

Foto: Archiv

**Petra Taferner (Foto),
Dominik Kraigher, Gabriele Fischer**

Substanzmissbrauch im Gesundheitsbereich

Medizinisches Personal ist aus verschiedenen Gründen besonders suchtfährdet. Im folgenden Beitrag werden Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten beschrieben und ein dringender Handlungsbedarf aufgezeigt: Derzeit fehlen spezielle Behandlungsprogramme für substanzabhängiges medizinisches Personal.

Sucht am Arbeitsplatz ist in der gesamten Berufswelt ein weit verbreitetes Phänomen, nur wenige Betriebe sind in der Lage mit suchterkrankten MitarbeiterInnen entsprechend umzugehen. Nicht zuletzt auch durch eine Tabuisierung von Missbrauchs- und Suchtverhalten erscheint es vielen Betroffenen unmöglich, ihre Problematik im Berufsalltag anzusprechen, insbesondere wenn sie in Gesundheitsberufen tätig sind. Aber auch die Angst vor Stigmatisierung und Verlust des Arbeitsplatzes, ebenso wie das Fehlen von Prävention und geeigneten Maßnahmen bei Suchterkrankungen führen dazu, dass die Erkrankung so lange wie möglich verschwiegen wird (hohe Dunkelziffer) und die notwendige Behandlung nicht rechtzeitig erfolgen kann.

Die Ursachen einer Suchterkrankung sind bis heute nicht geklärt, tiefenpsychologische Konzepte verweisen auf Entwicklungsstörungen und zugrundeliegende psychische Erkrankungen. Zumeist sind es verschiedene langanhaltende Faktoren (soziale Entwicklung, Suchterkrankung eines Elternteiles, Dauerstress, Trennungen, andere life-events etc.), die zu einer Suchterkrankung führen können. Häufig liegen auch psychiatrische Grunderkrankungen, wie affektive Störungen, vor, die durch eine „Selbstmedikation“ falsch therapiert werden und dadurch zur Abhängigkeit führen. Als psychiatrische Erkrankung ist die Abhängigkeit im ICD-10 durch spezielle diagnostische Kriterien charakterisiert (Tab. 1).

Soziale Berufe besonders gefährdet

Alle Berufsgruppen, die im Krankenhaus tätig sind, vor allem ÄrztInnen und Pflegepersonal, sind nicht zuletzt aufgrund der leichteren Zugänglichkeit („Griffnähe“) zu Medikamenten besonders gefährdet. Besonders in medizinischen Berufen sind hohe „Ich-Ideale“ oftmals eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Berufswahl. Der hinzukommende ständig wachsende Druck in der Arbeitswelt, hohe Anforderungen an sich selbst, Schwierigkeiten, nach der Arbeit abzuschalten, können zu Depressionen beziehungsweise zu „Burnout“ führen. Die Rate

für Alkoholismus, Drogenabhängigkeit und Suizid ist dementsprechend in helfenden Berufen signifikant höher als in anderen Sparten. Aufgrund dieser Situation sind Sensibilisierung und das Angebot professioneller Hilfe für suchtkranke Menschen in helfenden Berufen von besonderer Bedeutung.

Hohe Ich-Ideale, große Verantwortung

Das Hauptmerkmal sozialer Berufe ist die ständige Auseinandersetzung mit menschlichen Problemen – die Gesundheit und Belastbarkeit des Helfers sind ausschlaggebende Faktoren für die Qualität der Behandlung. Beeinträchtigungen in diesem Bereich können mit entsprechend negativen Folgen auch für PatientInnen verbunden sein. Im Spannungsfeld zwischen Erfüllung der Rollenerwartung der Gesellschaft, eigener Berufsethik und institutionellen Vorgaben, deren Anforderungen befriedigende Arbeitsbedingungen oftmals nur schwer ermöglichen, kommt es bei vielen Mitarbeitern zu Gefühlen der Überforderung. Die hohe Verantwortung gegenüber PatientInnen, oftmals bei Zeit- und Personalmangel, führen zu lang anhaltenden Stresssituationen, die sich bis hin zu einer Erschöpfungsdepression entwickeln können. Die Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, Insuffizienzgefühle und mangelnde Anerkennung führen zu Beginn noch zu erhöhtem Arbeitseinsatz, um die persönliche Leistungsfähigkeit zu beweisen. Stufenweise entwickeln sich später Symptome wie innere Leere, Zynismus gegenüber KollegInnen und PatientInnen und emotionale Erschöpfung, Schlafstörungen, Krankheitsanfälligkeit und chronische Müdigkeit sind deutliche Warnzeichen. Fehlende organisatorische oder individuelle Bewältigungsstrategien wirken sich auf die Qualität der Arbeit aus.

Um drohende oder tatsächliche Leistungseinbußen zu kompensieren und bei gleichzeitiger persönlicher Neigung zu Suchtmittelgebrauch ist der spannungslösende Griff zu Alkohol oder anderen sedierenden Psychopharmaka schnell erreicht. Besonders wenn Spannungen nur mehr durch den Gebrauch von Medikamenten oder Alkohol gelöst werden können, ist die Gefahr eines missbräuchlichen Verhaltens hoch. Die zu erwartende Wirkung („abschalten können“) setzt schnell ein und wird als positiv erlebt, da die Konflikte in den Hintergrund geraten. Um drohende Probleme anhaltend in Schach zu halten, wird die Dosis gesteigert – so wird die scheinbare Problemlösung bald selbst zum Problem, das in vielen Fällen jedoch bagatellisiert wird. Angebotene Hilfe wird abgelehnt, Versuche, selbständig zu entziehen, scheitern zumeist. Eine ernstzunehmende Folge daraus sind suizidale oder parasuizidale Handlungen. Internationale Studien belegen, dass die Suizidrate bei Ärzten doppelt, bei Ärztinnen fast dreifach so hoch wie in der Normalbevölkerung liegt.

Früherkennung bedeutend

Substanzmissbrauch bei ÄrztInnen und Pflegepersonal ist nicht nur eine Gefahr für die betroffene abhängige Person, son-

Tab. 1

Kriterien der Abhängigkeit nach ICD 10

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung
4. Ein körperliches Entzugssymptom
5. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
6. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
7. Ein eingeschränktes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz
8. Anhaltender Substanz- und/oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen

dern kann auch zu einer Gefahr für die zu betreuenden PatientInnen werden. Die Früherkennung einer Suchterkrankung und die rasche therapeutische Hilfe für die betroffenen Personen sind daher von besonderer Bedeutung. Erschwerend kommt hinzu, dass suchtkrankes medizinisches Personal die Probleme zu verheimlichen und zu verschleiern versucht, anstatt sich in professionelle Behandlung zu begeben. Zusätzlich besteht oftmals mangelndes Wissen über Therapiemöglichkeiten, zumal medizinisches Personal oft eine besonders große Hemmschwelle hat, bei „KollegInnen“ Hilfe zu suchen und für sich die Rolle als PatientInnen zu akzeptieren. Große Ängste bestehen oft auch in Hinblick auf mögliche disziplinäre Konsequenzen bis hin zum Verlust des Arbeitsplatzes, wenn die Suchterkrankung am Arbeitsplatz bekannt wird. Oft wenden sich suchtkranke ÄrztInnen/Pflegepersonen – aus Angst bei der Behörde gemeldet zu werden – nicht an kompetente, mit der Behandlung von Suchterkrankungen vertraute Stellen, sondern an befreundete ÄrztInnen, durch die sie meist inadäquat betreut werden, oder glauben sogar, sich selbst behandeln zu können.

Vor allem bei substanzabhängigen ÄrztInnen/Pflegepersonen muss jedoch das allen PatientInnen zustehende Recht auf Datenschutz besonders sorgfältig gehandhabt werden. In genau zu prüfenden Ausnahmefällen, wenn durch die weitere Tätigkeit der suchtkranken Person eine akute Gefährdung von PatientInnen gegeben ist, muss natürlich eine Meldung an die entsprechende Dienststelle/Behörde erfolgen, zumal PatientInnen selbstverständlich das Recht auf optimale Behandlung durch nicht beeinträchtigtes medizinisches Personal haben.

Narkotika

Eine spezielle Situation liegt bei Narkotika vor: Im Krankenhaus unterliegt die Suchtgiftausgabe einer genauen Dokumentation. Die abgegebene Menge wird im „Suchtgiftbuch“ vom Pflegepersonal protokolliert und ärztlich vidiert. Kontinuierliche Fehlbestände können ein Indiz für einen Substanzmissbrauch darstellen.

Die ambulante Abgabe wird durch ein Dauerrezept geregelt, das von AmtsärztInnen vidiert und in Apotheken abgegeben wird. Die Ausfolgung der Medikation erfolgt nach den am Dauerrezept ersichtlichen Richtlinien, um einen Missbrauch hintanzuhalten.

Alarmsignale

Hinweise auf eine eventuelle oder beginnende Abhängigkeit am Arbeitsplatz sind Verhaltensänderungen (wie z.B. starke Stimmungsschwankungen, Nervosität, Apathie), Leistungseinbußen, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Unzuverlässigkeit, unbegründete Abwesenheit während der Arbeitszeit, Verschreibung falsch dosierter Medikamente, Vernachlässigung des äußeren Erscheinungsbildes, Vergessen wichtiger Informationen sowie besondere Ängstlichkeit vor belanglosen Problemen. Auch der Rückzug vom Familienleben, anhaltende gesundheitliche Probleme (Unfälle, Krankenhausaufenthalte) sowie vermehrtes Einlösen von selbstverschriebenen oder auf falschen Namen gezeichneten Rezepten können Anzeichen einer möglichen Suchterkrankung sein.

Häufigkeit

Internationale Untersuchungen zeigen, dass 5–10 % der ÄrztInnen einen problematischen Suchtmittelkonsum aufweisen. Die überwiegende Zahl betrifft dabei, wie auch in der allgemeinen Bevölkerung, den Alkoholkonsum, gefolgt von Benzodiazepin-Konsum. Weitaus seltener, aber zunehmend, ist der Konsum von Opioiden. Für Österreich liegen derzeit keine epidemiologischen Studien zur Prävalenz von Substanzmissbrauch in Betrieben vor. In der bisher größten Untersuchung von Talbott [5] hatten ca. 22,4 % der ÄrztInnen eine Abhängigkeit von dem Opiat Meperidine und 7,1 % eine von Pethidin. Zumeist liegt nicht nur der Konsum von lediglich einer Substanz, sondern ein polytoxikomanes Gebrauchsmuster vor. Bei der überwiegenden Zahl der Substanzabhängigen, insbesondere bei alkoholabhängigen Personen begann der Substanzkonsum bereits während der Ausbildung und setzte sich nach Abschluss der Ausbildung fort. Lediglich bei Opioiden zeigte sich, vermutlich aufgrund einer deutlich leichteren Zugänglichkeit im Spital, ein vermehrter Beginn des Konsums nach Abschluss der Ausbildung.

Alkohol – Gefahr Nummer 1

Die Gefährlichkeit der verschiedenen Substanzen wird unterschiedlich eingeschätzt. Alkohol ist die am häufigsten konsumierte und in Bezug auf organische Schäden mit Abstand die gefährlichste Substanz, an deren Folgen jährlich mehr als doppelt so viele Menschen sterben wie an illegalen, harten Drogen. Obwohl Medikamente für medizinisches Personal leicht verfügbar sind und sich durch den fehlenden „foeter ex ore“ auszeichnen, bleibt Alkohol das Suchtmittel Nummer eins.

Eine Studie des Anton-Proksch-Institutes im Jahr 2001 ergab, dass in Österreich ca. 330.000 Menschen alkoholkrank sind, 900.000 ÖsterreicherInnen konsumieren Alkohol in gesundheitsschädlichem Ausmaß. Betroffen sind besonders die Altersgruppen der im Arbeitsprozess stehenden Männer (ca. 65 %) und Frauen (ca. 35 %) zwischen 30 und 50 Jahren. Von Alkoholismus wird dann gesprochen, wenn der tägliche Konsum die

Häufig missbräuchlich konsumierte Benzodiazepine

Tab. 2

als Tagesstranzquilizer:	
Diazepam	Valium®, Umbrium®, Psychopax®
Bromazepam	Lexotanil®
Lorazepam	Temesta®, Tavor®
Oxazepam	Anxiolyt®, Praxiten®
Alprazolam	Xanor®
als schlafanstoßendes Hypnotikum:	
Flunitrazepam	Rohypnol®, Somnubene®
Triazolam	Halcion®
Nitrazepam	Mogadon®

Grenze von 40 Gramm bei Frauen und 60 Gramm bei Männern (ca. 2–3 Krügel Bier) übersteigt. Bei den Beschäftigten haben 5–10 % Prozent der MitarbeiterInnen ein Alkoholproblem, das zusätzlich zu persönlichen und gesundheitlichen Belastungen auch volkswirtschaftliche Einbußen bringt.

Benzodiazepin-Abhängigkeit

Ein auch in der internationalen Literatur oftmals vernachlässigtes Problem stellt die Benzodiazepin-Abhängigkeit dar (Tab. 2). Diese ist aufgrund von fehlenden äußeren Zeichen („Alkoholfahne“) deutlich schwerer zu erkennen. 1992 führten Hughes u. Mitarbeiter im Auftrag der AMA bei insgesamt 9.600 Ärzten eine anonyme Fragebogenaktion durch. 13,6 % der ÄrztInnen gaben Benzodiazepine als Selbstmedikation für den Zeitraum eines Jahres an und lagen damit um über 50 % höher als der Jahreskonsum der Allgemeinbevölkerung. Häufig werden Benzodiazepine als inadäquate Medikation zur Behandlung von Depressionen oder Angsterkrankungen verschrieben. Auch bei akuten Belastungsreaktionen wird die kurzfristig auch sehr wirksame Medikation sehr oft viel zu lange unhinterfragt weiterverschrieben. Vom normalen Gebrauch kann es zur Gewöhnung, zum Missbrauch und schließlich zur Abhängigkeit kommen; ein Verlauf der sich bei prädisponierenden Faktoren rasch einstellen kann. Auch innerhalb des medizinischen Personals wird das große Suchtpotential dieser Substanzen häufig unterschätzt. In den meisten Fällen besteht eine sogenannte „low dose“-Abhängigkeit, bei der nicht die körperliche Abhängigkeit und eine Einnahme zur Vermeidung von Entzugsbeschwerden im Vordergrund steht, sondern die tägliche Einnahme einer geringen, im therapeutischen Bereich liegenden Dosis. Auch wenn es zu keiner Dosissteigerung kommt, entwickelt sich eine gedankliche Eingengung auf die Substanz. Bei abrupten Absetzversuchen kommt es dennoch zu heftigen Entzugssymptomen (schwitzen, zittern, Angstzuständen, Schlaflosigkeit), die eine erneute Einnahme der Substanz zur Folge haben. Die chronische Medikamenteneinnahme erschwert außerdem auch die Behandlung der zugrundeliegenden Beschwerden und Belastungen, da die ursprünglichen Symptome (Ängste, Schlafstörungen etc...) verschleiert werden.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Frauen sind im Hinblick auf die Doppelbelastung (Beruf und Familie) und die Rollenaufteilung besonders gefährdet und weisen aufgrund der physischen und psychischen Mehrfachbelastung

Geschlechtsunterschiede im Abhängigkeitspotential (nach Remien, 1994)

Tab. 3

Alter	Abhängigkeitspotential bei Frauen	Abhängigkeitspotential bei Männern
40–49	11,2 %	10,0 %
50–59	19,0 %	16,7 %
60–69	27,0 %	20,3 %
70 und älter	28,9 %	22,0 %

ein höheres Erkrankungsrisiko auf. Nach wie vor erhalten Frauen nicht die gleichen Chancen, im Berufsleben vorwärts zu kommen, vor allem wenn sie nicht auf eine eigene Familie verzichten wollen. Die Balance zu halten zwischen dem leistungsorientierten Arbeitsklima in einer von Männern dominierten Berufswelt und einem erfüllten Familienleben erfordert hohe soziale Kompetenz und besondere Einsatzbereitschaft. Trotzdem sind die Aussichten auf Karriere für Frauen deutlich schlechter als für Männer. Obwohl Frauen häufig sowohl in Forschungs- als auch in Therapiebereichen unterrepräsentiert sind, zeigen Zahlen, dass Frauen ein Drittel des suchtkranken medizinischen Personals ausmachen und unterschiedliche Konsummuster als auch unterschiedliche Gründe für einen Substanzkonsum haben. Generell neigen Frauen dazu, unauffällig mit ihrer Abhängigkeit umzugehen, sie verhalten sich angepasst, um die traditionellen Aufgaben mittels „Helfern“ (Tabletten, Alkohol, illegale Substanzen) besser erfüllen zu können.

Es entspricht der weiblichen Sozialisation vielmehr, die Schuld bei sich selbst zu suchen, im Unterschied zu Männern, die tendenziell andere Menschen oder Lebensumstände für ihr Suchtproblem verantwortlich machen. Insgesamt konsumieren Frauen häufiger ärztlich verschriebene oder selbst erworbene Suchtmittel (vor allem Benzodiazepine) (Tab. 3), Männer neigen auch zu einer illegalen Beschaffung. Auch die Rate psychiatrischer Komorbidität, insbesondere depressiver Erkrankungen, ist bei Frauen signifikant höher als bei Männern. Nicht zu unterschätzen sind auch Faktoren außerhalb des Arbeitsplatzes. So zeigen Untersuchungen, dass substanzabhängige Frauen signifikant öfter Opfer von körperlicher Gewalt sind und unter sexuellen Missbrauchserfahrungen leiden.

Behandlung

Sucht ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung, die sich u.a. durch fehlgeschlagene Problemlösungsversuche, den Anforderungen der Umwelt und des Alltags gerecht zu werden, zeigt.

Aufklärung

In vielen Bundesstaaten der USA, als auch in vielen europäischen Ländern haben sich daher spezielle Therapieangebote für suchtkrankes medizinisches Personal etabliert. Alle Programme bestehen aus einem ähnlich aufgebauten, in mehreren Schritten erfolgenden Behandlungsprogramm. In einem ersten Schritt muss auch bei im Gesundheitsbereich arbeitenden Personen Aufklärung bezüglich der Gefahren und Eigenschaften der Suchterkrankung betrieben werden. Oft herrscht auch in diesen Berufsgruppen Unwissenheit über die Ursachen und Faktoren dieser Erkrankung. Insbesondere Hochrisikogruppen sollen durch vermehrte Aufklärungsarbeit erreicht werden. Diese Aufklärung

soll auch grundlegende Information über rechtliche und organisatorische Probleme der Suchtkrankheit beinhalten.

Konfrontation mit der Tatsache

In einem zweiten Schritt erfolgt dann die Anmeldung der suchtkranken Person für das Behandlungsprogramm. Im besten Fall erfolgt dieser Schritt durch die suchtkranke Person selbst. Wenn eine Selbstanmeldung nicht möglich ist, dann sollte die anmeldende Person vor rechtlichen Folgen geschützt werden, oft ist auch eine anonyme Meldung bei der Behandlungsstelle möglich.

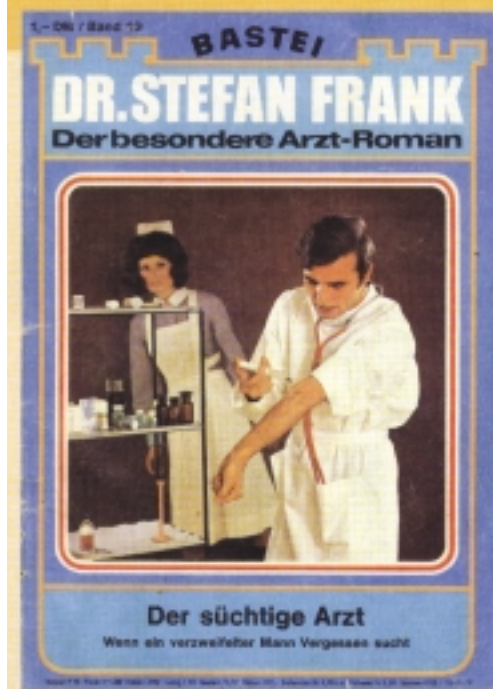
Wenn der/die suchtkranke MitarbeiterIn mit der Tatsache konfrontiert wird, dass eine Meldung bezüglich seines krankhaften Substanzkonsums bei der Behandlungsstelle eingelangt ist, so sollte die betroffene Person nicht von einer Person alleine angesprochen werden, da dies häufig lediglich zu einer Abwehrhaltung der Betroffenen führt. Am besten ist, wenn auch Personen aus dem Umfeld des Kranken (KollegInnen oder Familienangehörige) dabei sind, die Ihre Beobachtungen und Besorgnis bezüglich der Erkrankung schildern. ÄrztInnen zeigen meist die beste Einsicht, wenn sie von einer kleinen Gruppe von KollegInnen angesprochen werden. Wie bei jeder suchtkranken Person sollte eine möglichst frühzeitige Intervention erfolgen, zumal dann die besten Chancen auf eine erfolgreiche Therapie bestehen. Bei einer rechtzeitigen Intervention kann vor allem auch ein potentieller Schaden der PatientInnen des/der Betroffenen hintangehalten werden.

Therapie

Die Behandlung sollte diskret und speziell auf die jeweilige Form der Erkrankung abgestimmt werden und muss sowohl medikamentöse (Entzugstherapie, bei Opioiden auch Erhaltungstherapie) und psycho- als auch soziotherapeutische Maßnahmen beinhalten. Die Hintergründe einer Abhängigkeit lassen sich letztendlich nur durch intensive Auseinandersetzung mit dem/der Betroffenen bearbeiten.

Schon während des Aufenthaltes muss es zu einer Evaluation des Erfolgs des therapeutischen Vorgehens kommen. Diese Evaluation sollte auch die Einschätzung von Familienmitgliedern, Arbeitgebern sowie KollegInnen beinhalten. Auch nach der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt ist eine weitere Betreuung und Beobachtung der PatientInnen notwendig. Die Dauer dieser weiteren Betreuung ist vom Schweregrad der Erkrankung abhängig. International ist eine weitere Betreuung von 2–5 Jahren üblich, da zahlreiche Studien eine signifikante Reduktion des Rückfallrisikos nach 5 Jahren angeben. In besonders schwerwiegenden Fällen kann auch eine lebenslange Nachbetreuung notwendig werden.

Im Falle eines Vorliegens einer Opioid-Abhängigkeit ist eine Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden indiziert. Nach einer Einstellungsphase bezieht der/die PatientIn die Medikation mittels Dauerrezepts aus der Apotheke. Das Rezept wird vom behandelnden Arzt verschrieben und vom Amtsarzt auf formale



Fehler vidiert. Bei der Festlegung der Abgabemodalität der Dosis sollte auf die oft unregelmäßige Arbeitszeit des medizinischen Personals Rücksicht genommen werden. Eine zu restriktive Abgabemodalität, die von dem/der PatientIn nicht eingehalten werden kann, führt zu illegaler Beschaffung, verschlechtert damit die Compliance des/der PatientIn und ist letztlich kontraproduktiv.

Ausblick

In Österreich fehlt derzeit ein besonderes Behandlungsprogramm für substanzabhängiges medizinisches Personal. Hier ist dringender Handlungsbedarf angezeigt, zumal die obengenannten internationalen Vergleichszahlen sicherlich auch für Österreich zutreffen. Wie alle anderen PatientInnen auch, hat substanzabhängiges medizinisches Personal das Recht auf kompetente medizinische Behandlung. Diese Behandlung muss der besonders sensiblen rechtlichen als auch sozialen Situation des suchtkranken medizinischen Personals Rechnung tragen, daher ist besondere Sorgfalt bezüglich Datenschutz und Vermeidung einer eventuellen Weiterleitung etwaiger Behandlungsdaten an Dritte (Ministerien, Berufsvertretung, ...) einzuhalten. Diese Notwendigkeit besteht auch insbesondere deshalb, da im Bereich der psychiatrischen Krankheiten die Gefahr der Stigmatisierung und damit verbunden auch der Diskriminierung besonders groß ist.

Der Bedarf an einer ausreichenden Anzahl an Betreuungsplätzen ist bei weitem nicht gedeckt, diese Betreuungsmöglichkeiten müssen auch ausreichend bekannt gemacht werden.

Die Betreuungsprogramme sollten jedoch nicht erst bei einer bereits manifesten Suchterkrankung eingreifen, sondern auch Präventivmaßnahmen (etwa Kontrolle der Arbeitsbedingungen, ausreichende Möglichkeiten einer Supervision, Schulung von Vorgesetzten) beinhalten. Das Ziel soll nicht nur Verbesserung der Situation für das betroffene Personal sein, sondern auch ein "gesundes" und sicheres Gesundheitssystem für alle PatientInnen sicherstellen. Dazu muss auch ausreichende Forschung in diesem generell vernachlässigten Gebiet betrieben werden, um eine optimale Therapie dieser PatientInnen zu gewährleisten.

Literatur

- 1 1st european meeting PAIMM 2001. Manifesto of Barcelona – care programmes for health professionals with mental disorders and addictive behaviours in Europe. *Heroin Addiction & Rel Clin Probl* 2002; 4(2): 33–38
- 2 Schmidbauer, W.: Die hilflosen Helfer – Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Rowohlt, Reinbeck 1977
- 3 Schönberger, A.: Patient Arzt – Der kranke Stand. Ueberreuter, Wien 1995
- 4 Mäulen, B.: Abhängigkeit bei Ärzten. In Faust: Lehrbuch der Psychiatrie, Fischer, Stuttgart 1995
- 5 Talbott, G.D.; K.V. Gallegos; P.O. Wilson: The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program – review of the first 1000 physicians. *J. Amer. med. ass.* 25 (1987) 2927–2930

DPGKS Petra Taferner, Dr. Dominik Kraigher,
Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer
Universitätsklinik für Psychiatrie, AKH Wien,
Währingerstraße 18–20, A-1090 Wien
petra_tuferner@hotmail.com