

Empfehlung zum Umgang mit abhängigkeiterkrankten Mitarbeitern im Krankenhaus*

BDAktuell DGAInfo

Unter maßgeblicher Mitwirkung von:

C. Maier

Abteilung für Schmerztherapie,
Berufsgenossenschaftliches Universitäts-
klinikum Bergmannsheil Bochum

J. Iwunna

Abteilung für Schmerztherapie,
Berufsgenossenschaftliches Universitäts-
klinikum Bergmannsheil Bochum

H. Bürkle

Klinik für Anästhesiologie, operative
Intensivmedizin und Schmerztherapie,
Klinikum Memmingen

U. Kaisers

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
und Intensivtherapie,
Universitätsklinikum Leipzig

N. Scherbaum

Klinik für abhängiges Verhalten und
Suchtmedizin, LVR-Klinikum Essen,
Kliniken der Universität Duisburg-Essen

J. Schüttler

Anästhesiologische Klinik,
Universitätsklinikum Erlangen

J. Soukup

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
und operative Intensivmedizin,
Universitätsklinikum Halle

H. Van Aken

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
und operative Intensivmedizin,
Universitätsklinikum Münster

Vorbemerkungen

Abhängigkeitssyndrome sind auch bei Ärzten weit verbreitet. Besonders gefährdet sind Ärzte, die in Arbeitsbereichen mit unkontrolliertem Zugang zu Substanzen mit hohem Abhängigkeitspotential tätig sind, wie z.B. in der Anästhesiologie, der Intensivmedizin, der Notfallmedizin, der Endoskopie u.a. [1,4].

Die „Griffnähe“ zu suchtfördernden Substanzen wie Opioiden, Propofol, Benzodiazepinen, Ketamin oder auch inhalativen Anästhetika erhöht sowohl beim ärztlichen als auch pflegerischen Personal das Risiko von Substanzmissbrauch und daraus folgender Abhängigkeit [1,2,3,4,6,7,9,10].

Abhängigkeitserkrankte sind im Krankenhaus besonders gefährdet [6,8]. Häufige Folge des Substanzmissbrauchs ist die „Beschaffungskriminalität“, sofern Betroffene im Falle der Analgetika- und Anästhetika-Abhängigkeit Medikamente einnehmen, die für Patienten vorgesehen sind. Im Gegensatz zur suchthaften Einnahme von legal verschriebenen Medikamenten handelt es sich hierbei ebenso wie bei Rezeptfälschungen um eine strafbare Handlung. Dadurch gerät der Abhängigkeitskranke schon sehr früh in einen weiteren Konflikt, der die Prävention und die Frühbehandlung erschweren kann, da Betroffene eine Strafverfolgung befürchten. Darüber hinaus besteht bei vielen Ärzten die Besorgnis, dass im Falle einer offiziell dokumentierten Ab-

hängigkeitserkrankung die Berufserlaubnis erlischt. Das muss aber keineswegs zwangsläufig der Fall sein. Wenn eine Abhängigkeitserkrankung erkannt und akzeptiert ist, ein Therapieangebot angenommen wird und der Betroffene zur Nachkontrolle bereit ist, verbessert sich die Prognose nicht nur hinsichtlich der eigenen Gesundheit, sondern auch einer weiteren Arbeitsfähigkeit im ausgeübten Beruf.

Abhängigkeitssyndrome sind generell stigmatisierende Erkrankungen. Die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind oft nicht bereit, den Ernst der Situation zu akzeptieren. Die Erkrankung wird von ihnen und dem beruflichen Umfeld bagatellisiert, oft auch kaschiert. Erst wenn sich die Probleme häufen, wird nicht selten hilflos mit Mobbing oder durch unprofessionelle Behandlungsangebote agiert.

Jeder Kollege wie Vorgesetzte muss sich jedoch vergegenwärtigen, dass die Prognose jeder nicht erkannten bzw. nicht behandelten (ärztlichen) Substanzabhängigkeit von z.B. Analgetika, Anästhetika und Benzodiazepinen schlecht ist. Die Letalität liegt bei einer Größenordnung von 10 bis 37%. Besonders hoch ist die Sterblichkeit bei der Propofolsucht [3,4,6,9].

Die Prognose für Anästhesisten im Falle einer frühzeitigen Diagnose und Einleitung einer adäquaten Therapie ist hingegen relativ günstig, nach jüngsten US-Studien nicht schlechter als von Ärzten anderer Fachrichtungen [3,5,6].

* Beschluss des Engeren Präsidiums der DGAI sowie des Präsidiums des BDA - September 2010

Die frühzeitige Diagnosestellung zur Verbesserung der Prognose setzt aber optimierte Strukturen und Prozesse für den Umgang mit Betroffenen voraus. Daher hat sich eine Arbeitsgruppe der DGAI und des BDA in Abstimmung mit den Präsidien dieser Verbände die Aufgabe gestellt, Vorschläge für ein strukturiertes und zielorientiertes Vorgehen im erkannten Abhängigkeitsfall oder bei Verdachtsfällen zu erarbeiten. Sie stellen keinen Aufruf zur Denunziation der Betroffenen dar, sondern sind, so steht zu hoffen, ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit aller Mitarbeiter und der Sicherheit unserer Patienten. Ziel ist das frühe und zielorientierte Handeln. Die im Anhang* dargelegten Vorschläge sollen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern helfen, sich im Falle eines Verdachtes auf eine Abhängigkeitserkrankung eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin adäquat zu verhalten. Daher sollten sie in möglichst vielen Kliniken auch in die klinikspezifischen SOP (Standard Operating Procedure) eingehen, die allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Abteilung bekannt und Gegenstand regelmäßiger Fortbildungen sein sollten.

Eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses, sei es eine außerordentliche, unter Umständen fristlose, eine ordentliche Kündigung oder eine einvernehmliche Aufhebung des Arbeitsvertrages, erlaubt eine Aufnahme des Beendigungsgrundes in das Arbeitszeugnis nur dann, wenn die Abhängigkeitsproblematik und/oder die Straftaten erwiesen und schwerwiegend sind. Im Grundsatz ist davon auszugehen, dass Arbeitszeugnisse wohlwollend auszustellen sind, sie müssen aber wahr sein. Eine Verschleierung der Tatsachen kann allerdings die Prognose des Betroffenen gravierend verschlechtern und beinhaltet das Risiko, dass es bei einem neuen Arbeitgeber zu weiteren Problemen kommt, für die Mitarbeiter des Arbeitgebers, speziell frühere Vorgesetzte, unter Umständen rechtlich mitverantwortlich sind.

Erstes Ziel muss es jedoch sein, den Betroffenen eine Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen. Bei Thera-

piebereitschaft ist dieses auch möglich. Eine krankheitsbedingte Beendigung des Arbeitsverhältnisses ist in der Regel nicht zulässig, es sei denn, der Betroffene ist trotz nachgewiesener Symptome nicht therapiebereit. Die Fürsorgepflicht endet da, wo die Gesundheit der Patienten bedroht ist oder kriminelle Aktivitäten fortgesetzt werden.

Alle Überlegungen zum Umgang mit suchtmittelbezogenen Problemen müssen im Einklang mit den gesetzlichen Vorschriften, z.B. des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), des Datenschutzgesetzes und anderen einschlägigen Vorschriften sein. Auch sollte die Implementierung dieser Empfehlungen in klinikinterne SOP einvernehmlich zwischen allen zuständigen Gremien der jeweiligen Klinik ablaufen und in eine ggf. vorhandene Betriebsvereinbarung eingehen.

Einige Landesärztekammern bieten bereits Suchthilfeprogramme für betroffene Kolleginnen und Kollegen an. Ziel ist es auch hier, durch Beratungs- und Behandlungsangebote die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen zu erhalten bzw. (wieder) herzustellen. Nähere Informationen hierzu geben die jeweiligen Landesärztekammern oder die Bundesärztekammer.

Literatur

1. Boyd JW, Knight JR. Substance use disorders among physicians. In: Galanter M, Kleber HD (editors). Textbook of substance abuse treatment. American Psychiatric Publishing, Washington London, 4th edition, pp. 2008;609-621.
2. Gravenstein JS, Kory WP, Marks RG: Drug abuse by anesthesia personnel. *Anesth Analg* 1983;62(5):467-472.
3. Lemke J, Maier C, Schüttler J, Scherbaum N, Bürkle H, Kaisers U, Soukup J: Medikamentenmissbrauch in Anästhesiologie und Intensivmedizin. *Der Schmerz* 2009;23:76.
4. Maier C, Iwunna J, Soukup J, Scherbaum N: Abhängigkeitssyndrome bei Anästhesisten. *AINS* 2010 (in press).
5. Skipper GE, DuPont RL: Anesthesiologists returning to work after substance abuse treatment. *Anesthesiology* 2009;110(6):1422-1423; author reply 1426-1428.
6. Soukup J, Maier C: Das Suchtrisiko bei (Intensiv-)Medizinern. *Intensivmedizin* up 2 date 2010 (accepted).
7. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL: The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. *Jama* 1987; 257(21):2927-2930.
8. Wilson JE, Kiselanova N, Stevens Q, Lutz R, Mandler T, Tran ZV, Wischmeyer PE: A survey of inhalational anaesthetic abuse in anaesthesia training programmes. *Anaesthesia* 2008;63(6):616-620.
9. Wischmeyer P, Johnson B, Wilson JE, Dingmann C, Bachman HM, Roller E, Tran ZV, Henthorn TK: A survey of propofol abuse in academic anaesthesia programs. *Anesth Analg* 2007;105(4): 1066-1071, table of contents.
10. Woods GM: Anesthesiologists and substance abuse. *Anesthesiology* 1993;79(1):190-191.

Korrespondenz- adresse



**Prof. Dr. med.
Christoph Maier**

Abteilung für Schmerztherapie
Berufsgenossenschaftliche
Kliniken Bergmannsheil
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1
44789 Bochum, Deutschland

Tel.: 0234 302 6366
Fax: 0234 302 6367

E-Mail:
christoph.maier@ruhr-uni-bochum.de

* Anhang siehe folgende Seite.

Anhang zu „Empfehlungen zum Umgang mit abhängigkeiterkrankten Mitarbeitern im Krankenhaus“

Handlungsempfehlungen

Allgemeine Empfehlungen für Vorgesetzte (Oberärzte, Abteilungsleiter, Pflegedienstleitung) bei Verdacht oder Hinweisen auf Abhängigkeitserkrankungen von Mitarbeitern (evtl. in Betriebsvereinbarungen aufnehmen)

1.	Nehmen Sie Informationen Ihrer Mitarbeiter über auffälliges Verhalten eines anderen Mitarbeiters ernst, ohne denunziatorische Aktivitäten zu begünstigen.
2.	Führen Sie ein orientierendes Gespräch mit der betroffenen Mitarbeiterin/dem betroffenen Mitarbeiter. Es ist sinnvoll, frühzeitig den Betriebsarzt und (nur) auf Wunsch des Mitarbeiters Kolleginnen und Kollegen hinzuzuziehen. Der Schwerpunkt des Gespräches sollte im Unterbreiten eines Hilfsangebotes liegen. Andererseits müssen von Anfang an Grenzen (Nulltoleranz gegen Therapie- und Nachkontrollverweigerung) deutlich gemacht werden.
3.	Schalten Sie im Falle einer Therapiebereitschaft den Betriebsarzt ein, über den jede weitere Regelung erfolgen soll. Vorgesetzte sind keine Therapeuten.
4.	Besprechen Sie mit dem Mitarbeiter, unter welchen Voraussetzungen die Wiederaufnahme der Arbeit möglich ist und dass die Überwachung einer solchen Maßnahme wiederum Aufgabe des Betriebsarztes oder eines Suchtexperten (falls vorhanden) sein wird.
5.	Gehen Sie, sofern beim Betroffenen keine Akzeptanz eines suchtmittelbezogenen Problems besteht, so lange von einem unbegründeten Verdacht aus, bis sich überzeugende Verdachtsmomente häufen. Das Vorgehen in einem solchen Fall sollte dokumentiert werden. Hier ist auch die Einbeziehung des Betriebsrates notwendig. Einzelheiten muss eine Betriebsvereinbarung regeln. Es ist aber stets ein Zeitplan aufzustellen, um eine wiederholte Überprüfung bis zur endgültigen Entscheidung sicherzustellen.
6.	Sorgen Sie dafür, dass außer dem Betroffenen und den am Vorgang Beteiligten niemand Informationen über einen Verdacht oder die Abhängigkeitserkrankung erhält.
7.	Schaffen Sie ein Klima, in dem eine Abhängigkeitserkrankung als Erkrankung akzeptiert wird und in dem es als Ausdruck der Fürsorge bewertet wird, wenn Krankenhausmitarbeitern dieses Risiko bewusst ist.
8.	Machen Sie aber auch Ihr Risikobewusstsein deutlich durch Einhaltung der im Krankenhaus vereinbarten Kontrollregularen, u.a. für den Verbrauch suchtfördernder Medikamente, um nicht zur Tabuisierung und Bagatellisierung des Problems beizutragen.

Empfehlungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Verdacht oder Hinweisen auf Abhängigkeitserkrankungen bei Kollegen und Vorgesetzten (evtl. in Betriebsvereinbarungen aufnehmen und in entsprechende Ordner für alle Neueinstellungen)

1.	Verdeutlichen Sie sich bei einem Verdacht, dass Kolleginnen, Kollegen oder Vorgesetzte abhängigkeiterkrank sind, stets, dass diese Personen ein hohes Gesundheitsrisiko haben. Die Sterblichkeit durch Abhängigkeitssyndrome bei Ärzten und Pflegepersonal ist relativ hoch (bis zu 10-37 % je nach Art des Suchtmittels).
2.	Handeln Sie umgehend, wenn eindeutige Hinweise auf eine Abhängigkeitserkrankung vorliegen (z. B. Foetor alcoholicus ex ore, mehrfache Hinweise auf Alkoholeinnahme am Arbeitsplatz, gesichertes Verschwinden von Medikamenten, Beobachten von Injektionen, Inhalationen, auffälliges Verhalten und ähnlichem). Informieren Sie über Ihren Verdacht aber nur Ihren Vorgesetzten oder diesbezüglich Beauftragte der Klinik (Suchtexperten).
3.	Handeln Sie umgehend, wenn Sie Belege für kriminelles Verhalten haben.
4.	Versuchen Sie nicht durch gut gemeinte Eigeninitiative, das Problem selbst zu lösen: Abhängigkeitssyndrome sind schwere psychische Erkrankungen, bei denen Ausreden, Bagatellisierung und auch bewusste Täuschung anderer zur Krankheitssymptomatik gehören. Dieses Problem kann im Regelfall nicht unter Kollegen gelöst werden.