

Alkohol, Cannabis und Co. – wenn Ärzte süchtig werden

Stress in der Klinik, Druck von Vorgesetzten, schwierige Patienten – es gibt viele Gründe, weshalb Ärzte zur Flasche greifen oder eine Pille einwerfen. Einige kommen davon nicht mehr los. Dr. Siegmund Drexler kennt viele solcher Schicksale. Seit 2007 ist er Drogen- und Suchtbeauftragter der Landesärztekammer Hessen.

Das Interview führte Pete Smith



Ärzte Zeitung: Herr Dr. Drexler, von wie vielen suchtkranken Ärzten in Deutschland gehen Sie aus?

Dr. Siegmund Drexler: Die vorsichtigsten Schätzungen besagen ja, dass etwa 3,5 Prozent der Bevölkerung manifest abhängig sind von einem Suchtstoff. Weitere 1,5 Prozent üben einen gefährlichen Gebrauch aus. Das kann man auf die Ärzteschaft übertragen. In Hessen haben wir rund 35 000 Ärzte. Das bedeutet also, dass wir allein in unserem Bundesland von 1500 bis 2000 Kollegen ausgehen können, die in gefährlichem Maße Suchtstoffe konsumieren.

Und wie viele Betroffene melden sich bei Ihnen?

Jedes Jahr etwa 20 bis 25 neu. Einschließlich der Zahnärzte.

Nicht gerade viel.

Bundesweit ist Hessen damit immerhin führend. In anderen Landesärztekammern suchen pro Jahr mitunter nur zwei, drei suchtkranke Ärzte Kontakt zur jeweiligen Suchtberatungsstelle. Alles in allem führe ich in meiner Kartei zwischen 300 und 350 Kollegen.

Wie oft bieten Sie Ihre Sprechstunde an?

Einmal pro Woche. In der Regel mittwochs nach Verabredung. Ansprechpartner bin ich allerdings rund um die Uhr. Mit einigen meiner Klienten stehe ich schon seit vielen Jahren in Kontakt. Die melden sich, wenn's brennt, weil sie gelernt haben, dass sie im Zusammenhang mit einem Jobwechsel oder der Übernahme höherer Verantwortung stärker gefährdet sind. Einer der ersten, die ich betreut habe, ist gerade Chefarzt geworden. Davor rief er mich an und bat um ein Gespräch.

Ein Arzt, der für sich sorgt – klingt vernünftig.

Ist aber nicht die Regel. Sie wissen ja, Lehrer haben nicht die besser erzogenen Kinder, und Ärzte sind für sich keine guten Doktoren. Durchschnittlich melden sich 15 Prozent der Betroffenen freiwillig bei uns. Das ist viel, auch wenn ich natürlich gern mehr hätte. Ich glaube, wir sind die einzige Kammer in Deutschland, bei der sich Suchtkranke überhaupt freiwillig melden. Was daran liegt, dass wir offensiv auf sie zugehen und sie mit offenen Armen empfangen. In erster Linie unterbreiten wir Hilfsangebote, statt Sanktionen anzudrohen.

15 Prozent kommen freiwillig zu Ihnen – und der Rest?

60 bis 70 Prozent werden den Landesärztekammern von Staatsanwälten und Richtern gemeldet. Das geschieht über die sogenannte MiStra, Mitteilungen in Strafsachen, Ziffer 26, die die Meldepflicht für straffällig gewordene Angehörige von Heilberufen regelt.

Welche Straftat könnte das sein?

Wenn Sie zum Beispiel betrunken Auto fahren oder sich prügeln und die Polizei den Vorfall aufnimmt, ergeht automatisch auch eine Meldung an die Kammer. Dann schreiben wir den Kollegen an, verweisen darauf, dass möglicherweise ein Suchtproblem besteht, und bieten ihm ein kollegiales Gespräch an. Das heißt, der kann kommen, muss aber nicht.

Und kommt er?

Erfahrungsgemäß kommen fast alle. Die sind ja nicht doof. Die wissen sehr genau, dass das, was sie machen, falsch ist. Auch wenn sie es wieder und wieder tun. Die Meldung an uns empfindet sogar manch einer als Erleichterung. Endlich kann er mit jemandem über seine Probleme reden und vielleicht einen Weg finden, da wieder raus zu kommen.

Endlich bedeutet ...?

In der Regel vergehen Jahre bis zur Einleitung einer Therapie. Beim Alkohol sogar Jahrzehnte. Interessanterweise passiert ja erstaunlich wenig. Es ist ja nicht so, dass suchtkranke Ärzte falsche Beine amputieren oder betrunken im OP rumtorkeln. Wir prüfen immer, ob gegen jemanden berufsrechtlich etwas vorliegt. Meist ist das aber nicht der Fall.

Dennoch können Betroffene ihre Sucht nicht vor allen verheimlichen.

Natürlich nicht. Zur Sucht gehört auch das Manipulieren anderer, das Einbeziehen des Partners in das System: um keinen wirtschaftlichen Schaden anzurichten, dass die Nachbarn nicht über einen reden, weder Patienten noch der Chef dürfen erfahren, dass man ein Suchtproblem hat. Wenn einer betrunken ist, bleibt er einfach zu Hause. Dann ruft die Ehefrau an und sagt, dass ihr Mann krank sei. Nahezu jeder Süchtige hat Leute, die das decken. Das nennt man Co-Abhängigkeit.

Gibt es Co-Abhängigkeiten auch im beruflichen Milieu?

Sicher. Es kommt vor, dass Schwestern, Arzthelferinnen, Kollegen und Vorgesetzte schweigen. Manche merken nichts, andere wollen nichts merken.

Und die etwas merken und nicht mehr schweigen wollen, melden sich dann bei Ihnen.

So ist es. Neben den freiwilligen Meldungen und den Meldungen über MiStra erhalten wir auch Beschwerden von Mitarbeitern suchtkranker Ärzte. Manchmal sogar von Patienten. Selbst Angehörige sagen irgendwann: Jetzt ist Schluss.

Mit welcher Konsequenz?

Ich kann Ihnen ein aktuelles Beispiel nennen: Ein Arzt in seinen Dreißigern, verheiratet, zwei Kinder, befindet sich in der Facharztausbildung zum Neurologen und ist abhängig von Opioiden. In der Klinik funktioniert er, ich wundere mich nur, dass der irrsinnige Verbrauch an Opioiden dort niemandem auffällt. Wenn er zu Hause ist, schläft er, will nur noch in Ruhe gelassen werden, weshalb seine Frau die Kinder immer wieder von ihm fernhalten musste. Kürzlich hat sie ihm gesagt, dass sie das nicht mehr mitmacht: „Zieh aus, oder lass dich behandeln!“ Er war empört über diesen Verrat, kam aber trotzdem. In der Sucht zeigt der Zeiger der Schuld immer nach außen. Ich habe ihm erklärt, dass seine Frau ihn nicht verraten, sondern ihm im Gegenteil zum ersten Mal geholfen habe.

Wie geraten Ärzte in die Sucht?

Indem sie versuchen, die eigenen Probleme mit Suchtstoffen zu behandeln. Viele haben Schlafstörungen, depressive Erkrankungen, Angststörungen, Schmerzen, Versagensängste, Schwierigkeiten, ihren Alltag in Praxis oder Klinik zu bewältigen. Und da erleben sie, dass sie unter Alkohol- oder Medikamenteneinfluss abschalten, sich entspannen, endlich wieder schlafen können, dass sie die Angst vor den Ansprüchen verlieren und ihr verlorenes Selbstbewusstsein zurückkehrt.

Sind Kliniker stärker gefährdet als Niedergelassene?

Nein. Angesichts der hohen Patientenzahlen in den Praxen haben die niedergelassenen Kollegen oft ja nur noch wenige Minuten für jeden Patienten, wollen aber trotzdem alles richtig machen und geraten schon allein dadurch unter Druck. Dann haben sie noch Verantwortung für ihre Mitarbeiter und dürfen das Medikamentenverordnungsvolumen nicht überschreiten.

Zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede?

Das war einmal. Der Anteil suchtkranker Frauen ist mittlerweile recht hoch. Um die 40 Prozent, schätze ich. Das liegt natürlich auch daran, dass die Medizin insgesamt immer weiblicher wird. Bei den Zahnärzten sind schon mehr Frauen von Sucht betroffen als Männer. Alkohol ist unter dem Strich noch immer die Droge Nummer eins.

Medikamente stehen an zweiter Stelle. Welche werden am häufigsten konsumiert?

Benzodiazepine, Schlafmittel, Schmerzmittel, Opiate und Opioide. Auch Propofol. Das ist ein Teufelszeug, steht aber nicht unter BTM-Überwachung, Sie können es sich beschaffen wie Aspirin. Neulich hat mir der Chefarzt einer großen Klinik erzählt, dass er sich, wenn er gestresst ist, Propofol als Kurzinfusion anlegt, also ohne einzuschlafen, und sich dabei entspannt. Der ist nicht süchtig. Noch nicht. Denn der suchterzeugende Effekt von Propofol wird inzwischen kaum mehr bezweifelt.

Wie sieht es mit illegalen Drogen aus?

Häufig Marihuana. Daneben gibt es auch kulturelle Eigenheiten. Im Iran ist es beispielsweise üblich, Opium zu rauchen, in Afrika kauen Menschen Kath. Ärzte, die das in ihrem Heimatland konsumiert haben, setzen das hier häufig fort.

Nehmen wir an, Sie sehen einen suchtkranken Kollegen zum ersten Mal. Wie gehen Sie vor?

Vorweg: Die Kammer hat mich mit einer Schweigepflicht ausgestattet. Vertrauen ist die Basis. Also zunächst erfrage ich die Fakten: Was und wie viel trinken Sie? Zu welchen Anlässen? Wo sehen Sie Ihre Probleme? Worunter leiden Sie am meisten? Wären Sie glücklicher, wenn Sie weniger tranken? Oder wollen Sie ganz aufhören? Was versprechen Sie sich von Abstinenz? Welche Aufgabe sehen Sie bei sich? Welche Rolle schreiben Sie mir zu? Dann stellen wir gemeinsam einen Plan auf und machen einen Vertrag. Ein Bestandteil dieses Vertrages ist Wahrhaftigkeit. Wenn jemand einen Rückfall erleidet, ist das Teil des Problems, aber ehrlich muss er sein. Ein Rückfall ist kein Scheitern. Wenn Kinder laufen lernen, fallen sie tausendmal hin, und doch zweifelt niemand daran, dass sie es irgendwann können. Manchmal ist ein Rückfall sogar eine Chance, etwas zu begreifen.

Wer ist außer Ihnen und dem Betroffenen involviert?

Kommt darauf an. Meldet sich jemand freiwillig, und es liegt nichts gegen ihn vor, bleiben wir unter uns. Anders wenn jemand mit drei Promille am Steuer erwischt wurde. Dann weiß das auch das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, welches mit den approbationsrechtlichen Verfahren betraut ist. Gemeinsam mit dem HLPuG, der Rechtsabteilung in unserem Haus, dem Betroffenen und mir wird ein Programm definiert und kodifiziert. Wir vereinbaren regelmäßige Treffen mit den Betroffenen, eine berufs begleitende Supervision, eine Therapie oder stationäre Entwöhnung samt entsprechender Abstinenzkontrollen danach. Die Motivation der Betroffenen ist in der Regel sehr hoch.

Und ihre Erfolgsaussichten?

Ebenfalls. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass mehr als 70 Prozent unserer Klienten ihr therapeutisches Ziel erreichen, nämlich abstinent oder trocken bleiben. Und das unabhängig davon, ob sie freiwillig kommen oder über MiStra.

Erfolg hängt ja häufig von einer frühzeitigen Intervention ab – auf Therapieplätze müssen Betroffene aber oft Monate warten.

Da haben Sie recht. Hier hilft ein Netzwerk, das wir uns im Laufe der Jahre aufgebaut haben. Bei Bedarf erhalten Betroffene innerhalb von ein, zwei Wochen einen Termin, manchmal sofort. Ich unterhalte Kontakte zu Fachärzten, Rehaeinrichtungen und Kliniken, die stationäre Entwöhnung anbieten. Gemeinsam mit dem Leiter der suchtmmedizinischen Abteilung im Frankfurter Bürgerhospital haben wir sogar eine Selbsthilfegruppe für suchtkranke Doktors mit zurzeit acht Ärzten.

Können sich Betroffene auch anonym melden?

Ja, das ist möglich. Für Kammermitglieder ist die Betreuung durch uns übrigens grundsätzlich kostenfrei. Zudem übernimmt die Kammer die Aufwendungen für Reha und Entzug. Nur die Drogenscreenings müssen unsere Klienten selbst zahlen.

Kommt es auch vor, dass Betroffene jede Kooperation verweigern?

Leider ja. Dann müssen wir das unserer Rechtsabteilung kommunizieren und ein approbationsrechtliches Verfahren durch das Landesprüfungsamt einleiten. Juristisch ist das eindeutig: Im Zuge ihrer Berufsausübung gilt für Ärzte die Null-Promille-Grenze.

Betroffenen Kollegen bricht dadurch im Zweifelsfall die Existenz weg.

Nicht zwangsläufig. Selbst wenn die Approbation ruht, kann mit einer Berufserlaubnis ärztlich gearbeitet werden. Ich habe mit Einverständnis meiner Klienten auch schon ihre Vorgesetzten angerufen oder mit dem Krankenhauspfarrer gesprochen. Diese Offenheit führt nicht selten dazu, dass die Arbeitgeber Betroffenen noch eine letzte Chance gewähren - vorausgesetzt, jene meinen es wirklich ernst.

Und wenn nicht?

War's das.

Wie oft erleben Sie, dass sich suchtkranke Kollegen das Leben nehmen?

Jedes Jahr.