, wird es auch einen Anteil an Menschen geben, die in die Abhängigkeit abrutschen“, so Schilling.



Kurzintervention vom Arzt hilft viel

„Sucht kann jeden treffen“, weiß Schilling, „auch Ärztinnen und Ärzte.“ Diejenigen, die nach ihrer Suchterfahrung trocken beziehungsweise clean sind und wieder ärztlich arbeiten würden, seien für Suchtmittelmissbrauch besonders sensibel und könnten betroffenen Patientinnen und Patienten besonders gut helfen. Sie wissen aus eigener Erfahrung, welche Suchtkarrieren durchlebt werden und welche Hilfen es gibt. Doch leider sprächen Ärztinnen und Ärzte im Allgemeinen ihre Patientinnen und Patienten noch viel zu wenig auf eine mögliche Suchterkrankung an. „Dabei sehen sie es doch, wenn sich beispielsweise die Leberwerte verändern“, so Schilling. Ihrer Erfahrung nach hätten sie Sorge, ihre Patienten zu verlieren, wenn sie das Thema zur Sprache bringen: „Daher schweigen sie oft und verschließen die Augen.“ Dabei bewirke eine Kurzintervention vom Arzt so viel. Mit dem Satz wie „Ich mache mir Sorgen, wenn ich Ihren Gesamtzustand sehe und die Veränderung Ihrer Leberwerte“ könne der Einstieg ins Thema erleichtert werden. Dies sollten Ärztinnen und Ärzte noch viel öfter machen, fordert Schilling. Ärzte sollten hier ihre Verantwortung sehen und sich nicht klein denken; eine Suchterkrankung belaste schließlich auch das ganze Familiensystem. Auch der Hinweis auf Selbsthilfegruppen sei wichtig. Sie seien wertvolle Stützen für ein Leben in Abstinenz.

„Sucht kann jeden treffen.“

Hilfe für Ärztinnen und Ärzte

Hilfe für den Ausstieg gibt es zum Beispiel bei der Landesärztekammer mit einem speziellen Sucht-Interventionsprogramm, das unter dem Motto „Hilfe statt Strafe“ steht. Hier konnte schon so manches Mal suchtkranken Ärztinnen und Ärzten bei ihrem Ausstieg aus der Abhängigkeit gut geholfen werden, damit die Approbation nicht in Gefahr geriet.

Approbationsbehörde: Gelingt der Entzug, ist Approbation nicht in Gefahr

Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, das für die Approbationen zuständig ist, hat ebenfalls einen Blick darauf, ob Entzugs- und Enthaltungsprogramme bewältigt werden. Wenn das gelingt, ist nach LSJV-Angaben in diesen Fällen ein Ruhen der Approbation nicht erforderlich. Die Behörde hat aber auch schon Approbationen aufgrund von Suchtmittelmissbrauch zum Ruhen gebracht. Im Jahr 2019 betraf es eine Ärztin und einen Arzt und im Jahr 2020 einen Arzt. Im vergangenen und auch im laufenden Jahr hat es nach LSJV-Angaben keinen Fall gegeben.

Um Zahlen zu finden, wie viele Ärztinnen und Ärzte von Abhängigkeiten betroffen sind und vielleicht deswegen auch nicht weiter arbeiten können, hilft vielleicht ein Blick auf die Versorgungseinrichtungen. Gibt es Zahlen, wie viele Ärztinnen und Ärzte wegen einer Abhängigkeitserkrankung berufsunfähig werden oder vorzeitig in Ruhestand gehen? Doch auch hierzu finden sich keine Angaben, die Auskünfte ermöglichen.

Ärzteversorgung: Berufsaufgabe aus Gesundheitsgründen hat viele Ursachen

Die Bayerische Ärzteversorgung teilt auf Anfrage mit, dass es ihnen kaum möglich sei, zu ermitteln, wie viele Ärztinnen und Ärzte wegen einer Suchterkrankung berufsunfähig würden. Wie sie berichtet, gab es zum 1. Januar 2021 bei ihr insgesamt 1.026 Empfänger von Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit, davon waren 696 Ärztinnen und Ärzte. Der Jahreszugang 2020 umfasste 146 Personen, davon 94 Ärzte. Zu berücksichtigen sei dabei auch jeweils die Zahl der Abgänge, die zufälligerweise im Zeitraum zwischen dem 1.1.2020 und dem 1.1.2021 im Gesamtergebnis zu keiner Veränderung geführt hätten. Die Gesamtzahl der Versorgungsempfänger – also alle Leistungsarten wie Altersruhegeld, Berufsunfähigkeit, Witwen, Waisen und sonstige Unterhaltsempfänger – umfasste zum 1. Januar 2021 insgesamt 39.640 Personen.

Dass Mitglieder aus gesundheitlichen Gründen ihre Arbeit aufgeben müssten, habe viele Gründe, so die Bayerische Ärzteversorgung. Das reiche vom plötzlich eintretenden Unfall bis zu chronischen Erkrankungen. Der Anteil der Neuberentungen im unmittelbaren Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, hinter denen vielleicht auch eine Suchterkrankung stecken könnte, sei nicht exakt identifizierbar. Oft führten mehrere Erkrankungen zum Renteneintritt. Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit könne satzungsgemäß auch nur bis zum 63. Lebensjahr beansprucht werden, bei danach möglicher Inanspruchnahme vorgezogenen Altersruhegeldes würden keine Gründe erfasst, so die Bayerische Ärzteversorgung.

Der Anteil von Ruhegeldern bei Berufsunfähigkeit mit Verbindung zu psychischen Erkrankungen sei jedoch bei der Bayerischen Ärzteversorgung seit je her niedriger als bei der gesetzlichen Rentenversicherung. In den vergangenen Jahren scheine hier sogar ein Rückgang zu verzeichnen zu sein. Dies könne sich natürlich ändern, wenn sich die Belastungen der neueren Zeit, vor allem im Zusammenhang mit der Pandemie, weiter auswirken würden, so die Versorgungseinrichtung.

Nach Angaben der Bayerischen Ärzteversorgung beträgt in diesem Jahr das Mindestruhegeld bei Berufsunfähigkeit (in den ersten fünf Jahren nach Hochschulabschluss) 1.736,14 Euro. Jedes Mitglied erhalte jährlich eine Anwartschaftsmittteilung, in der die Höhe des Ruhegeldes bei Berufsunfähigkeit zum 1.1. des betreffenden Jahres ausgewiesen sei.

Zahlen gibt es auch nicht bei der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier. Hier werde keine Statistik zum Berentungsgrund der Mitglieder geführt, heißt es dort auf Anfrage. Gelegentlich komme es vor, dass die Versorgungs-

einrichtung Reha-Maßnahmen finanziere, die aufgrund von Suchterkrankungen oder Burnout angezeigt seien. Aber wenn überhaupt, seien das ein bis zwei Reha-Fälle.

Welche Leistungen übernimmt die PKV?

Eine weitere Frage drängt sich auf: Die meisten Ärztinnen und Ärzte sind privat krankenversichert. Doch inwieweit können sie bei Suchterkrankungen Leistungen ihrer privaten Krankenversicherung in Anspruch nehmen? Es soll Verträge geben, bei denen Leistungen zu Suchterkrankungen und deren Folgen ausgeschlossen seien. Anfragen bei drei großen Versicherern ergeben Folgendes:

Hallesche Krankenversicherung

Die Hallesche Krankenversicherung beispielsweise erklärt auf Nachfrage, dass sie Leistungen zu Suchterkrankungen erstatte. Zu unterscheiden seien dabei akut-stationäre Entgiftungsmaßnahmen im Krankenhaus gegenüber rehabilitativer Entzugsmaßnahmen. Die akut-stationäre Entgiftung bei Delirium sei versichert. Für die sich meist anschließende Entziehungskur (auch Entwöhnungsbehandlung) handele es sich um Rehabilitationsmaßnahmen, für die in der Regel berufsständische Versorgungswerke oder sonstige Träger die Kosten erstatten, zum Beispiel die Deutsche Rentenversicherung. Wenn das nicht der Fall sei, übernähmen die Hallesche Krankenversicherung bis zu drei stationäre oder ambulante Entziehungs- beziehungsweise Entwöhnungsbehandlungen. Was sie nicht bezahle, seien Entziehungsmaßnahmen speziell wegen Nikotinsucht, so die Krankenversicherung.

Die Leistungen für akut-stationäre Entgiftungen im tariflichen Rahmen würden übernommen, heißt es ferner bei der Versicherung. Das bedeute: Für Entziehungskuren/Reha-Maßnahmen würden bei stationärer Unterbringung die Krankenhausleistungen übernommen – ausgenommen seien Wahlleistungen wie Chefarztbehandlung und besondere Unterkunft. Zudem müsse die Einrichtung durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger zugelassen sein. Bei ambulanten Maßnahmen würden die gebührenrechtlich berechenbaren Tagessätze erstattet.

Bei der ersten Entziehungsmaßnahme erstatte die Versicherung 100 Prozent. Bei der zweiten und dritten Entziehungsmaßnahme würden nur dann 100 Prozent erstattet, wenn die Behandlung nicht vorzeitig aus disziplinarischen Gründen oder ohne ärztliches Einverständnis abgebrochen wurde. Sonst sei die Erstattung auf 80 Prozent begrenzt. Kosten für Gutachten, so die Hallesche Krankenversicherung „zahlen wir, soweit sie von uns veranlasst wurden“, erklärt die Hallesche Krankenversicherung.

Debeka Krankenversicherung

Die Debeka Krankenversicherung stellt Leistungen für Entwöhnungsmaßnahmen zur Verfügung. „Wir lassen unsere Versicherten in solch schwierigen Lebenslagen selbstverständlich nicht im Stich“, heißt es dort auch Nachfrage. Nach ihren Alltarifen bestehe für Entwöhnungsbehandlungen zwar keine Leistungspflicht, allerdings zahlen sie „entgegenkommend freiwillige Leistungen“. Aus neuen Tarifen „erbringen wir sogar vertragliche Leistungen für bis zu drei Entwöhnungsbehandlungen“. Darüber hinaus würden nur dann Leistungen erbracht, wenn sie diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hätten. Grundsätzlich keine Kostenbeteiligung erfolge für im Vorfeld beziehungsweise im Zusammenhang mit Entwöhnungsmaßnahmen erstellte Gutachten, so die Debeka.

Auf die Nachfrage, ob Leistungen, die eigentlich Folgen einer Suchterkrankung seien, unter der Diagnose Depression abgerufen würden, teilt die Debeka mit, „dass es des Öfteren vorkommt, dass Behandlungen aufgrund einer Depression und Suchterkrankung durchgeführt werden. Unsere Aufgabe besteht dann darin, zu prüfen – meist in Rücksprache mit unseren medizinischen Beratern –, welche Erkrankung und welcher Behandlungsansatz im Vordergrund stehen. Da es sich hierbei stets um individuelle Behandlungsfälle handelt, können wir hierzu keine weiteren Aussagen treffen.“ Zudem weist die Debeka darauf hin, dass sie bei ihrem Gesundheitsmanagement ein spezielles Entwöhnungsbehandlungs-Versorgungsprogramm („Wege aus der Sucht“) mit der Median Klinik Tönisstein in Bad Neuenahr-Ahrweiler anbiete.

Allianz Private Krankenversicherung

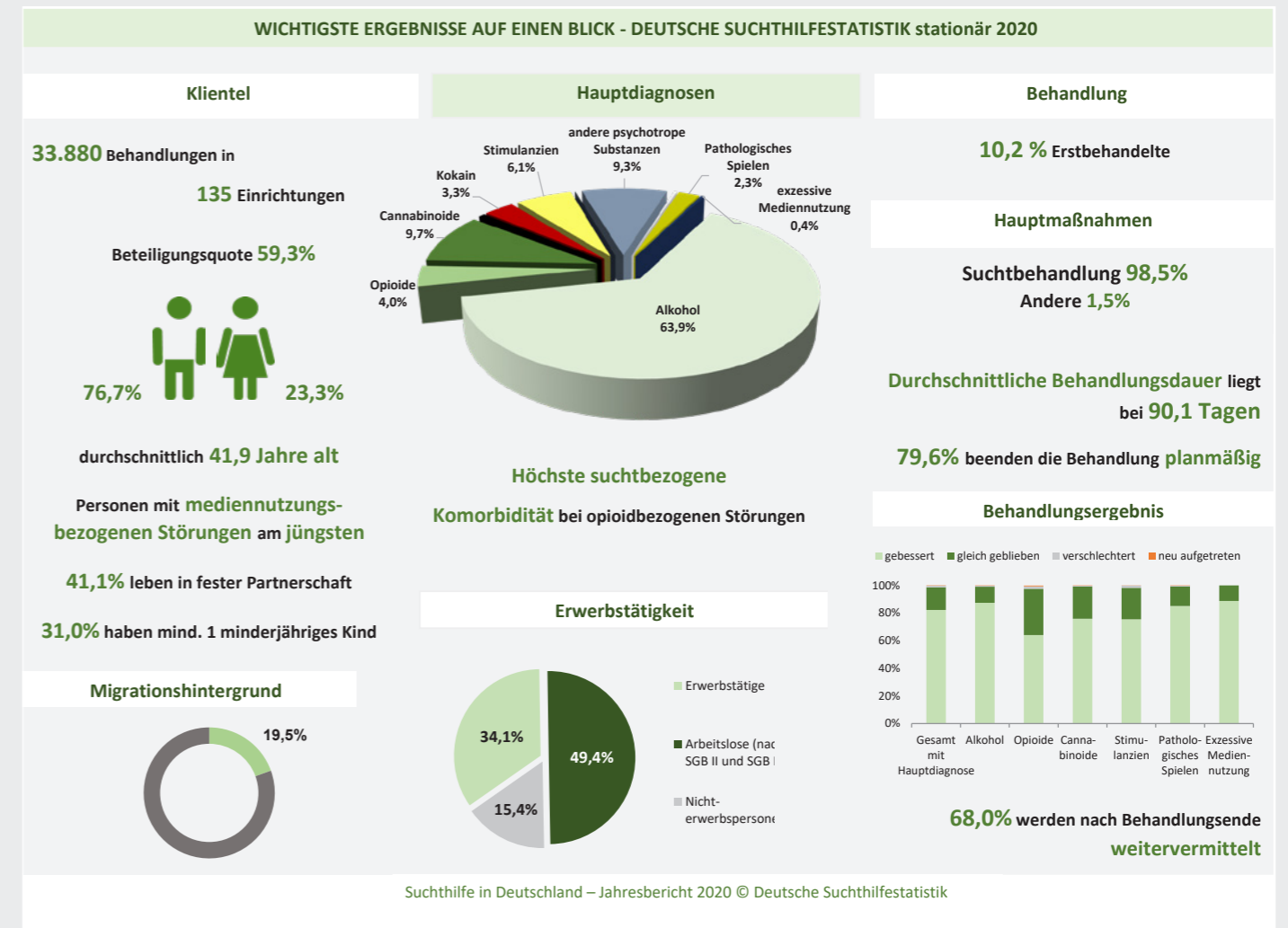
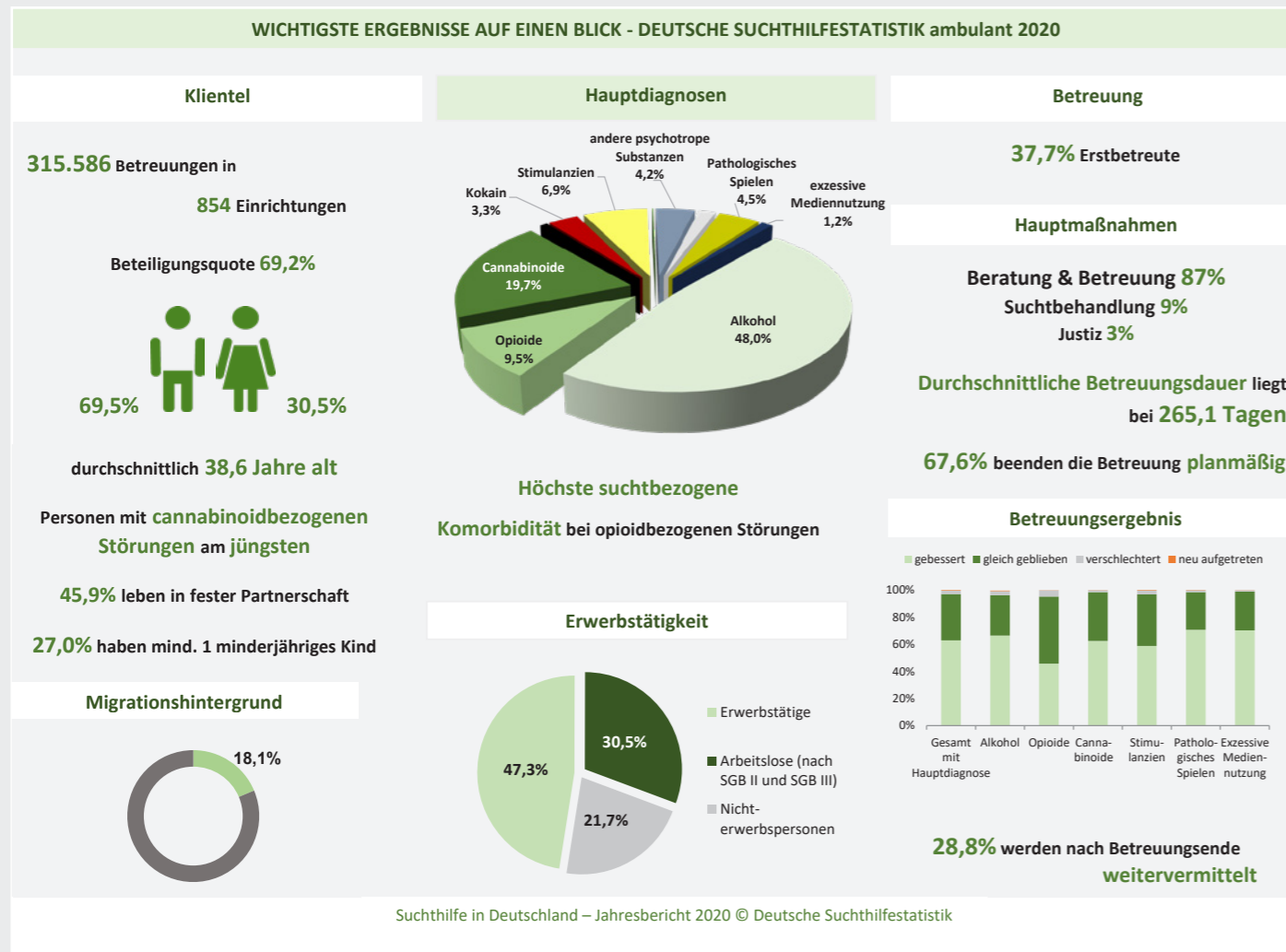
Kosten für ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen würden bei den Ärzttarifen im tariflichen Umfang erstattet, teilt die Allianz Private Krankenversicherung mit. Leistungen, die Folge einer Suchterkrankung seien, würden nicht als Depression abgerufen. Die Folgen einer Suchterkrankung, wie zum Beispiel Lebererkrankungen oder Depression seien im Leistungsumfang enthalten.

Deutsche Rentenversicherung registriert weniger Anträge auf Sucht-Reha

Der größte Reha-Träger im Land ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Rheinland-Pfalz. Sie bietet sowohl medizinische Leistungen zur Rehabilitation an als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Allen Leistungen ist ein Ziel gemein: die Versicherten wieder zurück in den Beruf zu bringen, wenn ihre Erwerbsfähigkeit durch (chronische) Krankheiten oder Behinderungen gefährdet oder gemindert ist. Daher richten sich die Leistungen vor allem an Menschen,

„Wir lassen unsere Versicherten in solch schwierigen Lebenslagen nicht im Stich.“

→



Quelle: „Schwarzkopf, L., Künzel J, Murawski, M. & Specht, S. IFT Institut für Therapieforschung (Hrsg.) WICHTIGSTE ERGEBNISSE AUF EINEN BLICK - DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK, Datenjahr 2020, Abrufbar unter „https://www.suchthilfestatistik.de/ergebnisse/aktuelle-ergebnisse-ambulant.html“

Quelle: „Schwarzkopf, L., Künzel J, Murawski, M. & Specht, S. IFT Institut für Therapieforschung (Hrsg.) WICHTIGSTE ERGEBNISSE AUF EINEN BLICK - DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK, Datenjahr 2020, Abrufbar unter „https://www.suchthilfestatistik.de/ergebnisse/aktuelle-ergebnisse-stationaer.html“

die im Erwerbsleben stehen oder infolge Krankheit oder Arbeitslosigkeit momentan keinen Job haben. Für Rentnerinnen oder Rentner sind meist die Krankenkassen die zutreffenden Reha-Träger.

Eine besondere, weil inhaltlich und zeitlich intensive Form der medizinischen Reha sei die Reha bei Abhängigkeitserkrankungen, so die Deutsche Rentenversicherung. Dazu zählen stoffgebundene Formen der Abhängigkeit, aber zunehmend auch nicht stoffgebundene Formen wie das pathologische Glücksspiel oder Internetsucht. Eine Reha bei Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung könne je nach Situation zwischen acht und 26 Wochen umfassen. Das Angebot sei breit: stationär, ganztätig ambulant oder in Kombination.

„Gegenüber der Vor-Corona-Zeit haben wir 2020 und 2021 einen Rückgang bei den Anträgen auf Sucht-Reha zu verzeichnen, was sich auch in den Bewilligungen widerspiegelt“, teilt

die DRV auf Nachfrage mit. Waren es im Vor-Pandemie-Jahr 2019 noch rund 3.000 Anträge, so lag diese Zahl in den beiden Corona-Jahren 2020 und 2021 bei rund 2.600 Anträgen. Die Chancen, dass ein Antrag durchgehe, seien auch in der Sucht-Reha groß – statistisch gesehen bewillige die DRV 75 Prozent aller Anträge. Einen Grund dafür sieht die DRV vor allem in der allgemein zu beobachtenden Zurückhaltung in der Bevölkerung, die Reha auf die Zeit nach der Pandemie zu verschieben. Speziell bei der Reha von Abhängigkeitserkrankungen spiele auch der Punkt eine Rolle, dass während der Lockdowns Suchtberatungsstellen nicht oder nur kontaktlos beraten haben und die von Abhängigkeitskranken häufig präferierte persönliche Beratung nicht in dem Umfang zur Verfügung stand, wie bisher gewohnt. Reha-Kliniken selbst – so auch die DRV-eigene Fachklinik Eußerthal – „blieben auch während der Pandemie am Netz und konnten dank reduzierter Belegung und fundierten, mit den Gesundheitsämtern abgestimmten Hygienekonzepten ihre Patientinnen und Patienten sicher versorgen“.

Sieben Prozent treten ihre Reha nicht an

Aber die DRV stellt auch fest: „Ein nennenswerter Teil suchtkranker Menschen tritt die bereits bewilligte Reha nicht an.“ 2019 lag dieser Anteil bei neun Prozent, 2020 und 2021 bei jeweils sieben Prozent. Gründe könnten eine fragile Lebenssituation der Betroffenen (Jobverlust, Wohnverhältnisse, soziales Umfeld) oder Aspekte in der Motivation sein, die trotz eines gut ausgebauten Hilfe- und Beratungsnetzes dazu führe, dass sie den für einen gelingenden Weg aus der Sucht notwendigen Schritt – die Reha – entgegen der ursprünglichen Absicht doch nicht gehen.

Deshalb gebe es bundesweit in der Deutschen Rentenversicherung das sogenannte Nahtlosverfahren mit einer besonders gut aufeinander abgestimmten Behandlungskette. Schon während der meist dreiwöchigen qualifizierten Entgiftung im Krankenhaus werde hier zum Beispiel über den Sozialdienst die Reha angestoßen „und wir entscheiden in der Regel innerhalb von fünf Tagen, so dass die Reha unmittel-

bar auf die Entgiftung folgen kann: nach der Entgiftung direkt in die Reha.“ Durch diese enge Taktung komme es kaum zu Rückfallmustern und Nichtantritten, so die DRV: „Über diesen hocheffektiven Weg erreichen uns bereits zwischen zwölf und 16 Prozent aller Anträge auf Reha bei Abhängigkeitserkrankungen.“

Limitierender Faktor in der Behandlungskette sei hier die Zahl der Krankenhäuser, die eine qualifizierte Entzugsbehandlung anbieten. Entwickelt worden sei dieses Verfahren von der Deutschen Rentenversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. In welchem Umfang Betroffene nach dem Entzug erst gar keinen Reha-Antrag stellen (entgegen der Empfehlung des Arztes oder der Suchtberatung), könne die DRV nicht sagen, „weil uns dazu keine Zahlen zur Verfügung stehen“.

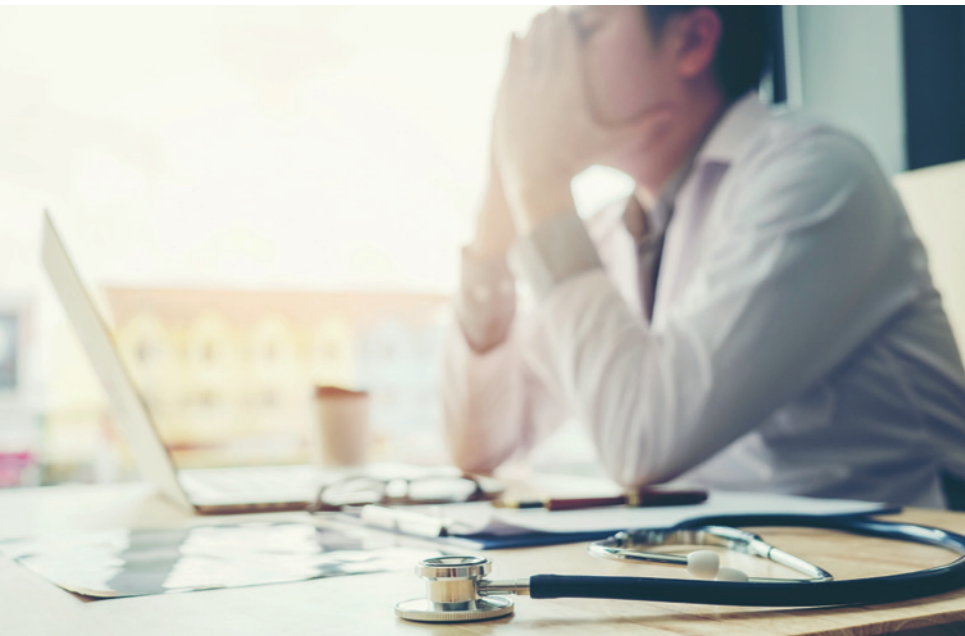


Foto: Adobe Stock/joyfotoliakid



Es sei der DRV aber sehr wichtig, auch außerhalb des Nahtlosverfahrens schnell den Weg in die Reha zu ermöglichen. Denn auch bei der Reha für Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen gilt: Je früher die Reha beginnt, umso besser sind die Chancen für eine gute Reintegration in Alltag und Beruf. Mit Suchtberatungsstellen und Sozialdiensten von Krankenhäusern stehe die DRV daher in engem Kontakt und habe gut abgestimmte Prozesse für kurze und schnelle Entscheidungswege.

Abwasseranalyse offenbart Drogenkonsum

Alkoholabhängigkeit steht bei Suchterkrankungen noch immer an erster Stelle. Doch dass beispielsweise der Konsum von illegalen Drogen wie Kokain und Crystal Meth steigt, zeigen Analysen des Abwassers. Durch Abwasseranalysen lässt sich ziemlich genau abbilden, was Menschen konsumieren und ausscheiden. Ergebnisse des bislang größten europäischen Projekts in der neu entstehenden Wissenschaft der Abwasseranalyse hat das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction auf seiner Internetseite vorgestellt. Bei dem Projekt wurde Abwasser in rund 80 europäischen Städten analysiert, um die Drogenkonsumgewohnheiten der in ihnen lebenden Menschen zu untersuchen. Die im Abwasser beobachteten Belastungen deuten darauf hin, dass der Kokainkonsum in west- und südeuropäischen Städten, insbesondere in Städten in Belgien, den Niederlanden und Spanien nach wie vor am höchsten sei. Niedrige Werte würden in den meisten osteuropäischen Städten festgestellt, allerdings weisen die jüngsten Daten Anzeichen für einen Anstieg auf. Im Ergebnis zeige sich: Kokain werde vor allem im Süden und Westen Europas konsumiert, Amphetamin im Norden und Osten. Crystal Meth zeige sich vor allem in Nord-europa, im Osten Deutschlands, Spanien und Zypern.

Neben geografischen Mustern kann die Abwasseranalyse auch zeitliche Muster des illegalen Drogenkonsums ermitteln: Mehr als drei Viertel der Städte weisen am Wochenende (Freitag bis Montag) höhere Belastungen im Abwasser auf als an Wochentagen.

Weitere Abwasseruntersuchungen zeigen zudem: Das Mainwasser bei Frankfurt enthalte deutlich mehr Kokain-Rückstände als noch vor einigen Jahren. Das ist das Ergebnis von Wasseranalysen, die das Nürnberger Institut für Biomedizinische und Pharmazeutische Forschung vorgenommen hat. Auch die Abwasseranalyse des Rheinwassers lässt Rückschlüsse zu: Knapp elf Tonnen reines Kokain pro Jahr verbrauchen demnach allein die rund 38,5 Millionen Menschen, deren Abwässer der Rhein bei Düsseldorf enthält. Jeden Tag, so die Untersuchung, fließen Abbauprodukte von der Toilette Richtung Klärwerk, die rund 30 Kilogramm reinem Kokain entsprächen.

Sucht ist kein Randproblem

Sucht betrifft viele Menschen und ist auch kein Randproblem. Prävention ist daher wichtig. Frühe Aufklärung über die Gefahren des Suchtmittel- oder Drogenkonsums kann helfen, dass es erst gar nicht zu einem gesundheitsschädlichen Konsum kommt. Und natürlich verlässliche Hilfen zum Ausstieg, damit Suchtkranke Angebote zur Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen können, die sie benötigen.

Ines Engelmohr

Überblick über die verschiedenen Suchtstoffe und Suchtformen

Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit beeinflussen die psychische und körperliche Gesundheit, sind eine Herausforderung für das Zusammenleben und haben finanzielle Konsequenzen. Darauf weist auch Burkhardt Blienert, der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, hin. Insgesamt ist nach seinen Angaben davon auszugehen, dass in Deutschland knapp 8,2 Millionen erwachsene Menschen leben, die von verschiedenen Substanzen oder Glücksspiel abhängig sind, 13 Millionen würden diese missbräuchlich verwenden. Auf der Internetseite des Beauftragten findet sich ein Überblick über die verschiedenen Suchtstoffe und Suchtformen:



Tabak und Nikotin

Rauchen sei das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland. Im Schnitt verlieren Raucherinnen und Raucher zehn Jahre ihres Lebens. Jährlich sterben in Deutschland über 127.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums.



Alkohol

Im Jahr 2012 starben in Deutschland rund 21.000 Menschen im Alter von 15 bis 64 Jahren (etwa 16.000 Männer und 5.000 Frauen) an Erkrankungen, die entweder ausschließlich auf Alkohol zurückzuführen sind oder für die der Alkoholkonsum einen Risikofaktor darstellt (Alkoholatlas, DKFZ 2017). Jede/r Sechste in Deutschland konsumiere Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Alkoholabhängigkeit sei der häufigste Grund für Beratung und Behandlung in einer Suchthilfeeinrichtung.



Illegale Drogen

Der Konsum von Cannabis, Opioiden, neuen psychoaktiven Stoffen, Amphetaminen und Methamphetaminen kann mit erheblichen gesundheitlichen Risiken einhergehen. Eine große Herausforderung der Drogen- und Suchtpolitik sei das Auftreten neuer psychoaktiver, synthetischer Stoffe, die auch als „Designerdrogen“, „Research Chemicals“ oder „Legal Highs“ bezeichnet werden. Crystal oder Crystal Meth sind der Szenename für Methamphetamin, ein vollsynthetisches Stimulans. Methamphetamin ist chemisch eng verwandt mit Amphetamin (Speed). Der stimulierende Effekt und das Missbrauchspotenzial von Methamphetamin sind jedoch deutlich höher. Cannabis sei nach wie vor die am häufigsten konsumierte illegale Substanz.



Medikamente

In Deutschland gibt eine Reihe von verkehrs- und verschreibungsfähigen Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial. Folgende Arzneimittelgruppen weisen laut Bundesdrogenbeauftragtem ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial auf (Quelle: DHS): Benzodiazepine und deren Analoga (Z-Substanzen), Barbiturate, Opiate und Opioide, Stimulanzien, Kopfschmerz- und Migränemittel, nicht-verschreibungspflichtige Hypnotika, Abführmittel, Diuretika, vasokonstriktorische Rhinologika, alkoholhaltige Arzneimittel.



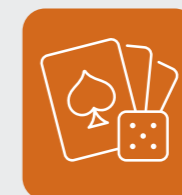
Computerspiel- und Internetabhängigkeit

Mit „Computerspielabhängigkeit“, „pathologischer Internetgebrauch“ und „Internetsucht“ werden Verhaltensweisen bezeichnet, die viele Merkmale von Sucht oder Abhängigkeit aufweisen. Nach derzeitigem wissenschaftlichem

Stand werden sie den stoffungebundenen Suchterkrankungen (Verhaltenssüchten) zugerechnet.

Während für den Bereich des Computerspielens weitgehende Einigkeit darüber besteht, dass es deutliche Parallelen zu einem Suchtverhalten gibt, ist derzeit noch nicht geklärt, ob weitere internetbezogene Verhaltensweisen – hierbei ist insbesondere die exzessive Nutzung sozialer Netzwerke zu nennen – ebenfalls den Verhaltenssüchten zuzuordnen sind.

Die Gaming Disorder ist inzwischen als anerkannte psychische Erkrankung mit eigener Diagnose in den Krankheitskatalog der WHO aufgenommen worden.



Pathologisches Glücksspiel

Manche Menschen können ihr Spielverhalten nicht kontrollieren, geraten dadurch in eine Abhängigkeit. Finanzielle Verluste, starke emotionale Belastungen, Konflikte in der Familie und Probleme am Arbeitsplatz sind die Folgen. Betroffene Personen gefährden bei hohen finanziellen Verlusten und zwanghaftem („spielsüchtigem“) Verhalten nicht selten ihre finanzielle und gesellschaftliche Existenz. Das pathologische Glücksspiel wurde mittlerweile im internationalen diagnostischen System der International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation als eigenständige psychische Erkrankung anerkannt. (eng)

Piktogramme: Adobe Stock/motorama

Ärzte und Ärztinnen unterscheiden sich nicht von anderen Suchtkranken

Ärztinnen und Ärzte haben genauso häufig Suchterkrankungen wie die allgemeine Bevölkerung. Doch konkrete Zahlen, wie viele Ärztinnen und Ärzte von einer Suchterkrankung betroffen sind, gibt es nicht. Verlässliche Zahlen zu Ärzten und Ärztinnen mit riskantem Gebrauch von Substanzen oder mit manifester Abhängigkeitsproblematik sind nicht verfügbar.

Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass ihr Anteil vergleichbar ist mit dem Anteil der Betroffenen in der Gesamtbevölkerung. Dieser Anteil liegt bei etwa drei bis fünf Prozent. Davon gehen Experten aus. Überträgt man dies auf die rheinland-pfälzische Ärzteschaft mit rund 23.000 bei der Landesärztekammer registrierten Ärztinnen und Ärzten, ergibt sich rein rechnerisch Folgendes: Bei einem Prozentsatz von drei Prozent wären dies 690 Ärztinnen und Ärzte.

„Wir sehen in unseren Hilfeprogrammen und Therapien also nur eine sehr kleine Spitze eines großen Eisbergs“, erklärt Dr. Hubert Buschmann. Buschmann ist Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und war 26 Jahre lang Chefarzt der Median Klinik Tönningstein – einer Rehaklinik für Kurzzeitbehandlungen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit in Bad Neuenahr. Die Spezialklinik bietet achtwöchige Kurzzeittherapie-Programme vor allem für alkohol- und medikamentenabhängige Patientinnen und Patienten, deren berufliche und soziale Integration noch gut erhalten ist. Etwa 30 Ärztinnen und Ärzte seien durchschnittlich pro Jahr aus verschiedenen Bundesländern zur Behandlung in der Klinik.

Ärzte und Ärztinnen tun sich schwer in der Rolle des zu Behandelnden

Viele Jahre lang hat Buschmann zudem Ärztinnen und Ärzte begutachtet, welche die Landesärztekammer mithilfe ihres Interventionsprogrammes betreut hat. Ärzte und Ärztinnen unterscheiden sich nicht von anderen Suchtkranken, so Buschmann. Aber einen Unterschied sieht er trotzdem. Sie tun sich schwer in der Rolle des zu Behandelnden. Meistens bekommt er von den Betroffenen zu hören: „Es ist ja nur eine Phase. Das habe ich alles im Griff und ich kann mich doch selber behandeln.“ Ihre Erkrankung anzuerkennen und Hilfe anzunehmen, falle Ärztinnen und Ärzten besonders schwer. Bis ein Alkoholabhängiger in eine Therapie gehe, dauere es durchschnittlich zehn bis 13 Jahre, weiß Buschmann. Bei

Ärzten sogar noch länger, weil die Akzeptanz eines abhängigen Verhaltens bei ihnen einfach länger dauere. Bei Medikamentenmissbrauch vergingen sogar oft bis zu 20 Jahre, bis der Schritt zur Therapie erfolge.

Bei der Wahl des Suchtmittels sieht Buschmann eine leichte Veränderung. Die Zahl derjenigen, die von Amphetaminen abhängig seien, steige in den vergangenen Jahren. Dahinter stecke oft der Wunsch, die eigene Leistung mehr zu pushen und so beispielsweise länger am OP-Tisch stehen zu können. Sich Substanzen wie Opiate und BTM-Mittel zu besorgen, sei für Ärztinnen und Ärzte einfacher als für andere Berufsgruppen: „Ärztinnen und Ärzte sind besonders verführt. Sie haben die Medikamente quasi in Griffnähe.“

Stress spielt eine Rolle

Gründe, weshalb Ärzte und Ärztinnen zur Flasche greifen oder eine Pille einwerfen, gibt es viele: Neben privaten Problemen auch Stress in Praxis oder Klinik spielt eine Rolle, Druck von Vorgesetzten setzt zu und schwierige Patienten regen auf. Oft kommt es zu einem Erleichterungstrinken nach einem anstrengenden Arbeitstag. Doch Gewöhnung tritt rasch ein, und die Trinkmenge wird immer mehr. Buschmann: „Abhängigkeit lässt sich nicht an der Menge festmachen, sondern daran, dass es nicht mehr gelingt, Anfang und Ende sowie die Menge des Alkoholkonsums zu bestimmen.“

Dr. Hubert Buschmann:

„Sucht am Arbeitsplatz ist noch immer ein heikles Thema. Es wird viel weggeschaut.“

„Abhängigkeit lässt sich nicht an der Menge festmachen, sondern daran, dass es nicht mehr gelingt, Anfang und Ende sowie die Menge des Alkoholkonsums zu bestimmen.“

Foto: Adobe Stock/Elnur

Sucht kann jeden in jedem Lebensalter treffen, und die klassische Suchtkarriere gibt es nicht: So vielfältig wie die Suchterkrankungen sind, so verschieden sind auch die Schicksale, die dahinterstecken. Meist sind es einschneidende Einzereignisse wie ein Verkehrsunfall, die Scheidung, der Jobverlust, der Renteneintritt oder Verkehrskontrollen, bei denen wegen nachgewiesenem Alkohol im Blut der Führerschein entzogen wird. Überlastung setzt auf Dauer zu. Viele Ärztinnen und Ärzte berichten von Schlafstörungen, depressiven Erkrankungen, Angststörungen, Schmerzen, Versagensängsten, Schwierigkeiten, ihren Alltag in Praxis oder Klinik zu bewältigen. Wenn sie zur Flasche oder zur Pille greifen, erleben sie, dass sie scheinbar unter Alkohol- oder Medikamenteneinfluss abschalten, wieder schlafen können und die Angst erstmal nachlässt. Eine verhängnisvolle Spirale baut sich auf.

Anstöße von außen bringen meist die Sucht ans Licht

„Den Alkoholkranken, der beispielsweise sonntags im Sessel sein Leben bilanziert, über sein Alkoholproblem nachdenkt und zum Schluss kommt, ich gehe zur Beratung, habe ich noch nicht erlebt“, berichtet Buschmann. Denn letztendlich sei es immer ein Anstoß von außen. Auch bei den Gesprächen zur Begutachtung erlebe er verschiedene Reaktionen: Zum einen werde die Abhängigkeit offen zugegeben, zum anderen „wird gelogen, erheblich verharmlost oder verheimlicht“.

Viele Fälle sind ihm in Erinnerung geblieben: Ein Kollege beispielsweise saß bei ihm zur Begutachtung. Er fiel auf, als er von einem KV-Stammtisch nach Hause fuhr und die Polizei vor seiner Haustür bereits auf ihn wartete. Der Grund: Er hatte während seiner Heimfahrt einige Autos angefahren und wurde dabei erkannt. Der Kollege gab zu, beim Stammtisch Weinschorle getrunken zu haben. Doch sei dies der erste Alkohol seit 20 Jahren gewesen und dass in einer Weinschorle Alkohol sei, sei ihm völlig neu. Die Blutprobe ergab 1,8 Promille. Buschmann: „Der Arzt zeigte sich komplett uneinsichtig. Doch es war klar, dass man hier dringend intervenieren musste. Denn wer mit 1,8 Promille noch fahrtüchtig ist, ist Alkohol gewöhnt.“

Ein weiteres Beispiel geht ihm ebenfalls nicht aus dem Sinn. Ihn kontaktierte ein Paar, der eine war Arzt und der andere Börsenmakler. Beide kamen zu einem Beratungsgespräch. Sie gaben zu, beide seit rund fünf Jahren jeden Tag Crystal Meth einzunehmen. Sie waren jedoch nicht bereit, sich ihrem Suchtverhalten zu stellen: „Es geht doch alles gut, und bestimmt können wir die Einnahme reduzieren“, lautete ihre Einstellung. Buschmann: „Ich habe die beiden nie wieder gesehen.“

Ein weiteres Beispiel, das zeigt, wie verschieden die Gründe sind, die in die Abhängigkeit führen: Ein 54-jähriger gibt im Gespräch zu, seit seinem 50. Lebensjahr kokainabhängig zu sein. Der Grund: Es kriselte seit einigen Jahren in seiner Ehe und er ging regelmäßig ins Bordell; dort kam er auch mit Kokain in Kontakt und Sex mit Kokain schien ihm „erlebnisreicher“ zu sein. Er gelangte schließlich übers Rotlichtmilieu regelmäßig an Kokain.

Oder der Arzt in einer Substitutionsambulanz, der bei den Substitutionen immer wieder Dosen für den eigenen Konsum und fürs Dealen abzweigte. Ähnlich handelte ein Anästhesist, der von benötigten Schmerzmittel-Ampullen immer wieder für den eigenen Gebrauch abzweigte. Es fiel nicht weiter auf, da immer größere Mengen auf einmal benötigt wurden und wenn er dann mal zehn Ampullen nicht für den Patienten verwendete, sondern für sich, blieb das unentdeckt. Die direkte Nähe zu Medikamenten, wie Propofol, Benzodiazepinen, Ketamin oder Opioiden berge ein beachtliches Risiko. Buschmann: „Dort, wo Medikamente in großen Mengen umgesetzt werden, kann man für sich beiseitelegen.“

Manchmal ist es frustrane Selbstmedikation, um Depression zu bekämpfen

Schmerz- und auch Beruhigungsmittel können sich Ärztinnen und Ärzte zudem auch selber verschreiben. Viele steuern mit ihren Rezepten dann auch noch verschiedene Apotheken an. Buschmann: „Eine völlig problemlose Beschaffung. Der Arzt und die Ärztin sind halt einfach näher dran an den Suchtmitteln.“ Hinzu komme, dass Ärzte recht gut verdienen. Es sei meistens für sie keine besondere finanzielle

→

Herausforderung, jeden Monat eine gewisse Summe für Medikamente, Kokain oder Crystal Meth auszugeben. „Sie brauchen nicht dealen, sich nicht prostituieren und erleben somit auch keine soziale Verelendung wie früher bei Heroinabhängigen“, weiß Buschmann. Und manchmal sei es auch eine Art „frustranter Selbstmedikation, um Depression zu bekämpfen“. Aber er erlebe auch Betroffene, die zugeben, „froh zu sein, dass ich jetzt mal aufgefallen bin. Ich habe mir lange genug in die eigene Tasche gelogen und ich will es jetzt ändern.“

Drogen unterliegen Buschmanns Einschätzung nach auch der Mode. In den 70-iger Jahren waren es eher Drogen, die einen „eingelullt haben“. In den 90-iger Jahren wurden mehr aufputschende Drogen genommen, um etwa stundenlang bei Technopartys mittanzen zu können.

Sucht am Arbeitsplatz sei noch immer ein heikles Thema. „Es wird viel weggeschaut“, weiß Buschmann. Oft wisse oder ahne das Umfeld, dass jemand Alkohol trinke, Tabletten schlucke oder sich etwas spritze. Aber aus Angst, die Approbation des Kollegen oder den Dienstplan oder die eigene Karriere zu gefährden, werde nichts gesagt.

Unter den Ärztinnen und Ärzten komme Suchtverhalten seiner Erfahrung nach besonders oft bei Notärzten, in der Anästhesie und in den operierenden Fächern vor. Er erinnert sich an frühere Jahre, in denen beispielsweise Alkoholtrinken in der Chirurgie nicht nur stillschweigend geduldet wurde, sondern, dass es durchaus vorkam, dass jeden Morgen im OP eine Flasche Cognac stand, die gegen Mittag leer war. Und am nächsten Tag habe eine neue Flasche dagestanden.

Einsatz von Gas und Bremse

Aber: Eine Alkoholfahne riecht man, Drogen bemerkt nicht jeder gleich; das bleibt lange verborgen. Und noch etwas beobachtet Buschmann immer wieder: „Wenn einer trinkt, ist das negativ besetzt. Doch wenn sich einer mit Amphetaminen zu höheren Leistungen pusht, ist das eher positiv besetzt. Der Chirurg, der noch abends unter Kokain grandios nach einem langen und anstrengenden Tag eine Hüfte operiert, gilt als toll.“ Käme es zu Fehlleistungen oder Leistungsminderung, dann werde versucht, dies mit noch mehr Drogenkonsum zu kompensieren. Ärzte und Ärztinnen seien oft überarbeitet,

Foto: privat



Dr. Hubert Buschmann:

„Wir sehen in unseren
Hilfeprogrammen und
Therapien nur eine
sehr kleine Spitze eines
großen Eisbergs.“

gestresst und ausgebrannt: „Der Druck ist da und hinzu kommt oft noch eine narzistische Selbstüberschätzung.“ Üblich sei auch der Einsatz von „Gas und Bremse“: also sich tagsüber mit Amphetaminen zur Leistungssteigerung aufputschen und abends mit Alkohol zum Müdewerden und zum Einschlafen runterfahren.

Wer Hilfe im Interventionsprogramm der Ärztekammer sucht und findet, muss auch mit regelmäßigen Abstinentenkontrollen einverstanden sein. Die Betroffenen müssen nachweisen, dass Zweifel an ihrer Abstinenzfähigkeit unbegründet sind. Manche sind gleich damit einverstanden, andere versuchen auszuweichen und meinen nebenbei, dass die Kontrollen ja eigentlich kein Problem für sie und deshalb auch unnötig seien. Buschmanns entwaffnende Antwort: „Das ist gut, wenn Sie kein Problem damit haben, dann ist es ja auch kein Problem für Sie, den Nachweis zur Abstinenzfähigkeit zu erbringen.“ Üblich sind hierfür unangekündigte Urintests, aber auch über

die Haaranalyse lasse sich Konsum feststellen: „Manchen ist das bewusst und sie rasieren sich eine Glatze, um die Analyse zu behindern.“ Aber diese Tricks seien ihm nur allzu bekannt.

Hilfeprogramm der Kammer bietet Klarheit und Orientierung

Das Interventionsprogramm der Landesärztekammer findet Buschmann besonders wichtig, gut und hilfreich, denn es klagt nicht an, sondern bietet Unterstützung. Das Programm biete eine Klarheit, durch die Orientierung wieder möglich werde. Die Therapie von Suchterkrankungen könne gar nicht hoch genug geschätzt werden, ist Buschmann überzeugt. Etwa die Hälfte derjenigen, die eine Therapie machen, schaffen eine lange oder dauerhafte Abstinenz, berichtet der Arzt: „Welche andere Therapie einer chronischen Erkrankung hat eine 50-prozentige-Erfolgsquote?“ Aber klar sei natürlich auch: Die Betroffenen müssen hierfür bereit sein.

Ines Engelmohr

Das Sucht-Interventionsprogramm der Landesärztekammer: Hilfe statt Strafe

Suchterkrankungen kommen in allen Bevölkerungsschichten und Berufsgruppen vor. Ärztinnen und Ärzte machen da leider keine Ausnahme. Auch bei ihnen entstehen viele Probleme, die den privaten Bereich aber auch die Berufstätigkeit betreffen. „Hilfe statt Strafe“ lautet das Prinzip des speziellen Interventionsprogramms für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte (Sucht-IVP), das die Landesärztekammer seit einigen Jahren etabliert hat. Denn die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz ist sich ihrer großen Verantwortung gegenüber den betroffenen Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und den Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite bewusst.

Den Ärztekammern obliegt nach den Heilberufsgesetzen der Länder die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung durch ihre Kammerangehörigen. Dazu gehört neben der Fort- und Weiterbildung sowie der Qualitätssicherung die Überwachung der Erfüllung der Berufspflichten. Dies beinhaltet die Ergreifung notwendiger Maßnahmen zur Beseitigung berufsrechtswidriger Zustände sowie die Übernahme fürsorgerischer Aufgaben. Damit fällt den Ärztekammern bei Bekanntwerden einer Suchterkrankung eines/-r Kammerangehörigen eine besondere Verantwortung zu, Maßnahmen zu ergreifen, die eine qualifizierte Ausübung des ärztlichen Berufs sicherstellen und die/den betroffene/n Ärztin/Arzt bei der Überwindung des Suchtproblems unterstützen.

Hilfe ist streng vertraulich

Bei den betroffenen Ärztinnen und Ärzten bestehen verständlicherweise Ängste, bei einem Eingeständnis einer Suchterkrankung sozial ins Abseits zu geraten, die Anstellung, Kassenzulassung oder gar Approbation zu verlieren und damit jeglicher Existenzgrundlage beraubt zu werden. Doch: Betroffenen Ärztinnen und Ärzten wird streng vertraulich geholfen, den Ausstieg aus der Abhängigkeit zu finden und abstinent weiter zu leben. Bei Therapiewilligkeit und kooperativem Verhalten sichert die Kammer zu, dass keine personenbezogenen Informationen an Dritte weitergegeben werden.

In Rheinland-Pfalz wurden bis ins Jahr 2006 Hinweise auf eine vermeintliche oder tatsächlich existierende Abhängigkeitserkrankung durch die vier Bezirksärztekammern in Rheinland-Pfalz und der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz individuell bearbeitet - je nachdem, wo die Hinweise eingingen. Aufgrund sehr guter Erfahrungen der Ärztekammer Hamburg mit einem standardisierten Umgang mit solchen Meldungen und vor allem mit dem Ziel, die Hilfe für Betroffene in den Mittelpunkt zu stellen, vereinbarten die Bezirksärztekammern mit der Landesärztekammer, dass

zukünftig diese Hinweise zentral von der Landesärztekammer nach dem Hamburger Vorbild bearbeitet werden – und zwar unabhängig davon, wo sie primär eingehen.

Termingenaue Durchführung von Kontrollen

Mit dem geänderten Umgang mit Hinweisen auf eine stoffbezogene Abhängigkeitserkrankung zeigte sich in eigens deshalb geführten Gesprächen auch die Approbationsbehörde des Landes – das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung des Landes Rheinland-Pfalz, Koblenz – einverstanden. Das Landesamt schränkte sein Einverständnis aber dergestalt ein, dass es nur so lange gilt, wie die betroffene Ärztin beziehungsweise der betroffene Arzt akut keine Patientinnen oder Patienten gefährdet und alle von der Landesärztekammer als notwendig erachteten angebotenen Hilfen nicht nur akzeptiert, sondern auch – einschließlich gemachter Auflagen – konsequent befolgt. Dazu gehört, dass angeordnete Kontrollen termingenaue durchgeführt werden. Ist die Ärztin oder der Arzt dazu nicht bereit oder in der Lage, muss die Landesärztekammer auch weiterhin sehr zeitnah die Approbationsbehörde darüber namentlich in Kenntnis setzen, damit diese alle ihr zur Verfügung stehende Maßnahmen – bis hin zum Entzug der Approbation – ergreifen kann, um eine Gefährdung von Patientinnen und Patienten zu verhindern.

Angebot zum Erstgespräch unbedingt nutzen

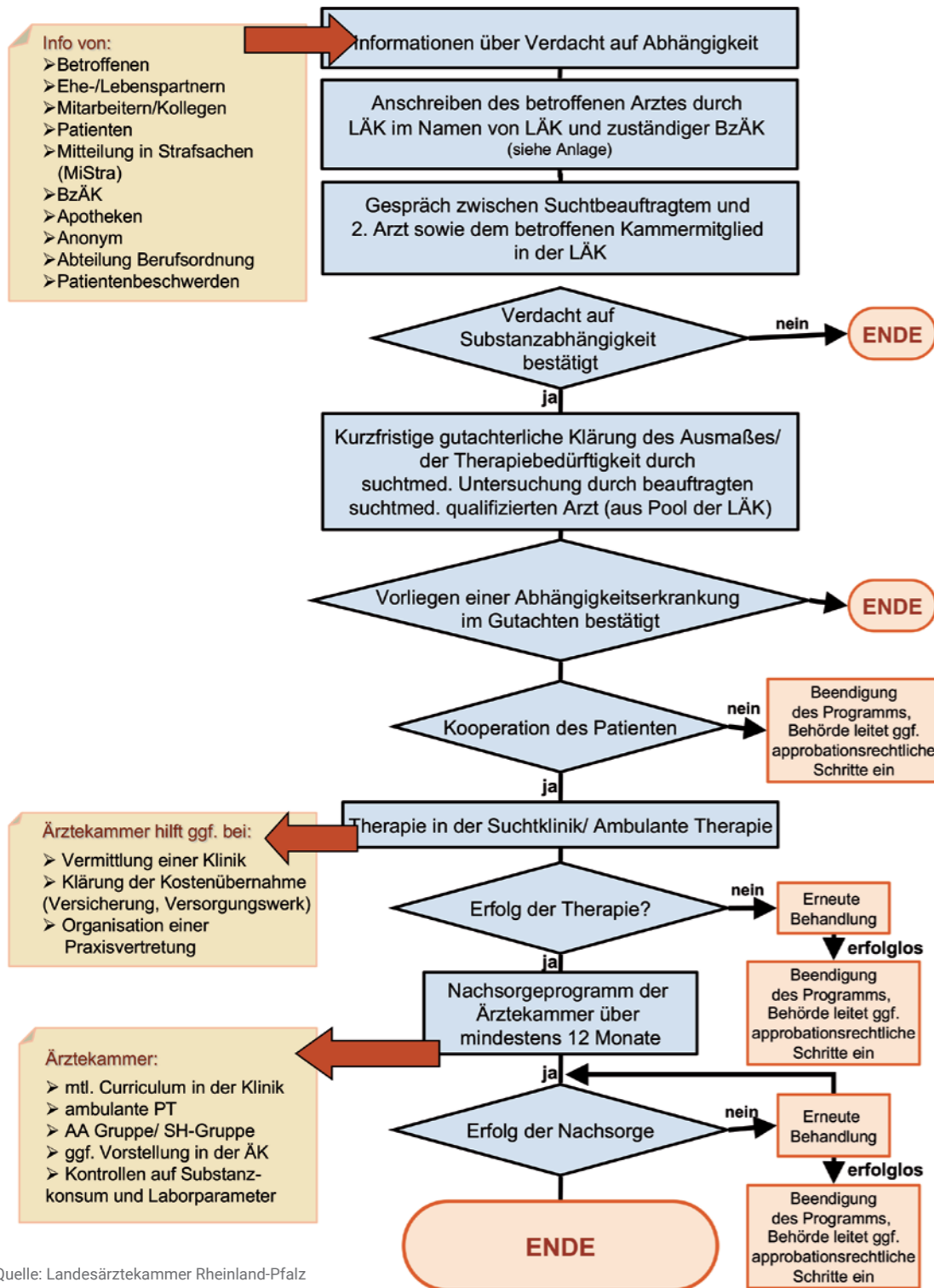
Hinweise, die bei der Landesärztekammer direkt oder über eine Bezirksärztekammer eingehen, werden zeitnah unter konsequenter Einhaltung der Vertraulichkeit nach einer Handlungsleitlinie bearbeitet. Zunächst gilt es, den durch die Meldung geweckten Anfangsverdacht zu erhärten beziehungsweise zu entkräften. Dazu wird die betroffene Ärztin beziehungsweise der betroffene Arzt zu einem Erstgespräch in die Landesärztekammer eingeladen. In dem Einladungsschreiben wird neben Nennung des Grundes der Einladung aber auch bereits unmissverständlich darauf hingewiesen, dass ein Ignorieren der Einladung eine Meldung an die Approbationsbehörde zur Folge hat.

Das Gespräch wird grundsätzlich von zwei ärztlichen Kollegen geführt. Es geht darum, herauszufinden, wie substantiiert die gegebenen Hinweise sind. Als typische Hinweisgeber treten aus den Erfahrungen seit 2006 Gerichte, Staatsanwaltschaften, die Polizei, aber auch Ärztinnen beziehungsweise Ärzte, nicht-ärztliche Mitarbeiter, Patientinnen und Patienten sowie anonyme Hinweisgeber auf. Stellt sich im Gespräch heraus, dass die gegebenen Hinweise mutmaßlich falsch sind, wird das Sucht-IVP an dieser Stelle bereits beendet. Dies waren in den vergangenen Jahren immerhin etwa 60 Prozent der Fälle. →

Suchterkrankung bei Ärztinnen und Ärzten

Interventionsprogramm (IVP) der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

in Anlehnung an das IVP der Ärztekammer Hamburg



Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Besteht hingegen der Verdacht, dass eine Abhängigkeitserkrankung nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen oder sogar wahrscheinlich ist, wird das weitere Vorgehen mit der betroffenen Kollegin oder dem betroffenen Kollegen besprochen und dabei eruiert, inwieweit eine Kooperation möglich ist. Bei fehlender Kooperationsbereitschaft erfolgt kurzfristig eine Meldung an die Approbationsbehörde unter Offenlegung aller der Landesärztekammer bekannt gewordenen Informationen.

Ärztliches Gutachten hilft weiter

Besteht Kooperationswille, ist der nächste Schritt die Veranlassung eines ärztlichen Gutachtens durch eine/einen suchtmmedizinisch erfahrene/n Kollegin beziehungsweise Kollegen. Abhängig von dem Gutachten und den darin abgegebenen Empfehlungen werden die weiteren Maßnahmen eingeleitet. Als sehr hilfreich hat sich dabei häufig erwiesen, dass die Landesärztekammer aufgrund ihrer Nähe zu den ärztlichen Versorgungswerken zum Beispiel Hilfestellung geben kann, damit eine erforderliche Entwöhnungsbehandlung wenigstens teilweise durch die Versorgungswerke finanziert wird. Üblich ist eine Beteiligung für Erstmaßnahmen von 60 Prozent, bei nachgewiesener Bedürftigkeit bis zu 80 Prozent der Kosten der Maßnahme. Weiterhin ist die Landesärztekammer gerne behilflich bei der Suche nach stationären und ambulanten Therapieplätze; sie kennt geeignete Angebote und kann Empfehlungen aussprechen.

Hat der Abhängigkeitserkrankte die Akutphase überwunden, erfolgen für die Dauer von mindestens zwölf Monaten Kontrollen auf Suchtmittelfreiheit in akkreditierten Laboren. Auf Wunsch der Betroffenen auch länger. Ein Kollege ließ sich auf freiwilliger Basis 36 Monate nachbeobachten, da ihm dies, wie er selbst bemerkte, Sicherheit gab, nicht rückfällig zu werden.

83 Ärztinnen und Ärzte in 17 Jahren registriert

Eine Auswertung aller 83 der Ärztekammer im Sucht-IVP gemeldeten Ärztinnen und Ärzte zwischen 2006 und 2022 ergab Folgendes:

Gemeldet wurden 66 Ärzte im Alter zwischen 28 und 70 Jahre und 17 Ärztinnen im Alter zwischen 29 und 65 Jahre. Mit 48 Ärztinnen beziehungsweise Ärzten waren die meisten Betroffenen in einer Arztpraxis tätig. 28 Betroffene arbeiteten im Krankenhaus und sieben an einem anderen Arbeitsplatz.

Bekannt wurde der Ärztekammer das mögliche Vorliegen einer Suchterkrankung in 26 Fällen durch

Anzahl der Ärzte und Ärztinnen			
	gesamt	Ärzte	Ärztinnen
Anzahl	83	66	17
Alter (Jahre)		28 - 70	29 - 65

Ort der Tätigkeit bei Anzeige der Sucht	
Ärztin/Arzt im Krankenhaus	28
Ärztin/Arzt in einer Praxis	48
Sonstige Arbeitsorte (z. B. Behörde)	7

Anzeige durch	
MiStra (Mitteilung in Strafsachen)	26
Patientin bzw. Patient	20
anonyme Anzeige	10
Polizei	8
ärztliche Kollegin/ärztlicher Kollege	8
Selbstanzeige	6
Mitarbeiter im Berufsumfeld	2
Sonstige/unklar	3

Stoffbezogene Suchtmittel bei Ärztinnen	
Alkohol	13
Opiate	2
Kokain	0
Cannabis	2
Benzodiazepine	0
Propofol	0
Diverses und Sonstiges	0

Stoffbezogene Suchtmittel bei Ärzten	
Alkohol	41
Opiate	7
Kokain	1
Cannabis	5
Benzodiazepine	3
Propofol	2
Diverses und Sonstiges	7

Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Suizide während des Sucht-Interventionsprogramms

Ärzte	5
davon viermal bei Alkohol und einmal bei Propofol als Suchtmittel	
Ärztinnen	0

Meldung an die Approbationsbehörde wegen mangelnder Kooperation

Ärzte	5
Ärztinnen	2

Verfahren durch die Approbationsbehörde an sich gezogen

Ärzte	5
Ärztinnen	2

Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

eine Mitteilung in Strafsachen (MiStra) an die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz oder eine Bezirksärztekammer. Diese Mitteilungen werden von der Staatsanwaltschaft oder von Gerichten an die Kammern gesendet. Nicht selten gehen diese Mitteilungen zeitgleich auch an andere aufsichtführende Organisationen wie Approbationsbehörde oder Kassenärztliche Vereinigung. In 20 Fällen gaben die Meldenden an, dass sie Patientin oder Patient des Betroffenen seien. Zehn Mitteilungen erfolgten anonym per Anruf oder Brief. Polizei oder ärztliche Kollegen meldeten Auffälligkeiten in jeweils acht Fällen. Immerhin sechs betroffene Ärztinnen und Ärzte meldeten sich bei der Landesärztekammer selbst und baten um Hilfe.

Hinsichtlich des Suchtmittels war sowohl bei Ärztinnen und Ärzten der Alkohol führend (13 von 17 Ärztinnen und 41 von 66 Ärzten). Vermutlich aufgrund des relativ leichten Zugangs zu Opiaten war das Suchtmittel bei zwei von 17 Ärztinnen und sieben von 66 Ärzten der Grund der Meldung. Anders als in der nicht-ärztlichen Bevölkerung spielten illegale harte Drogen nur eine nachrangige Rolle. Lediglich einer von 66 Ärzten konsumierte Kokain.

Sehr bedauerlich ist, dass im Sucht-Interventionsprogramm fünf Ärzte Suizid begingen.

Wegen Non-Compliance musste die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zwei Ärztinnen und fünf Ärzte der Approbationsbehörde melden, die danach das jeweilige Verfahren an sich gezogen hat. Zwei Ärztinnen und fünf Ärzte aus dem Sucht-Interventionsverfahren musste die Landesärztekammer leider an die Approbationsbehörde abgeben, da die Behörde die Verfahren von sich aus an sich gezogen hat. Nicht selten war eine auch an die Approbationsbehörde gerichtete MiStra dafür verantwortlich.

Kontakt für Hilfe

Betroffene Ärztinnen und Ärzte wenden sich vertraulich an die Landesärztekammer, um sich über das Sucht-Interventionsprogramm zu informieren.

Auch Angehörige, Kolleginnen und Kollegen sowie Patientinnen und Patienten können sich bei der Landesärztekammer melden, wenn sie Kenntnis von Ärztinnen und Ärzten mit einer Abhängigkeitserkrankung haben. Auch hier sichert die Landesärztekammer auf Wunsch strenge Vertraulichkeit zu.

Wer Hilfe in Anspruch nehmen möchte, kann sich bei der Landesärztekammer per Mail melden: hock@laek-rlp.de oder per Telefon: 06131/28822-23 oder ein Fax senden: 06131/28822-8623.

Foto: Engelmohr



Autor

Dr. Günter Hock
 Ärztlicher Referent der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Positives Beispiel: Junger Ärztin gelingt Rückkehr in den Beruf

Eine Kollegin, 31 Jahre und im vierten Weiterbildungsjahr zur Neurologin, wurde bei einem auffälligen Einparkmanöver (mehrfaches Rangieren ohne erkennbaren Erfolg) an einem Werktag um etwa 23:00 Uhr von der Polizei unweit ihrer Wohnung beobachtet. Die Polizei sah sich ob des auffälligen Fahrverhaltens dazu veranlasst, die Ärztin zu kontrollieren. Dabei fiel sofort ein erheblicher alkoholischer Foetor ex ore auf. Es erfolgte eine Kontrolle des Atemalkohols noch vor Ort und anschließend wegen des auffälligen Ergebnisses eine Bestimmung des Blutalkoholspiegels durch eine Blutabnahme auf der Polizeiwache. Ergebnis 2,86 Promille. Die Folge: sofortiger Einbehalt der Fahrerlaubnis, Anzeige. Es folgte eine Verhandlung mit Entzug der Fahrerlaubnis für zwölf Monate und Anordnung einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) vor Wiedererlangung der Fahrerlaubnis. Weiterhin erging vom Gericht eine Mitteilung in Strafsachen (MiStra) an die Landesärztekammer wegen Führen eines Fahrzeugs im Straßenverkehrs im Zustand der Volltrunkenheit.

Daraufhin lud die Landesärztekammer die Ärztin zu einem Erstgespräch ein, um abzuklären, ob eine Patientengefährdung vorliegt. Die Ärztin schilderte ihr Trinkverhalten: Sie habe über viele Jahre hinweg nur in sehr geringen Umfang bei Feierlichkeiten alkoholische Getränke konsumiert (ein- bis zweimal pro Monat ein bis zwei Gläser Wein). Vor rund sechs Monaten sei es dann nach vorausgegangen Partnerschaftskonflikten zum Bruch ihrer langjährigen Beziehung, verbunden mit dem Auszug des Partners aus der gemeinsamen Wohnung, gekommen. Gleichzeitig hätte sie eine massive Arbeitsbelastung in der Klinik belastet.

Zwei Flaschen Rotwein am Abend

Die junge Ärztin begann, abends vor dem Schlafengehen zunächst ein Glas Rotwein zu trinken. Hierdurch sei sie „gut heruntergekommen“ und habe auch besser schlafen können. Sie steigerte dann innerhalb des nächsten halben Jahres den Rotweinkonsum auf zuletzt zwei Flaschen Rotwein am Abend. Ein Konsum während des Tages und vor allem vor ihren Dienstzeiten wurden bestritten. Nach dem Vorfall mit der Polizei hatte die Kollegin bereits selbst jeden Konsum von alkoholischen Getränken eingestellt.

Sie sei über sich und ihr Handeln bis heute entsetzt. Sie habe nach dem Vorfall keinen Tropfen Alkohol mehr getrunken. Sie habe auch schon eine Suchtberatungsstelle aufgesucht und lasse bereits unangemeldete Suchtmittelkontrollen durchführen, um den eingezogenen Führerschein wieder zu erlangen.

Mit dem Ziel, eine Therapieempfehlung zu erhalten, wurde eine suchtmmedizinische Begutachtung veranlasst. Der Gutachter empfahl wegen der bereits eingehaltenen Abstinenz lediglich eine ambulante Therapie bei einem ärztlichen Psychotherapeuten mit Erfahrungen in der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen, den Besuch einer Selbsthilfegruppe und monatliche Urinkontrollen in einem akkreditierten Labor. Diese Therapieempfehlungen wurden schriftlich mit der Kollegin verbindlich vereinbart und in den folgenden zwölf Monaten konsequent umgesetzt.

Nach einem Jahr „trocken“ aus dem Sucht-IVP entlassen

Alle Suchtmittelkontrollen waren negativ, die Berichte des Psychotherapeuten an die Landesärztekammer positiv und der Leiter der Selbsthilfegruppe bestätigte die regelmäßige Teilnahme der Kollegin. In etwa alle drei Monaten mit der Kollegin geführten Gesprächen bestätigte sie, dass es ihr wieder gut gehe. Sie zeigte sich sehr erleichtert, dass sie gerade noch rechtzeitig den übermäßigen Alkoholkonsum eingestellt habe, bevor sie ernsthaften gesundheitlichen Schaden genommen hat. Ebenfalls betonte sie, dass sie dankbar sei, dass Dritte nicht durch ihre Alkoholkrankheit geschädigt wurden.

Nach einem Jahr wurde die Kollegin „trocken“ aus dem Sucht-IVP entlassen. Sie versprach, sich bei erneuten Problemen sofort wieder zu melden.

In diesem Fall gab es erfreulicherweise keine erneute Kontaktaufnahme. Wir hörten vielmehr einige Monate später durch einen Anruf von ihr, dass sie erfolgreich die MPU absolvieren konnte und wieder im Besitz einer Fahrerlaubnis sei. Weiterhin berichtete sie, dass sie nun nach bestandener Facharztprüfung Fachärztin für Neurologie sei und in wenigen Wochen eine Praxis für Neurologie übernehmen werde. Darauf freue sie sich sehr.

Foto: Engelmohr



Autor

Dr. Günter Hock
 Ärztlicher Referent der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Bei der Berufsausübung ist die Null-Promille-Grenze **nicht verhandelbar**

Die Landesärztekammer unterliegt auch im Bereich der Sucht einem juristischen Spannungsfeld zwischen Berufsaufsicht und Berufsvertretung. In erster Linie versucht die Landesärztekammer, Ärztinnen und Ärzte mit Suchterkrankung zu unterstützen und zu begleiten.

Ärztliche Tätigkeit mit einer nicht kontrollierten Suchterkrankung kann jedoch erhebliche berufsrechtliche, haftungsrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen haben. Auch der Approbationsentzug kommt in letzter Konsequenz in Betracht. Die Rechtsprechung lässt diesbezüglich keinerlei Spielraum. Die „Null-Promille-Grenze“ bei der Berufsausübung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten nicht verhandelbar.

Nicht selten endet in der Berufspraxis eine Suchterkrankung in einer strafrechtlichen Verurteilung und taucht dann erstmals bei der Landesärztekammer bei einer sogenannten Mitteilung in Strafsachen (MISTRA) durch die Strafjustiz auf. Auf diesem Wege hätte es von den Betroffenen, aber auch allen weiteren beteiligten Akteuren diverse Chancen gegeben, frühzeitiger die Abwärtsspirale aufzuhalten.

Auf der anderen Seite erreichen die Landesärztekammer Patientenbeschwerden, die beispielsweise nur beiläufig erwähnen, dass der Behandler nach Alkohol gerochen habe. Es besteht in solchen Fällen bei Kooperation der Betroffenen zumindest die Chance, durch eine Intervention rechtliche Konsequenzen fast vollständig zu vermeiden.

Nachtat-Verhalten kann Einfluss haben

Auch wenn bereits ein strafrechtliches oder approbationsrechtliches Verfahren droht oder sich im Gang befindet, ist es nicht zu spät. Auch dann sollten Ärztinnen und Ärzte sich an das Suchtinterventionsprogramm wenden. Aus juristischer Perspektive kann das sogenannte Nachtat-Verhalten durchaus Einfluss auf eine Entscheidung der Strafjustiz beziehungsweise Approbationsbehörde haben.

Wenn beispielsweise aufgrund einer Patientenbeschwerde an die Ärztekammern der Verdacht einer Suchterkrankung entsteht, wird die Landesärztekammer Ermittlungen vornehmen. Ziel des Handelns der Landesärztekammer soll sein, den betroffenen Ärztinnen und Ärzten durch das Suchtinterventionsprogramm den Weg zurück in die Legalität zu ermöglichen. Daher steht an erster Stelle der Ermittlungen ein Gesprächsangebot an die Ärztinnen und Ärzte.

Wenn die betroffene Ärztin oder der betroffene Arzt beim Suchtinterventionsprogramm keine Kooperationsbereitschaft zeigt, ist die Ärztekammer jedoch verpflichtet, Maßnahmen zu ergreifen.

Dafür steht der Ärztekammer in eigener Zuständigkeit nach dem Heilberufsgesetz ein abgestufter Sanktionskatalog zur Verfügung. Ein Suchterkrankter wird sich jedoch durch eine Rüge, der Verhängung eines Ordnungsgeldes oder der Einleitung eines berufsrechtlichen Verfahrens in der Regel nicht kurzfristig zum Handeln bewegen lassen.

Sofortiges Handeln bei Gefahr für die Patientenversorgung

Sofern nach den vorliegenden Informationen jedoch der konkrete Verdacht besteht, dass die ordnungsgemäße und sichere Patientenbehandlung gefährdet ist, wird die Landesärztekammer unmittelbar handeln müssen. Daher ist eine Meldung an das Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung als zuständige Approbationsbehörde in diesen Fällen unumgänglich.

Die Approbationsbehörde wird bei dem begründeten Verdacht einer Suchterkrankung ein approbationsrechtliches Verfahren einleiten. Oftmals wird in solchen Fällen zum Schutze der Patientinnen und Patienten die Approbation mit sofortiger Wirkung zum Ruhen gebracht. Eine weitere Berufsausübung wird im Laufe des Verfahrens dann nur unter strengen Auflagen erlaubt werden.

Sollte die Suchterkrankung mangels Einsichtsfähigkeit und Mitwirkungsbereitschaft weiter das Handeln des Arztes bestimmen, kann am Ende sogar der Approbationsentzug aufgrund einer sogenannten Unwürdigkeit zur Ausübung des Arztberufes stehen. Dass es soweit kommt, gilt es im Sinne aller Beteiligten zu vermeiden.

Autor

Christian Wächter
Syndikusrechtsanwalt
der Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz



Foto: Engelmohr



Foto: Adobe Stock/vegefox

„Und dann war er da: der Moment, in dem ich einfach zugriff und mich bei den Opioiden bediente.“

Immer mehr Dienste, eine Arbeit, die sich immer weiter verdichtet und immer weniger Zeit für Patientinnen und Patienten übriglässt: Die Belastungen wachsen kontinuierlich. Der Klinikalltag mit überlangen Arbeitszeiten, mit vielen Rufbereitschaften und Nachtdiensten fordert seinen Tribut. Er habe jahrelang extrem viel gearbeitet und wenig geschlafen, Dr. D. F. (Name geändert) erinnert sich sehr gut an diese aufreibende Zeit, in der er nicht auf sich selber achtete und auch nicht achten wollte. Stattdessen hat er immer weiter gearbeitet, immer Dienste noch zusätzlich übernommen, immer weiter Hochleistungen erbracht und immer weiter versucht, dem Druck standzuhalten. Sein oberstes Ziel: nur nicht den Job verlieren.

Denn sein damaliger Zeitvertrag belastete ihn sehr und verursachte extreme Zukunftsangst. Der Druck war enorm: Was passiert, wenn der Zeitvertrag ausläuft und nicht verlängert wird? Wie geht es dann mit ihm und seiner Familie weiter? Damals – Mitte der 90-iger Jahre – gab es schließlich noch die Ärzteschwemme. Man war nur einer von sehr, sehr vielen. Man fügte sich, um im Job zu bleiben, beschreibt Dr. D. F. seine Sorgen und seinen verzweifelten Beginn, mit Hilfe von Schmerzmitteln weiter leistungsfähig zu bleiben.

Mit jedem Chefarztwechsel wuchs der Druck

Recht schnell hat er damals den Ruf weg, dass er „sofort da ist, wenn man ihn anruft“. Das habe auch irgendwie geschmeichelt und auch Spaß gemacht – zumindest in der ersten Zeit, gibt er zu. Doch mit jedem Chefarztwechsel

wuchs der Druck. „Ich war der ideale Arbeitnehmer: immer bereit und vor Ort, sehr leidensfähig und habe mich kaputtgeschafft.“

Etwa zehn Jahre später bekommt er tatsächlich eine Oberarztstelle. Und auch noch unbefristet: „Das war einfach nur gigantisch.“ Leider folgen in recht kurzer Zeit weitere Chefarztwechsel. Immer mehr Unruhe macht sich breit und eine hohe Dienstbelastung auch. Er wird regelmäßig nachts angerufen. Ein weiterer Chefarztwechsel folgt: Der Neue begrüßt die Oberärzte mit der Ankündigung, jetzt „die Abläufe endlich zu optimieren und die Effizienz durch Arbeitsverdichtung zu steigern“. Das löst noch mehr Druck in ihm aus. Es vermittelt ganz offen Konkurrenzkampf und spaltet auch die Abteilung in mehrere Lager. Es entsteht ein heikles Spannungsfeld, so erlebt es der Arzt. Im Schnitt absolviert er mittlerweile zwischen 15 bis 18 Rufdiensten pro Monat. In jedem Dienst wird er gerufen. Er hat eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 90 bis 100 Stunden – inklusive Diensten. Und das über mehrere Jahre.

Schmerzen und Schlafmangel setzten weiter zu

Magengeschwüre plagten ihn schon seit längerem. Schließlich meldet er sich erstmals tatsächlich einige Tage krank, „weil ich einfach nicht mehr konnte“. Doch die Schmerzen und der Schlafmangel setzen ihm weiter zu. Er nimmt stark ab. Und dann ist er da: der Moment, „in dem ich einfach zugriff und mich bei den Opioiden bediente“.

„Das ging so einfach“, erzählt er offen. Die Opiode lagen damals am Arbeitsplatz einfach so rum. Wegen des Personal-mangels hatte sich dieses Vorgehen beim Pflegepersonal etabliert, um Zeit zu sparen. „Da wurde mir das Zugreifen leicht gemacht“, schildert Dr. D. F. sein Vorgehen. Bemerkt habe das zunächst keiner. Genommen habe er das Medikament jeweils am Schichtende. Sein Gefühl: „Die Schmerzen waren weg und ich konnte endlich wieder schlafen.“ Gab es Beikonsum? „Nein“, berichtet der Arzt, fügt aber nach kurzem



„Ich war der ideale Arbeitnehmer: immer bereit und vor Ort, sehr leidensfähig und habe mich kaputtgeschafft.“

Nachdenken hinzu: „Jeden Abend trank ich ein Glas Wein. Das war ja auch sozial akzeptiert und es gab mir das Gefühl, mich vom anstrengenden Tag entspannen zu können.“

„Trotz Dosissteigerung: Zugedröhnt war ich nie“

Nach kurzer Zeit fällt ihm auf, dass er anfängt, die Dosis zu steigern. „Das war schon eine sehr relevante Menge. Doch zugedröhnt war ich nie“, meint er im Nachhinein. Doch als die Dosis wieder mal nicht ausreicht, reift in ihm die Erkenntnis und der Entschluss, „dass es so nicht weitergehen kann“. Er fasst sich den Mut und spricht erstmals mit seiner Frau darüber. Sie weiß nichts von seiner Abhängigkeit, hat sich aber schon länger große Sorgen gemacht – vor allem, weil er Gesprächen zu Hause zunehmend auswich. Sie stärkt ihm den Rücken und unterstützt ihn bei seinem Plan, so schnell wie möglich einen Platz in einer Klinik zu bekommen.

Die Kündigung kam per Mail auf dem Weg in die Therapie

Direkt am Morgen nach diesem Gespräch ruft Dr. D. F. im Krankenhaus an, um sich für sein Vorhaben krankzumelden und um sich einen Klinikplatz zu organisieren. Kurz nach seiner Krankmeldung ruft ihn sein damaliger Chefarzt an und entbindet ihn mit sofortiger Wirkung von seinen Aufgaben. In dem Gespräch wird klar, dass man schon länger Beweise gegen ihn sammelte, denn der Verlust von Opioiden war aufgefallen. Innerhalb von fünf Tagen findet Dr. D. F. einen Platz in einer Klinik. Auf der Fahrt dorthin erreicht ihn per Mail die Kündigung. Der Arzt erinnert sich und erzählt von diesem Moment: „So viel Empathielosigkeit mit jemanden, der am Ende ist, habe ich nur sehr schwer ertragen. Ich befürchtete die komplette Vernichtung meiner Existenz: Der Job ist weg, das Haus noch nicht abgezahlt, und ich hatte keine Ahnung, wie ich Frau und Kind weiter ernähren kann. Ich fiel in ein tiefes, schwarzes Loch. Und im Nachhinein weiß ich gar nicht, wie ich das emotional überstanden habe.“

„Wenn ich etwas nachfrage, dann ist es das Verhalten einiger Kollegen und die fehlende Unterstützung durch die Klinikleitung, vor allem weil ich meinen Fehler offen eingestanden und aus eigenem Antrieb nach Hilfe gesucht hatte.“

Wenn er daran denkt, wird er ärgerlich: „Wenn ich etwas nachfrage, dann ist es das Verhalten einiger Kollegen und die fehlende Unterstützung durch die Klinikleitung, vor allem weil ich meinen Fehler offen eingestanden und aus eigenem Antrieb nach Hilfe gesucht hatte.“ Für ihn steht fest, dass dies aus dem Klima resultiere, das im Krankenhaus herrsche. „Man schafft sich kaputt und dann wird auch noch nachgetreten. Mit so viel Unverständnis und Unfairness hatte ich nicht gerechnet“, kritisiert der ehemalige Klinikarzt. Im Nachhinein wisse er, „dass ich mich viel früher aus der Klinik, aus dieser extremen Arbeitsüberlastung hätte rausziehen müssen“. Aber damals direkt in der Situation habe er es so nicht erkannt, „und ich wollte keine Schwäche zeigen“.

„Ich hätte mich viel früher aus der Klinik, aus dieser extremen Arbeitsüberlastung rausziehen müssen.“

Mit der Kasse über Kostenübernahme zu reden, war belastend

Der Aufenthalt in der Psychosomatischen Klinik habe ihm sehr geholfen. Er fühlt sich ehrlich angenommen. Nach vier Wochen entwickelt er das Gefühl, „wieder handlungsfähig zu sein“. Die ganze Zeit über sei es aber extrem belastend gewesen, ständig mit der Krankenversicherung verhandeln zu müssen, welche Leistungen sie nun übernehme. Das habe den Heilungsprozess erschwert. Die Rechnungen kamen im Wochentakt und beliefen sich letztlich auf rund 40.000 Euro – und er hatte ja kein Einkommen mehr. Dr. D. F. schüttelt den Kopf: „Das hat mein Gesundwerden sicherlich nicht positiv beeinflusst.“ In der letzten Woche sei dann endlich der Bescheid gekommen, dass die Kosten für die stationären Leistungen übernommen werden. Abgerechnet worden sei letztendlich über die gleichzeitig vorhandene Diagnose Depression. Nach dem Klinikaufenthalt nutzt er noch einige Jahre lang eine ambulante Psychotherapie, um stabil zu bleiben. Auch dies habe ihm sehr geholfen.

Die Familie war die größte Stütze

Wie hat er sich selber motiviert, durchzuhalten? Seine Antwort kommt schnell, ohne zu zögern: „Ich hatte so viele Ängste und Sorgen, wie es wohl für mein Kind, für meine Frau und für mich weitergehen wird.“ Er habe immer gewusst: „Sie brauchen dich. Gleichzeitig war meine Familie auch meine größte Rückenstärkung“, fügt er stolz hinzu. Diese stabile Beziehung sei ein entscheidender Faktor für seine Gesundheit gewesen: „Ich wusste, wofür ich es mache.“



Foto: Adobe Stock/upixa

Nach seinem Klinikaufenthalt meldet sich ein früherer Kollege bei ihm. Dieser hatte bereits einige Zeit vor ihm das Krankenhaus wegen der immensen Arbeitsbelastung verlassen, um selbständig in die Niederlassung zu gehen. Er bietet ihm an, zu ihm in die Praxis zu kommen. Dr. D. F. überlegt nicht lange und sagt zu.

Gute Wahl: der Wechsel in den ambulanten Bereich

„Es ist ein ganz, ganz neues Gefühl“ berichtet er und lacht. Er gehe, seitdem er in der Praxis arbeite, wieder gerne zur Arbeit. Nachtdienste gebe es keine mehr und im Feierabend werde er auch nicht mit Anrufen gestört. Und ganz wichtig für ihn: „Die Wertschätzung stimmt; die Atmosphäre im Praxisteam ist gut.“ Er fühlt sich nicht mehr fremdbestimmt, nicht mehr verheizt und geringgeschätzt. Und das sei so viel wert. Schleicht sich manchmal wieder das Bedürfnis ein, nach Schmerzmitteln zu greifen? Dr. D. F. wird energisch: „Auf gar keinen Fall. Dafür gibt es ja keinen Grund mehr!“

Hat er noch Kontakt zu Kollegen in der früheren Klinik? Dr. D. F. nickt. In solchen Gesprächen merke er, dass „sich dort nichts verändert hat“. Seine Krise habe er bewältigt. Aber natürlich wäre es besser gewesen, es wäre erst gar nicht so weit gekommen. Doch damals in der Abteilung habe ganz klar eine Atmosphäre der Wertschätzung und des Vertrauens gefehlt, deshalb habe er sich nicht getraut, mit jemanden über seine Sorgen und über seine Situation zu reden. Inzwischen wisse er auch, dass er damals unter einer nicht erkannten und daher nicht behandelten Depression gelitten habe.

Unbedingt Hilfe suchen!

Allen Kolleginnen und Kollegen, die vielleicht ähnliche Ängste plagten wie ihn damals, rät er daher eindringlich: unbedingt Hilfe suchen! Am besten außerhalb des Arbeitsplatzes. Hätte er damals die Möglichkeit gehabt, dann wäre er direkt

zum Hausarzt gegangen und hätte sich von ihm aus der Situation rausnehmen lassen. Dieser Schritt sei zugegebenermaßen „einfach und schwer zugleich“ aber so elementar richtig. Wichtig sei es auch, rechtzeitig mit dem Partner zu reden, damit die Familie sich vorbereiten, wappnen und im Idealfall auch unterstützen könne. Man selber stecke viel zu sehr mittendrin und sehe vieles nicht klar: „Man ist gefangen im Hamsterrad.“

„Aber nur als Opfer sehen will ich mich auch nicht“, weiß Dr. D. F. „Ich habe mein Leben, meine Zukunft und meine Familie gerettet“, das erfüllt ihn mit Stolz und gibt ihm Kraft. Selbstachtsamkeit habe er inzwischen auch gelernt. Hinzu komme eine Arbeit mit einem hohen Maß an Zufriedenheit, Wertschätzung und eine gute work-life-balance. All dies helfe, „dass es mir sehr gutgeht“.

Ines Engelmoir

Selbst-
achtsamkeit
Zufriedenheit
Wertschätzung
work-life-balance