

Leserbrief zum Beitrag von J. Soukup und M. Schmale

Das Suchtrisiko bei Medizinern - Sind wir Anästhesisten besonders gefährdet?

Anästh Intensivmed 2009;50:286-295

Leserbrief

In der Übersichtsarbeit „Das Suchtrisiko bei Medizinern - Sind wir Anästhesisten besonders gefährdet?“ geben die Autoren J. Soukup und M. Schmale einen sehr differenzierteren Überblick über die Situation von abhängigen Ärzten, bestehende Behandlungsmöglichkeiten und Erfolge. Die Studienlage über Häufigkeit, Verteilungsmuster, auch bezogen auf bestimmte Berufsgruppen wie Anästhesisten, Allgemeinärzte oder Psychiater wird detailliert dargestellt. Entstehungsbedingungen von Abhängigkeitserkrankungen werden in ihrer Komplexität erörtert. Möglichkeiten der Früherkennung, Frühintervention und heute bestehende Behandlungskonzepte einschließlich der Behandlungserfolge werden ausführlich beschrieben.

Im letzten Absatz vor dem abschließenden Fazit wird jedoch eine Aussage in den Raum gestellt, die inhaltlich nicht korrekt ist und ein falsches Bild von den Behandlungserfolgen auch und gerade bei Anästhesisten und Intensivmedizinern vermittelt. Die Aussage, „bis auf wenige Ausnahmen – und hier sind es vor allem opiatabhängige Anästhesisten oder Intensivmediziner – ist prinzipiell eine Wiedereingliederung in den Berufsalltag möglich“, legt die Schlussfolgerung nahe, dass gerade bei Anästhesisten und Intensivmedizinern eine Entzugsbehandlung bei einer Abhängigkeitserkrankung nicht erfolgreich und eine berufliche Wiedereingliederung nicht möglich sei.

Diese Aussage entspricht weder dem klinischen Alltag in der Behandlung von suchtkranken Anästhesisten und Intensivmedizinern noch der Schlussfolgerung der zitierten Arbeit „Chemical Dependendy Treatment Outcomes of Residents in Anesthesiology: Results of a Survey“ von G. Collins, M. McAllister, M. Jensen und T. Gooden, veröffentlicht in der Zeitschrift Anesth Analg 2005;101:1457-1462. In dieser Arbeit werden die Behandlungsverläufe von 199 Anästhesisten, die zwischen 1991 und 2001 an einem entsprechenden Entzugsprogramm teilgenommen hatten, dargestellt. 77 % der untersuchten Anästhesisten gingen direkt nach der Entzugsbehandlung an ihren alten Arbeitsplatz in der Anästhesie zurück, nur 7 % wechselten sofort in ein anderes Fachgebiet. Am Ende des Untersuchungszeitraumes hatten zusätzlich 27 % in ein anderes Fachgebiet gewechselt. Als Hintergrund wird von den Autoren eine erhöhte Rückfallgefahr in dem „Candy Store“ Anästhesie genannt. Aufgrund dieser Datenlage lautet die Schlussfolgerung der Autoren, dass grundsätzlich eine Entzugsbehandlung zu empfehlen sei, die berufliche Wiedereingliede-

rung aufgrund der erhöhten Rückfallwahrscheinlichkeit in dem Bereich Anästhesie jedoch an einem anderen, mit geringeren Risiken behafteten Arbeitsplatz durchgeführt werden sollte.

Eine neuere Untersuchung von Skipper, Campbell und DuPont in der Zeitschrift Anesth Analg 2009;109(3):891-896 belegt die guten Behandlungserfolge auch bei Anästhesisten. In dieser Untersuchung an über 900 Ärzten, die im Zeitraum von 1995 bis 2001 aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung behandelt worden waren, wird von den Autoren festgestellt, dass Anästhesisten im Vergleich zu anderen Ärzten häufiger eine Opiatabhängigkeit aufweisen, die Behandlungserfolge im Vergleich zu den Kollegen jedoch genauso gut wären. Es konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich Beendigung der Behandlung, disziplinarischer Maßnahmen, Wiedereingliederung am Arbeitsplatz oder Fehlbehandlungen von Patienten gefunden werden.

Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen dieser Untersuchungen entsprechen auch den klinischen Erfahrungen in der Behandlung von abhängigkeitserkrankten Anästhesisten. In der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung von Ärzten müssen grundsätzlich berufs- und rollenspezifische Aspekte berücksichtigt werden. In Einrichtungen, die auf die Behandlung abhängigkeitserkrankter Ärzte spezialisiert sind, wie z.B. in den Oberbergkliniken, wird dieser abstinentzrelevante Faktor auch besonders thematisiert. Grundsätzlich gibt es aufgrund der jetzt über 25-jährigen klinischen Erfahrungen keinen Hinweis, dass Anästhesisten oder Intensivmediziner schlechtere Behandlungserfolge aufweisen als ihre Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen. Allerdings ist im Rahmen der Therapie die Gefährdung durch möglicherweise häufige Exposition mit ihrem Suchtmittel am Arbeitsplatz Anästhesie zu diskutieren und nach sinnvollen Lösungen zu suchen. Wichtiges Ziel der therapeutischen Arbeit einer Entzugsbehandlung ist immer auch die Erarbeitung von individuellen Schutzmechanismen im Umgang mit potentiellen Gefährdungen. In jedem Einzelfall ist neben einem Wechsel des Arbeitsplatzes in ein anderes Fachgebiet auch die erneute Übernahme der Verantwortung für opiathaltige oder betäubungsmittelpflichtige Substanzen durch Kolleginnen und Kollegen sowie der offene Umgang mit der eigenen Suchterkrankung am Arbeitsplatz mit den direkten Vorgesetzten zu diskutieren. Eine offene Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung privat und am Arbeitsplatz kann therapeutisch einen wichtigen Schritt für eine erfolgreiche Therapie und ein suchtmittelfreies Leben darstellen. Alleine ein Wechsel an einen anderen Arbeitsplatz ohne eine ak-

► tive Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeits-erkrankung, z.B. im Kontext des Arbeitsplatzes, kann aus suchttherapeutischer Sicht auch als Verleugnungsstrategie und Versteckspiel genutzt werden.

Entscheidend für den langfristigen Erfolg einer Behandlung ist, wie in der Übersichtsarbeiten von J. Soukup und M. Schmale am Schluss dargestellt, die Einbindung in entsprechende speziell ausgerichtete Hilfsprogramme. Neben der Diskussion über Risiken und Gefahren am Arbeitsplatz, z.B. in der Anästhesie, ist die Einbindung der betroffenen Kolleginnen und Kollegen in entsprechende Interventionskonzepte dringend geboten. Von den Ärztekammern werden daher derartige Interventionskonzepte für abhängige Ärzte heute in Deutschland fast flächendeckend angeboten. Von den Oberbergkliniken, die sich aufgrund der eigenen Suchterkrankung des Gründers der Kliniken, Prof. Gottschaldt, auf die Behandlung von selbst süchtigen, aber auch Ärzten mit Depression, Angst oder Burnout, spezialisiert haben, wird ein einjähriges Curriculum für abhängige Ärzte angeboten.

Kennzeichen dieser Interventionsprogramme für abhängige Ärzte sind längerfristige Beratungs- und Behandlungskonzepte, die neben einer vertraulichen Beratung im Vorfeld, für betroffene Kolleginnen und Kollegen nach einer meist stationären Entzugsbehandlung ein verbindliches, mindestens einjähriges ambulantes Behandlungskonzept vorsehen. Dieses Konzept besteht aus einer ambulanten Suchttherapie vor Ort, dem regelmäßigen Besuch von Selbsthilfegruppen sowie monatlichen Gesprächen mit einer aufsichtsführenden Behörde, z.B. einer Ärztekammer, dem Arbeitgeber oder der zuvor behandelnden Klinik.

Zusammenfassend ist aufgrund der Studienlage und der klinischen Erfahrung festzustellen, dass eine Suchtbehandlung auch bei Anästhesisten und Intensivmedizinern, wenn sie in ein längerfristiges Behandlungskonzept eingebettet ist, eine hohe Erfolgschance hat. Letztlich muss individuell im Behandlungsverlauf und anhand der persönlichen Disposition, Persönlichkeit, Rollenerwartung sowie der privaten und beruflichen Rahmenbedingungen über eine Rückkehr in die alte berufliche Tätigkeit entschieden werden. Die Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz Anästhesie ist aufgrund der häufigen Konfrontation mit Suchtmitteln und der damit verbundenen Rückfallgefahren mit den betroffenen Kollegen zu thematisieren. Hier sind auch die leitenden Ärzte gefordert. Eine offene Auseinandersetzung über mögliche Schutzmechanismen am alten Arbeitsplatz oder einen Wechsel an einen anderen Arbeitsplatz mit einem geringeren Gefährdungspotential muss Bestandteil einer suchttherapeutischen Arbeit sein. Eine Wiedereingliederung in den Berufsalltag – falls aus therapeutischen Gründen sinnvoll auch an einem anderen Arbeitsplatz – ist auf alle Fälle möglich und für die langfristige Gesundheit des betroffenen Kollegen notwendig und wünschenswert. Eine generelle Empfehlung, opiatabhängige Anästhesisten und Intensivmediziner nicht mehr in ihrem erlernten Beruf einzusetzen, ist nicht gerechtfertigt.

Literatur

Collins GB, McAllister MS, Jensen M, Gooden TA. Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. *Anesth Analg* 2005;101(5):1457-1462.

Skipper GE, Campbell MD, Dupont RL. Anesthesiologists with substance use disorders: a 5-year outcome study from 16 state physician health programs. *Anesth Analg* 2009;109(3):891-896.

Mundle G, Gottschaldt E. Abhängigkeitserkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten: Spezifische Behandlungsangebote ermöglichen eine erfolgreiche Therapie. *Dtsch Med Wochenschr* 2008;133:17-20.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. med. Götz Mundle
Oberbergklinik Schwarzwald
Oberberg 1
78132 Hornberg, Deutschland
Tel.: 49 07833 792-233
Fax: 49 07833 792-825
E-Mail: goetz.mundle@oberbergkliniken.de

Prof. Dr. med. Frank-Gerald B. Pajonk
Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim
Lindenstraße 15
38704 Liebenburg, Deutschland
Tel.: 49 05346 81 1150
Fax: 49 05346 81 1152
E-Mail: pajonk@klinik-dr-fontheim.de

Stellungnahme zum Leserbrief

Mundle und Pajonk weisen in ihrer „Gegendarstellung“ darauf hin, dass Anästhesisten oder Intensivmediziner keine „....schlechteren Behandlungserfolge aufweisen als ihre Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen“ und sehen eine mögliche „.... Gefährdung durch ... häufige Exposition mit ihrem Suchtmittel am Arbeitsplatz...“. Sie nehmen dies zum Anlass, Therapiemöglichkeiten und Konzepte ihrer Klinik im Kontext zur vorhandenen internationalen Literatur vorzustellen. Grundlage ihres Leserbriefes war unsere, eigentlich nicht im Gegensatz stehende Aussage, dass bis auf wenige Ausnahmen - „...und hier sind es vor allem opiatabhängige Anästhesisten oder Intensivmediziner - prinzipiell eine Wiedereingliederung in den Berufsalltag möglich“ sei. Abzüglich unserer Einschränkung bleibt die Aussage bestehen, dass eine berufliche Wiedereingliederung prinzipiell möglich ist.

Wenngleich zum Zeitpunkt der Manuskripterstellung die zitierte Arbeit von Skipper et al. noch nicht als Publikation vorlag, haben wir die bis dato wesentlichen Erfahrungen und Ergebnisse der internationalen Literatur präsentiert und diskutiert [5]. In diesem Zusammenhang muss man feststellen, dass die Kollegen vor allem im US-amerikanischen Raum sich wissenschaftlich dieser Problematik schon seit einigen Jahren widmen und somit auf einen deutlich größeren Zahlenfundus zurückgreifen können. Die Angaben zur Erfolgsrate schwanken in der Literatur je nach Methode ►

► und Therapiekonzept zwischen 34 % und nahezu 90 % und sind neben den Unterschieden im Therapiekonzept und der Analysemethode sicherlich auch Ausdruck verschiedenster individueller und auch gesellschaftlicher Einflussfaktoren [1,4,5,6].

Auf diese relativ hohen Abstinenzquoten innerhalb eines Jahres nach entsprechender Behandlung und der Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung wurde unsererseits verwiesen und die verschiedensten Einflüsse auf den Behandlungserfolg aufgezeigt [1,3]. Die „Griffnähe“ bestimmter suchtgefährdender Substanzen („...opiatabhängige Anästhesisten oder Intensivmediziner...“) wirkt sicherlich limitierend auf die Rekonvaleszenz und letztendlich auch auf die berufliche bzw. sogar fachspezifische Wiedereingliederung von Anästhesisten.

Nationale Analysen zur Effizienz bestimmter Therapiekonzepte und beruflicher Perspektiven nach einer erfolgreichen Therapie fehlen ebenso wie detaillierte Angaben zur allgemeinen und fachspezifischen Suchtprävalenz. Gerade hier stehen die Spezialkliniken, zu denen auch die Oberbergkliniken gehören, in der Pflicht, endlich entsprechende Studienergebnisse zu publizieren. Bis dato können wir nur auf die erst kürzlich während des Deutschen Schmerzkongresses 2009 vorgestellten Ergebnisse verweisen, die Resultat einer internetbasierten Umfrage im Auftrag der DGAI und des BDA unter 948 anästhesiologischen Chefärzten sind [2]. Sie unterstützen unsere Aussage, dass die Behandlungsergebnisse nicht uneingeschränkt die positiven Zahlen der internationalen Literatur widerspiegeln. Vielmehr war ein beruflicher Wiedereinstieg in das Fachgebiet bei nur 16 % der Kollegen möglich, und bei weiteren 17 % konnte über einen Berufswchsel die Arbeitsfähigkeit erhalten werden. Mehr als 30 % wurden berentet, 16 % verstarben infolge der Sucht durch den Konsum von Opiaten (Morphin, Pethidin, etc.), wobei bei ca. 22 % keine Angaben zum Outcome eruiert werden konnten. Aber auch die Zahlen im Zusammenhang mit den bisher nicht im Focus der Betrachtung stehenden Substanzen Propofol und Ketamin sind alarmierend. So führt beispielsweise Propofol mit 37 % die Liste der am häufigsten zum Tode führenden Substanzen an. Zusammenfassend kann man feststellen, dass die internationalen und teilweise auch nationalen Ergebnisse durchaus

Grund zum Optimismus in der Behandlung und potentiellen beruflichen und sozialen Wiedereingliederung suchtkranker Ärzte bieten. Allerdings lassen sich vor allem die internationalen Ergebnisse zum heutigen Zeitpunkt nicht 1:1 auf die Situation in Deutschland übertragen. Insbesondere gegenüber dem US-amerikanischen Raum gibt es in Deutschland Defizite in der Prophylaxe und Erkennung von „Risikoperpersonal“ sowie der notwendigen Behandlungsinfrastruktur. Hier ergibt sich sowohl ein dringender gesellschaftlicher als auch berufspolitischer Handlungsbedarf mit dem Ziel, im Interesse der Sicherheit von Arzt und Patient möglichst frühzeitig präventiv tätig zu sein bzw. zielorientiert eingreifen zu können.

Literatur

1. Collins Gb, Mcallister Ms, Jensen M, et al. Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. *Anesth Analg* 2005;101:1457-1462.
2. Lemke J, Maier C, Schüttler J, et al. Medikamentenmissbrauch in Anästhesiologie und Intensivmedizin. *Schmerz* 2009;23:76.
3. Lloyd G. Alcoholic doctors can recover. *BMJ* 1990;300:728-730.
4. Menk EJ, Baumgarten RK, Kingsley CP, et al. Success of reentry into anesthesiology training programs by residents with a history of substance abuse. *Jama* 1990;263:3060-3062.
5. Skipper GE, Campbell MD, Dupont RL. Anesthesiologists with substance use disorders: a 5-year outcome study from 16 state physician health programs. *Anesth Analg* 2009;109:891-896.
6. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, et al. The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. *Jama* 1987;257:2927-2930.

Korrespondenz:

Dr. med. Jens Soukup / Dr. med. Martin Schmale
Klinik für Anästhesiologie und Operative
Intensivmedizin
Universitätsklinikum Halle (AöR)
Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle, Deutschland
Tel.: 49 345 5575992
Fax: 49 345 5574636
E-Mail: jens.soukup@medizin.uni-halle.de