

Unterstützungsangebote und Hilfen

Lokal

- Hausarzt
- Betriebsarzt
- Fachärzte und Psychologen
- Suchtberatungsstellen
- Balintgruppen & ärztliche Supervision
 - Geschützter Raum zur Reflexion emotional belastender Fälle
- Sozialpsychiatrischer Dienst (Beratung und Krisendienst)
- Sonderfall Notärzt*innen: ggf. niedrigschwellige Vermittlung von Hilfen durch psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)
- **Wichtig: Gefahrenabwehr bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung durch Polizei!**



Überregional / International

- Telefonseelsorge (Tel.: 0800 111 0 111)
- Info-Telefon Depression (Tel.: 0800 3344533)
- Webseite der Deutschen Stiftung Depressionshilfe
<https://www.deutsche-depressionshilfe.de>



- Internationale Ärzte bei den Anonymen Alkoholikern
<https://www.idaa.org>

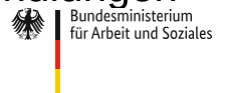
- Institut für Ärztegesundheit mit Informationen, Ressourcen und Anlaufstelle
<http://www.aerztegesundheit.de>

- GB: Impulse & Ressourcen für Chirurg*innen (Royal College of Surgeons)

<https://www.rcseng.ac.uk/careers-in-surgery/wellbeing/>



- Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz: Initiative neue Qualität der Arbeit: Tools und Schulungen
www.psyga.info



Unterstützungsangebote für Fachkräfte im Gesundheitswesen

PSU-Helpline (Psychosoziale Unterstützung)

- Tägliche anonyme und kostenfreie Beratung (9–21 Uhr) durch geschulte Kolleg*innen (sog. Peers)
- Für alle Gesundheitsberufe: Ärzt*innen, Pflege, Rettungsdienst u. a.
- Gesprächsangebot bei emotionalen Belastungen und akuten Krisen
- Selbsttest auf Webseite zur Einschätzung der eigenen psychischen Belastung



- Webseite: www.psu-helpline.de

Blaupause Gesundheit

- Initiative zur Förderung psychischer Gesundheit im gesamten Gesundheitswesen
- Aufklärungsarbeit, Online-Austauschformate, lokale Präventionsprojekte
- Ziel: Entstigmatisierung und niedrigschwellige Hilfe bereits im Studium & Berufsstart
- Netzwerkbasierter Ansatz mit wissenschaftlicher Begleitung



blaupause.

Initiative für mentale Gesundheit
im Gesundheitswesen e.V.

- Webseite: www.blaupause-gesundheit.de

Interventionsprogramme Landesärztekammern

- Vertrauliche Hilfe für suchtkranke Ärzt*innen (z. B. bei Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit)
- Ziel: Wahrung der Patientensicherheit und beruflichen Wiedereingliederung
- Niedrigschwelliger Zugang über die jeweilige Landesärztekammer



- Bundesweite Übersicht auf Webseite der Bundesärztekammer:
<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/suchtmmedizin/suchtkranke-aerzte>

DCK 2025
Gemeinsam lernen und heilen

Von Tabus zu Taten: Unsere psychische Gesundheit

PSYCHISCHE GESUNDHEIT Mit den sogenannten F-Diagnosen nach ICD-10 wie Sucht, Depression oder Essstörungen sind wir bei unseren Patienten regelmäßig konfrontiert. Auch Ärzte und Ärztinnen selbst sind betroffen. Eine Form der Hilfe bei Suchterkrankungen bietet das Interventionsprogramm der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Ein Beitrag von Dr. Victoria Witt.

Der Jahresbeginn war für viele Menschen Anlass für gute Vorsätze, neue Anläufe und den Versuch, alte Muster zu durchbrechen. Was aber, wenn es um mehr geht als einfache Lebensstiltipps, sondern die psychische Gesundheit gefährdet ist? Es ist kein Geheimnis, dass viele Ärzte und Ärztinnen hohe Ansprüche an sich selbst stellen. Doch gerade dieser hohe Anspruch, gepaart mit beruflichen Belastungen wie Schlafmangel, Arbeitsstress und Konfrontation mit menschlichem Leid sowie strukturellen Widrigkeiten wie Arbeitsverdichtung und Bürokratie, bergen ein Risiko für

die psychische Gesundheit. All dies kann dazu führen, dass kaum noch Freude empfunden wird oder ein Alkoholkonsum aus dem Ruder läuft.

Psychische Erkrankungen sind in der Ärztschaft weiter verbreitet, als viele glauben möchten. Wir reden nur ungern darüber – wer möchte schon vor Kollegen oder Vorgesetzten eingestehen, dass er oder sie nicht mehr kann, dass Angst, Depression oder gar Substanzmittelabhängigkeit das Leben bestimmen? Untersuchungen zeigen, dass unser Berufsstand überdurchschnittlich häufig betroffen sein kann (Braun et al., 2008; Beschoner, Limbrecht-Ecklund & Jerg-Bretzke, 2019), obwohl es wenig belastbare Zahlen gibt. Bei einer Untersuchung von 90 psychologischen Gutachten zur Berufsunfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten aus dem Versorgungswerk Nordrhein lag bei der Antragstellung beispielsweise ein deutlicher Schwerpunkt auf affektiven Störungen (56,7 %), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (15,6 %) (Pach, 2013). Schizophrenie, wahnhaftige Störungen oder psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen traten im Vergleich seltener auf. Dennoch bilden psychische Störungen einen großen Anteil der Diagnosen bei Berufsunfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten.

Nach Schätzungen der Bundesärztekammer leiden etwa 7–8 % der deutschen Ärztinnen und Ärzte im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Suchterkrankung (Bühning, 2007). Auf Schleswig-Holstein heruntergebrochen entspricht dies circa 1.500 Ärztinnen und Ärzten. Häufigstes Suchtmittel ist dabei der Alkohol, gefolgt von Nikotin- und Benzodiazepin-

konsum (Soukup, 2009). Dazu kommen hohe Prävalenzraten mit Beschreibung eines „Burnout“ in 4–20 % und klinisch relevanten Depressionen in 6–13 % der Fälle (Beschoner et al., 2019). Hinter diesen Prozentzahlen verbergen sich Kolleginnen und Kollegen, die täglich in unseren Kliniken und Praxen die Versorgung aufrechterhalten, während sie mitunter selbst innerlich verzweifeln und aus Scham oder Gründen des hohen Selbstanspruches oft erst spät selbst Hilfe suchen.

Ein gutachterlich tätiger Kollege formuliert seinen Eindruck wie folgt: „Sobald es um sie selbst geht, haben unsere Kollegen manchmal ihre eigenen Vorstellungen, wie eine leitliniengerechte Behandlung aussehen soll.“ Sind Ärztinnen und Ärzte selbst betroffen, bagatellisieren sie mitunter Symptome, scheuen Hilfe von Kolleginnen und Kollegen und behandeln sich eigenständig.

Ein weiteres Puzzleteil unter den Risikofaktoren bildet der Zugang zu Substanzen: Unser Berufsstand hat im Berufsalltag leichten Zugang zu Medikamenten. Was tun, wenn die Nacht zu kurz, der Dienst zu lang und der Druck zu hoch ist? Es können Tabletten wie Sedativa sein, die solche Probleme lösen sollen. Oder ganz ohne Apotheke ein Schluck Alkohol als Hilfsmittel zum Abschalten, mit dem eine Spirale der Sucht beginnt. Im Verlauf kommen dann Ängste vor Stigmatisierung, vor Verlust des Arbeitsplatzes oder gar der Approbation dazu. Studien zeigen, dass stigmatisierte Erkrankungen wie psychische Probleme, Substanzmissbrauch oder chronische Schmerzen aus Gründen der Scham und Selbststigmatisierung von Ärzten oft lange verdrängt werden (George, Hanson & Jackson, 2014).

Eigene und Patientenbehandlung im Spannungsfeld

Während meiner eigenen Tätigkeit in der Psychiatrie und Psychotherapie, aber auch durch die Ehrenämter in Versorgungswerk oder Ärztekammer, komme ich gelegentlich in Berührung mit Fällen von Kolleginnen und Kollegen, die lange gezögert haben, als Helfende selbst adäquate Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ich würde mir wünschen, dass jede und jeder einzelne von uns im Bedarfsfall offen für Hilfe ist und wir frei von Stigmatisierung einander bereit sind zu helfen.

Interessant fand ich während einer einjährigen Berufstätigkeit in Großbritannien die Regel, dass Ärztinnen und Ärzte sich selbst keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen dürfen. Die „good medical practice“ erforderte, dass wir uns in die Hände von Kolleginnen und Kollegen begeben, wenn wir krank sind. Ein Ansatz, der hierzulande auf Skepsis stoßen mag, da wir doch gewohnt sind, mit dem Arztstatus auf fast sämtliche verschreibungspflichtige Mittel zugreifen zu können (erschwert nur bei Betäubungsmitteln). Dennoch könnte der Ansatz zum Umdenken anregen. Denn wer nicht die Möglichkeit hat, sich selbst in scheinbarer Anonymität zu helfen, ist möglicherweise eher bereit, „offiziell“ ärztliche Hilfe zu suchen. Eine unangenehme Vorstellung? Vielleicht. Aber möglicherweise ein Ansatz, der langfristig schützt.

Unsere psychische Gesundheit hat nicht nur individuelle, sondern auch institutionelle Auswirkungen. Studien zeigen, dass ein schlechter psychischer Gesundheitszustand von Ärztinnen und Ärzten unmittelbar die Qualität der Patientenversorgung beeinflussen kann (Beschoner et al., 2019). Ausgebrannte, depressive oder suchtkranke Ärztinnen und Ärzte können die erforderliche Aufmerksamkeit, Empathie und Therapiequalität womöglich nicht in vollem Umfang erbringen. Somit ist die Fürsorge für unsere eigene Gesundheit auch ein Gebot der Patientensicherheit.

Komplexität und Salutogenese

Zugleich sind die Pathogenese und Salutogenese komplex. Eine qualitative Katamnese von Zwack et al. (2012) zeigt wie eingangs angedeutet, dass lange Arbeitszeiten, gesundheitspolitische Restriktionen und biografische Lebensereignisse dazu beitragen, dass Ärztinnen und Ärzte psychisch erkranken. Salutogenetisch entscheidend ist der Ausbau von Selbstfürsorge und außerberuflichen Ressourcen. Oder weniger

So funktioniert das Interventionsprogramm (IVP)

Die folgende Darstellung ist eine verkürzte Zusammenfassung. Weiterführende Informationen sind erhältlich auf der Webseite der ÄKSH (www.aeksh.de/wir-ueber-uns/ehrenamt/kommissionen/beratende-kommission-sucht-und-drogen) oder im persönlichen (anonymen) Kontakt.

1. Erstkontakt und Vertrauensschutz

Ärztinnen und Ärzte mit Abhängigkeitsgefährdung oder -erkrankung (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) können sich zunächst anonym melden, um Informationen zu erhalten. Ziel ist es, frühzeitig einzugreifen, bevor die berufliche Existenz und die Patientensicherheit in gravierender Maße gefährdet sind. Entscheidet sich jemand für die freiwillige Teilnahme am IVP, ist die ÄKSH verpflichtet, der zuständigen Approbationsbehörde die Aufnahme/Teilnahme zu melden. Jedoch verzichtet die Approbationsbehörde, bei ordnungsgemäßer Durchführung und fortbestehender Berufseignung, auf die Greifung approbationsrechtlicher Maßnahmen. Innerhalb der ÄKSH werden die Vorgänge in einer separaten organisatorischen Einheit vertraulich nur von einem kleinen Personenkreis bearbeitet.

2. Vorgehen und individuelle Bedarfsanalyse

Es erfolgt eine Aufklärung über die sich aus dem Programm ergebenden Pflichten, den zeitlichen Ablauf sowie eine Informationsweitergabe an die zuständige Approbationsbehörde. In einem persönlichen Gespräch wird mindestens einer/ ein/e Fachexperten oder -expertin aus der Kommission werden dann individuelle Therapiebedarfe, Maßnahmen und Ziele erörtert. Es geht nicht primär um Sanktionen, sondern um Hilfen.

3. Maßnahmenvereinbarung

In der strukturierten Interventionsvereinbarung, einem schriftlichen Vertrag zwischen der betroffenen Person und der ÄKSH, werden konkrete Maßnahmen festgelegt. Das können therapeutische Schritte sein, regelmäßige Kontrolluntersuchungen, Entwöhnungstherapien, Supervision, Coaching oder Peer-Support. Ziel sind eine nachhaltige Stabilisierung und Reintegration.

4. Begleitung und Nachsorge

Das Interventionsprogramm ist kein Einmal-Kontakt. Es sieht eine kontinuierliche Begleitung vor (in der Regel zwei Jahre), um Rückfälle zu verhindern und die berufliche Tätigkeit nach erfolgter Therapie wieder voll ausüben zu können. Fünf Jahre nach erfolgreichem Abschluss des Interventionsprogramms löschen Ärztekammer und Approbationsbehörde alle Unterlagen oder Informationen über den Vorgang.