

Der substanzabhängige Arzt

Jens Lundberg

Fallbericht eines hochgradig opiatabhängigen Patienten, dessen siebenjährige Krankengeschichte durch etliche Praxen und Kliniken führte, bis seine manifeste Suchterkrankung diagnostiziert und therapiert werden konnte.

Einführung

Es soll auf die Problematik substanzabhängiger Kollegen hingewiesen werden, deren extreme suchtbedingte Notsituation, mangelhafte persönliche Krankheitseinsicht trotz fachspezifischer Kenntnis und der dadurch bedingten erheblichen Leidensverlängerung bis in lebensbedrohliche Notfallsituationen hinein, die im günstigen Fall zur Enttarnung und Diagnose führen, zu häufig aber dennoch – oder gerade deshalb – letal enden.

Während die Thematik ›DER ARZT ALS PATIENT‹ von engagierten Kollegen zunehmend Aufmerksamkeit erhält (E. Lysholm), bleibt der substanzabhängige Arzt ein Problem, das es eigentlich nicht geben dürfte (F. Stetter 2002). In Deutschland verfügen wir bis heute über keine verlässlichen Daten zur Häufigkeit von Substanzabhängigkeiten bei ÄrztInnen. Schätzungen zur Prävalenz reichen von prozentual mindestens gleich hoch wie der Anteil in der Allgemeinbevölkerung (Stetter 2002), bis zu 6–7 Prozent der Ärzteschaft (Dt. Ärztebl. 09/2003). Die uns bislang bekannten Dispositionen für die Entstehung von Suchterkrankungen (Poser 2000) betreffen ÄrztInnen sicherlich gleichermaßen wie die Allgemeinbevölkerung. Über spezifische Faktoren im Entstehungsgefüge von Substanzabhängigkeit bei ÄrztInnen wird diskutiert (Heim 1993).

Hinsichtlich des Schutzes vor und der Hilfe bei Substanzabhängigkeit wird Deutschland als ›Unterstützungswüste‹ bzw. etwas positiver als ›Entwicklungsland‹ angesehen (Stetter 2002 u. Lysholm 2003).

Die suchtpreventiven Konzepte, die auf der Arbeit etlicher qualifizierter FachkollegInnen basieren, dürfen die Ärzteschaft als relevante Zielgruppe nicht ausklammern, sondern sollten dem Patienten- und Ärzteschutz gleichermaßen dienlich sein.

- Sind wir darauf vorbereitet, einem substanzabhängigen Kollegen zu begegnen?
- Wie verhalten wir uns bei einem entsprechenden Verdacht?
- Begnügen wir uns mit der bekannten und typischen Krankheitsverleugnung, oder gehen wir gerade dann unserem Verdacht nach?
- Wie stellen wir uns zu ärztlich moralisch verantwortlichem Handeln einerseits und Schweigepflicht und Kollegialität andererseits?
- Wie verhalten wir uns, wenn die Verdachtsdiagnose einen uns vorgesetzten Kollegen betrifft?
- Handeln wir noch wie freie, nur unserem Gewissen verantwortliche Ärzte, wenn wir die Augen vor der Situation des Kollegen verschließen? Oder ist dies bereits co-abhängiges Verhalten unsererseits?

- Wie können wir tatsächlich unserer ärztlichen Pflicht zur Hilfeleistung nachkommen?

Fallbericht

Es liegen Untersuchungsberichte, Diagnosen und Therapieempfehlungen bei über 20 verschiedenen Ärzten, Fachärzten und Fachkliniken vor, die der Patient in der Zeit zwischen 1995–2002 aufgrund unterschiedlichster Symptome, direkt oder indirekt im Zusammenhang mit seiner Grunderkrankung stehend, aufgesucht hat. Beispielhaft sollen einige dieser Arztbesuche kurz beschrieben und kritisch diskutiert werden.

Bei dem Patienten handelt es sich um einen heute 42-jährigen Kollegen aus der Veterinärmedizin, promovierter Fachtierarzt für Pferde und im Verlauf als Assistent, später Oberassistent einer namhaften Pferdeklunik und später in eigener Praxis tätig.

Der Kollege (im Folgenden als X benannt) hat nach eigenem Bekunden die subjektiv stressreduzierende, leistungssteigernde und abschirmende Wirkung intravenösen Morphins erstmals im September 1995 aufgrund eines Hinweises einer Kollegin an sich selbst getestet. Da er keine unerwünschten Nebenwirkungen empfand, setzte er das AM nach einigen Selbsttests zur Findung der Minimaldosis bald regelmäßig ein. Nach ca. zwei Monaten wurde er erstmals auf Entzugssymptome aufmerksam. Wegen allgemeiner Schwäche, Magen-Darm-Problemen, Frösteln und Kaltschweißigkeit begab er sich in allgemeinmedizinische Behandlung.

Im Juli 1996, X spritzte inzwischen regelmäßig täglich, bevorzugt in Venen beider Füße, Handrücken und Unterarme, traten Schmerzen der Fingergelenke und Schwellungen beider Sprunggelenke auf, sodass er sich zur konsiliarischen internistischen Untersuchung in das Städtische Krankenhaus überweisen ließ. Fachärztliche Untersuchungen und Befundungen führten zur Diagnose ›Erschöpfungssyndrom‹ und Urlaubsempfehlung.

Im Februar 1997, X hatte inzwischen mehrfach erfolglos probiert in Eigenregie ›kalt‹, also ohne Morphinersatzpräparate durch abruptes komplettes Absetzen, zu entgiften, suchte er die Praxis eines Internisten auf, der als Substitutionsarzt über jahrelange Erfahrung in der Behandlung Heroinabhängiger verfügt. Obwohl am Ende seiner Kräfte und verzweifelt über seine Lage verschwiegen er auch hier seinen inzwischen hoch dosierten Morphinmissbrauch, und schildert sein Erleben ›zwischen Hoffen und Bangen‹ enttarnt zu werden. Aufwändige Diagnostik über mehrere Tage inkl. Blut, EKG, US-Abdomen führten zum Verdacht des Vorliegens eines Magenulcus. Es folgte eine gastroscopische Untersuchung inkl. Biopsie und pathol. Untersuchung mit abschließender Überweisung zu einer Psychotherapie wegen somatisierter Depression.

Aufgrund seines katastrophalen Zustandes, der nun auch äü-

berlich kaum mehr zu übersehen war, und weil es ihn immer mehr Kraft und Lügen kostete, sein Problem vor seinem Arbeitgeber und den zahlreichen Kunden zu vertuschen, begann er in Eigenregie seine Substitutionsbehandlung mit Polamidon. Um sich möglichst niedrig einstellen zu können und damit auch die Schwierigkeiten der Beschaffung am Betäubungsmittel (BtM)-Gesetz vorbei gering zu halten, setzte er auch das Polamidon intravenös ein.

Im September 1997 war ihm die Umstellung auf das Polamidon gelungen. Die rasante Dosissteigerung und die heftigen Entzugssymptome bei den immer wieder unternommenen Entgiftungsversuchen wurden allerdings zunehmend Besorgnis erregend für ihn. Versehentlich injizierte er sich einmal ein Sedativum für Pferde aus seiner Autoapotheke. Zur eigenen Verwunderung erwachte er am darauf folgenden Tag wieder, allerdings in erbärmlichem Zustand. Die Fachärzte für Kardiologie und Innere Medizin, die er in seiner Verzweiflung und Not aufsuchte, belog er konsequent weiter über die Ursache seines Zustandes. Wiederrum folgte aufwändige Diagnostik, vor allem herzspezifisch mit EKG, Belastungs-EKG, 24h-EKG und Herz-US.

Die Diagnose lautete Reizleitungs Koordinationsstörung zwischen Sinus- und AV-Knoten bei Puls 40/min. und Acidose. Der dringende Rat nach kollegialem und lockerem Gespräch unter Ärzten lautete, er solle das Joggen beim nächsten Mal ein wenig sanfter angehen lassen. Vorberichtlich hatte er Schwächeanfall im Anschluss an Joggen nach längerer Trainingsunterbrechung angegeben.

Im November 1997 suchte er erstmals eine Praxis für Psychotherapie auf, in der er unter nachdrücklichem Hinweis auf die Schweigepflicht zum ersten Mal überhaupt einem anderen Menschen seine Suchtproblematik mitteilte. Es folgten wöchentliche Sitzungen, die er nur mühsam vor seinem Arbeitgeber geheim halten konnte, da er stets telefonisch erreichbar zu sein hatte. Seine berufliche Tätigkeit erstreckte sich auf die Betreuung etlicher Rennpferdeställe in einem Umkreis von mehreren Hundert Kilometern. Ständige Erreichbarkeit, d. h. 24 h/Tag, Arbeitszeiten von 7.00–23.00 Uhr sowie nächtliche Notfalleinsätze bei Bedarf erforderten hohen Einsatz und die enge Zusammenarbeit dieser Zweimann-Praxis.

In Abstimmung mit dem Psychotherapeuten begab er sich im Dezember 1997 in eine ambulante Opiatentgiftungsbehandlung, deren Erfolg aber ebenso ausblieb wie alle bisherigen eigenen Anstrengungen, innerhalb einer Auszeit von ein bis zwei Wochen dauerhafte Suchtmittelfreiheit zu erreichen.

Da die Bemühungen, eine Kostenübernahme für die psychotherapeutische Behandlung von der Krankenkasse zu erwirken, vergeblich waren, brach X die Behandlung aus Kostengründen ab.

Er setzte die täglichen Polamidoninjektionen fort, war allerdings nur noch ein Schatten seiner selbst. Besorgte Anfragen der Kunden häuften sich ebenso wie Autounfälle, nächtliche Irrfahrten und Blackouts. Die Fahrpraxis war inzwischen zu einer Klinik für Pferde erweitert worden und die Arbeits-

belastungen waren, vor allem durch nächtliche Operationen, nochmals verschärft. Dennoch hielt er an seiner Karriere, inzwischen zum Oberarzt befördert, fest.

Im August 1998 suchte er nach paravenöser Injektion in die V. mediana cubiti wegen Fallhand links zunächst einen Orthopäden auf. Dieser schickte ihn in die Chirurgie der Städtischen Klinik. Die dortige Untersuchung umfasste den röntgenologischen Ausschluss einer Humerusfraktur und abschließende Befundung und Beratung durch den Oberarzt, der die chirurgische Freilegung des N. radialis in Aussicht stellte, falls keine spontane Besserung eintreten würde. Unzufrieden mit der Situation wurde er auf Drängen seines Arbeitgebers bei einem Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie vorgestellt, der ihnen als Pferdebesitzer und Kunde persönlich bekannt war. Auch dieser bestätigte die Diagnose einer Radialislähmung links, injizierte B-Vitamine in die weniger auffällige Unterarmvene des rechten Arms und verschrieb eine Unterarmschiene. Im November 1998 erfolgte der totale physische und psychische Zusammenbruch, Kündigung seines Arbeitsverhältnisses und Einweisung in die psychiatrische Abteilung einer Universitätsklinik.

Obwohl von heftigen Entzugssymptomen geplagt, vermied er es auch hier, die behandelnden Ärzte von seinem Polamidonmissbrauch in Kenntnis zu setzen. Entsprechend wurde er symptomatisch mit Antidepressiva, Antidiarrhoeica, Schlafmitteln und AM gegen starkes Schwitzen behandelt. Für den Zeitraum von acht Wochen durchlief er das diagnostische und therapeutische Programm einer psychiatrischen Akutstation inkl. EEG und Kopf-CT, Einzel- und Malthérapie. Die Diagnosen lauteten auf Persönlichkeitsstörung, Depression (endogen?), v. a. neurotische Entwicklung. Auf eigenen Wunsch wurde er zur Weiterbehandlung in die psychosomatische Abteilung einer Privatklinik überwiesen. Bis April 1999 wurde hier sein depressiver Erschöpfungszustand in einzel- und gruppen-therapeutischen Sitzungen behandelt.

Für den Zeitraum von sieben Monaten setzte er die Behandlung bei einem niedergelassenen Kollegen fort, dem er auch von seiner Suchtproblematik erzählte. Die regelmäßigen Rückfälle während seiner Tätigkeiten als Praxisvertreter in dieser Zeit verschwieg er allerdings erneut. Im Dezember 1999 legte er erfolgreich die Prüfung zum Fachtierarzt für Pferde ab. Im Juli 2000 eröffnete er eine eigene Fahrpraxis für Pferde. Innerhalb weniger Wochen war er bereits wieder hoch dosiert auf Mengen von 50 mg Levomethadon i. v./Tag.

So folgte der kurzzeitigen Besserung seines physischen und psychischen Befindens mit der Wiederaufnahme seiner tierärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis und der Polamidon-Selbstmedikation die folgenschwerste Zeit seiner Suchtgeschichte. Etwa ab Sommer 2001 lagen die Tagesdosen bei 100–125 mg Levomethadon i. v./Tag!

Im Juni 2001 vertraute er sich einer Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychiatrie an, da sein Zustand Besorgnis erregende Ausmaße angenommen hatte. Verwirrheitszustände und Orientierungslosigkeit wechselten mit Perioden abrupt-

ten Schlafs, zum Teil im Stehen oder am Steuer. Verschiedene Personen waren so bereits auf ihn aufmerksam geworden und die Probleme häuften sich. Gleichzeitig baute er seine Praxis auf, behandelte Pferde und legte große Strecken mit dem Fahrzeug zurück.

Die Kollegin riet dringend zu einer Entgiftungsbehandlung, welche er im September 2001 in einer spezialisierten Fachklinik durchführte. Der massive Druck seitens der behandelnden Ärzte, die seine Situation als kritisch einschätzten und ihm dringend zu einer Langzeittherapie rieten, bewegte den Kollegen nach sieben Tagen auf eigene Verantwortung die Entgiftung mit der Diagnose Opiatabhängigkeit ICD 10 : F11.2 zu beenden.

Im Februar 2002 ließ er sich von einem niedergelassenen Kollegen Methadon verschreiben. Mit 20 ml oral/Tag beginnend beabsichtigte er, wöchentlich 1 ml herunter dosiert zu werden, um auf diese Art auf eine Minimaldosis eingestellt werden zu können, was ihm ein Arbeiten ohne weitere Ausfallerscheinungen ermöglichen sollte. Da er sich zusätzlich aber auch weiterhin große Mengen Polamidon i. v., nun als so genannten ›Beikonsum‹, verabreichte, kam es allerdings nie dazu. Im Mai 2002 wurde er bewusstlos am Steuer seines Fahrzeugs aufgefunden. Die erste Verdachtsdiagnose eines Herzinfarktes wurde vom behandelnden Notarzt sofort nach der Adspektion der von Einstichen übersäten Handrücken und Arme auf Intoxikation geändert. So konnte durch mehrtägige Notfallintensive Behandlung sein Leben gerettet werden. Mit der Diagnose Polamidonintoxikation in suizidaler Absicht wurde er wenig später mit der Empfehlung auf eine Entzugsbehandlung entlassen.

Bereits zwei Wochen später wurde er erneut auffällig, indem zunächst sein Praxisfahrzeug, und später er selbst in vollständig verwirrtem Zustand aufgefunden wurde. Der von der Polizei hinzugezogene Kollege stellte den Betäubungsmittelmissbrauch fest, woraufhin die Zwangseinweisung erfolgte. Nach mehrmonatiger Entgiftungsbehandlung und einjähriger Entwöhnungstherapie lebt X zurzeit suchtmittelfrei.

Diskussion

Handelt es sich hierbei um einen Einzelfall, oder haben wir es regelmäßig mit derart tickenden Zeitbomben in der Ärzteschaft zu tun? Obwohl der hier beschriebene Kollege vergleichsweise glimpflich davon gekommen ist, stellt die Suchtgeschichte für ihn persönlich ein folgenreiches und schicksalhaftes Geschehen dar. Die mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit zur eigenen Krankheitseinsicht ist ein für Ärzte typisches Problem und wird an diesem Beispiel der Substanzabhängigkeit besonders deutlich. Hinterfragen sollten wir, wieso wir uns derart täuschen lassen, wenn es sich um die Suchtproblematik eines Kollegen handelt. Voraussetzung ist natürlich, dass wir solch einen Fall überhaupt gedanklich in unserem ›Repertoire‹ haben. Dafür ist es nötig, auch hinter der Fassade des souveränen und lediglich erschöpften Arztes einen ›JUNKIE‹ mit den typischen, wenn auch wenig spezifischen Opiatentzugssymptomen vermuten

zu dürfen. Und gerade weil die mangelnde Krankheitseinsicht und die Angst vor Enttarnung als Teil des Krankheitsbildes anzusehen ist, sind wir in diesen Fällen besonders gefordert. Grundsätzlich gilt auch hier, dass wir aus den erhobenen Befunden zur Diagnosestellung kommen und keinesfalls erwarten sollten, die Diagnose vom Patienten geliefert zu bekommen. Schon bei der ersten umfassenden internistischen Untersuchung hätten die dezenten kleinen Einstichstellen im Bereich der geschwollenen Sprunggelenke den Verdacht erregen können. Ein zusätzliches Drogenscreening bei der durchgeführten Blutuntersuchung hätte entsprechend Klarheit gebracht. Die ausgeprägte Fähigkeit des Kollegen X, die eigentliche Problematik zu verbergen, wird aus der Behandlung bei dem im Umgang mit heroinabhängigen Menschen erfahrenen Fachkollegen deutlich.

Obwohl mit Entzugssymptomen und injektionsbedingt veränderten Venen vertraut, ließ er sich in die Irre führen, um schließlich den V. a. Magenukulus zu stellen. Auch hier hätte ein einfaches Drogenscreening die durchgeführten Blutuntersuchungen ergänzen können.

Erstaunlich, dass auch den kardiologisch spezialisierten Fachkollegen, nach umfassender allgemeiner und spezieller Untersuchung, die bereits adspektorisch erkennbar geschädigten Armvenen keinen Hinweis auf die toxisch von außen herbeigeführte Ursache der diagnostizierten akuten Herzproblematik lieferten. Sogar hier gelang es X, mit seiner merkwürdigen Vorgeschichte die tatsächliche Problematik zu verheimlichen.

Sehr nachdenklich stimmt dann die Vorgehensweise gleich mehrerer Kollegen bei der Behandlung der akuten Fallhand als Folge einer paravenösen Injektion und N. radialis Lähmung. Bereits der erstuntersuchende Arzt hätte auf die Injektionsstellen in der Ellenbeuge des betroffenen Arms aufmerksam werden müssen; das er dennoch eine Humerusfraktur röntgenologisch ausschließen wollte, könnte ein Hinweis auf die Hilflosigkeit sein, mit der Situation umzugehen, zumal die Funktionsfähigkeit von Schulter- und Ellenbogengelenken vollständig erhalten waren. Aber auch der nachuntersuchende und abschließend beurteilende Oberarzt ›übersah‹ den offensichtlichen und nahe liegenden Befund, um sich mit der vorberichtlichen Angabe zur Ursache zu begnügen, X sei auf seiner Hand liegend eingeschlafen und mit gelähmter Hand erwacht. Auch der nächste mit der Fallhand betraute Kollege äußerte weder Misstrauen noch Verdacht, injizierte dagegen selbst in die ebenfalls sichtbar vorgeschädigte V. mediana cubiti des nicht gelähmten rechten Arms.

Wundert es uns noch, dass X sogar in einer geschlossenen psychiatrischen Station ›heimlich und kalt‹ entgiftete, dass heißt also unbemerkt von den behandelnden Ärzten und dem Personal, und daher auch ohne die kontrollierte ausschleichende Dosisreduktion? Sich selbst als Burn-out- und Depressions-Patient darstellend, wurden auch seine heftigen und lang anhaltende Entzugssymptome den von ihm angegebenen Ursachen zugeordnet.

Obwohl X den Kampf um die Aufrechterhaltung seiner äußeren Fassade als integerer und erfolgreicher Tierarzt mit dem Verlust seiner Stelle als Oberarzt bereits verloren hatte, hielt er dennoch konsequent an der Verleugnung seiner Sucht und Abhängigkeit fest. Den Ernst seiner Lage verdrängend und sich weiterhin maßlos selbst überschätzend, klammerte X sich, offenbar nach außen immer noch glaubhaft, an seine selbst geschaffene Identität. Da ihm zumindest die Notwendigkeit klar geworden war, Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen, ließ er sich zur Weiterbehandlung in eine psychosomatische Privatklinik überweisen, deren Ausschlusskriterien die Abhängigkeit von illegalen Drogen beinhaltet.

Nach insgesamt viermonatiger Abstinenz, abgesehen von beinahe täglichem, maßvollem Alkoholenuss wurde er, körperlich erstarkt und auch psychisch aufgehellter, entlassen. In kompletter Fehleinschätzung seiner Lage wurde er seinen Angaben zufolge noch am selben Tag mit Polamidon rückfällig, in der Annahme, nun zu kontrolliertem Gebrauch befähigt zu sein. Über etwa einem Jahr erhielt er den Anschein des kontrollierten Missbrauchs vor sich selbst aufrecht, indem er sich während zeitlich begrenzter Praxisvertretungen mit Polamidon versorgte, dazwischen regelmäßig entgiftete und sowohl die Anerkennung zum Fachtierarzt erlangte, als auch die nötigen Vorbereitungen zur Niederlassung in eigener Praxis traf. Bereits kurze Zeit nach Praxiseröffnung wurde die Fassade allerdings rissig, und sein Doppelleben als Tierarzt und Junkie immer schwieriger zu vereinbaren. Der Überforderung als Praxisinhaber begegnete er mit erheblicher Dosissteigerung. Nun mit eigener BtM-Nr. zum Erwerb berechtigt und unabhängig von der nötigen Blindheit von Chefs oder Kollegen, ohne die der Bezug von Betäubungsmitteln kaum vorstellbar ist, dosierte X sich in nur schwer vorstellbare Mengen. Bei 50 ml/Tag (~ 125 mg) bedeutet dies den Verbrauch von 1,5 Litern im Monat!! Aufgrund dieser Information kann uns an sich nichts mehr wundern, was die Krankengeschichte betrifft; Verwirrtheitszustände, Orientierungslosigkeit, spontane Schlafzustände, Intoxikationserscheinungen bis ins Koma mit tox. Lungenödem und Atemstillstand. Dennoch brauchte es weitere zwei Jahre und eine unfassbar hohe Anzahl an Wundern und Bewahrungen, wodurch die extrem hohe Risikobereitschaft und die kaum zu überbietende Arroganz dem eigenen Leben, vor allem aber dem Leben unzähliger uneteiligter Menschen (und Tiere) gegenüber, nicht in einer Katastrophe endete.

Offensichtlich waren die Kollegen der Privatklinik, in der er sich für eine Woche zum Entzug befand, zumindest nicht zimperlich, ihm ihre Sicht der Dinge vor Augen zu führen. Andererseits fällt auch hier bei der Durchsicht der Krankenakte die Fehleinschätzung der tatsächlichen Dramatik auf. So wurde während der siebentägigen Entzugsbehandlung auf eine Substitution mit täglicher Dosisreduktion vollständig verzichtet, was einem ›kalten‹ Entzug entspricht. Lediglich Carbamazepin als Krampfschutz und symptomatische AM gegen Durchfall wurden verabreicht. So wundert es auch nicht, dass er seinem

Suchtdruck, also dem die Abhängigkeit kennzeichnenden Verlangen, erneut nachgab und den Klinikaufenthalt mit dem Vorwand der Notwendigkeit zur Fortsetzung seiner Praxistätigkeit beendete.

Mit dem Schritt, sich in einer Drogenberatungsstelle Rat und Hilfe zu suchen, erreichte er den ärztlich kontrollierten Erwerb von Methadon, welches ihm jeweils portioniert zur täglichen oralen Einnahme wöchentlich im Voraus mitgegeben wurde. Die Absicht, sich auf diese Weise schrittweise zu entgiften, wich schnell der Praxis, lediglich Engpässe in seiner Polamidonversorgung ohne Entzugserscheinungen zu überbrücken und damit die kontinuierliche Praxistätigkeit sicherzustellen.

Dem Notarzt schließlich sei Dank, dass er die zahlreichen Einstichstellen an beiden Armen als klares Indiz auf das Vorliegen einer Intoxikation bewertete, und sich auch nicht vom gesellschaftlichen Status seines bewusstlosen Notfallpatienten beirren oder beeinflussen ließ. Kaum aus der lebensbedrohlichen Situation gerettet, saß X allerdings ohne Auflagen und weiterhin im Besitz seiner Fahrerlaubnis wieder am Steuer seines Praxisfahrzeugs, inzwischen lediglich auch seitens der Behörden erfasst als Methadon-Substitutionspatient.

Die längst überfällige Zwangseinweisung erfolgte im Zusammenwirken der ermittelnden Polizeibehörde und dem hinzugezogenen Arzt, der hinter den verworrenen Umständen seines Auffindens den hochgradig suchtkranken Kollegen und dringend hilfebedürftigen Menschen erkannte.

Von den vielen Fragen, die sich aus dieser ausschnittweisen und unvollständigen Fallbeschreibung ergeben, möchte ich nur einige wenige zur näheren Diskussion stellen.

I. Wie können wir uns präventiv im Rahmen der Thematik ›Der Arzt als Patient‹ speziell auf die Möglichkeit und Gefahr der Substanzabhängigkeit vorbereiten?

II. Was verstehen wir eigentlich unter ›Kollegialität‹? Ärztliche Schweigepflicht und ärztliche Sprechpflicht. Weitere Aspekte der Kollegialität.

III. Wie stellen wir uns zu der heute weithin verbreiteten Praxis der Methadon-Substitution?

Zu I. Bis heute sehen die Lehrpläne der human-, zahn- und veterinärmedizinischen Ausbildung keine suchtpreventiven Inhalte vor, die den Arzt als Suchtpatient thematisieren. Diesbezüglich fachlich qualifizierte Dozenten fehlen ebenso wie geeignete Unterrichtseinheiten. Entsprechend verbleiben derartige Lehrinhalte im Ermessen und im persönlichen Interesse des Lehrenden. Dagegen ist der Nikotin- und Alkoholkonsum unter Studenten und Ärzten weit verbreitet, und auch die Selbstmedikation gängige Praxis. Pharmakologisch wirksame Substanzen finden breite Anwendung und selbst gestellte Indikationen lauten nicht selten ›vermehrte Arbeitsbelastung‹, ›Prüfungsstress‹, ›Schlafstörung‹, ›Antriebsminderung‹, ›Stimmungstief‹ o. Ä. So ist auch die Anwendung potenziell Abhängigkeit induzierender Substanzen keine Seltenheit.

Die leichte Verfügbarkeit sowie die oft schwärmerische Weitergabe persönlicher Erfahrungen mit den Wirkungen be-

stimmter AM lassen häufig die eigene Hemmschwelle sinken, besonders in persönlichen Belastungssituationen, teils sogar einfach nur aus Neugier.

Erschreckend ist nicht nur der unbedarfte Gebrauch, sondern auch die eklatante Unwissenheit über Grundlagen der Suchtentstehung, des Suchtverhaltens und der schleichenden Entstehung von Abhängigkeit. So geschieht es immer wieder, wie auch im vorliegenden Fall beschrieben, dass sich KollegInnen unvorbereitet mit ihrer eigenen Substanzabhängigkeit konfrontiert sehen. Typischerweise setzt hier Verdrängung und Krankheitsverleugnung ein, und ein extrem hoher Kraftaufwand wird nötig, um die eigene Problematik vor der Umwelt zu verbergen. Daher sollte es zum Grundlagenwissen gehören, dass die Krankheitseinsicht und das ›Sich-Anvertrauen‹ mit der Problematik Voraussetzung darstellt, wirksame Hilfe erhalten zu können. Wirksame Hilfe andererseits kann nur derjenige leisten, dem zunächst einmal überhaupt zu trauen ist; der sich glaubhaft anbieten kann, weil er vertrauenswürdig ist. So banal dies klingen mag, so wichtig erscheint es noch vor aller Fach- und Sachkompetenz.

Der Umgang mit dem betroffenen Kollegen beim Verdacht einer Substanzabhängigkeit erfordert unsere Empathie und Sensibilität. Die Angst vor Entlarvung, Bloßstellung, Karriereende und Existenzzerstörung kann die Leidensbereitschaft und -fähigkeit offensichtlich erheblich steigern. Daher sollte die Absicht nicht Konfrontation und ›in die Enge treiben‹, sondern der Krankheitseinsicht und dem Erkennen eines Auswegs dienlich sein. Zweifellos handelt es sich in einem derartigen Verdachtsfall um eine außergewöhnliche Herausforderung, die es zu erkennen gilt, um sich ihr verantwortungsbewusst stellen zu können. Welche Bedeutung gerade der nonverbalen Kommunikation zukommt, sollte daher jedem praktizierenden Arzt geläufig sein. Die Errichtung einer unsichtbaren Grenze, deren Übertretung heftige Reaktionen zur Folge hätte, stellt dabei die typische Verhaltensweise eines Suchtkranken dar, um die Konfrontation zu verhindern. Erfolg versprechend ist daher auch nicht das ignorante oder gewaltsame Übertreten dieses Schutzwalls, sondern das einfühlsame, geduldige und zielgerichtete Vorgehen mit der Absicht, ihn selbst das Türchen öffnen zu lassen, durch das wir Eintritt erhalten.

Wie bereits wiederholt angesprochen, stellt das Erkennen bzw. Anerkennen der Notlage die Grundvoraussetzung dar, um Hilfe leisten bzw. erfahren zu können. Notwendige Hilfe können wir nur dann leisten, wenn wir die Not des suchtkranken Kollegen an uns heranlassen. Wirksame Hilfe, die Not zu wenden, setzt allerdings unsere Bereitschaft voraus, von uns selbst weg, und stattdessen ganz auf die Problematik des Kollegen zu schauen. Umgekehrt sollte der erkrankte Kollege möglichst frühzeitig den Ernst seiner Situation anerkennen. Die sich abwechselnden Phasen des Bagatellisierens einerseits, der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit andererseits, muss er durchbrechen, indem er seine ernste, aber nicht hoffnungslose Situation eingestehen kann. Durch die individuelle Dynamik und natürlich auch die substanzbedingt veränderte

Selbstwahrnehmung liegt eine große Herausforderung darin, den Zeitpunkt abzuspannen, zu erkennen und zu nutzen, in dem der Suchtkranke die innere Bereitschaft hat, aus seiner Deckung hervorzutreten.

Während die Betroffenen lange dazu neigen, die eigene Situation herunterzuspielen und zu verharmlosen, reagiert das Umfeld schnell dramatisierend und verurteilend. Beides wird oft der eigentlichen Notsituation nicht gerecht, verlängert die Krankengeschichte und verhindert ein adäquates und hilfreiches Eingreifen. Wie bei anderen Erkrankungen gilt auch bei der Suchterkrankung, dass unser Anliegen die Prophylaxe und Früherkennung sein sollte. Dieser Pflicht sollten sich alle Ärzte bewusst sein, und ihrer Verantwortung im Verdachtsfall kompetent nachkommen können. Davon sind im Übrigen auch die zahnärztlich tätigen Kollegen nicht ausgenommen. Die rapide Verschlechterung der Zahngesundheit kann sogar zunächst das auffälligste Symptom missbräuchlichen Opiat- oder Opioidkonsums sein.

Zu II. Wir sollten uns deutlich bewusst darüber sein, ob wir Kollegialität tatsächlich praktizieren, oder ob wir unseren Mangel an Courage vor uns selbst zu rechtfertigen geneigt sind, vermeintlich kollegial und ehrenhaft zu handeln, indem wir wegschauen, schweigen, einfach passiv bleiben.

Dem Kollegen nicht zu nahe treten, seine Privatsphäre akzeptieren, sich nicht einmischen u. v. m., sind ehrenwerte Argumente, wenn es um die Unantastbarkeit der Ehefrau des Kollegen geht; nicht aber, wenn es um Symptome einer Suchterkrankung geht. Hier kommt es vielmehr darauf an, der krankheitsbedingten Passivität des Kollegen aktiv und mutig zu begegnen. Unsere eigenen Hemmungen zu überwinden, ethisch-moralisch vertretbar zu handeln und unserem Gewissen zu folgen, anstatt unsere Verantwortung als Mensch, Arzt und Kollege einfach zu ignorieren. Unsere ärztliche Schweigepflicht gegenüber Dritten entlässt uns nicht etwa aus unserer Pflicht dem Betroffenen gegenüber, sondern überträgt uns im Gegenteil ein hohes Maß an Verantwortung. Der gewissenhafte Umgang mit der Schweigepflicht stellt somit einen sehr geeigneten Schutzrahmen dar, innerhalb dessen wir zum Sprechen aufgefordert und verpflichtet sind.

Das Schweigen dem Betroffenen gegenüber und das Sprechen hinter seinem Rücken bewirkt weitere – selten hilfreiche – Isolation, und im weiteren Verlauf wohl eher unkontrollierbare Eskalation. Immer wieder erschüttern uns Fälle, in denen die Substanzabhängigkeit eines Kollegen als ›offenes Geheimnis‹ galt, welches bis über seinen Suizid hinaus gehütet bleibt. Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend erforderlich, kollegiales Handeln frühzeitig einzuüben, auch und in besonderem Maße aus persönlichen Gründen, um nicht schuldig zu werden durch Unterlassung, wo wir doch lediglich dem Kollegen ›keine Schwierigkeiten‹ bereiten wollten.

Dabei sollten wir unsere Schwierigkeit, nämlich eigene Hemmungen und Vorbehalte zu überwinden und im Verdachtsfall tatsächlich vor allem unserem Gewissen zu folgen, nicht mit denjenigen des Patienten vermischen. Wenn Zweifel und Un-

sicherheiten uns leiten, neigen wir leicht dazu, den Anteil unserer Verantwortlichkeit kategorisch abzulehnen mit dem Hinweis darauf, dass es sich ›nicht um unser Problem handele‹.

Natürlich können und dürfen wir dem suchtkranken Kollegen seine Eigenverantwortung nicht absprechen oder abnehmen. Allerdings kommen wir auch nicht aus unserer Verantwortung heraus, indem wir lediglich die eigenen Vor- und Nachteile gegeneinander abwägen. Die zu erwartenden Nachteile, insbesondere bei uns vorgesezten Kollegen, können bei rein rationaler Abwägung leicht zur Grundlage unserer folgenschweren Fehlentscheidung werden.

Andererseits sollte sich jeder in gehobener Position tätige substanzabhängige Ober- oder Chefarzt darüber im Klaren sein, dass er nicht passiv auf Hilfe aus dem Kollegium oder der eigenen Belegschaft rechnen kann oder warten sollte.

Die Tabuisierung der gesamten Thematik bewirkt, dass beide Seiten in Deckung bleiben und die Mauer des Schweigens oft dramatisch lange aufrechterhalten wird, da als Konsequenzen verantwortlichen Handelns persönliche Nachteile erwartet oder befürchtet werden. Wenn wir als Ärzteschaft uns dem Problem substanzabhängiger Kollegen nicht vermehrt öffnen, sehe ich die Gefahr, eines Tages mit einem Bumerangeffekt zu tun zu bekommen, der uns vor noch zusätzliche Schwierigkeiten stellen wird. Dann nämlich, wenn – aus welchem Anlass auch immer – die Thematik aufgrund spektakulärer Presse- und Medienberichterstattung in der breiten Öffentlichkeit diskutiert werden wird. Auch diesbezüglich scheint mir vorbeugend der Aufbau einer koordinierten Prävention und eines flächendeckenden Hilffsystems dringend nötig. Vor dem Hintergrund dieser potenziellen Gefahr, mit der sich im konkreten Fall allerdings einmal mehr die gesamte Ärzteschaft konfrontiert sähe, lässt sich hoffentlich künftig vermehrt – zumindest gemeinschaftliche – Betroffenheit wecken. Mein Wunsch ist, den glücklicherweise weit überwiegenden Anteil der Ärzteschaft für die Problematik einer Minderheit unter ihnen sensibilisieren helfen zu können.

Neben den Beratungs- und Hilfsangeboten für den abhängigen Kollegen sehe ich den dringenden Bedarf diesbezüglicher kompetenter Angebote für Angehörige.

Ehepartner, Familienmitglieder, Freunde und Bekannte leben oft über Jahre in sie zermürbender Angst und Gewissensnot. Als Mitwisser decken sie den Suchtkranken, werden von diesem oft erheblich unter Druck gesetzt, und fördern damit häufig – unbewusst oder sogar gegen ihren Willen – das Fortschreiten der Erkrankung.

Durch ihre persönliche Betroffenheit und Verstrickung entwickeln sie die typischen Verhaltensweisen der Co-Abhängigkeit. Im Unterschied zum Verhalten vieler Kollegen gelingt es diesen Menschen allerdings nicht, die Not des anderen von sich fern zu halten. Obwohl sie damit die Grundvoraussetzung erfüllen, Hilfe leisten zu können, verfügen sie in vielen Fällen nicht über die Notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten, wodurch sie zum Teil des Problems werden. Zu schaffende vertrauenswürdige Angebote dieser Art, speziell auf die Prob-

lematik innerhalb unseres Berufsstandes ausgerichtet, sollten jederzeit und auch anonym erreichbar, und dann auch der Ärzteschaft bekannt sein.

Zu III. Über das Für und Wider der Methadon-Substitution ist an anderen Stellen bereits viel gesagt worden, und es wird auch weiterhin Anlass kontroverser Diskussion sein. Dennoch möchte ich anhand des konkreten Fallbeispiels das bisher Gesagte nochmals verdeutlichen:

Der hochgradig L-Polamidon abhängige Kollege ist im Krankheitsverlauf soweit fortgeschritten, dass er seine Problematik erkannt hat, und sich – wenn auch zögerlich und mit Vorbehalten – eingesteht, nicht mehr ohne fremde Hilfe aus seiner Sucht herauszukommen. Ein wesentliches Hindernis ist also beseitigt, und er wendet sich an eine Drogenberatungsstelle, nachdem ihm die bisher konsultierten und in die Problematik eingeweihten Ärzte kein adäquates Vorgehen empfehlen konnten. Er wird in der Drogenberatung mehr als Exot angesehen, und seine tiefe Verzweiflung nicht als solche wahrgenommen, zumal er sich, wie gewohnt, hinter seiner Fassade des erfolgreichen Tierarztes zu verstecken weiß. Bemerkenswert scheint mir die Hilflosigkeit beider Seiten!

Erst in der dritten Beratungsstelle dieser Art, in der Heroinabhängige den Hauptanteil der Klientel ausmachen, kommt er mit dem zuständigen Arzt überein, seinen intravenösen Polamidonmissbrauch auf den oralen kontrollierten Gebrauch umzustellen. Der Behandlungsplan sieht den Entzug in wöchentlich abnehmenden Dosen vor. Um die berufliche Tätigkeit zu gewährleisten – ambulante Fahrpraxis mit eigenem Kfz. –, wird die wöchentliche Abgabe des benötigten Methadon im Voraus vereinbart. Ein hoffentlich gut gemeinter Plan, der allerdings aus ärztlicher Sicht illusorisch und unter rechtlichen Aspekten bedenklich ist. Der Polamidonentzug ist von Heroinabhängigen zu Recht gefürchtet, da er sich mit deutlich heftigeren Symptomen über einen deutlich längeren Zeitraum erstreckt als der Heroinentzug. Somit stellt er bereits unter stationären Bedingungen einer auf den Entzug spezialisierten Einrichtung hohe Anforderungen an alle daran Beteiligte.

Ein sich maßlos überfordernder Suchtkranker wird hier ebenso überschätzt, wie das hohe Abhängigkeitspotenzial der ›Ersatzdroge‹ unterschätzt, und die gesamte Situation fehlergeschätzt wird. Da dieses Vorgehen in keiner Weise dem derzeitigen Stand der Wissenschaft entspricht, sollten wir uns kritisch dazu stellen, ob es sich tatsächlich lediglich um einen Einzelfall handelt.

Die dem Kollegen durch seinen jahrelangen ›Selbstversuch‹ bekannten Eigenwirkungen des Polamidon könnten künftig unseren Kenntnissen hinzugefügt werden und so der besseren Einschätzung als AM dienlich sein.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Jens Lundberg

Guldenhagen 16

37085 Göttingen

E-mail: jens.lundberg@arcor.de