

Sabine Kesebom

*Guter Arzt - kranker Arzt
Untersuchung zum Zusammenhang von
Arbeitsbelastungen, beruflichem Selbstverständnis und
Suchterkrankungen bei Mediziner*innen*

Schriftenreihe zur psychosozialen

Gesundheit

Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit

Band 12

IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit

**Wissenschaftliche Einrichtung an der
Fachhochschule Coburg**

Herausgeber der Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit

Prof. Dr. Helmut Pauls, Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Michael Reicherts, Universität Fribourg, Schweiz

Prof. Dr. Anton Schlittmaier, Berufsakademie Sachsen

*SCHRIFTENREIHE ZUR
PSYCHOSOZIALEN GESUNDHEIT*

Band 12

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Sabine Kesebom

Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit

Guter Arzt - kranker Arzt. Untersuchung zum Zusammenhang von Arbeitsbelastungen,
beruflichem Selbstverständnis und Suchterkrankungen bei Medizinerinnen.

Coburg: IPSG 2008

ISBN 978-3-934247-26-1

Alle Rechte vorbehalten

© 2008 IPSG 2008

Herstellung: FH Coburg

ISBN 978-3-934247-29-1

IPSG - INSTITUT FÜR PSYCHO-SOZIALE GESUNDHEIT

Gemeinnützige Gesellschaft mbH

Wissenschaftliche Einrichtung an der Fachhochschule Coburg - Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe - Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927;

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

Das IPSG ist eine gemeinnützige wissenschaftliche Einrichtung mit folgenden Aufgaben:
Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung von Angehörigen des psycho-sozialen Berufsfeldes
Anwendungsbezogene Weiterentwicklung psycho-sozialer Interventionsformen in Theorie und Praxis

Betrieb einer Einrichtung der Klinischen Sozialarbeit für Kinder, Jugendliche und Familien (IPSG-Zentrum für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe)

Kooperation mit Hochschulen, Bildungsträgern, Praxis-Institutionen und Fachverbänden

IPSG-Sekretariat und IPSG-Zentrum
für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe
Mönchswiesenweg 12 A
D-96479 Weitramsdorf-Weidach
Tel./Fax (09561) 33197
e-mail: sekretariat@ipsg.de

IPSG an der Fachhochschule Coburg
Fachbereich Sozialwesen
Friedrich-Streib-Strasse 2
D-96450 Coburg
e-mail: pauls@fh-coburg.de

Die Autorin

Sabine Kesebom, geb. 1964, studierte Germanistik und Volkswirtschaftslehre (M.A.) an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen und der Universität Hamburg, 1997 bis 1998 folgte das Aufbaustudium „Alcohol and Drug Abuse Studies“ an der University of California, Berkeley und 2004 bis 2007 das berufsbegleitende Studium der Klinischen Sozialarbeit (M.A.) an der Alice Salomon Fachhochschule Berlin und der Fachhochschule Coburg. Thema der Masterthesis: Guter Arzt-kranker Arzt. Untersuchung zum Zusammenhang von Arbeitsbelastungen, beruflichem Selbstverständnis und Suchterkrankungen bei Mediziner:innen.

Berufliche Erfahrungen: Sozialpädagogische Betreuung von Mädchen mit einem Migrationshintergrund (Hamburg), ambulante Suchttherapie (Haigh Ashbury Free Clinic, San Francisco/USA), Suchtberatung und Suchttherapie (Kodrobs Bergedorf, Hamburg), aufsuchende Straßensozialarbeit am Hamburger Hauptbahnhof (Projekt Laufwerk), innerbetriebliche Suchtprävention und -beratung (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf).

Postgraduales Masterstudium der Klinischen Sozialarbeit
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin / Fachhochschule Coburg

Guter Arzt – kranker Arzt
Untersuchung zum Zusammenhang von Arbeitsbelastungen,
beruflichem Selbstverständnis und Suchterkrankungen
bei Medizinerinnen

MASTERTHESIS

vorgelegt von
Sabine Kesebom

NOVEMBER 2007

ERSTGUTACHTERIN: Prof. Dr. Theda Borde, ASFH
ZWEITGUTACHTERIN: Prof. Dr. Silke Gahleitner, ASFH

Die vorliegende Arbeit hätte ohne die Bereitschaft der Patienten der Oberbergklinik Schwarzwald, mir ‚ihre Geschichte‘ zu erzählen, nicht zustande kommen können. Mein ganz besonderer Dank gilt deshalb den Ärzten, die mir ihr Vertrauen geschenkt und mir einen Einblick in ihr spezifisches Erleben gewährt haben.

Für die Unterstützung von Herrn Prof. Dr. Mundle bei der Organisation der Interviews und die außerordentlich freundliche Aufnahme und kompetente Betreuung durch das gesamte Team während meines Aufenthaltes in der Klinik möchte ich mich ebenfalls bedanken.

1	Einleitung	1
2	Sucht und Substanzabhängigkeit.....	4
2.1	Allgemeine Begriffsbestimmung	5
2.2	Klassifikation der Abhängigkeit bei ICD-10 und DSM-IV	6
2.2.1	Alkoholkonsum und -abhängigkeit	8
2.3	Substanzmittelgebrauch und -missbrauch in der Allgemeinbevölkerung	11
2.4	Modelle zur Suchtentstehung	12
2.4.1	Psychologische Faktoren	13
2.4.2	Biologische Faktoren.....	15
2.4.3	Soziokulturelle Faktoren	16
2.4.4	Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Substanzkonsum.....	17
3	Suchterkrankungen bei Medizinern	20
3.1	Impaired Physician	20
3.2	Epidemiologische Daten zu Suchterkrankungen bei Ärzten	22
3.2.1	Prävalenz	22
3.2.2	Substanzmuster.....	24
3.2.3	Verlauf.....	25
3.2.4	Behandlung.....	26
3.3	Forschungslage zur Arbeitsbelastung von Medizinern	28
3.4	Forschungslage zum Zusammenhang zwischen Beruf und Suchterkrankung bei Medizinern	30
4	Exkurs: Arbeit und Arbeitsbelastungen in der Handlungsregulationstheorie	34
4.1	Belastungskonzept der Handlungsregulationstheorie	34
4.2	Dialogisch-erzeugende Tätigkeiten	37
4.3	Konzept der <i>individuellen Belastungen</i> nach Rieder	38

5	Der ‚gute Arzt‘	41
5.1	Historische Entwicklung des Arztberufes	42
5.2	Das Fremd- und Selbstbild bei Ärzten	45
6	Forschungsdesign der explorativen Studie.....	56
6.1	Ziel und Fragestellung.....	56
6.2	Forschungsmethodik	57
6.2.1	Datenerhebung	59
6.2.2	Datenaufbereitung	62
6.2.3	Datenanalyse	62
6.2.4	Validierungsstrategien.....	63
7	Untersuchungsergebnisse.....	64
7.1	Herr Franz oder „ <i>Ich habe immer alles gern gemacht</i> “	64
7.1.1	Zur Person	64
7.1.2	Berufliche Situation	64
7.1.3	Suchterkrankung	69
7.1.4	Berufliches Selbstverständnis	73
7.2	Herr Bach oder „ <i>Ich schaff das schon</i> “	75
7.2.1	Zur Person	75
7.2.2	Berufliche Situation	75
7.2.3	Suchterkrankung	79
7.2.4	Berufliches Selbstverständnis	83
7.3	Herr Simon oder das „ <i>Ungelebte Leben</i> “	85
7.3.1	Zur Person	85
7.3.2	Berufliche Situation	85
7.3.3	Suchterkrankung	89
7.3.4	Berufliches Selbstverständnis	94
7.4	Interviewvergleich.....	97
7.4.1	Berufliche Situation	97
7.4.2	Suchterkrankung	101
7.4.3	Berufliches Selbstverständnis	105

8	Diskussion der Ergebnisse	108
8.1	Das Leitbild des ‚guten Arztes‘ und das Selbstverständnis der interviewten Ärzte	108
8.2	Arbeitsbelastungen der interviewten Ärzte im Sinne der Handlungsregulationstheorie	113
8.2.1	Dialogisch-erzeugende Tätigkeit.....	114
8.2.2	Individuelle Belastungen.....	116
8.3	Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und der Suchterkrankung.....	118
8.3.1	Fazit.....	122
9	Weitere Forschungsperspektiven und Implikationen für berufsspezifische Präventionsmaßnahmen	124
10	Literatur	129
	Anhang I: Kurzfragebogen.....	139
	Anhang II: Interviewleitfaden.....	140
	Anhang III: Kategoriensystem	142

1 Einleitung

Krank ist der Patient, der Arzt ist immer gesund. Diese Rollenaufteilung hat lange Zeit die Auseinandersetzung mit der Gesundheitssituation von Ärzten und Ärztinnen verhindert¹. Dabei weisen Untersuchungen aus den USA bereits seit Mitte des letzten Jahrhunderts auf eine besondere gesundheitliche Belastung der Mediziner hin. Viele Studien zeigen für Ärzte eine erhöhte Prävalenzrate bei psychischen Erkrankungen und stehen damit im Widerspruch zum gängigen Bild des körperlich und seelisch robusten Helfers, der allzeit für seine Patienten bereit ist.

Obgleich Suchterkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen unter Medizinern gehören, unterliegen sie einer besonderen Tabuisierung. Das Ärzte, die u. a. für die Behandlung von (Sucht-)Erkrankungen zuständig sind, selber abhängig sein könnten, wurde lange Zeit sowohl von den Patienten wie auch in den eigenen Reihen verleugnet.

Epidemiologische Daten, die auf eine, gegenüber der Allgemeinbevölkerung, deutlich erhöhte Abhängigkeitsrate hinweisen, werfen die Frage nach den möglichen Ursachen auf: Diskutiert werden die besonders belastenden Arbeitsbedingungen von Medizinern, die leichte Verfügbarkeit von Medikamenten oder das Vorliegen einer prämorbidem Persönlichkeitsstruktur, die bereits die Berufswahl beeinflusst hat.

Das kollektive Idealbild des ‚guten Arztes‘ und das damit verknüpfte Selbstverständnis vieler Mediziner werden ebenfalls als Ursache für chronische Überforderung und damit als Nährboden einer Substanzabhängigkeit gesehen. Der Mythos des unverwundbaren Heilers scheint seine Wirkung sowohl bei der Krankheitsentstehung wie auch im weiteren Verlauf zu entfalten: Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft sind davon ebenfalls beeinflusst. Obwohl Mediziner bei einer konsequenten Behandlung ihrer Suchtproblematik gute Heilungsaussichten aufweisen, vergehen oft viele Jahre bis sie therapeutische Hilfe in

¹ 2006 waren knapp 40% der berufstätigen Mediziner/-innen in der BRD weiblich (Bundesärztekammer, 2007). Die Situation von Ärztinnen wird aber selten explizit berücksichtigt, dabei ist davon auszugehen, dass die Rolle von Frauen in der traditionell männlich dominierten Medizin eine ganze Reihe von Besonderheiten aufweist. Im Rahmen dieser Arbeit war es leider nicht möglich, einen gendersensiblen Ansatz zu verfolgen. Innerhalb der Forschungsliteratur bleibt oft unklar, ob sich die Aussagen auf Ärzte und Ärztinnen beziehen, der Verdacht liegt aber nahe, dass häufig eher Ärzte gemeint sind. Meine eigenen Ergebnisse gelten auf Grund der Sampleauswahl ausdrücklich nur für männliche Mediziner. Im Folgenden wird deshalb konsequenterweise die männliche Schreibweise verwandt und nur bei Aussagen, die sich tatsächlich auf Ärztinnen beziehen, die weibliche Form gewählt.

Anspruch nehmen. Die Hamburger Ärztekammer spricht in diesem Zusammenhang von prolongierten Krankheitsverläufen, mit katastrophalen sozialen und körperlichen Folgewirkungen für die Betroffenen (Damm, 2001).

Wenngleich der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung, ärztlichem Selbstverständnis und der Entstehung und dem Verlauf von Suchterkrankungen immer wieder postuliert wird, fehlen bisher weitergehende Untersuchungen zu dem Thema. In meiner Arbeit möchte ich abhängigkeiterkrankte Ärzte selbst zu Wort kommen lassen und mit Hilfe einer explorativen Studie die subjektiven Konzepte der Betroffenen über die Zusammenhänge zwischen ihrer Arbeitssituation und ihrer Suchterkrankungen genauer analysieren. Drei mit alkoholabhängigen Ärzten geführte Interviews bilden die Grundlage der Untersuchung. Die empirischen Daten sollen inhaltsanalytisch ausgewertet und dann mit dem aktuellen Forschungsstand zur Gesundheitssituation von Ärzten, unter besonderer Berücksichtigung der Abhängigkeitserkrankungen und dem Diskurs zum ‚guten Arzt‘ in Beziehung gesetzt werden. Zur Interpretation der von den Ärzten genannten Arbeitsbelastungen wird das arbeitspsychologische Modell der Handlungsregulationstheorie (HRT, vgl. Hacker, 1986) herangezogen. Um den möglichen Einfluss des Idealbildes vom ‚guten Arzt‘ auf die Arbeitsbedingungen und die Gesundheitsbelastung bzw. das Suchtrisiko von Ärzten zu erfassen, soll ein für die Krankenpflege entwickeltes Modell der HRT berücksichtigt werden. Das Konzept erfasst die spezifischen Belastungen, die durch das „Zusammenspiel von Arbeitsbedingungen, gesellschaftlichen Leitbildern und der je individuellen Biographie“ (Rieder, 1999, S. 121) entstehen.

Zunächst werden in Kapitel 2 die wichtigen Begrifflichkeiten und Diagnosekriterien im Zusammenhang mit Suchterkrankungen erläutert. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Alkoholabhängigkeit gelegt. Von besonderer Bedeutung sind die zur Zeit diskutierten Modelle zur Suchtentstehung.

In einem nächsten Schritt soll ein Überblick über die z. T. widersprüchlichen epidemiologischen Daten zur gesundheitlichen Situation von Ärzten, unter besonderer Berücksichtigung der Suchterkrankungen, erfolgen (Kap. 3). Die in der wissenschaftlichen Literatur diskutierten Zusammenhänge zwischen Arztberuf und Abhängigkeitserkrankung und die Forschungslage zur Arbeitsbelastung von Medizinern werden dargestellt.

In einem Exkurs wird das arbeitspsychologische Konzept der Handlungsregulationstheorie vorgestellt. Hier ist vor allem die Unterscheidung zwischen beruflichen Anforderungen und

Belastungen von Bedeutung. Darüber hinaus werden die Überlegungen zur „dialogisch-erzeugenden Tätigkeit“ von Hacker (1986) und das Konzept Rieders zur Beschreibung von berufsspezifischen Belastungen in der Krankenpflege vorgestellt (Kap. 4).

An Hand einer Literaturstudie und unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung des Arztberufes sollen dann die gesellschaftlichen Vorstellungen und Denkfiguren, die sich hinter dem Topos des ‚guten Arztes‘ verbergen, und das damit verknüpfte ärztliche Selbstverständnis genauer analysiert werden (Kap. 5).

Im empirischen Teil der Arbeit werden die Entwicklung der Fragestellung und die Auswahl der Forschungsmethode dargelegt. Es folgt die Erläuterung der methodischen Herangehensweise, mit einer Beschreibung der verwendeten Verfahren zur Erhebung und zur Auswertung der empirischen Daten (Kap. 6).

In Kapitel 7 werden die geführten Interviews jeweils in einer Einzelauswertung auf die Gesichtspunkte berufliche Situation, Suchterkrankung und berufliches Selbstverständnis hin untersucht und dargestellt. Ein Vergleich der Aussagen der drei Ärzte beendet den empirischen Teil der Arbeit.

In Kapitel 8 werden die Ergebnisse der Auswertung vor dem Hintergrund des in Kapitel 2, 3 und 4 dargestellten Forschungsstandes diskutiert.

Abschließend werden die Implikationen der Ergebnisse für die Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen bei Ärzten diskutiert (Kap. 9).

2 Sucht und Substanzabhängigkeit

Der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen, wie etwa Alkohol, Marihuana, Opium oder Tabak ist ein integraler Bestandteil der kulturellen Praxis des Menschen. Zu allen Zeiten und in allen Gesellschaften haben Menschen versucht, mit Stoffen, die eine direkte Wirkung auf das zentrale Nervensystem haben, ihr Bewusstsein und / oder ihr Verhalten zu manipulieren.

Und seit jeher ist mit dem Gebrauch von Drogen die Gefahr des Missbrauchs und der Abhängigkeit verbunden. So konstant die Tatsache des Konsums an sich, so wechselvoll ist die Geschichte der eingesetzten Stoffe und die Bewertung des Drogenkonsums und der Konsumenten.

Das letzte Jahrhundert zeichnet sich, zumindest im westlichen Kulturkreis, durch eine enorme Zunahme von psychoaktiven Substanzen und ihrer Verfügbarkeit aus². Damit einhergehend fand auch eine gesellschaftliche Auseinandersetzung über die Möglichkeiten und Grenzen des akzeptierten Substanzkonsums statt. Innerhalb dieses Diskurses spielte die Bewertung der Personen, die mit ihren Konsumgewohnheiten die definierten Grenzen sprengen, eine wichtige Rolle. Sowohl auf medizinischer, als auch auf rechtlicher Ebene wurde die Verknüpfung von übermäßigem Drogenkonsum mit moralischer Unzulänglichkeit und Willensschwäche zugunsten eines Krankheitsparadigmas aufgegeben.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Substanzmittelabhängigkeiten erstmals 1952 offiziell als Krankheiten definiert. Die neurobiologische Forschung der letzten Jahrzehnte zeigt sehr deutlich, dass bei Suchterkrankungen, ebenso wie bei anderen Erkrankungen, neben der individuellen Lebensführung und den gesellschaftlichen Faktoren auch biologische Prozesse eine Rolle spielen.

In der öffentlichen Wahrnehmung haben sich diese Erkenntnisse nur zum Teil durchgesetzt, anders als bei Herz- oder Krebserkrankungen, sehen sich Abhängige immer noch dem Vorwurf ausgesetzt, selber Schuld an ihrem Elend zu sein. Die Feststellung des Schriftstellers Robert Musil, das Bedauernswerte an Süchtigen sei nicht nur, dass sie an einer minderwertigen Gesundheit, sondern dass sie auch an einer minderwertigen Krankheit litten, hat auch heute noch Bestand (zitiert nach Bundesministerium für Bildung und Forschung

² Die Zunahmen sind in der Entwicklung von immer neuen Arzneimitteln und so genannten Designerdrogen und dem vermehrten Import kulturfremder Drogen begründet.

(BMBF), 2004, S. 9). Bei den Betroffenen, die diese Zuschreibungen und Vorurteile nicht selten teilen, sind Verleugnung sowie massive Schuld- und Schamgefühle die Folge.

Der Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Wahrnehmung und individueller Verleugnung gewinnt bei Personen mit einem hohen sozialen Prestige eine besondere Dynamik. Während der alkoholranke Obdachlose sich scheinbar problemlos in das Bild vom charakterschwachen Trinker einfügt, sorgt der medikamentenabhängige Manager oder die morphinabhängige Staatsanwältin für Irritationen. Für Ärzte wird häufig ebenfalls eine hohe Selbststeuerung und damit eine Immunität gegenüber Substanzmissbrauch und Kontrollverlust unterstellt.

Bevor das Thema der Suchterkrankung von Ärzten näher untersucht wird, sollen die besonderen Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen, die Diagnosekriterien und das Vorkommen von Suchterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung erläutert werden (Kap. 2.1, 2.2 u. 2.3). Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei der Alkoholabhängigkeit (Kap. 2.2.1). Die theoretischen Modelle, der Entstehungsbedingungen von Suchterkrankungen werden in Kapitel 2.4 dargestellt.

2.1 Allgemeine Begriffsbestimmung

In der Alltagssprache hat der Begriff Sucht eine ganze Reihe unterschiedlicher Bedeutungen. Begriffe wie Gelbsucht oder Wassersucht verweisen noch auf den etymologischen Zusammenhang zum althochdeutschen ‚siech‘ (=krank) bzw. dem Wort ‚suht‘ (=jegliche Krankheit) und die ursprüngliche Verwendung des Begriffs für alle Krankheiten (Haarten, 1999). Erst im 19. Jh. findet eine Verbindung der Begriffe ‚Sucht‘ und ‚suchen‘ statt. Dabei ist mit der Sucht dann meistens eine übersteigerte oder krankhafte und nicht erfüllbare Suche (z. B. Habsucht, Eifersucht) gemeint. Die Sucht hat die Charakteristik eines Lasters und wird in der Folge auch für den übermäßigen Konsum von psychotropen Substanzen benutzt (Wienemann, 2000, S. 28). Der heutige Bedeutungshof des Begriffes hat sich nochmals erweitert, so dass umgangssprachlich fast jedes exzessive Verhalten mit dem Wort ‚Sucht‘ bezeichnet wird, z. B. Fernsehsucht, Schokoladensucht, usw.

Auch innerhalb der wissenschaftlichen Terminologie ist die Sucht alles andere als eindeutig definiert. Die WHO hat 1952 festgelegt: „Sucht (drug addiction) ist ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, der durch die wiederholte Einnahme einer natürlichen oder

synthetischen Droge hervorgerufen wird“ (zitiert nach Wilcken, 2002, S. 18). Sie zeichnet sich aus durch:

1. Ein überwältigendes Verlangen oder Bedürfnis (zwanghafter Art), die Drogeneinnahme fortzusetzen und sich das Suchtmittel mit allen Mitteln zu beschaffen.
 2. Eine Tendenz zur Dosissteigerung.
 3. Eine psychische (psychologische) und allgemein eine physische Abhängigkeit von den Drogenwirkungen.
 4. Zerstörerische Wirkungen auf das Individuum und die Gesellschaft.
- (Wilcken, 2002, S. 18)

Um die Mehrdeutigkeit des Begriffes ‚Sucht‘ zu vermeiden, empfiehlt die WHO 1964 stattdessen die Verwendung des Synonyms ‚Abhängigkeit‘. Sowohl in der Forschungsliteratur als auch in der Praxis werden aber weiterhin beide Begriffe benutzt.³

In der bundesdeutschen Rechtsprechung wird die Sucht 1968 vom Bundessozialgericht als eine Erkrankung anerkannt, allerdings als eine ‚selbstverschuldete‘. Diese Einschränkung führt u. a. zu einem geminderten Anspruch auf Behandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen und einen eingeschränkten Kündigungsschutz im Krankheitsfalle. Der Selbstverschuldungsvorwurf wird erst 1983 vom Bundesarbeitsgericht aufgehoben (Wienemann, 2000).

2.2 Klassifikation der Abhängigkeit bei ICD-10 und DSM-IV

Bis heute wird um das Krankheitsverständnis und die genaue Klassifizierung der Sucht gerungen. Eine allgemeingültige Definition für Suchterkrankungen liegt nicht vor (vgl. z. B. Kausz, 2004; Puls, 2004 oder Wilcken, 2002). Wichtige Anhaltspunkte geben aber die beiden international gebräuchlichen Diagnoseschemata Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) und Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996).

Beide Manuale liefern einen Kriterienkatalog nach dem Störungen durch psychoaktive Substanzen diagnostiziert werden können⁴. Der Begriff ‚Sucht‘ wird durch die

³ In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe ‚Sucht‘ und ‚Abhängigkeit‘ ebenfalls synonym verwendet.

⁴ Unter psychoaktiven Substanzen versteht man die Stoffe, die unmittelbar oder mittelbar auf das Zentralnervensystem einwirken und damit dessen Funktion verändern. Sie können in fester oder flüssiger Form bzw. als Gas vorkommen (Vogt, 2004, S. 10). Sowohl natürlich vorkommende Stoffe wie auch synthetisch hergestellte Substanzen können eine psychotrope Wirkung haben. In der BRD zählen (neben Tee und Kaffee) Nikotin und Alkohol zu den wichtigsten psychoaktiven Substanzen und ihr Konsum ist legal. Demgegenüber

„Substanzabhängigkeit“ ersetzt. Störungseinheiten sind: Akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch (ICD-10) bzw. Missbrauch (DSM-IV), Abhängigkeitssyndrom und Entzugssyndrom.

Folgende Elemente sind bei der Diagnostik der Substanzabhängigkeit bzw. des Abhängigkeitssyndroms von Bedeutung: Toleranz, Entzugssyndrom, Bedeutung des Konsums, Zwang und Kontrollverlust. Die Manuale weisen sechs (ICD-10) bzw. sieben (DSM-IV) Kriterien aus diesen Bereichen auf, von denen drei im letzten Jahr erfüllt gewesen sein müssen, um die Diagnose Substanzabhängigkeit zu rechtfertigen (Vogt, 2004, S. 71ff.).

Die Kriterien der Toleranzentwicklung und des Entzugssyndroms beziehen sich auf die körperlichen Auswirkungen der Abhängigkeit und sind substanzspezifisch. Problematischer sind die Kriterien, die die Bedeutung des Konsums und seine schädlichen Folgen betreffen und eine Bewertung unter Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Normen erfordern. Für die Alltagsdroge Alkohol z. B. existieren Regeln für den ‚richtigen‘ und ‚falschen‘ Gebrauch, die in der Sozialisation erworben werden. Sie bestimmen Menge, Häufigkeit, Zeitpunkt, Ort und Funktion des sozial akzeptierten Alkoholkonsums. Wann ein Alkoholgebrauch als schädigend wahrgenommen wird oder eine ‚Einengung auf den Substanzkonsum‘ vorliegt ist nur in Abhängigkeit von diesen gesellschaftlich akzeptierten Konsummustern zu bestimmen (Krausz, 2004, S. 4). Im Gegensatz dazu ist der Konsum von illegalen Substanzen bereits durch die juristische Festlegung in jedem Fall als ein Missbrauch definiert (Vogt, 2004, S. 13). Folgerichtig konstatiert Krausz (2004):

Eine Suchtdefinition geht von der kulturellen Normalität des Drogenkonsums in unserer Gesellschaft aus. Unter Sucht verstehen wir eine „übermäßige Bindung“ an psychotrope Substanzen. Dabei ist diese „übermäßige Bindung“ nicht einfach eine personale Eigenschaft, sondern als Symptom eines belasteten Verhältnisses, einer „Beziehungsstörung“ des Menschen - zu sich selbst, zu seinem Körper, zur sozialen und materiellen Umwelt - zu verstehen. Störung bedeutet hier, dass das kulturell übliche Maß an Handlungsfähigkeit und Autonomie verloren geht.

(S. 8)

Einen linearen Prozess vorausgesetzt, stellt die Substanzabhängigkeit den Endpunkt einer längeren Krankheitsentwicklung dar. Definitiv unterschieden wird deshalb zwischen der Substanzabhängigkeit und dem Missbrauch (DSM-IV) bzw. dem schädlichen Gebrauch (ICD-10), der einer Suchterkrankung häufig vorausgeht. Nach ICD-10 liegt ein schädlicher Gebrauch von Substanzen dann vor, wenn eine tatsächliche psychische oder physische

existieren eine Reihe von Stoffen dessen Produktion, Verkauf, Erwerb oder Konsum illegal ist, z. B. Cannabis, Kokain, Extasy und eine sich täglich vermehrende Palette an Designerdrogen gehören zu dieser Gruppe.

Schädigung des Konsumenten (z. B. alkoholinduzierte Depression, Hepatitisinfektion durch intravenöse Suchtmittelleinnahme) eintritt. Demgegenüber berücksichtigt das Missbrauchskonzept des DSM-IV auch psychosoziale Faktoren: Wenn Schwierigkeiten bei der Erfüllung von Lebensaufgaben (Schule, Beruf, Familie) oder im zwischenmenschlichen Kontakt, durch den wiederholten oder fortgesetzten Substanzkonsum hervorgerufen oder verstärkt werden, liegt ein Missbrauch vor.

In der Praxis sind die Übergänge zwischen Missbrauch und Substanzabhängigkeit häufig fließend. Wichtigste Unterscheidungsmerkmale sind der Zwang zum Konsum und der Kontrollverlust (Vogt, 2004, S. 74ff).

Gibt es schon bei der Definition der stoffgebundenen Abhängigkeiten keine allgemeingültigen Definitionen, sind das Verständnis und die Einordnung der so genannten stoffungebundenen oder Verhaltenssuchte noch divergierender. Sowohl in der Alltagssprache als auch in der Forschungsliteratur ist z. B. von Glücksspielsucht, Kaufsucht, Arbeitssucht oder der Ess-Brech-Sucht die Rede. Auf der Symptomebene gibt es zweifelsfrei eine Reihe von Gemeinsamkeiten mit den Substanzabhängigkeiten und die Behandlung dieser Störungen findet häufig in denselben Einrichtungen statt. Nichts desto trotz ist die Annahme eines generellen Modells von ‚süchtigem Verhalten‘, dass sich nur in unterschiedlichen Ausprägungen manifestiert, umstritten und wissenschaftlich nicht belegt (Vogt, 2004 S.13ff). Im ICD-10 werden diese ‚Süchte‘ als Störungen der Impulskontrolle eingeordnet und die Essstörungen als Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.

Für die vorliegende Arbeit sind ausschließlich die stoffgebundenen Abhängigkeiten von Bedeutung und hier insbesondere die Alkoholabhängigkeit. Deshalb sollen die alkoholbezogenen Störungen im Folgenden näher erläutert werden.

2.2.1 Alkoholkonsum und -abhängigkeit

Alkohol bzw. alkoholhaltige Getränke werden in vielen Kulturen als Nahrungs- wie auch Genuss- und Rauschmittel genutzt. Schon die Sumerer schätzten die Wirkung gegorenen Traubensaftes und bereits die Germanen stellten Met und Bier her (Leeseman, 1994, S. 7).

In Deutschland sind die Herstellung, der Handel und der Konsum legal. Allerdings ist der Ausschank an Jugendliche durch das Jugendschutzgesetz beschränkt.

Der Konsum alkoholischer Getränke ist in unserem Kulturkreis eine Selbstverständlichkeit und gehört zum Alltag. Viele Lebenssituationen sind durch Trinkrituale mit dem Genuss von

Alkohol verknüpft. Noch bevor Kinder und Jugendliche selbst alkoholische Getränke ausprobieren, sammeln sie Erfahrungen mit kultur- und geschlechtsspezifischen Konsumstilen und es gehört zu ihren Entwicklungsaufgaben eine eigene Haltung und Praxis im Umgang mit Alkohol zu finden (Vogt, 2004, S. 25ff).

Alkoholische Getränke werden zum einen wegen ihres Geschmacks ‚genossen‘, sie sind aber auch ein wichtiges soziales ‚Schmiermittel‘. Bei vielen gesellschaftlichen Anlässen wird die enthemmende und euphorisierende Wirkung des Ethanol bewusst eingesetzt. Je nach Dosis kann Alkohol aber auch eine beruhigende und Schlaf fördernde Wirkung haben. Mit Hilfe von Alkohol können psychische Zustände moderiert, z. B. Angst- und Stressgefühle reguliert werden (BMBF, 2004, S. 76).

Bereits geringe Mengen führen zu einer Einschränkung des Leistungs- und Reaktionsvermögens. Eine Blutalkoholkonzentration von mehr als drei Promille führt zu einer lebensbedrohlichen Alkoholvergiftung. Ein zu hoher Alkoholkonsum ist langfristig mit gravierenden Leberschäden, Tumoren des Mund- und Rachenraums sowie des Magen- und Darmtraktes und neurologischen Erkrankungen, wie etwa der Alkoholpolyneuritis assoziiert (BMBF, 2004, S. 76).

Da die Menge des konsumierten Alkohols erheblichen Einfluss auf das Risiko hat, alkoholbedingt zu erkranken, haben die WHO und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) so genannte Konsumklassen definiert. Je nach Menge des täglichen getrunkenen Reinalkohols wird zwischen risikoarmen und Hochkonsum unterschieden:

Tabelle 1: Klassifizierung des Alkoholkonsums

	Risikoarmer Konsum	Riskanter Konsum	Gefährlicher Konsum	Hoch-Konsum	
Männer	bis 30g	30-60 g	60-120 g	> 120 g	Reinalkohol pro Tag
Frauen	bis 20g	20-40 g	40-80 g	> 80 g	

(Quelle: Schmidt & Schmidt, 2003a, S. 14)

Das Risiko einer Alkoholabhängigkeit steigt u. a. mit zunehmender Konsummenge. Dabei ist der schleichende Übergang zum unkontrollierten Trinken meist kennzeichnend (vgl. Kap 2.2) für das Abhängigkeitssyndrom.

Nach dem bekannten Phasenmodell von Jellinek handelt es sich bei der Alkoholabhängigkeit um eine Erkrankung mit genereller Progression. Er unterscheidet eine ‚voralkoholische‘ Phase, in der das Erleichterungstrinken vorherrscht und in der der Betroffene noch nicht

abhängig ist. Dem schließt sich die ‚Prodromalphase‘ mit Gedächtnisstörungen nach Trinkexzessen an, die gefolgt wird von der ‚kritischen Phase‘ mit dem Beginn des Kontrollverlustes. Die danach einsetzende ‚chronische Phase‘ zeichnet sich durch morgendliches Trinken zur Vermeidung von körperlichen Entzugserscheinungen aus. In der Realität sind die Verlaufsformen einer Alkoholabhängigkeit selbstverständlich deutlich variabler als das Modell suggeriert (Schmidt & Schmidt, 2003b, S. 37).

Neben diesem generellen Verlaufsmodell ist für eine individuelle Verlaufsprognose z. B. die Typologie von Cloninger (1981, 1987) von Bedeutung. Sie kombiniert genetische Aspekte mit Persönlichkeitsmerkmalen und geht für den Typ I mit einem späteren Beginn der Abhängigkeit von einer günstigeren Prognose aus:

Tabelle 2: Typologie nach Cloninger

Typ I	Typ II
Eher von Umweltfaktoren abhängig	Eher von hereditären Faktoren abhängig
Später Beginn (nach dem 25. Lebensjahr)	Früher Beginn (vor dem 25. Lebensjahr)
Bei beiden Geschlechtern vorkommend	Auf das männliche Geschlecht begrenzt
Eher milder Verlauf des Alkoholabusus	Eher schwerer Verlauf des Alkoholabusus
Hohes „reward dependence“ Hohes „harm avoidance“ Niedriges „sensation seeking“	Niedriges „reward dependence“ Niedriges „harm avoidance“ Hohes „sensation seeking“

(Quelle: zitiert nach Schmidt & Schmidt, 2003b, S. 41)

Grundsätzlich ist die Mortalität abhängig von der Menge des konsumierten Alkohols und den daraus entstehenden Folgeerkrankungen. Eine zusätzliche Tabakabhängigkeit und Arbeitslosigkeit sind prognostisch ebenfalls ungünstig. Alkoholabhängige haben darüber hinaus ein stark erhöhtes Suizidrisiko. Empirische Studien haben eine 75-mal höhere Selbsttötungsrate als im Bevölkerungsdurchschnitt ergeben (BMBF, 2004, S. 76).

Eine günstige Prognose hängt von den allgemeinen Stressbedingungen, dem familiären Klima und den eigenen Ressourcen zur Krankheitsbewältigung ab (Schmidt & Schmidt, 2003b, S. 39).

Viele Alkoholabhängige weisen zusätzlich eine weitere psychische Störung auf. In der Praxis muss dabei genau unterscheiden werden, ob die Störung bereits vor der Suchterkrankung vorlag oder ob es sich um eine sekundäre Erkrankung handelt.

Am häufigsten treten Alkoholabhängigkeiten in Kombination mit Angsterkrankungen auf. Affektive Störungen, insbesondere Depressionen, sind oft die Folge einer Suchterkrankung.

Männliche Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung und Personen mit einer Borderline-Störung entwickeln häufig sekundäre Alkoholprobleme (Schmidt & Schmidt, 2003b, S. 42).

2.3 Substanzmittelgebrauch und -missbrauch in der Allgemeinbevölkerung

In der BRD ist Alkohol die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz. Nur 7-12% der bundesdeutschen Bevölkerung trinken lebenslang keinen Alkohol. Etwa 75% der 18-59-Jährigen haben einen risikoarmen Konsum (vgl. Kap. 2.1.1), aber mehr als 10 Millionen Menschen konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form und überschreiten regelmäßig die empfohlenen Konsummengen (das entspricht ca. 15% in der Altersgruppe der 18-59-Jährigen). Bei etwa 1,6 Millionen liegt ein Alkoholmissbrauch vor, ebenso viele gelten als alkoholabhängig (Schmidt & Schmidt, 2003a, S. 16). Zehn Liter reinen Alkohols werden pro Kopf in der Bevölkerung jährlich konsumiert. Damit liegt Deutschland laut Drogen und Suchtbericht 2007 im internationalen Vergleich im oberen Drittel (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2007).

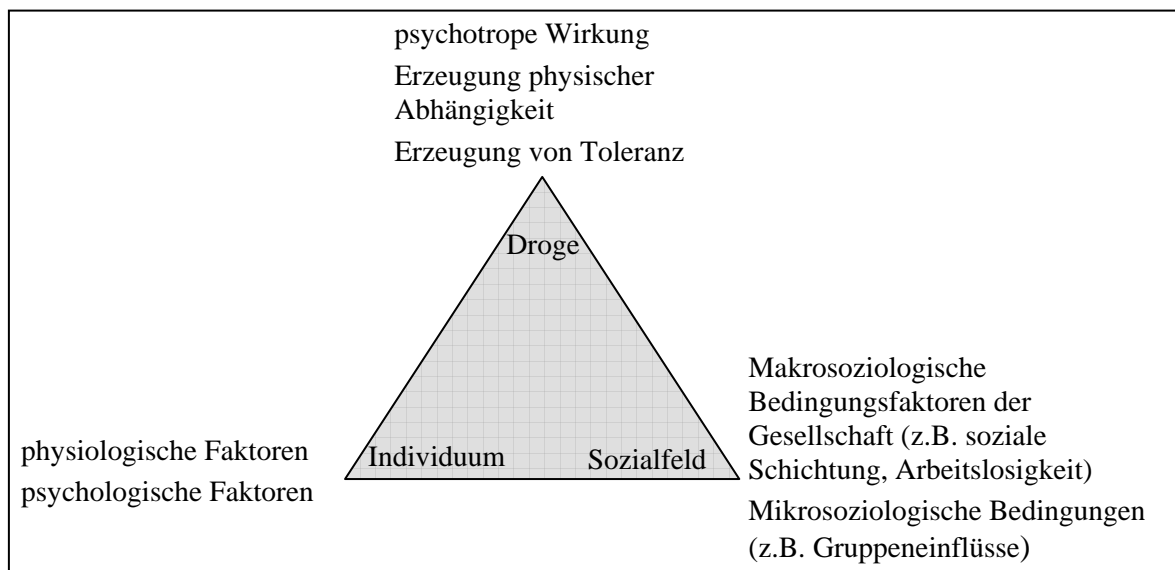
Medikamente weisen einen besonderen gesetzlichen Status, entweder als freiverkäufliche Arzneimittel oder als verschreibungspflichtige Medikamente (z. T. mit den Einschränkungen, die das Betäubungsmittelgesetz vorschreibt), auf. Anders als bei den Genussmitteln wie etwa Alkohol oder Tabak haben sie den Status eines Heilmittels und werden zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt. Die Unterscheidung zwischen sachgerechtem Gebrauch und einem Medikamentenmissbrauch bzw. einer Abhängigkeit ist dadurch häufig schwierig und die epidemiologische Datenlage unsicher (Vogt, 2004, S. 118). 6% der häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotential und es sind zwischen 1,4 und 1,9 Millionen Menschen in Deutschland medikamentenabhängig, 70% der Betroffenen sind Frauen (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2007).

Beim illegalen Drogenkonsum spielt Cannabis eine zentrale Rolle. Rund zwei Millionen vor allem junge Menschen konsumieren regelmäßig Cannabis, davon weisen 400.000 einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum auf. Auch wenn die übrigen illegalen Drogen in der öffentlichen Wahrnehmung einen breiten Raum einnehmen, konsumieren (im Vergleich zu den legalen Substanzen) vergleichsweise wenige Menschen Heroin, Kokain, Crack, Amphetamine usw. Nach Schätzungen des Instituts für Therapieforschung München konsumieren 250.000 bis 300.000 Menschen illegale Drogen (ohne Cannabis), davon gelten 175.000 Personen als abhängig (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2007).

2.4 Modelle zur Suchtentstehung

So wenig eine einheitliche Definition für Suchterkrankungen vorliegt, so wenig existiert eine geschlossene Ätiologie der Störung. Sucht wird allgemein als ein multifaktorieller Prozess verstanden, in dem sowohl die individuellen Merkmale der Person, die sozialen Faktoren der Umwelt sowie die spezifischen Wirkungen der psychotropen Substanz eine Rolle spielen. Das so genannte bio-psycho-soziale Modell lässt sich in folgender Trias darstellen:

Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Abhängigkeitsmodell



(Quelle: Puls, 2000, S. 36)

Die bisher vorliegenden Erklärungsmodelle beziehen sich i. d. R. nur auf eine der drei Dimensionen. Eine Integration ist auf Grund der Komplexität der Faktoren noch nicht gelungen (Vogt, 2004, S. 53). Die individualpsychologischen, biologischen und soziokulturellen Ansätze werden dabei aber zunehmend nicht mehr als gegensätzliche Erklärungsversuche gesehen, sondern erscheinen vielmehr als unterschiedliche Aspekte des Phänomens (BMBF, 2004, S. 39).

Für die vorliegende Arbeit sind die Modelle, die sich mit dem Einfluss von Arbeitsbedingungen auf den Suchtmittelkonsum und Suchterkrankungen beschäftigen, von besonderer Bedeutung. Bevor diese näher erläutert werden, sollen kurz die wichtigsten psychologischen, biologischen und soziologischen Konzepte zur Suchtgenese dargestellt werden.

2.4.1 Psychologische Faktoren

Aus entwicklungspsychologischer Sicht kommt der familiären Situation eine entscheidende Bedeutung für die spätere Suchtentstehung im Jugend- bzw. Erwachsenenalter zu. Die Psychoanalyse und die Verhaltenstheorie interpretieren den Einfluss der Eltern bzw. Bezugspersonen auf die psychische Entwicklung des Kindes zwar unterschiedlich, ihr zentraler Stellenwert ist aber unbestritten und empirisch belegt. Untersuchungen zeigen, dass frühe Verlusterlebnisse in der Familie oder psychische, sexuelle und physische Missbrauchserfahrungen häufig einer späteren Suchterkrankung vorausgehen. Schmidt und Schmidt (2003b) stellen fest: „Das Aufwachsen in dysfunktionellen, kommunikationsgestörten Familien mit einem möglicherweise hohen Grad an psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalt stellt wahrscheinlich einen wichtigen Risikofaktor für das Auftreten einer späteren Abhängigkeitserkrankung dar“ (S. 31).

Innerhalb der psychoanalytischen Theorie lassen sich vereinfacht drei Erklärungsmodelle für späteres süchtiges Verhalten identifizieren. Gemeinsam ist den unterschiedlichen Ansätzen, dass sie Sucht als einen Lösungsversuch für innere Konflikte ansehen, die auf Störungen zurückgehen, die sich in den ersten drei Lebensjahren bzw. spätestens bis zum fünften Lebensjahr entwickelt haben. Die Störung kann durch reale Erfahrungen der Vernachlässigung verursacht werden, diese sind aber keine Voraussetzung (Vogt, 2004, S. 61).

In Übereinstimmung mit der Freudschen Trieblehre wird Sucht als eine Folge unbewältigter Triebkonflikte verstanden. In einem frühkindlichen Stadium kommt es zu einer Störung der elementaren Bedürfnisbefriedigung, in deren Folge das Individuum die Genussfähigkeit dauerhaft verliert. Das Suchtverhalten ist eine Ersatzhandlung mit deren Hilfe Unlustgefühle minimiert und Lust maximiert werden sollen. Nüchtern fühlt sich der süchtige Mensch enttäuscht, einsam und freudlos und diese Gefühle versucht er durch die exzessive Befriedigung oraler Impulse auszugleichen (Vogt, 2004, S. 60ff).

Die Ansätze der Ich-Psychologie sehen die Ursachen von Suchterkrankungen in einem Defekt der Struktur der Persönlichkeit. Defizite in der frühkindlichen Entwicklung führen zu Schwächen und Störungen der Ich-Funktionen. Zentrale Konflikte stellen die Aspekte Selbstwert, Selbstachtung und Selbstfürsorge dar. Der Substanzkonsum ist ein, zum Scheitern verurteilter, Selbstheilungsversuch, um die narzisstische Störung zu beheben und die defizitären Ich-Funktionen zu stärken. Mit Hilfe der psychoaktiven Drogen kann das Selbst anders nicht erlebbare Gefühle von Macht, Größe und Bedeutung erfahren. Die scheinbare

Stärkung des Ichs geht aber mit einer fortschreitenden Schwächung und dem Verlust weitere Ich-Funktionen einher (Rost, 1999).

Die objektpsychologischen Ansätze in der Tradition Melanie Kleins legen den Fokus auf eben diese selbstzerstörerischen Tendenzen der Sucht. Sie nehmen eine frühe psychische Spaltung an, da dem Kind die notwendige Integration des guten und bösen Teilobjektes nicht gelingt und eine einseitige Identifizierung mit dem bösen Objekt stattfindet. Das Suchtmittel dient hier nicht primär der Herbeiführung eines Wohlfühls, sondern der Bekämpfung introjizierter böser Anteile, die das Individuum nicht bei sich akzeptieren kann. Der Abhängige sieht sich selbst als schlecht an und wird von unbewussten Schuldgefühlen gequält. Das Suchtmittel erlaubt gleichzeitig die Betäubung der Schuldgefühle und die eigene Bestrafung bis hin zur völligen Selbsterstörung (Vogt, 2004, S. 61ff).

Die lerntheoretischen Ansätze und Modelle der Verhaltenstheorie interpretieren exzessiven Substanzkonsum demgegenüber als ein Verhalten, das den so genannten Lerngesetzen folgt. Das Zusammenspiel von Reizen, Reaktionen und Verstärkungen rückt hier in den Mittelpunkt. Wird eine durch einen Schlüsselreiz ausgelöste Reaktion durch positive Ergebnisse verstärkt, wird das Verhalten ‚gelernt‘ und ggf. beibehalten und ausgebaut. Auslösende Reize können z. B. das Konsumverhalten der Eltern oder der Peer-Group sein. Die Reaktion (der eigene Substanzkonsum) wird dann durch die euphorisierende oder betäubende Wirkung der Droge oder ein Zugehörigkeitsgefühl verstärkt. Aversive Wirkungen, wie z. B. körperliches Unwohlsein legen demgegenüber eher ein zukünftiges Vermeiden des Substanzkonsums nahe. Durch den Mechanismus der Generalisierung wird ein bestimmtes Verhalten (Reaktion) dann über die ursprüngliche Konditionierung hinaus auch auf andere Situationen (Reize) übertragen. So wird Alkohol z. B. zunächst eingesetzt, um die Anspannung auf einer Party zu lösen, später in allen mit Anspannung verbundenen Situationen (z. B. beruflicher Erfolgsdruck). Entscheidend für das Verständnis der komplexen Zusammenhänge einer Suchtentwicklung sind darüber hinaus die mit der Verhaltensweise verknüpften kognitiven Prozesse, wie etwa Erwartungen, Bewertungen, Selbstreflexionen und Rückkoppelungsprozesse.

Sucht wird in der Verhaltenstherapie als die Fixierung auf ein Verhaltensmuster und den sukzessiven Verlust weiterer Reaktionsmöglichkeiten verstanden. Anders als in der Psychoanalyse, ist für die Verhaltenstherapie, die eventuell weit zurückliegende Ursache des problematischen Verhaltens nicht von Bedeutung. Aber auch dieser Ansatz interpretiert Substanzmissbrauch als eine Form der Selbstbehandlung von Konflikten, für die (auf Grund

der Lerngeschichte) keine anderen Bewältigungsressourcen zur Verfügung stehen (Vogt, 2004, S. 62ff).

2.4.2 Biologische Faktoren

Insbesondere für die Alkoholabhängigkeit liegt eine Fülle von Daten vor, die beweisen, dass Alkoholismus in einzelnen Familien gehäuft auftritt. Das bei diesem Phänomen neben den Umgebungsfaktoren auch genetische Faktoren eine Rolle spielen ist heute allgemein anerkannt. Zwillings- und Adoptivstudien legen nahe, dass der genetische Anteil der Alkoholabhängigkeit, im Vergleich zu den Lebensumständen, bei 30 bis 60 Prozent liegt (BMBF, 2004, S. 15). Selbstverständlich führt eine genetische Prädisposition nicht zwangsläufig zu einer Suchterkrankung sowie genetische Schutzfaktoren nicht zu hundert Prozent vor einer Abhängigkeit schützen. Es ist auch nicht ein einziges Gen, das für die familiären Häufungsmuster verantwortlich ist, sondern multiple genetische Faktoren, die die unterschiedlichen Reaktionen des Zentralnervensystems auf Alkohol mitbestimmen. Die bisher in diesem Zusammenhang identifizierten Gene beeinflussen den Alkoholstoffwechsel (Schmidt & Schmidt, 2003b, S. 33).

Die biochemischen Reaktionen, die psychotrope Substanzen hervorrufen, sind ein weiterer wichtiger biologischer Faktor. Über die kurzfristigen Anpassungsreaktionen des Gehirns auf Grund eines aktuellen Drogenkonsums hinaus, lassen sich bei längerem Substanzmissbrauch Veränderungen bestimmter Hirnteile nachweisen. Im Blickfeld der neueren neurologischen Forschung ist vor allem das im Mittelhirn lokalisierte Belohnungssystem. Dieses steuert zentrale Funktionen wie Essen, Trinken und Sexualität, indem entsprechende Verhaltensweisen mit Glücks- und Zufriedenheitsgefühlen ‚belohnt‘ und verstärkt werden.

Sämtliche Drogen wirken auf das Belohnungssystem des Gehirns, und die daraus resultierende dauerhafte Veränderung scheint die Grundlage für den zwanghaften Substanzkonsum zu sein. Die durch einen Substanzmissbrauch hervorgerufene Erhöhung des Botenstoffs Dopamin führt über komplexe Wechselwirkungen zu einer Situation, in der das Individuum eine immer größere Menge der Droge benötigt, um das ursprüngliche Lustgefühl zu erreichen und in der andere Aktivitäten, die normalerweise Wohlbefinden auslösen, an Bedeutung verlieren. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von dem so genannten „Suchtgedächtnis“ (BMBF, 2004, S. 43).

Aber nicht nur der Substanzmissbrauch verändert bzw. schädigt das Gehirn. Frühe Kindheitserlebnisse, die Art und der Umfang der Erziehung oder spätere kritische

Lebensereignisse beeinflussen die biochemischen Vorgänge ebenfalls. Die besondere Vulnerabilität von Individuen, die frühen psychosozialen Stressoren ausgesetzt waren, für die Entwicklung einer Suchterkrankung könnte also in deren spezifischen Hirnstoffwechseln begründet sein (BMBF, 2004, S. 39ff).

2.4.3 Soziokulturelle Faktoren

Die sozialwissenschaftlichen Ansätze untersuchen den Einfluss kultureller Faktoren auf die Konsummuster und die Suchtentstehung.

Unbestritten ist, dass gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen, wie etwa die Verfügbarkeit einzelner Substanzen, ihre juristische Einordnung oder aber die informellen Regeln des Substanzgebrauchs die Konsumstile beeinflussen. Die BRD ist durch eine permissive Alkoholkultur geprägt, die mit einem hohen Pro-Kopf-Konsum und einer großen Akzeptanz gegenüber alkoholisiertem Verhalten einhergeht. Die unterschiedlichen sozialen Milieus weisen dann weitere und zum Teil einander widersprechende Spezifika auf. Während in den oberen Bildungsschichten beispielsweise der kontrollierte Umgang mit Alkohol eine große Bedeutung hat, bietet das exzessive Rauschtrinken in der Bevölkerungsgruppe mit einem niedrigen Bildungsstand für männliche Jugendliche eine Möglichkeit, Stärke zu beweisen (Vogt, 2004, S. 57). Über das Konsummuster und den Konsumstil von psychoaktiven Substanzen lässt sich die Zugehörigkeit zu einer Gruppe herstellen, durch die Abweichung von gesellschaftlichen Normen entstehen u. U. neue subkulturelle Zusammenhänge.

Noch grundsätzlicher wird aus soziologischer Perspektive die Ursache für eine Suchtentstehung auch in allgemeinen Schwierigkeiten gesehen, sich in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft zurechtzufinden. Mangelnde Zukunftsperspektiven (z. B. Arbeitslosigkeit) oder gesellschaftliche Veränderungen und damit einhergehende Verunsicherungen (z. B. Aufweichung familiärer Strukturen) können zu Orientierungsproblemen und einer Zunahme abweichenden Verhaltens führen. Der nicht angepasste Konsum von psychoaktiven Substanzen wird häufig als Reaktion auf soziale Belastungen und fehlende gesellschaftliche Teilhabechancen interpretiert. Drogenkonsum wird hier als (dysfunktionaler) Versuch verstanden, den Konflikt zwischen gesellschaftlich anerkannten Zielen und dem Fehlen der Mittel zu ihrer Erreichung zu lösen. Daraus folgt, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen ein erhöhtes Risiko für einen abweichenden

Substanzgebrauch aufweisen müssten. Vogt (2004) weist allerdings daraufhin, dass diese Theorie von empirischen Ergebnissen nur partiell bestätigt wird (S. 85ff).

Von Bedeutung ist auch der gesellschaftliche Mechanismus der Stigmatisierung. Wird ein abweichender Substanzkonsum identifiziert, geht damit häufig eine Etikettierung der betroffenen Person einher. Nonkonformer Drogengebrauch ist, in unterschiedlichem Ausmaß, negativ besetzt und führt zu einer Stigmatisierung als Alkoholiker, Junkie oder Ähnlichem. Gesellschaftliche Ausgrenzung und Identifikation des Konsumenten mit der zugewiesenen Rolle weisen den Weg in die Subkultur mit ihren riskanten Konsumstilen.

Puls (2003) unterscheidet zwischen folgenden drei soziologischen Erklärungsperspektiven süchtigen Verhaltens:

1. Zunächst einmal können belastende soziale Rahmenbedingungen – wenn der Zeitraum zwischen Stressbelastung und Alkoholkonsum kurz ist - als ursächlich für den Alkoholkonsum angesehen werden, d. h. der Alkohol stellt eine unmittelbar subjektiv entlastende Bewältigungsreaktion dar (Stress-Coping-Paradigma).
2. In einer anderen Perspektive werden die eher langfristigen Sozialisationsprozesse mit dem Konsumverhalten in Verbindung gebracht (Sozialisierungstheorien).
3. Schließlich können sozialstrukturelle Rahmenbedingungen bzw. die Reaktionen des Umfeldes auf den Konsum zum Gegenstand der Untersuchung gemacht werden (Theorien zum abweichenden Verhalten)
(S. 40)

Insbesondere in den soziologischen Erklärungsmodellen rückt die Relation zwischen Arbeitsbedingungen und Suchtmittelkonsum ins Blickfeld. Deshalb sollen die in diesem Zusammenhang diskutierten Konzepte im Folgenden näher erläutert werden.

2.4.4 Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Substanzkonsum

Für erwerbstätige Personen stellen der Beruf und der Arbeitsplatz i. d. R. einen zentralen Lebensbereich dar. Dass die Arbeitsbedingungen Einfluss auf den individuellen Substanzkonsum ausüben, wird allgemein angenommen und durch die Ergebnisse von Berufsgruppenstudien empirisch gestützt. Untersuchungen haben z. B. für Seeleute, Militärangehörige und, wie bereits erwähnt, Ärzte einen erhöhten Alkoholkonsum nachgewiesen. Unklar ist allerdings bisher, welche Faktoren der Arbeitssituation für das erhöhte Risiko verantwortlich sind (Greiner, Rummel & Fuchs, 1998, S. 77).

Angenommen wird zum einen ein Zusammenhang zwischen den formellen und informellen Konsumregeln, die in einer Branche oder einem Betrieb gelten, und den individuellen Konsumgewohnheiten. Ist z. B. Alkoholkonsum ein fester Bestandteil der Betriebskultur legt dies einen Anpassungsprozess des Arbeitnehmers mit einem entsprechenden Konsummuster nahe. Beispielhaft seien hier die früher üblichen Trinksitten im Baugewerbe oder die informellen ‚Alkoholwänge‘ bei Geschäftsessen genannt. Auch der traditionell freizügige Umgang mit Medikamenten im Krankenhaus beeinflusst das Selbstmedikationsverhalten der Pflegekräfte und Ärzte. Das kulturtheoretische Modell berücksichtigt zum einen den Einfluss, den die Verfügbarkeit von Substanzen (z. B. Alkoholausschank in der Kantine, schwer kontrollierbare Medikamentenvorräte auf Krankenhausstationen) auf den individuellen Konsum haben wie auch die mit dem Konsum verknüpften Ziele: Gemeinsamer Alkoholkonsum am Arbeitsplatz kann der Verbesserung sozialer Interaktionen dienen oder zur Stressreduktion eingesetzt werden.

Das Modell der sozialen Kontrolle fokussiert demgegenüber Effekte, die durch die im Arbeitszusammenhang ausgeübte Überwachung entstehen. Die These, dass Arbeitsbedingungen, die sich durch eine räumliche (z. B. Außendienst) oder zeitliche (z. B. Nachtschicht) Isolation von Kollegen und Vorgesetzten auszeichnen, auch mit einem höheren Substanzkonsum einhergehen, wird durch eine Reihe empirischer Untersuchungen belegt. Allerdings bleibt unklar, ob z. B. der erhöhte Alkoholkonsum von Schichtarbeitern allein auf die fehlende soziale Kontrolle zurückzuführen ist oder auch als Bewältigungsreaktion, auf die mit Wechselschichten verbundenen körperlichen Belastungen, gesehen werden muss (Greiner et al., 1998, S. 92).

Die Interpretation eines erhöhten Substanzkonsums als Reaktion auf berufliche Belastungen findet im so genannten Coping-by-Doping-Modell ihren Niederschlag. Das Modell basiert auf den Erkenntnissen der arbeitspsychologischen Stressforschung. Demnach sind durch negative Arbeitseinflüsse hervorgerufene Zustände wie Gereiztheit, Über- oder Unterforderung Auslöser für den Suchtmittelkonsum. Entfremdungsgefühle, die entstehen können, wenn die Arbeitssituation wenig Einflussnahme und Handlungsspielräume erlaubt oder ein Widerspruch zwischen den Durchführungsbedingungen der Arbeitsaufgabe und der Zielerreichung besteht (vgl. Kap. 4), können eine Motivation für den Konsum von psychotropen Substanzen darstellen. Insbesondere die stressdämpfenden Effekte des Alkohols sind hier von Bedeutung. Alkoholkonsum wird als eine Copingstrategie gesehen, um die mit

Stress verbundenen negativen Gefühle zu mindern oder zu vermeiden (Puls, 2003, S. 110). Die empirischen Befunde zu diesem Modell sind allerdings widersprüchlich. Ein einfacher kausaler Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Drogenkonsum ließ sich bisher nicht nachweisen. Noch weniger war es möglich herauszuarbeiten, welche spezifischen Arbeitsbedingungen ein Risiko darstellen. In Anlehnung an das Demand-Control-Modell von Karasek geht man davon aus, dass Arbeitsbedingungen, die mit hohen Anforderungen aber geringen Handlungsspielräumen einhergehen, besonders belastend sind (Greiner et al., 1998, S. 92).

Abschließend lässt sich feststellen, dass keines der vorgestellten theoretischen Modelle eindeutig durch empirische Befunde belegt (oder widerlegt) ist. Die Suchtgenese wird offensichtlich durch eine Vielzahl von Variablen bestimmt und unterliegt keinen einfachen Ursache-Wirkungs-Mustern. Die ebenfalls uneindeutige Forschungslage zu Suchterkrankungen bei Mediziner*innen soll im Folgenden dargestellt werden.

3 Suchterkrankungen bei Medizinern

Nachdem die allgemeinen Begrifflichkeiten, die grundlegenden Daten und Fakten sowie die theoretischen Erklärungsmodelle für Suchterkrankungen erläutert worden sind, soll nun zunächst ein kurzer Abriss über den Forschungsstand zur (psychischen) Gesundheit von Medizinern erfolgen (Kap. 3.1). Die besondere Bedeutung von Suchterkrankungen bei Ärzten wird dann an Hand von epidemiologischen Daten zur Prävalenz und zu spezifischen Konsummustern dargestellt (Kap. 3.2.1 u. 3.2.2). Im Anschluss soll die Forschungslage zur Arbeitsbelastung von Medizinern erörtert werden (Kap. 3.3). Abschließend wird ein Überblick über den aktuellen Diskussionsstand zum Zusammenhang von Arztberuf und Suchterkrankung gegeben (Kap. 3.4).

3.1 Impaired Physician

Obgleich der Krankenstand von Ärzten in den letzten Jahren leicht angestiegen ist, zeichnet sich diese Berufsgruppe noch immer durch eine extrem niedrige Krankenrate aus (Resch & Hagge, 2003). Folgerichtig war die Gesundheit von Medizinern und insbesondere die Möglichkeit einer psychischen Erkrankung lange Zeit kein Thema der wissenschaftlichen oder praktischen Auseinandersetzung. In den USA lösten alarmierende Studien zur Substanzabhängigkeit von Ärzten in den 70iger Jahren eine Beschäftigung mit dem *impaired physician* aus (Mäulen, 1999a).

Zum Verständnis der englischsprachigen Forschungsliteratur ist die Unterscheidung zwischen dem *handicapped* und dem *impaired physician* von zentraler Bedeutung. Der Terminus *handicapped* bezieht sich dabei auf Beeinträchtigungen aufgrund von körperlichen Mängeln, wie z. B. Amputationen oder den Verlust der Sehfähigkeit, die die Ausübung der ärztlichen Tätigkeiten erschweren. Hier besteht am ehesten eine Analogie zur Schwerbehinderung in der BRD. Der Begriff *impaired* meint demgegenüber den in seiner professionellen Leistung geminderten Arzt (Loevenich, Schmidt & Schifferdecker, 1996). Obgleich nach einer Definition der American Medical Association grundsätzlich auch somatische Erkrankungen und physiologische Alterungsprozesse unter diesen Begriff fallen, wird er in der Forschungsliteratur überwiegend für den psychisch kranken Arzt verwendet, der aufgrund seiner Erkrankung in seinem ärztlichem Urteilsvermögen und seiner Handlungsfähigkeit beeinträchtigt ist (Reimer, Jurkat, Mäulen & Stetter, 2001).

Loevenich et al. (1996) weisen darauf hin, dass die epidemiologischen Daten zur Quote von psychischen Erkrankungen bei Medizinern mit einer Spannweite zwischen 0,5 und 46% wenig verlässlich seien. Die American Medical Association geht davon aus, dass ca. 10% aller US-Ärzte als *impaired* angesehen werden müssen, für die kanadischen Ärzte legen Studien eine Morbiditätsrate von 7-10% nahe (Reimer et al., 2001)⁵.

Für eine Reihe von psychischen Erkrankungen wird inzwischen bei Ärzten eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber der Allgemeinbevölkerung angenommen (Lehmann, 2000).

Depressionen

Bei depressiven Störungen wird die Lebenszeitprävalenz von 10-17% in der Allgemeinbevölkerung von Ärzten übertroffen. Studien mit Medizinern im ersten Jahr ihrer Assistenzarztzeit wiesen bei 23-31% eine depressive Symptomatik nach, während die Rate in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung bei 15% liegt. Das Depressionsrisiko von Ärztinnen ist gegenüber ihren männlichen Kollegen deutlich erhöht (Reimer, Trinkhaus & Jurkat, 2005). Bei einer Befragung unter Psychiatern gaben 40% der Ärzte an, dass sie schon mal an einer Depression erkrankt seien und 20% wiesen zum Zeitpunkt der Befragung eine depressive Symptomatik auf (Braun, Freudenmann, Schönfeldt-Lecuona & Beschoner, 2007).

Burnout

Eine wichtige Rolle bei der gesundheitlichen Situation von Ärzten spielt auch das Burnout-Syndrom. Die durch emotionale Erschöpfung, Depersonalität und eingeschränkte Leistungsfähigkeit gekennzeichnete Störung ist für Angehörige helfender Berufe gut belegt. In der Studie von Herrschbach (1991) zeigten sich 9,1% der untersuchten Ärzte als Burnout gefährdet. Stern (1996) fand in seiner Untersuchung zur Lebensqualität und Belastung von Ärzten und Ärztinnen ein hohes Maß an emotionaler Erschöpfung und eine mittlere Tendenz zur Depersonalisation. Bergner geht sogar davon aus, dass jeder vierte Mediziner von einem Burnout betroffen ist (Bergner, 2006).

Suizidalität

In ihrer Analyse von empirischen Studien, die seit den 80er Jahren zum Thema der Suizidalität von Ärzten veröffentlicht wurden, kommen Reimer et al. (2005) zu dem Schluss,

⁵ An dieser Stelle ist es wichtig zu beachten, dass nicht stark ausgeprägte psychische Erkrankungen (wie z. B. Depressionen oder auch Alkoholismus) nicht zwangsläufig zu einer Diagnose im Sinne des *Impairment* führen, hierzu muss tatsächlich die ärztliche Handlungsfähigkeit beeinträchtigt sein (Reimer et al., 2001).

dass die Suizidrate von Mediziner*innen sowohl im nordamerikanischen wie auch im europäischen Raum signifikant höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Für Mediziner ergibt sich eine zwischen 1,3 und 3,4-mal höhere Suizidrate als in der Normalbevölkerung und für Medizinerinnen sogar eine 2,5-5,7-fach erhöhte Rate gegenüber der weiblichen Normalbevölkerung. Die Autoren gehen davon aus, dass die tatsächliche Häufigkeit von Suiziden unter Ärzten und Ärztinnen sogar noch höher ist, da die überproportional auftretenden Vergiftungen von Ärzten auf getarnte Selbsttötungen hindeuten. Da Depressionen und Suchterkrankungen mit einer erhöhten Suizidalität korreliert sind, werden diese bei Ärzten besonders häufig auftretenden Erkrankungen u. a. als ursächlich für das hohe Suizidalitätsrisiko von Mediziner*innen gewertet (König, 2001).

Familiäre Situation

Diverse Studien weisen auf eine besondere Belastung der privaten Beziehungen von Ärzten hin. So zitieren Loevenich et. al (1996) eine Untersuchung, die eine 20fach erhöhte Scheidungsquote bei Ärzten, im Vergleich zu einer sozioökonomisch ähnlichen Gruppe, aufzeigt (S. 349). Bergner (2006) geht sogar von einer 40% höheren Scheidungsquote als in der Allgemeinbevölkerung aus (S. 161). Der Mangel an arbeitsfreier Zeit erschwert es Ärzten, ein befriedigendes Privatleben zu führen und soziale Beziehungen zu pflegen. Die berufliche Belastung führt zu einem Versagen in anderen Lebensbereichen, den mit einer Partnerschaft oder Elternschaft verbundenen Anforderungen können die Mediziner häufig nicht gerecht werden. Typisch erscheint ein Beziehungsmuster in dem der Arzt seinen Patienten ‚alles gibt‘, während er von seiner Partnerin ‚nur nimmt‘ (Leesemann, 1994, S. 54).

Insgesamt deutet die Forschungslage also darauf hin, dass die psychische Gesundheit und die familiäre Situation von Ärzten überdurchschnittlich belastet sind. Für den Bereich der Abhängigkeitskrankungen sollen die Forschungsergebnisse nachfolgend ausführlich dargestellt werden.

3.2 Epidemiologische Daten zu Suchterkrankungen bei Ärzten

3.2.1 Prävalenz

Während sich im angloamerikanischen Raum, wie bereits erwähnt, seit den 70er Jahren eine Reihe von Untersuchungen mit der besonderen Problematik von suchtkranken Ärzten beschäftigt haben, liegen in Deutschland bis heute vergleichsweise wenige Publikationen und keine verlässlichen epidemiologischen Daten zu dem Thema vor. Erst seit Beginn der 90er

Jahre finden eine Rezeption der Erkenntnisse aus den USA und eine Beschäftigung mit der Situation bundesdeutscher Ärzte statt (Mäulen, 1999a). Dabei ist die Auseinandersetzung durch eine Verharmlosung der Problematik, nach dem Motto, es kann nicht sein, was nicht sein darf auf der einen, und einer Überdramatisierung auf der anderen Seite geprägt. Wenngleich ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Suchtrisiko für Ärzte als gesichert gelten kann (Reimer et al., 2001), entbehren Übertreibungen, wie sie in der Presse immer wieder lanciert werden jedweder Grundlage⁶.

Auch die angloamerikanischen Studien zur Prävalenz von Suchterkrankungen bei Medizinern sind nicht eindeutig. Die Ergebnisse schwanken zwischen 1 und 15% Lebenszeitprävalenz (Mühlau-Mahlke, 2004). Eine umfangreiche Studie der American Medical Association ergab eine Lebenszeitprävalenz für Alkoholmissbrauch von 6% und für Suchterkrankungen generell von 7-8 % für Mediziner (Hughes et al., 1992). Blondell (1993) gibt als Prävalenz der Substanzabhängigkeit bei US-amerikanischen Ärzten 8-12% an (zitiert nach Reimer et al., 2001, S. 376). Bohigian et al. (1994) schätzen, dass 10-15% aller Mediziner während ihres Lebens substanzabhängig werden. Damit haben amerikanische Ärzte ein deutlich erhöhtes Suchtrisiko gegenüber der Normalbevölkerung.

Da bis heute für die BRD keine verlässlichen empirischen Daten zur Prävalenzrate von Abhängigkeitserkrankungen bei Ärzten vorliegen (vgl. u. a. Stetter, 2001) beziehen sich viele Schätzungen auf die amerikanischen Erhebungen. Allerdings verhindern die Unterschiede im Gesundheitssystem und in der Berufssituation sowie die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden, z. B. durch die Verwendung diverser Definitionen für Alkoholmissbrauch, Abhängigkeiten, Drogen usw. eine direkte Übertragbarkeit oder Vergleichbarkeit der Daten.

Mäulen (2000) geht für die bundesdeutsche Ärzteschaft von einer Lebenszeitprävalenz von 7-8% für alle Suchterkrankungen aus. Kunstmann und Flenker (2005) leiten daraus eine Punktprävalenz von 4-5% ab. Die Hamburger Ärztekammer schätzt die Prävalenzrate für eine Alkoholabhängigkeit auf 3-5% (Beelmann, 2003). Priehn-Küpper (1997) weist nach, dass Ärzte dreimal häufiger alkoholabhängig werden und fünfmal häufiger drogenabhängig als Angehörige vergleichbarer Berufsgruppen (zitiert nach Weigel, 2001, S. 8).

In der Untersuchung von Herschbach (1991) gaben 16% der befragten Ärzte an, mehr zu trinken als ihnen gut tue. In der Auswertung einer anonymen Befragung von angehenden

⁶ z. B.: Fuchswinkel, A. (2004). Jeder fünfte Arzt ist suchtkrank. *Ärztliche Praxis*, 2004, Ausgabe 34.

Medizinerinnen (Ärztinnen im Praktikum) kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass 6-14% der Befragten durch ihren Alkoholkonsum gefährdet sind, jeder Fünfte regelmäßig Medikamente einnimmt und jeder Zehnte Cannabis konsumiert (Dunckelberg, van den Bussche & Quellmann, 2005).

In einigen Publikationen wird auf die Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen näher eingegangen, grundsätzlich ist aber bei Medizinerinnen die Datenlage noch schlechter als bei ihren männlichen Kollegen. Mühlau-Mahlke (2004) zitiert drei Studien nach denen Ärztinnen nur halb so oft suchtkrank werden wie Mediziner (S. 115). Mäulen (1999a) warnt allerdings davor die Tatsache, dass Ärztinnen in Behandlungseinrichtungen deutlich unterrepräsentiert sind, als sicheres Indiz für eine niedrigere Prävalenzrate zu werten.

3.2.2 Substanzmuster

Die Substanzmuster von Ärzten unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der Durchschnittsbevölkerung in Deutschland (vgl. Kap. 2.3). Bei Vernachlässigung der besonderen Rolle von Tabak ist Alkohol die mit Abstand am häufigsten konsumierte Substanz, gefolgt von Medikamenten und Substanzen, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen. Der Missbrauch von Alkohol in Kombination mit Arzneimitteln scheint allerdings in Medizinerkreisen überdurchschnittlich verbreitet zu sein (Mühlau-Mahlke, 2004).

Stetter (2001) hat bei einem Patientenkollektiv von 136 Ärzten in 68% der Fälle eine Alkoholabhängigkeit und bei 15% eine andere Substanzproblematik festgestellt. Über ein Drittel der Ärzte wiesen zusätzlich zur Alkoholabhängigkeit einen Medikamentenabusus auf. In einer Untersuchung von Reimer et al. (2001) waren 56,4% der Ärzte alkoholabhängig, 14,3% litten unter einer Medikamentenabhängigkeit und 26,3% waren mehrfachabhängig.

Mäulen (2000) konnte bei der Untersuchung von 400 suchtkranken Ärzten folgendes Substanzmuster nachweisen:

Tabelle 3: Missbrauch / Abhängigkeit nach Suchtmittel (N=400)

Suchtmittel	%
Alkohol	50,3
Medikamente	6
BTM	5
Alkohol, Medikamente	30,7
Alkohol, Medikamente, BTM	3,5
Medikamente, BTM	2,8

(Quelle: nach Mäulen, 2000, o. S.)

3.2.3 Verlauf

In älteren amerikanischen Publikationen wird der Beginn des Alkoholismus von Ärzten zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr angegeben (Soyka, 1995). In der Studie von Stetter (2001) waren die alkoholabhängigen Ärzte im Mittel 49 +/- 8 Jahre alt und hatten zwischen dem 41. und 47. Lebensjahr die ersten suchtspezifischen Behandlungsversuche unternommen. Das Manifestationsalter von drogenabhängigen Ärzten liegt dagegen im Schnitt bei 38,9 Jahren (Leesemann, 1994).

Sowohl in den amerikanischen als auch in den deutschen Untersuchungen sind die Ärzte, die aufgrund ihrer Suchterkrankung stationär behandelt werden, älter als die übrigen Patienten (Leesemann, 1994). Die Ergebnisse legen nahe, dass Ärzte länger süchtig sind, bis sie mit dem Suchthilfesystem in Kontakt kommen (Endres, 2000). Mäulen (1999a) weist darauf hin, dass Ärzte häufig selbst in mittleren und fortgeschrittenen Stadien einer Suchterkrankung unauffällig sind und sowohl das berufliche als auch das private Umfeld sich scheut, die Betroffenen mit ihrer Krankheit zu konfrontieren. Reimers et al. (2001) zitieren eine amerikanische Studie in der die Ärzte, trotz einer behandlungsbedürftigen Suchtproblematik, durchschnittlich sechs Jahre ihrer ärztlichen Tätigkeit nachgingen (S. 377). Die Ärztekammer Hamburg stellt ebenfalls fest, dass der lange Krankheitsverlauf bei Ärzten oft zu schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Folgen führt (Beelmann, 2003). Relativ häufig kommt es zu einem Suizid als Folge einer Suchterkrankung (Reimer et al., 2005).

Als ein Grund für die Verleugnungstendenzen von suchtkranken Ärzten werden die Ängste vor beruflichen und wirtschaftlichen Folgen angenommen, denn eine Abhängigkeits-erkrankung kann zum Entzug der Approbation oder der Kassenzulassung führen. Tatsächlich kommt es nur relativ selten zu derartigen Konsequenzen. In dem bereits erwähnten, von Stetter (2001) untersuchten Patientenkollektiv war es nur in 2% der Fälle zu einem Ruhen bzw. zum Entzug der Approbation gekommen. Bei 7% war eine solche Maßnahme angedroht worden. Nur bei 4% der Betroffenen lag eine drohende oder vollzogene Entlassung vor. Allerdings gaben 17% der niedergelassenen Ärzte einen Rückgang der Patientenzahlen an. Mäulen (1992) berichtet sogar über Beförderungen von suchtkranken Medizinern im Krankenhausbereich.

3.2.4 Behandlung

In den USA wurden 1973 die ersten spezifischen Behandlungsprogramme für substanzabhängige Ärzte entwickelt. Heute gibt es in allen US-Bundesstaaten ein *Impaired-physician*-Programm (Reimer et al., 2001). Mit Hilfe eines strukturierten Verfahrens werden die betroffenen Ärzte mit ihrer Erkrankung konfrontiert und nach Möglichkeit zur Aufnahme einer Entwöhnungsbehandlung motiviert (Mäulen, 1999a).

In Deutschland hat die Hamburger Ärztekammer Anfang der 90iger Jahre unter Berücksichtigung der nordamerikanischen Erfahrungen ebenfalls ein Suchtinterventionsprogramm entwickelt, das das Hilfsangebot in den Vordergrund rückt. Hatten sich die Ärztekammern zuvor ausschließlich im ordnungspolitischen Sinne um ihre suchtkranken Mitglieder gekümmert, um ggf. den Widerruf der Approbation zu erreichen, wird den Betroffenen nun Hilfe bei der Therapieplatzsuche und der anschließenden Nachsorge angeboten. Die Kammer unterstützt auch bei praktischen Fragen der Therapiekostenübernahme und Praxisvertretung. Die Ärztekammer wird aktiv, wenn sich Betroffene direkt an sie wenden oder wenn Dritte auf die Suchtproblematik eines Arztes aufmerksam machen. Erst wenn der substanzabhängige Arzt die Hilfsangebote ablehnt und zu keiner Behandlung bereit ist, werden zulassungsrechtliche Schritte eingeleitet (Damm, 2001). Inzwischen sind mehrere deutsche Ärztekammern dem Hamburger Beispiel gefolgt (Kunstmann & Flenker, 2005).

Diskutiert wird die Frage, ob substanzabhängige Mediziner ein spezifisches Therapieprogramm benötigen. Während Soyka (1995) keinen Grund für eine ‚Sonderbehandlung‘ von Ärzten sieht, weisen z. B. Mäulen (2000, 1999a), Stetter (2001) und Mundle (2007) auf die Vorteile eines Therapiesettings hin, das die besondere Situation von Mediziner*innen berücksichtigt. Sie halten die allgemeinen Grundlagen und Interventionen der Suchtbehandlung auch bei Ärzten für angezeigt. Die mit dem Selbstverständnis des Arztes einhergehenden hohen Ich-Ideale und die leichte narzisstische Kränkbarkeit erschweren die Situation während einer Behandlung. Besondere Aufmerksamkeit sollte der Übernahme der Patientenrolle durch den Arzt geschenkt werden. Durch Patientengruppen in denen sich mehrere Mediziner befinden, kann dies erleichtert werden. Die intensive Abwehr vieler Ärzte, an Grenzen gestoßen oder sogar krank zu sein, muss berücksichtigt werden. Das therapeutische Personal muss mit der hohen medizinischen Sachkompetenz der Betroffenen adäquat umgehen, ohne jedoch auf die kollegiale Ebene abzugleiten. Insbesondere darf die

hohe Sachkompetenz nicht mit einer emotionalen Kompetenz verwechselt werden (Stetter 2001). Mäulen (1999a) weist daraufhin, dass die bei sonstigen Entwöhnungsbehandlungen häufig im Vordergrund stehende Arbeitstherapie bei Ärzten, die sich i. d. R. gerade durch berufliches Überengagement auszeichnen, obsolet ist.⁷

Trotz des erhöhten Suchtrisikos von Medizinerinnen und ihrer besonderen Schwierigkeiten die Krankheit anzuerkennen und behandeln zu lassen sind die Heilungsaussichten von Ärzten, die sich zu einer Therapie entschließen, sehr gut. Internationale und nationale Untersuchungen weisen für Ärzte, die an spezifischen Behandlungsprogrammen teilgenommen haben, überdurchschnittliche Erfolgsraten nach (Endres, 2001). Während die Abstinenzquote von Alkoholabhängigen nach einer stationären Langzeitentwöhnung in der Durchschnittsbevölkerung bei 40-50% liegt, findet Mäulen (1999a) in den 1-Jahres-Katamnesen von Ärzten eine 70-80% Erfolgsrate. Mundle (2007) zitiert eine kanadische Studie, die für das *Impaired-Physician*-Programm in Ontario eine Abstinenzquote von über 90% ergibt. Für Patienten, die an dem nachstationären Behandlungsangebot der Oberbergklinik⁸ teilgenommen haben, liegt die Erfolgsquote nach einem Jahr ebenfalls bei über 80%. Bei Medizinerinnen sind die Behandlungsergebnisse in der Regel nicht ganz so gut (Mäulen, 1999a).

Die Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit ist nach der Behandlung in vielen Fällen möglich, eine Ausnahme bilden z. B. opiatabhängige Anästhesisten (Mäulen, 1999a).

Aus den dargestellten Ergebnissen zur psychischen Gesundheit von Ärzten und der Epidemiologie von Suchterkrankungen in dieser Berufsgruppe ergibt sich zwangsläufig die Frage, welchen Einfluss die Arbeitsbedingungen auf das erhöhte Suchtrisiko von Medizinerinnen haben. Dieser Fragestellung soll im Folgenden nachgegangen werden, indem zunächst die arbeitspsychologischen Erkenntnisse zur Arbeitsbelastung von Ärzten und dann die in der Forschungsliteratur diskutierten Zusammenhänge zur Suchterkrankung vorgestellt werden.

⁷ In Kapitel 6 wird mit der Oberbergklinik eine Einrichtung näher vorgestellt, die sich u. a. auf die Therapie von Ärzten mit Burnout und Suchterkrankungen spezialisiert hat und nach den aufgeführten Richtlinien vorgeht.

⁸ Siehe 7

3.3 Forschungslage zur Arbeitsbelastung von Medizinerinnen

Während bereits eine Reihe von empirischen Untersuchungen zu den Arbeitsbedingungen und –belastungen in den Pflegeberufen vorliegen ist die Datenlage im ärztlichen Bereich ungleich schlechter. Glaser und Höge (2004) weisen explizit auf die Schwierigkeit hin, Unterstützung für Forschungsprojekte zur Untersuchung der Arbeitsbelastung von Ärztinnen im Krankenhausbereich zu erhalten. Sie sehen die berufliche Identität von Ärztinnen und die Sorge vor einem Vertrauensverlust bei den Patienten aufgrund der potentiellen Untersuchungsergebnisse als mögliche Ursachen für die ablehnende Haltung.

Internationale wie auch nationale Studien haben ergeben, dass Medizinerinnen in besonders hohem Maß Stress und Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Sowohl die Quantität der Arbeitsaufgaben, wie auch deren Komplexität spielen bei dieser Beurteilung eine Rolle. Krankenhäuser als hochkomplexe Dienstleistungsbetriebe erfordern von den dort tätigen Ärztinnen die Erfüllung einer Mischung aus hoch spezialisierten, technikintensiven sowie interaktionsorientierten Aufgaben. Aber auch die niedergelassenen Medizinerinnen sehen sich einer anspruchsvollen Kombination aus rein ‚fachlichen‘ Anforderungen und Kommunikations- und Interaktionsaufgaben ausgesetzt. Es verwundert also nicht, dass die von Medizinerinnen selbst genannten Arbeitsbelastungen sich i. d. R. auf die fachliche Qualifikation, die strukturellen Rahmenbedingungen und die Interaktion zu den Patienten beziehen.

Die relativ groß angelegte Untersuchung von Herschbach (1991) zu den Arbeitsbedingungen angestellter Klinikärztinnen in der BRD fand noch vor den Veränderungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz statt. Die befragten Ärztinnen, die zu 78% aus dem onkologischen Arbeitsbereich kamen, nannten als wichtigste Belastungen:

1. Miterleben von langem Krankheitsprozess
 2. Einschränkung von Privatkontakten durch den Arbeitsumfang
 3. zu viel Büroarbeit
 4. Zeitdruck
 5. Aufklärung über Rezidive/Rückfälle
 6. Telefon klingelt zu oft
 7. mangelnde Unterstützung durch Angehörige
 8. Unsicherheit, ob ich dem Patienten wirklich geholfen habe
- (S. 93)

Herschbach (1991) sieht die emotionale Anforderung durch den Kontakt zu den Patienten und die allgemeine Erschöpfung durch permanenten Zeitdruck und Bereitschaftsdienste als besonders kritisch an. Die von den Ärztinnen genannten Beschwerden (Reizbarkeit,

Kreuzschmerzen, Grübeleien, innere Unruhe, Mattigkeit und übermäßiges Schlafbedürfnis) wertet er als Hinweise auf eine psychische Belastungsreaktion, die Ähnlichkeiten mit einem depressiven Krankheitsbild aufweist (S. 98).

In der 1994 durchgeführten Untersuchung bei niedergelassenen Hausärzten in Österreich bzw. Tirol kommen die Karazmann, Geißler und Karazmann-Morawetz (1994) zu dem Ergebnis, dass die Belastungen überwiegend strukturbedingt und weniger aufgabenbedingt sind. Der chronische Zeitdruck in Verbindung mit bürokratischen und administrativen Aufgaben wurde von den Ärzten als besonders belastend empfunden. 15 bis 17% der Allgemeinmediziner schätzen ihren Gesundheitszustand selbst als schlecht bis sehr schlecht ein. Die von den Studienteilnehmern angegebenen psychischen und psychovegetativen Beschwerden werden von den Autoren im Sinne einer passiven Stressreaktion gegenüber einer massiven Belastung interpretiert. Damit einhergehend litten viele Hausärzte unter einem zunehmenden Sinnverlust. Ein Drittel der Ärzte, die zu Beginn ihrer Berufslaufbahn mit ihrem Leben insgesamt zufrieden waren, sind das nach durchschnittlich 15 Praxisjahren nicht mehr.

Auch Stern (1996) stellte in seiner Studie zum Zusammenhang von Lebensqualität und Arbeitsbedingungen junger Ärzte und Ärztinnen im Krankenhaus fest, dass 42% der Befragten ihre gesundheitliche Belastung als eher hoch einschätzten. Eine besondere Bedeutung kam den überlangen Arbeitszeiten und der Arbeitsplatzunsicherheit zu.

In einer repräsentativen Querschnittsuntersuchung von Krankenhausärzten und Niedergelassenen fanden Jurkat und Reimer (2001) einen engen korrelativen Zusammenhang zwischen der Arbeitszeit und dem Gefühl der Überlastung durch den Arbeitsanfall, dem Gefühl von Zeitdruck und der Arbeitszufriedenheit. Die Autoren kommen insgesamt zu dem Ergebnis, „dass für einen größeren Anteil der Ärztinnen und Ärzte in der BRD die Arbeitsbelastung ein so hohes Ausmaß angenommen hat, dass sie sich negativ auf ihre Lebenszufriedenheit und sogar schädlich auf ihre Gesundheit auswirkt“ (S. 1749).

3.4 Forschungslage zum Zusammenhang zwischen Beruf und Suchterkrankung bei Medizinerinnen

Wie bereits in Kapitel 2.4 dargelegt, sind die empirischen Erkenntnisse über den genauen Zusammenhang zwischen spezifischen Arbeitsbedingungen und dem (erhöhten) Konsum von Suchtmitteln bzw. der Genese von Suchterkrankungen nicht eindeutig. Für den medizinischen Bereich liegen ebenfalls keine Untersuchungen vor, die eine solche Kausalität zweifelsfrei nachweisen. Der Einfluss von Arbeitsbedingungen und –belastungen auf die Gesundheit von Ärzten und Ärztinnen allgemein oder das Suchtrisiko im Besonderen ist in der arbeitswissenschaftlichen Forschung bisher nur wenig untersucht. Projekte zur Gesundheitsförderung finden vereinzelt im Krankenhausbereich statt und beschäftigen sich dann meistens mit der Notwendigkeit von Organisationsentwicklung. Wenn dabei Arbeitsbedingungen in den Fokus rücken, liegt der Schwerpunkt häufig im Pflegebereich (Resch & Hagge, 2003).

Ogleich also empirische Beweise noch⁹ fehlen, wird in einer Vielzahl von Publikationen ein Zusammenhang zwischen berufsbedingten Belastungen und dem erhöhten Suchtrisiko von Medizinerinnen angenommen (z. B. Mühlau-Mahlke, 2004). Einige Autoren gehen auch davon aus, dass dieser Zusammenhang bei der Suchtgenese von Ärzten deutlich ausgeprägter ist als im Bevölkerungsdurchschnitt. Die Arbeitssituation von Ärzten legt laut Rummel und Bellabarba (1998) einen Substanzkonsum nach dem Coping-by-Doping–Modell (Kap. 3.3) nahe.

Leesemann (1994) listet in ihrer Auswertung einer Literaturrecherche folgende Risikofaktoren, für Ärzte und Ärztinnen auf.

⁹ Herrschbach (1991) konnte in seiner Studie zur Arbeitsbelastung von Krankenhauspersonal durchaus einen Zusammenhang zwischen Arbeitssituation und Alkoholkonsum feststellen.

Tabelle 4: Mögliche Risikofaktoren für Suchterkrankungen innerhalb der Ärzteschaft, die in der Literatur diskutiert werden

Berufsimmanente und berufsassoziierte Faktoren	Persönlichkeitsmerkmale
<ul style="list-style-type: none"> – zeitintensive, verantwortungsvolle Tätigkeit – schlechtes Zeitmanagement – chronische Frustration – Identifikation mit Patienten – hoher Anteil moribunder Patienten – emotional belastende Ereignisse („life-and-death“-Situationen) – Überarbeitung bzw. Unterforderung – geringe Berufserfahrung – viele Nacht- und Wochenenddienste – Einschränkung der Privatkontakte (Isolation) – Arbeiten ohne Kontakt zu Kollegen – wenig Erholungszeit – „Burn-out“-Syndrom – unbefriedigende Ehe- und Familiensituation – strukturelle Arbeitsbedingungen – zunehmende Technisierung – Fragmentierung von Behandlungsleistungen – Anzeigen, Schadenersatzklagen – leichte Verfügbarkeit von Drogen („äußere Griffnähe“) – Tendenz zur Selbstbehandlung – „pharmakologischer Optimismus“ – unrealistische Vorstellung von der Wirkung selbstverordneter Medikamente – Wissensmangel 	<ul style="list-style-type: none"> – orale Persönlichkeit – obsessiv-zwanghafte Persönlichkeit – Mangel an Vergnügungssuche – Gefühl der Unentbehrlichkeit – Omnipotenzwartungen – starre Normen – Introvertiertheit – Minderwertigkeitsgefühle – psychische Instabilität – geringe Impulsivität – unzureichende Gefühlswahrnehmung („Alexithymie“) und Gefühlsregulation – leicht verletzbares Selbstwertgefühl – Unfähigkeit, sich um das eigene Wohl zu kümmern – mangelnde Streßbewältigung – „Titanic-Syndrom“ – Negation eigener Bedürfnisse – hohe, unrealistische Erwartungen an sich selbst – Leben in der Zukunft – „ungünstige“ Kindheit – kein normaler Ablösungsprozeß von den Eltern – positive Familienanamnese („addictive personality“)
<p>Spezifische Risikofaktoren für Ärztinnen</p> <ul style="list-style-type: none"> – keine konkreten Zukunftsvorstellungen – kurzfristige Problemlösungen statt langfristige Planungen – Doppelbelastungen durch Familie und Beruf – Konflikt Familie/Beruf – fehlende Identifikationsmöglichkeiten (Rollenmodelle) – Ungleichheit in Ausbildung und Beruf – Skepsis von Seiten der Patienten und männlichen Kollegen 	

(Quelle: Leesemann, 1994, S. 57)

Neben Arbeitsbedingungen wie zum Beispiel Schichtdienst, die allgemein mit einem erhöhten Suchtrisiko korrelieren, erscheinen die innere und äußere Griffnähe und die Rollenerwartungen, die mit dem Arztberuf verknüpft sind, von Bedeutung. Darüber hinaus

stellt sich die Frage nach einer prämorbidem Persönlichkeitsstruktur, die die Berufswahl mit beeinflusst und nachfolgend mit einer erhöhten Abhängigkeitsprävalenz einhergeht.

Mediziner haben im Rahmen ihrer Tätigkeit leichte Zugriffsmöglichkeiten auf psychoaktive Substanzen und das Wissen um ihre Wirkungsweise, gepaart mit einem, im medizinischen Bereich üblichen, pharmakologischen Optimismus werden als Risikofaktoren angesehen. Die verbreitete Tendenz zur Selbstmedikamentation hat hier ihren Ursprung und die erhöhte Prävalenz von Medikamentenmissbrauch lässt sich damit erklären. Rummel und Bellabarba (1998) machen allerdings darauf aufmerksam, „...dass nicht die Verfügbarkeit an und für sich, sondern die *Verfügbarkeit im Zusammenhang mit Belastungen und Problemen* [Hervorhebung im Original] das eigentliche Risiko ausmacht“ (S. 206).

Darüber hinaus wird auch immer wieder der Einfluss von rollenimmanenten Belastungen auf die Suchtgenese und den Suchtverlauf von Mediziner*innen diskutiert. Die mit dem Arztberuf verbundenen rollenspezifischen Leistungs- und Omnipotenzenerwartungen, die im Leitbild des ‚guten Arztes‘ ihren Ausdruck finden, und zwangsläufig in einem Spannungsverhältnis zur beruflichen Alltagsrealität stehen, sind dabei im Mittelpunkt des Interesses. Das Rollenmodell geht davon aus, dass das internalisierte „Ideal des selbstlosen Helfers, der zu jeder Zeit mit maximalem Einsatz arbeitet“ (Endres, 2000, o. S.) zu einer Überforderungssituation und damit tendenziell zu einer krankheitsdisponierenden Erschöpfung führt. Ein erhöhter Substanzkonsum ist dann als dysfunktionaler Selbstheilungsversuch zu verstehen (Mühlau-Mahlke, 2004). So wie das idealisierte Selbstverständnis des Arztes zunächst eine Anerkennung der eigenen Vulnerabilität verhindert hat, wird in der Folge auch jeder Zweifel an der Kontrolle des (zunehmenden) Substanzkonsums massiv abgewehrt (Beelmann, 2003).

In der Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, dass diese Verleugnung der Betroffenen im Verhalten des privaten und beruflichen Umfeldes ihre Entsprechung findet und damit einhergeht, dass Ärzte erst in fortgeschrittenen Stadien der Suchterkrankung professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (z. B. Damm, 2001; Mäulen, 2000). Nicht nur der Betroffene selbst, auch Familienangehörige, Freunde und das kollegiale Umfeld ignorieren die Anzeichen der Suchterkrankung so lange wie möglich, denn „ein Scheitern ihrer Helden will die Gesellschaft nicht sehen“ (Leesemann, 1994, S. 60).

Demgegenüber geht das so genannte Persönlichkeitsmodell (Loevenich et al., 1996) davon aus, dass sich gerade Personen mit einer Vulnerabilität für psychische Erkrankungen zum Arztberuf hingezogen fühlen. Schmidtbauer (1985) hat in seiner These vom ‚hilflosen Helfer‘ darauf hingewiesen, dass Angehörige helfender Berufe häufig mit ihrer beruflichen Tätigkeit

versuchen, neurotische Konflikte zu kompensieren. In diese Richtung zielt auch Mäulen (1992) wenn er bemerkt, dass „die anfängliche narzisstische Befriedigung, kranken und hilflosen Menschen beistehen zu können, (...) womöglich schon weit vor Ausbruch der Krankheit die mangelhaft balancierte psychische Innenwelt“ stabilisierte (S. 220). Laut Waring „...scheint (...) ein obsessiv-zwanghafter Persönlichkeitstypus“ von der Medizin angezogen zu werden, der sich „testpsychologisch durch niedrige Scores bei der Anpassungsfähigkeit und der Fähigkeit Ungewissheit zu ertragen“ auszeichnet. Außerdem werden „... ein Mangel an Ausgleich und Annehmlichkeit suchendem Verhalten und ein Gefühl der Unerstlichkeit konstatiert“ (zitiert nach Mühlau-Mahlke, 2004, S. 116).

Stetter (2001) weist allerdings darauf hin, dass z. B. für die bei Ärzten vermuteten instabilen Verhältnisse in der Kindheit, die dann in der Folge zu einem erhöhten Kränkungs-potential führen, keine empirischen Belege vorliegen.

Abschließend lässt sich festhalten, dass eine Vielzahl von Untersuchungen existiert, die für die Berufsgruppe der Ärzte eine hohe Belastung durch psychische Erkrankungen wie etwa Depressionen oder Burnout belegen. Suchterkrankungen sind bei Mediziner:innen ebenfalls häufig anzutreffen und weisen bei ihnen, im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung, einige Besonderheiten auf. Die Forschungslage zu den Arbeitsbedingungen von Ärzten ist defizitär, aber es existieren durchaus Hypothesen und Erklärungsmodelle für die Korrelationen zwischen der beruflichen Situation und dem Substanzmissbrauch von Mediziner:innen. Die mit der Person des Arztes verknüpften Rollenvorstellungen, in Form des ‚guten Arztes‘, werden u. a. als Quelle für mögliche Belastungen gewertet.

Um die berufliche Beanspruchung von Ärzten und ihre negativen Konsequenzen auf die Gesundheit theoretisch besser einordnen zu können, soll nun in einem Exkurs das arbeitspsychologische Konzept der Handlungsregulationstheorie (HRT) vorgestellt werden. Die HRT erlaubt eine systematische Betrachtungsweise von Arbeitsanforderungen und Arbeitsbelastungen sowie ihren Ursachen und verfügt über Modelle, um Belastungen zu erfassen, die sich aus der Arzt-Patienten-Beziehung und dem beruflichen Selbstverständnis von Ärzten ergeben.

4 Exkurs: Arbeit und Arbeitsbelastungen in der Handlungsregulationstheorie

Arbeit, im Sinne von Erwerbstätigkeit, die entlohnt wird, dient der materiellen Existenzsicherung und ist darüber hinaus von zentraler gesellschaftlicher Bedeutung. Arbeit strukturiert die Zeit, wir unterscheiden zwischen Arbeits- und Freizeit, die jeweils den Verlauf eines Tages, einer Woche oder eines Jahres bestimmen. In der Arbeitsgesellschaft ist Erwerbstätigkeit eine zentrale Voraussetzung für soziale Anerkennung und damit für Selbstwert, persönliche Identität und gesellschaftliche Teilhabe. In der arbeitspsychologischen Forschung konnte gezeigt werden, dass Arbeit ein wichtiges soziales Kontaktfeld darstellt mit der Möglichkeit, Kompetenzen und Anerkennung zu gewinnen. Die Rolle im Beruf beeinflusst die Identität, den Selbstwert und das Wohlbefinden. Arbeitsbezogene Handlungsspielräume und Kontrollerleben am Arbeitsplatz sind mit psychischer Gesundheit korreliert, während umgekehrt Arbeitsunzufriedenheit mit vermehrten psychosomatischen Beschwerden im Zusammenhang steht (Leidig, 2003). Dies wirft die Frage nach den pathogenen und salutogenen Faktoren der Arbeit auf.

Die HRT bietet einen theoretischen Rahmen für die strukturierte Erfassung und Einordnung von Arbeitsmerkmalen. Für die vorliegende Untersuchung ist das Verständnis der ärztlichen Tätigkeit als einer komplexen Interaktionsarbeit mit einem spezifischen Belastungsprofil von besonderer Bedeutung. Da der Forschungsstand zur Arbeitsbelastung von Ärzten, wie bereits dargestellt, noch sehr unzureichend ist wird in dieser Arbeit auf ein Konzept aus der Krankenpflege zurückgegriffen. Das von Rieder (1999, 2003) entwickelte Modell zur Erfassung von Belastungen, die mit dem Leitbild der Pflegearbeit als Liebesdienst verbunden sind, ist m. E. entsprechend modifiziert auch auf die ärztliche Tätigkeit übertragbar und soll deshalb ausführlich dargestellt werden.

4.1 Belastungskonzept der Handlungsregulationstheorie

Grundlage der HRT ist der Mensch als handelndes Subjekt in einer ebenfalls von Menschen gemachten Umwelt. Das menschliche Handeln wird als ein Prozess, der idealerweise aus der Zielbildung, der Zielkonkretisierung, der Planung, der Ausführung und der Kontrolle besteht, verstanden. Die als Regulation bezeichnete psychische Steuerung des Handelns steht dabei im Mittelpunkt der Betrachtung. Arbeit bzw. die Arbeitsaufgabe wird im Hinblick auf die Forderungen, die sie an die psychische Regulation des Handelns stellt, untersucht (Resch, 2003). Jede Arbeitsaufgabe erfordert sowohl die Regulation von Denkprozessen und

sensomotorischen Fertigkeiten, wie auch die Regulation von Gefühlen. Dabei erlaubt die HRT, anders als z. B. das klassische Belastungs-Beanspruchungskonzept, eine definitorische Unterscheidung zwischen den (positiven) *Anforderungen*¹⁰, die aus einer Arbeitsaufgabe erwachsen und den (negativen) *Belastungen*¹¹, die mit ihr verknüpft sind (Bamberg, Busch & Ducki, 2003, S. 46).

Als *Anforderungen* werden die Merkmale der Arbeitstätigkeit definiert, die die Möglichkeit bieten, Kenntnisse zu erwerben und Kompetenzen zu erweitern und die die Notwendigkeit aufweisen, Arbeitsabläufe zu verstehen und zu planen (Resch, 2003, S. 38). Zentrale *Anforderungen* im Sinne der HRT sind z. B. der Entscheidungsspielraum, also die Möglichkeit die Arbeit eigenständig zu planen und zu entscheiden oder aber die *Anforderung* aufgabenbezogen zu kommunizieren (Rieder 1999, S. 50). D. h., die aus den *Anforderungen* entstehenden höheren Regulationserfordernisse bieten dem arbeitenden Individuum „...Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung und fördern Selbstvertrauen und seelische Gesundheit“ (Resch, 2003, S. 38) und werden grundsätzlich positiv bewertet.

Demgegenüber sind mit *Belastungen* diejenigen Arbeitsbedingungen gemeint, die im Widerspruch zu einer sinnvollen Ausführung der Arbeitsaufgabe stehen. Wenn die konkreten Durchführungsbedingungen der Arbeit widersprüchlich zur Zielerreichung sind, treten *Regulationsbehinderungen* auf, die sich negativ auf das Individuum auswirken und je nach Dauer und Intensität zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Unterschieden werden zwei Formen von *Belastungen*: *Regulationshindernisse* und *Regulationsüberforderungen* (s. u., Abb. 3).

Belastungen vom Typ der *Regulationshindernisse* entstehen, wenn die Aufgabenerfüllung durch betrieblich festgelegte oder organisatorisch/technisch entstandene Bedingungen (z. B. unzureichende Informationen) erschwert, behindert oder sogar blockiert wird. Der Arbeitende muss das Arbeitsergebnis trotz dieser Behinderungen innerhalb der vorgegebenen Zeit erreichen. Dies ist ihm nur auf zwei Wegen möglich: Entweder betreibt er zusätzlichen

¹⁰ Die Definitionen der Begriffe *Anforderung* als grundsätzlich positiv und *Belastung* als immer negativ in der HRT steht im Gegensatz zum allgemeinen Sprachgebrauch und der neutralen Verwendung der Begriffe in anderen arbeitspsychologischen Theorien. Zur besseren Unterscheidung werden die Termini, von nun an, wenn sie im Sinne der HRT verwandt werden, kursiv geschrieben. Die normale Schreibweise deutet demgegenüber auch auf den allgemein üblichen Sprachgebrauch hin.

¹¹ Siehe 10

Aufwand, führt z. B. zusätzliche Telefonate, um die Information zu erhalten. Oder, wenn ihm dieser zusätzliche Aufwand nicht möglich ist, weicht er auf riskantes Handeln aus, z. B. entscheidet er dann trotz der unzureichenden Informationen mit der Gefahr einer Fehlentscheidung (Resch, 2003, S. 39).

Der nötige Zusatzaufwand bzw. das riskante Handeln sind definitorische Merkmale von *Regulationshindernissen* und erlauben auch die quantitative Beurteilung der *Belastung*: je höher der zusätzliche Aufwand desto gravierender ist das *Regulationshindernis* (Rieder, 1999, S. 52).

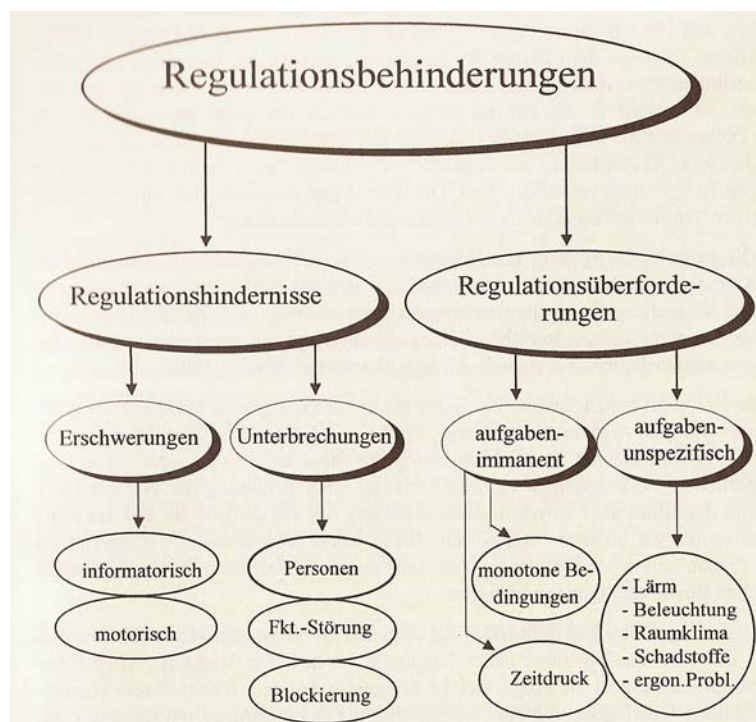
In Abgrenzung dazu sind *Regulationsüberforderungen* dauerhafte Bedingungen, die die menschliche Regulation des Handelns am Arbeitsplatz überfordern:

Regulationsüberforderungen entstehen nicht durch diskrete Ereignisse, die das ungestörte Abarbeiten des geplanten Handlungsweges behindern, sondern markieren Zustände, die die menschliche Handlungsregulation auf Dauer überfordern. (...) Bezogen auf die Reaktionsmöglichkeiten der Beschäftigten unterscheiden sie sich insofern von Regulationshindernissen, als sie keinen Zusatzaufwand (bzw. alternativ riskantes Handeln) erfordern, sondern von den Arbeitenden hingenommen werden müssen.

(Rieder, 1999, S. 52)

Regulationsüberforderungen lassen sich in aufgabenimmanente (wie z. B. Zeitdruck) und aufgabenunspezifische Belastungen wie Lärm, Beleuchtung oder Ähnliches unterteilen und führen häufig zu einer Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsfähigkeit.

Abbildung 2: Übersicht psychischer Belastungen



(Quelle: Rieder, 1999, S. 53)

In empirischen Studien konnte nachgewiesen werden, dass *Regulationsbehinderungen* insgesamt mit psychosomatischen Beschwerden, höherer Gereiztheit, geringerer Arbeitszufriedenheit und einer erhöhten Krankheitsrate korrelieren (Resch, 2003, S. 40).

Mit der Unterscheidung zwischen positiv bewerteten *Anforderungen* und negativ bewerteten *Belastungen* erfasst die HRT bedingungsbezogene Merkmale der Arbeit unabhängig von der arbeitenden Person. Die Arbeitsbedingungen werden dabei auf überindividuelle Faktoren hin untersucht, die ihre positiven bzw. negativen Effekte unabhängig von den individuellen Bewertungen der Arbeitenden und den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen entfalten. Arbeitsbedingungen sind dann human und entwicklungsförderlich, wenn sie hohe *Anforderungen* und geringe *Belastungen* beinhalten (Rieder, 1999, S. 60).

4.2 Dialogisch-erzeugende Tätigkeiten

Arbeitsplätze im Bereich der Freizeitindustrie, der Bildung oder des Gesundheitswesens weisen ein besonderes Tätigkeitsprofil im Bereich der Kommunikation und Gefühlsregulierung auf. Ziel der Arbeit ist nicht die Herstellung eines Gegenstandes, sondern die Erzeugung von positiven Gefühlszuständen in anderen Menschen, z. B. in Kunden, Patienten oder Gästen. Dafür sind in der Regel eine direkte Interaktion und ein gewisses Maß an Kooperation mit dem Nutzer der Arbeit notwendig. Die ursprünglich zur Analyse von gegenständlichem Handeln bei der Produktherstellung entwickelte HRT wurde durch eine Reihe von Erweiterungen auch für diesen personenbezogenen Dienstleistungsbereich anwendbar (vgl. Hacker, 1986; Resch, 1991; Rieder, 1999).

Hacker (1986) hat den Begriff der *dialogisch-erzeugenden Tätigkeiten* für Aufgaben geprägt, „die eine Veränderung im Partner anzielen, beispielsweise Kenntniserwerb oder Heilung“ (Hacker 1986, S. 83). Nach Resch (1991) sind *dialogisch-erzeugende Tätigkeiten* durch folgende Merkmale gekennzeichnet: „Der Nutzer verfügt über weniger Handlungsmöglichkeiten, er kann bestimmte Ziele nicht oder nur sehr unsicher erreichen. (...) Die dialogisch-erzeugende Arbeit ist darauf gerichtet, die Handlungskompetenz des Nutzers wiederherzustellen, zu erhalten oder zu erweitern“ (S. 88). Die *dialogisch-erzeugenden Tätigkeiten* erfordern nicht nur eine Regulation des Handelns zur Erreichung des Ziels, sondern auch eine Gefühlsregulierung. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, dass der Arbeitende, um positive Gefühlszustände im Nutzer zu erreichen, selbst positive Emotionen zeigen muss. Diese *Anforderung* kann zu einer spezifischen *Belastung* werden, wenn etwa die

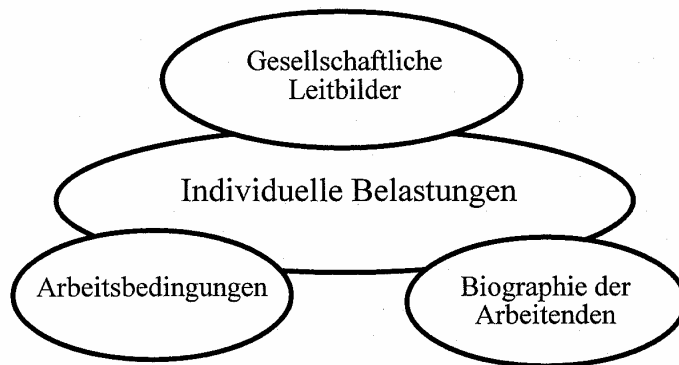
Arbeitsbedingungen eine angemessene Gefühlsregulation behindern oder einschränken. Als Beispiele für diese *Belastungen* nennen Resch und Hagge (2003) „wenn keine Zeit zum Ausdruck des Gefühls der Arbeitenden gegeben wird oder er aufgrund schlechter Arbeitsorganisation und unzureichender materieller Arbeitsorganisation gezwungen wird, gegen sein eigenes Gefühl zu handeln“ (S. 45).

Viele Tätigkeiten der so genannten helfenden Berufe lassen sich als *dialogisch-erzeugend* beschreiben, insbesondere lässt sich ein großer Teil der ärztlichen oder pflegerischen Arbeit unter dem Begriff subsumieren.

4.3 Konzept der *individuellen Belastungen* nach Rieder

Neben den in Kapitel 4.1 und 4.2. beschriebenen *Belastungen*, die in den situativen Merkmalen der Arbeit bzw. des Arbeitsplatzes begründet sind, existieren *Belastungen*, die ihren Ursprung in den individuellen Merkmalen der arbeitenden Person haben. Die HRT unterscheidet hier grundsätzlich zwischen bedingungsbezogenen und personenbezogenen *Belastungen*: Während bei den bedingungsbezogenen Arbeitsanalysen explizit von den individuellen Besonderheiten der an einem Arbeitsplatz beschäftigten Person abstrahiert wird sind diese der Gegenstand der personenbezogenen *Belastungen*. Individuelle Merkmale der Arbeitsausführung, persönliche Problemlösungsstrategien oder subjektive Bewertungen und Einschätzungen rücken hier in den Fokus und können die Ursache für subjektive *Belastungen* sein (Rieder, 1999, S. 56).

Bei der Übertragung und Spezifizierung dieses Konzeptes auf die Krankenpflege hat Kerstin Rieder (1999, 2003) eine weitere zentrale Kategorie von *Belastungen* identifiziert: An der Schnittstelle zwischen bedingungsbezogenen und subjektiven *Belastungen* siedelt sie die so genannten *individuellen Belastungen* an. *Individuelle Belastungen* „entstehen im Zusammenspiel von Arbeitsbedingungen, gesellschaftlichen Leitbildern und der je individuellen Biographie“ der Arbeitenden (Rieder, 1999, S. 121).

Abbildung 3: Ausgangspunkte für das Entstehen individueller Belastungen

(Quelle: Rieder, 1999, S. 93)

Ausgehend von der historischen Entwicklung der Krankenpflege als barmherzigem Liebesdienst weist Rieder Spuren dieses gesellschaftlichen Leitbildes in modernen Texten zur patientenorientierten Pflege und in den Aussagen zur beruflichen Identität von Krankenschwestern nach. Untrennbar verwoben ist dieses Konstrukt mit Attributen, die dem bürgerlichen Weiblichkeitsideal zugeschrieben wurden wie Empathie und Selbstlosigkeit. Unter Bezugnahme auf den von Foucault (1978) als „Subjektivierung“ bezeichneten Machtmechanismus verdeutlicht Rieder (1999), dass „...die Diskurse zur Krankenpflege (...) einen Ausgangspunkt für die Herausbildung der beruflichen Identität der Krankenschwestern [bieten]. Sie beeinflussen nicht nur Überzeugungen der Krankenschwestern, sondern wie diese *sind* [Hervorhebung im Original]“ (S. 108).

Die kollektiven Leitbilder prägen also die berufliche Identität und das berufliche Handeln von Krankenpflegekräften. Inwiefern sich eine Krankenschwester an dem Leitbild orientiert, hängt zum einen von der intersubjektiven, kollektiven Relevanz der Idealvorstellung, aber auch von der individuellen Biographie ab. Dies markiert die Schnittstelle zwischen den subjektiven und den bedingungsbezogenen *Belastungen*. Tritt zwischen den *Anforderungen* des Leitbildes und den realen Arbeitsbedingungen ein Widerspruch auf, spricht Rieder (1999) deshalb von *individuellen Belastungen* (S. 120).

Für die Krankenpflege weist sie *Belastungen* nach, die aus dem Widerspruch zwischen dem Leitbild der Krankenpflege als christlichem Liebesdienst und der derzeitigen Organisation der Pflege als Lohnarbeit unter dem Primat der Rationalität und Wirtschaftlichkeit erwachsen. Wenn die Arbeitsbedingungen, z. B. auf Grund von Personalmangel, die vom Leitbild geforderte, umfassende und menschliche Pflege nicht erlauben, tritt eine *Regulationsbehinderung* auf, denn die individuelle Zielerreichung der Pflegekraft ist dadurch gefährdet. Durch Mehrarbeit, in Form von Überstunden oder durchgearbeiteten Pausen, und

entsprechend dem Ideal der Selbstlosigkeit, können die einzelnen Beschäftigten versuchen, das Arbeitsziel doch noch zu verwirklichen.¹² Der identitätsstiftende Diskurs von der aufopfernden und liebevollen Pflege in Verbindung mit konterkarierenden Arbeitsbedingungen kann so prinzipiell zu einer ökonomischen Ausbeutung der Krankenpflegekräfte beitragen.

Resch und Hagge (2003) bemerken in ihrem Aufsatz zur Ärztegesundheit, dass von ähnlichen Widersprüchen zwischen gesellschaftlichem Leitbild und den konkreten Arbeitsbedingungen und den daraus folgenden *Belastungen* auch bei Ärzten und Ärztinnen ausgegangen werden muss, hierzu bisher jedoch weitergehende Untersuchungen fehlen.

Worauf das Leitbild des ‚guten Arztes‘ fußt und welche Attribute damit verbunden sind, soll deshalb im folgenden Kapitel erarbeitet werden.

¹² Dies entspricht dem in Kapitel 4.1 erläuterten Zusatzaufwand als definitorischem Bestandteil eines *Regulationshindernisses*.

5 Der ‚gute Arzt‘

Die Frage nach dem, was den ‚guten Arzt‘ auszeichnet ist, nicht leicht zu beantworten und variiert höchstwahrscheinlich im Verlauf der Geschichte des Arztberufes. Darüber hinaus hängt die Antwort von der Perspektive der Befragten ab: Patienten, Kostenträger und die Ärzte selbst haben unter Umständen unterschiedliche Vorstellungen und Erwartungen.

Sicher scheint zu sein, dass die Denkfigur des ‚guten Arztes‘ schwer zu ignorieren ist. Patienten messen ihren Arzt an diesem Ideal und für die Mediziner stellt es die Referenzgröße der Selbstreflektion dar. Klaus Dörner (2001) sagt in seinem Buch mit dem Titel „Der gute Arzt“: „Jeder Arzt denkt im Stillen, im Selbstgespräch, ständig darüber nach, wie er ein ‚guter Arzt‘, wie er zu einem ärztlich ‚guten Leben‘ kommen könne (...). Kein Arzt kann nicht darüber nachdenken“ (S. 1).

Eine Befragung von Assistenzärzten in den 90iger Jahren ergab, dass deren Idealbild des Arztes humanitär, fürsorglich und beziehungsorientiert war. Sie hielten ihren Beruf für eine Berufung und bei ihren Lebenszielen erreichten Altruismus und Leistung besonders hohe Werte (Abele, 2001). Das Bild des Arztes in den modernen Medien ist geprägt von einer Heroisierung und Idealisierung in unzähligen Krankenhaus- und Arztserien einerseits und einer kritischen Darstellung der Ärzte als geldgierig (z. B. Abrechnungsbetrug), unfähig (Kunstfehler) oder unethisch (Vollstrecker einer unmenschlichen Apparatemedizin) auf der anderen Seite (Bergner, 2006, S. 152).

Um der Bedeutung, die das ärztliche Selbst- und Fremdbild für das professionelle Rollenverständnis, die Gesamtidentität des Arztes, seine Arbeitssituation und seine Einstellung zur eigenen Gesundheit hat, weiter auf die Spur zu kommen, sollen im Folgenden die wichtigsten Merkmale skizziert werden. Selbstverständlich kann es sich dabei in diesem Rahmen nur um eine vereinfachende Zusammenfassung handeln, die weitergehende Widersprüche und Divergenzen unberücksichtigt lassen muss.

Nach einem kurzen Überblick über die historischen Wurzeln des Arztberufes soll das ärztliche Idealbild und das damit eng verknüpfte Selbstbild der Mediziner genauer untersucht werden. Das besondere Ansehen, das Ärzte genießen wird kurz beleuchtet. Als mögliche Gründe für die spezielle Reputation werden die existentiellen ärztlichen Tätigkeitsfelder wie Krankheit und Tod und der damit verbundene besondere Nimbus beleuchtet. Über die Jahrhunderte hinweg stand neben der Fachkompetenz immer auch die ganze Arztpersönlichkeit im Blickfeld des ‚guten Arztes‘. Das professionelle Rollenbild des

Mediziners und die damit hauptsächlich assoziierten Fähigkeiten und Eigenschaften sollen dargestellt werden. Besonderes Augenmerk wird auf die scheinbare Unverwundbarkeit des Arztes und den daraus resultierenden Umgang mit der eigenen Gesundheit gelegt. Abschließend sollen einige Diskrepanzen, die sich aus dem Idealbild und der beruflichen Realität moderner Mediziner ergeben, beispielhaft vorgestellt werden.

5.1 Historische Entwicklung des Arztberufes

Von Troschke (2004) stellt in seiner Abhandlung „Die Kunst, ein guter Arzt zu werden“ fest: „Die Entwicklung der Medizin hat in einem permanenten Spannungsverhältnis zwischen *Heilkulten*, *Heilkunde/Heilkunst* sowie medizinischer *Wissenschaft* stattgefunden“ (S. 74, [Hervorhebung im Original]).

Ausgehend von dieser Polarität, und mit den elementaren Bereichen des Lebens Gesundheit, Krankheit und Tod befasst, sind drei erkenntnistheoretische Grundströmungen für die Medizin und die Herausbildung des Arztberufes bestimmend (von Troschke, 2004, S. 74 u. 75):

- Unter dem Paradigma, dass Phänomene wie Krankheit und Tod auf den Einfluss von transzendentalen Mächten zurückzuführen sind, nimmt der Arzt die Rolle des Priesters ein, der zwischen den Göttern und den Menschen vermittelt und mit Heilkulten für die Gesundheit der Gläubigen/Patienten betet und bittet.
- In Abgrenzung dazu steht die Ansammlung und spätere Systematisierung von Erfahrungswissen über die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten und ihre Behandlung. Mit Hilfe kausaler Erklärungssysteme entsteht eine Heilkunde und in der Umsetzung die Heilkunst.
- Der dritte Ansatz besteht in der naturwissenschaftlich objektivierenden Untersuchung von Krankheits- und Gesundheitsmerkmalen mit Hilfe systematischer Beobachtung und Analyse, bis hin zur Erforschung künstlich hergestellter Beobachtungszustände im Experiment.

Je nachdem, welcher der erkenntnistheoretischen Ansätze historisch vorherrschend war, wurde die Rolle des Arztes anders interpretiert. Für den westlichen Kulturkreis lässt sich vereinfacht, und die vielen Überschneidungen und Parallelen ignorierend, eine Entwicklung vom Heiler mit spirituellen Kräften, über den mittelalterlichen Kräuterkundigen, zum naturwissenschaftlich orientierten Arzt nachzeichnen.

Noch im Mittelalter herrschte eine Vielfalt von beruflichen Professionen, die sich mit der Gesundheit und Krankheit der Menschen beschäftigten, wie z. B. Bader, Wundärzte, Hebammen usw. Einheitliche Lehrmeinungen oder gar definierte Berufsbilder existierten nicht. Bis ins 12. Jahrhundert waren die christlichen Klöster wichtige Stätten für die Bewahrung und Anwendung heilkundlichen Wissens. Die christliche Haltung, Krankheit als Prüfung der Seele anzusehen, führte allerdings zu einer Stagnation der körperlichen Behandlung (Rieder, 1999, S. 21).

Mit der Ablösung der Mönchsmedizin durch die scholastische Medizin fand dann eine Rückbesinnung auf die antike griechische Heilkunde statt, die heute als der Ursprung der modernen Medizin gesehen wird (von Troschke, 2004, S. 76).¹³ Von nun an wurde medizinisches Wissen an den noch jungen Universitäten des Abendlandes gelehrt und es begann der Aufbau der weltlichen Schulmedizin (Eckart, 2000, S. 107). Damit ging die Entwicklung des Berufsbildes des Arztes einher. Dieser wurde im weiteren Verlauf mit staatlicher Unterstützung zum „herrschenden Verwalter medizinischen Wissens“ (Grahmann & Gutwetter, 2002, S. 110). Mit der Akademisierung des Heilberufes wurden die vorher existierenden diversen medizinischen Laienheiler verdrängt und Frauen der Zugang zum Arztberuf verwehrt. Mit der Institutionalisierung der Krankenhäuser um 1800 erweiterte sich die Definitionsmacht der Ärzte nochmals.

Im Zuge der Systematisierung und Zuordnung von Zeichen und Symptomen zu bestimmten Krankheiten kam die Entscheidung, was als ‚krank‘ und was als ‚gesund‘ anzusehen ist, der Medizin zu. Diese bis heute existierende normative Gewalt geht über eine reine Tatsachenfeststellung weit hinaus, sie beinhaltet ein Werturteil darüber, was als ‚normal‘ bzw. was als ‚nicht normal‘ gilt (Hnilica, 2006, S. 29). Das Krankheitskonzept der modernen Medizin erweist sich damit auch als ein Instrument zur Identifizierung von sozialer Abweichung überhaupt.

Unter dem Einfluss der Aufklärung entdeckte der Staat die Gesundheitsfürsorge als seine Aufgabe, um zum Beispiel gesunde Arbeitskräfte für die wachsende Produktion oder gesunde Soldaten für die Armeen bereitzustellen. Die Hospitäler waren nun zumeist in städtischer Verwaltung und die Institutionalisierung der Ärzte wurde durch die Einrichtung eines Stadtarztes weiter vorangetrieben. Die medizinische Versorgung der Allgemeinbevölkerung

¹³ Hippokrates, auf den der noch heute von allen Ärzten zu leistende Eid zurückgeht, gilt als erster Arzt, der die Erfahrungen der Heilkunde mit wissenschaftlichen Beobachtungen und Analysen zu verbinden suchte. Ihm wird „die Wandlung der Heilkunde vom Mythos (Umgang mit den Angelegenheiten der Götter) (...) zum Logos (verstandesorientiertes Vorgehen) (...) zugeschrieben“ (Grahmann & Gutwetter, 2002, S. 109).

wurde der Sphäre von Almosen und Barmherzigkeit entzogen und ebenfalls institutionalisiert. (Grahmann & Gutwetter, 2002, S. 111ff)

Im 19. Jahrhundert ist das naturwissenschaftliche Denken in der Medizin allein bestimmend und verdrängte ganzheitliche oder philosophische Ansätze. Die ärztliche Ausbildung in Deutschland wurde vereinheitlicht und die Berufsbezeichnung ‚Arzt‘ gesetzlich geschützt. Gleichzeitig entfiel die Verpflichtung für Ärzte sozial Schwache unentgeltlich zu behandeln. Prägend für die Ausbildung und die Medizin insgesamt wird die preußische Militärakademie. Um genügend gut ausgebildete Militärärzte für die preußischen Hegemonialbestrebungen zu gewinnen, wurden diese an elitären Militärakademien geschult. Die Medizin wird nach militärischem Vorbild organisiert, hier hat die Hierarchisierung in Oberärzte und Unterärzte ihren Ursprung. Da die Professoren der berühmten Militärakademie ‚Pépinière‘ gleichzeitig Professoren an der Berliner Charité waren, wurde das Chefarztsystem auch an der Berliner Universität eingeführt und verbreitete sich von dort im ganzen deutschsprachigen Raum. Die militärischen Grundsätze von Gehorsam und Widerspruchslosigkeit wurden zu festen Konstanten in der medizinischen Ausbildung (Ruebsam-Simon, 2002).

Gegen Ende des Jahrhunderts begann mit der Einführung der Kranken-, Unfall-, Alters- und Invalidenversicherung die Epoche der Sozialmedizin. Die Professionalisierung der Ärzte erhielt einen weiteren gewaltigen Schub (Eckart, 2000, S. 251). Ihre Definitionsmacht wurde nochmals erweitert:

Medizinische Behandlung, Arbeitsunfähigkeit, Wahl des Berufes und des Arbeitsplatzes, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität werden von der Definition der Medizin abhängig. Die zumindest normativ frei zugängliche Chance professioneller Hilfe, die relative Sicherheit im Falle von Krankheit und Gebrechen wird durch den Verlust an Verfügungsmacht über den eigenen Leib erkaufte.
(Labisch, 1989, zitiert nach Egbert, 2005, S. 60)

Mit diesen Veränderungen setzte sich der fachliche und soziale Aufstieg der Ärzte fort und es entstand ein wachsendes Selbstbewusstsein des ärztlichen Standes.

Die medizinischen Erfolge z. B. im Bereich der Zellulärpathologie (R. Virchow), der wissenschaftlichen Hygiene (M. v. Pettenkofer) und der Bakteriologie (L. Pasteur, R. Koch) festigten die Allmacht des naturwissenschaftlichen Denkens und waren Wegbereiter für den „babylonischen Größenwahn“ (von Troschke, 2004, S. 83), der im 20. Jahrhundert dazu führte, dass sich „schließlich die Medizin als Führerin der Menschheit proklamieren [konnte], als Souverän über Leben und Tod. Als Garant für Glück und Wohlfahrt aller Völker, als Mittel den Gipfel menschlicher Kultur erreichen zu können“ (von Troschke, 2004, S. 83).

Wie schon zuvor ging die Medizin eine enge Verbindung mit gesellschaftlichen Ideologien und staatlichen Interessen ein. In einem von Weltkriegen und Diktaturen gekennzeichneten Jahrhundert praktizierten Ärzte im nationalsozialistischen Deutschland eine ‚Medizin ohne Menschlichkeit‘ (Mitscherlich): Mediziner waren maßgeblich an der Entwicklung der Ideologie der ‚Rassenhygiene‘ beteiligt, sie führten Humanversuche und Zwangssterilisationen durch und beteiligten sich an den Morden zur ‚Vernichtung lebensunwerten Lebens‘ und dem Genozid der europäischen Juden.

Als Reaktion auf die Auseinandersetzung (z. B. während der Nürnberger Prozesse) mit den unfassbaren Verbrechen der Ärzte während des deutschen Nationalsozialismus wurden zukünftige ethische Prämissen für die Durchführung von Humanexperimenten entwickelt. Der Weltärztebund formulierte 1948, in Anlehnung an den hippokratischen Eid, ein Ärztegelöbnis, dass Ärzte zur absoluten Achtung des Lebens und der Gesundheit ihrer Patienten, unabhängig von religiösen, nationalen, rassistischen und politischen Gesichtspunkten verpflichtet (Eckart, 2000, S. 355ff.).

Der in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts geforderte Paradigmenwechsel, vom paternalistisch geprägten Arzt-Patienten-Verhältnis hin zum aufgeklärten und autonom entscheidenden Patienten, ist ebenfalls vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der NS-Zeit zu verstehen. In einer weiterhin fast ausschließlich naturwissenschaftlich begründeten Medizinpraxis, die zahlreiche, zum Teil spektakuläre Erfolge in der Erkennung und Behandlung von Krankheiten verbuchen kann, gewinnt die Kritik an einer fragmentierten Apparatedizin, die den ganzen Mensch aus dem Auge verliert, trotzdem an Bedeutung (Eckart, 2000, S. 321).

Ärzte sehen sich zum Ende des 20. und Beginn des 21. Jahrhunderts in einem Spannungsfeld aus veränderten technologischen, wirtschaftlichen und ethischen Rahmenbedingungen, die neue Anforderungen stellen.

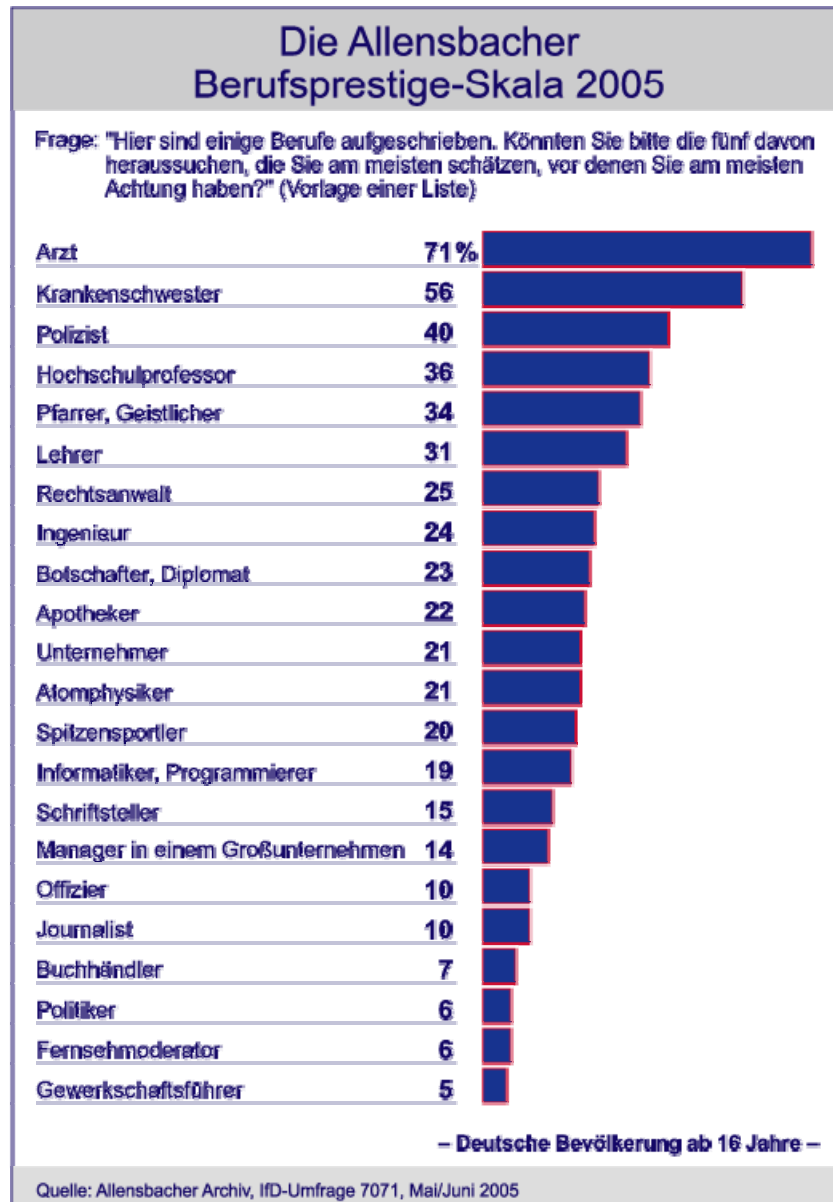
5.2 Das Fremd- und Selbstbild bei Ärzten

Das außergewöhnliche Prestige des Arztberufes

Der Arztberuf und mit ihm seine Vertreter, die Ärzte, genießen in Deutschland ein besonders hohes Ansehen. Ein hohes soziales Prestige und gesellschaftliche Anerkennung sind mit dem Arztberuf verknüpft. In den über 40 Jahren, in denen das Institut für Demoskopie Allensbach das Image verschiedener Berufe in der Allgemeinbevölkerung ermittelt hat, stand der Beruf

des Arztes immer an erster Stelle und erfuhr die höchste Wertschätzung. Im Jahr 2005 haben 71% der Befragten die meiste Achtung vor dem Beruf des Arztes.

Tabelle 5: Berufsprestige-Skala 2005



(Quelle: Allensbacher Archiv, 2005)

Auch bei der Frage nach dem Traumberuf liegt die Arbeit als Arzt oder Ärztin an erster Stelle und bei der Bewertung der Ehrlichkeit von Berufsgruppen erreichen Allgemeinmediziner immerhin den vierten Platz. Ärzten wird eine hohe moralische Integrität unterstellt, sie werden zur Beurteilung ethischer Fragen hinzugezogen.¹⁴

¹⁴ Festzustellen ist aber eine, wenn auch auf hohem Niveau, stetige Abnahme des gesellschaftlichen Status der Ärzte. Schätzten 1966 noch 84% den Arztberuf am höchsten ein, sind es 2005 13% weniger (Bergner, 2006).

Existenzielle Handlungsfelder der ärztlichen Tätigkeit

Worin ist die besondere Stellung des Arztes begründet? Sicher hat seit Anbeginn der Gegenstand der ärztlichen Tätigkeit zu ihrem außergewöhnlichen Nimbus beigetragen. Die elementarsten menschlichen Existenzbereiche wie Geburt, Leben, Krankheit und Tod sind die ‚Arbeitsfelder‘ des Arztes. Er ist der Mittler zu den göttlichen Mächten, die über Leben und Tod entscheiden oder er ist derjenige, der über die Enträtselung der naturwissenschaftlichen Kausalketten Krankheiten heilt und Leben rettet. Der existentielle Auftrag verlieh dem Priesterheiler Macht und begründete seinen Mythos, so wie er die kollektiven Vorstellungen über den modernen Herzchirurgen bestimmt.

Das Bild des Arztes in der Gesellschaft ist stark von dem jeweiligen Verständnis des Todes geprägt. Wird der Tod als ein von transzendentalen Mächten bestimmtes Ereignis gesehen, dem der Mensch grundsätzlich ohnmächtig gegenübersteht, ist die Rolle des Arztes die eines Dieners gottgegebener Naturgewalten. Mit der Infragestellung eines göttlichen Willens und der Annahme der Beherrschbarkeit der Natur durch den Menschen gewinnt der Kampf gegen den Tod einen Sinn. Ärzte werden zu Heroen, die mit dem Tod um das Leben ihrer Patienten ringen. Jetzt besiegt der Arzt die Krankheit, aber jeder Tod bedeutet auch eine Niederlage der Medizin (von Troschke, 2004, S. 27).

Die Polarität zwischen der (demütigen) Hinnahme existentieller Menschheitserfahrungen und der positivistischen Hoffnung auf vollkommene Gesundheit ist der modernen Medizin immanent. Das Versprechen der Medizin, Krankheit und Leid zu verbannen, ist komplementär zu den Wünschen ihrer Patienten. Oder anders ausgedrückt, der Umgang mit Schmerz, Angst und Tod ist so belastend, dass eine Projektionsfigur, die all dies bannt, unverzichtbar erscheint. Der Archetyp des Heilers und die ‚Götter in Weiß‘ sind tief in das kollektive Unbewusste der westlichen Gesellschaften eingegraben. Gathmann und Semraulininger (1996) deuten die auf Ärzte projizierte Autorität darüber hinaus als kollektive Sehnsucht nach einer starken Vaterfigur (S. 155).

Die besondere Rolle des Arztes hängt auch mit den durch seine Tätigkeit erforderlichen Tabuverletzungen zusammen. In dem Ausspruch des Literaten und Medizinkritikers van der Meersch (1949) „Die Konsultation eines Arztes ist nichts anderes, als dass sich ihm der Mensch mit gefesselten Händen und verbundenen Augen anvertraut“ (zitiert nach Raven, 1998) wird die grundsätzliche Asymmetrie des Arzt-Patienten-Verhältnisses deutlich. Im

Rahmen der ärztlichen Tätigkeiten werden ansonsten geltende gesellschaftliche Konventionen und zivilisatorische Grenzen aufgehoben:

Wie bei keiner anderen Berufsgruppe impliziert das Handeln des Arztes permanent Tabuverletzungen und Grenzüberschreitungen – Patienten sind ihm ausgeliefert, sie sind nackt, bewußtlos, der Arzt darf sie berühren, sie stechen, schneiden, er darf sogar ihren Tod riskieren; er darf ihre Intimschranken überschreiten, er muß sie beurteilen, begutachten, er entscheidet über weitere Lebenswege.
(Schwaiger & Bollinger, S. 30)

Zwischen Arzt und Patient entsteht eine Intimität, wie sie sonst nur unter nahen Freunden und Familienmitgliedern herrscht, Ärzte wissen persönliche Details aus dem Leben ihrer Patienten. Viele Untersuchungen oder Behandlungen sind körperlich invasiv, außerhalb der Heilbehandlung durchgeführt, erfüllen sie den Tatbestand der Körperverletzung.

Es liegt nahe, von der Profession, der man einen solch weit reichenden Machtspielraum zugesteht, eine besondere moralische Integrität zu fordern und diese (bis zum Beweis des Gegenteils) zu antizipieren.

Die Bedeutung der ‚Arztpersönlichkeit‘

Aus dem bisher Gesagten ist bereits deutlich geworden, dass der Arzt in seiner kulturgeschichtlichen Entwicklung nur selten als ‚Handwerker‘ oder rein in Bezug auf sein medizinteoretisches Fachwissen wahrgenommen worden ist. Sowohl im Fremd- wie im Selbstbild spielt die Persönlichkeit des Arztes ebenfalls eine große Rolle. Die Frage nach dem ‚guten Arzt‘ wies und weist immer über die Sachkompetenz hinaus. Es lassen sich vielfältige Beispiele finden in denen ärztliche Vertreter für ihren Berufsstand eine ganz besondere Begabung und Hingabe erforderlich sahen. Theophrast von Hohenheim (lat. Paracelsus) forderte etwa: „Der Arzt habe die heilige Sendung, das von Gott verliehene Amt zu fördern, er habe dort einzugreifen und anzufangen, wo die vis vitalis, die Lebenskraft erlahme. Der tiefste Sinn des ärztlichen Helfers sei die Liebe“ (zitiert nach Hohner, 2003, S. 20).

Aber auch im 20. Jahrhundert ist das besondere Charisma des Arztes unverzichtbar. Der Arzt und Philosoph Karl Jaspers formuliert 1953 in seiner „Idee des Arztes“ einen Anspruch in dem das fachliche Wissen nur einen kleinen Anteil hat, aber das Aushalten des Widerspruchs von Heilserwartungen und den geringen faktischen Heilsmöglichkeiten dem Arzt fast Übermenschliches abverlangt. Er soll „ein *Wissender*“ [Hervorhebung im Original] sein, der „die Grenzen des Menschen“ sieht. Trotz seiner Haltung, der „scheinbaren Unbetroffenheit“, soll der Arzt „der Ergriffenste sein“ und allen Verführungen, die sein Beruf mit sich bringt,

widerstehen was bedeutet: „Der Arzt muss anders werden, wie Menschen sonst sind“ (sämtliche Zitate nach von Troschke, 2004, S. 30).

Mal wird der Arzt als der perfekte Gentleman mit außerordentlicher moralischer Integrität gesehen, dann wieder ist eine künstlerisch kreative Begabung Voraussetzung für die Ausfüllung der Rolle.

Was genau diese besondere Fähigkeit des Arztes ist, die oft als das ‚Eigentliche‘ der ärztlichen Tätigkeit gesehen wird, ist also schwierig zu bestimmen und gipfelt bei Schulden (1963) in der Feststellung des „Unsagbaren“:

Der Arzt, der wirklich Arzt sein will, wird zugleich mehr sein als Arzt. Das eigentliche Wesen des Arzttums aber ist, um es ganz kurz zu sagen, ein echtes ‚arrheton‘, d. h.: ein Unsagbares! Auch der einfachste Mensch erspürt noch dessen Auswirken. Es ist ‚ewig‘! Insofern ewig, als ohne dieses ‚arrheton‘ das Arzttum nicht mehr Arzttum wäre!

(zitiert nach Bollinger & Hohl, 1981, S. 146)

So unterschiedlich die Anforderungen an die Arztpersönlichkeit im Einzelnen auch erscheinen, gemeinsam sind ihnen immer das Besondere und ihre Absolutheit. Eine weit reichende Kongruenz der Denkfigur des ‚guten Arztes‘ mit dem ‚guten Menschen‘ ist ebenfalls feststellbar.

Der Arztberuf als Profession

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich zwangsläufig, dass der ärztliche Auftrag nicht im Rahmen einer zeitlich und inhaltlich begrenzten beruflichen Tätigkeit erfüllt werden kann. Das ärztliche Wirken und Handeln erscheint z. B. mit den sonst üblichen (und gesetzlich vorgeschriebenen) Arbeitszeitbegrenzungen unvereinbar. Folgerichtig arbeitet man nicht als Arzt, sondern *ist* Arzt.

In der berufssoziologischen Forschung gehört der Arztberuf, neben Priestern und Advokaten, zu den klassischen Professionen. Der Wahrung und Förderung von zentralen Werten der Gesellschaft wie Gesundheit, Religion und Gerechtigkeit liegt in den Händen von Angehörigen einer Profession und nicht bei ‚einfachen‘ Berufstätigen (Raven, 1989, S. 19). Charakteristisch für eine Profession ist die fachliche Kompetenz, die im Rahmen eines wissenschaftlichen Studiums erworben wird, ein spezielles Zulassungsverfahren, das die berufliche Tätigkeit erlaubt, die Geschlossenheit des Marktes gegenüber anderen, d. h. nur die Mitglieder der jeweiligen Profession dürfen die spezifische Leistung erbringen, eine fachliche Kontrolle durch die Mitglieder der Disziplin selbst und die Legitimation der Profession durch

ihre spezifische Funktion (z. B. Bekämpfung von Krankheiten), einhergehend mit einer weit reichenden Handlungsautonomie und einem spezifischen Berufsethos (Hohner, 2003, S. 17).

Neben diesen strukturellen Gegebenheiten beinhaltet die Zugehörigkeit zu einer Profession spezifische identitätsstiftende Merkmale, die für das Selbstverständnis des Arztes von zentraler Bedeutung sind.

Das Arzt-Sein wird zur strukturierenden Existenzweise und dominierenden Rolle hinter der andere Rollen, wie z. B. die als Ehepartner, Elternteil, Nachbar oder Freund zurücktreten. Arbeit und Leben sind in der Profession nicht zu trennen. Der Professionelle folgt seiner Berufung und das möglichst umfassend. Die Arbeit wird zum alleinigen Relevanzbereich des Arztes. Wenn Ferdinand Sauerbruch, seine Assistenzärzte mit einem Heiratsverbot belegt und von sich selbst sagt: „Mein privates Leben tauchte in meinem ärztlichen Pflichtenkreise unter“, wird das Verhältnis von beruflicher Tätigkeit zu anderen Lebensbereichen deutlich (zitiert nach Hohner, 2003, S. 17).

Dies bedeutet auch, dass die mit der ärztlichen Tätigkeit verbundenen Haltungen, Eigenschaften und personalen Beziehungsstrukturen in den privaten Lebensbereichen ebenfalls zum Tragen kommen: der Arzt ist möglichst auch als Privatmensch besonnen, verantwortungsvoll, stark usw. (Bollinger & Hohl, 1981, S. 175ff.).

Belohnt wird das, mit der professionellen Rolle verbundene, außerordentliche Engagement i. d. R. durch ein hohes Sozialprestige und/oder ein vergleichsweise hohes Einkommen.

Für den ärztlichen Bereich sehen Bollinger und Hohl (1981) allerdings zunehmend Deprofessionalisierungstendenzen hin zu einer Job-Mentalität, vergleichbar mit anderen Berufen. Der durch die Ökonomisierung des Gesundheitssystems beförderte Autonomieverlust der Ärzte, die Einkommenseinbußen, aber auch die in modernen Gesellschaften üblichen Bestrebungen nach Selbstverwirklichung außerhalb der Arbeit begünstigen bei Ärzten die Aufgabe der professionellen Existenz zu Gunsten einer begrenzten beruflichen Tätigkeit.¹⁵

¹⁵ Die neueren Tendenzen der Ärzteschaft, sich zu organisieren und durch politischen Druck ihre Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten zu verbessern sind deutlicher Ausdruck dieser Entwicklung. Die Proteste stehen (zumindest teilweise) im Widerspruch zu den Erwartungen an eine Profession (z. B. zeitlich unbegrenzter Arbeitseinsatz) und haben ihren Ursprung sicher auch in der Tatsache, dass den Ärzten die Privilegien (hohes Sozialprestige und Einkommen) einer solchen zunehmend abhanden gekommen sind.

Idealtypische Eigenschaften und Haltungen des ‚guten Arztes‘

Wie bereits dargelegt sind die Erwartungen der Patienten an Ärzte und deren eigene Selbstanforderungen vielfältig und in der Regel hoch. Die fachliche Kompetenz ist dabei nur eine von vielen. Bergner (2006) listet folgende Eigenschaften auf, die von Ärzten im Idealfall erwartet werden: „annehmend, aufnehmend, aufopfernd, fleißig, freundlich, fügsam, gehorsam, genügsam (mit wenig Geld zufrieden), gläubig, herzlich, hilfsbereit (und das immer), kritiklos, pflegend, ruhig, selbstlos, sicher, systemtreu, unterwürfig, verständnisvoll, zart und stark zugleich“ (S. 96).

Erwartungsgemäß beziehen sich viele der antizipierten Eigenschaften auf die Fähigkeit des Arztes, eine tragfähige Beziehung zu den Patienten aufzubauen (annehmend, freundlich, herzlich, verständnisvoll). Das Bild des Arztes als toleranter Freund des Patienten scheint hier auf (vgl. Kap. 4.2)

Deutlich wird auch der Wunsch nach einem idealistischen Helfer mit möglichst wenig eigenen Bedürfnissen (aufopfernd, genügsam, selbstlos). Die Bereitschaft zur (partiellen) Selbstaufgabe wird als eine Grundvoraussetzung des Arztberufes gesehen. Besonders sichtbar wird sie z. B. bei der von Ärzten erwarteten und in großem Ausmaß geleisteten ständigen Verfügbarkeit.¹⁶ Entschädigt wird der Arzt für diesen Selbstverzicht durch die Befriedigung der Arbeit selbst. Beispielhaft sei hier der berühmte Arzt und Stressforscher H. Seyle zitiert: „Arbeitsüberlastung und stete Verfügbarkeit werden für jemanden, der den ärztlichen Beruf liebt, tausendfach kompensiert durch die Befriedigung, welche die Erfüllung dieser Aufgaben ihm schenkt“ (zitiert nach von Troschke, 2004, S. 243).

Der Arzt soll souverän (ruhig, sicher, stark) und gleichzeitig einfühlsam (zart) sein. Das kostbare Gut Gesundheit soll von jemandem verwaltet werden, der weiß was er tut, der immer besonnen und mit besonderer innerer Kraft agiert. Selber verunsichert, wünscht sich der Patient einen ‚Führer‘, der ihm mit ruhiger Hand den Weg aus dem Dilemma weist. Die Autorität des Arztes soll aber durch dessen Zartgefühl abgemildert werden.

Auffallend (und zunächst überraschend) ist die Häufung von Eigenschaften, die sich auf die Fähigkeit zur Unterordnung beziehen (fügsam, gehorsam, kritiklos, systemtreu, unterwürfig), stehen sie doch im Widerspruch zum ‚Halbgott in Weiß‘ mit seiner Autorität gegenüber dem Pflegepersonal, aber auch den Patienten. Ihre Entsprechung finden sie allerdings in der militärisch geprägten Ausbildung der Ärzte, die Gehorsam und Disziplin befördert und Widerspruchsgeist sanktioniert (s. o.).

¹⁶ Bei den Wünschen von Patienten an ihren Arzt stehen Erreichbarkeit und Verfügbarkeit an erster Stelle. Ein deutscher Allgemeinarzt arbeitet durchschnittlich 68,5 Stunden die Woche (Bergner, 2006, S. 126).

Die Erwartungen an den Arzt sind m. E. von einer grundsätzlichen Dichotomie gekennzeichnet: Zum einen soll er besonders ‚menschlich‘ im Sinne von sensibel und empathisch sein, zum anderen verbietet die Rolle eine ganze Reihe menschlicher Reaktionen. Eigene Unsicherheit und Ratlosigkeit darf ein Arzt nicht zeigen, die Helferrolle erfordert Souveränität und Unfehlbarkeit. Gleichzeitig ‚Freund‘ und ‚Führer‘ des Patienten zu sein ist nicht leicht.

Wie erwirbt der angehende Arzt diese Fähigkeiten, die im offiziellen Lehrplan keine Rolle spielen? Schwaiger & Bollinger (1981) und Egbert (2005) haben eindrücklich gezeigt, wie z. B. der Anatomiekurs als ein wichtiger Bestandteil des Medizinstudiums neben der Vermittlung von anatomischem Fachwissen der ‚Erziehung zur Arztpersönlichkeit‘ und der Herausbildung spezifischer mit dem Beruf verknüpfter Eigenschaften und Haltungen dient. Das Sezieren von Leichen stellt einen (legitimierten) außerordentlichen zivilisatorischen Tabubruch dar, der die gewohnten Handlungsweisen und Empfindungen der Studenten außer Kraft setzt und sie dazu befähigt, berufsspezifische Einstellungen und Werthaltungen zu erwerben. Der ansonsten beispiellose Umgang mit dem toten menschlichen Körper im Rahmen des Präparierkurses stellt einen Initiationsritus dar, bei dem die angehenden Mediziner Selbstbeherrschung und die Negation ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse lernen, Vertrauen in die eigene Stärke gewinnen und die Fähigkeit, auch in extremen Situationen handlungsfähig zu bleiben, entwickeln:

Überblickt man zusammenfassend die Qualifikation, die unter der Hand im Anatomiekurs vom Studenten erworben werden, so besteht deren wichtigste wohl darin, auch angesichts großer psychischer Bedrohung handlungsfähig zu bleiben. Der Student lernt, die Entgrenzung, das Verlassen der sicheren Pfade, die dem Durchschnittsmenschen vielfach die Konfrontation mit existenziellen Problemen, mit Tod, Aggression, Ekel ersparen auszuhalten – er entwickelt die Sicherheit, ‚es schaffen zu können‘, Angst und Unsicherheit aushalten zu können und den Glauben an die Machbarkeit von scheinbar Unmöglichem. Dieser Glaube, man könne alles schaffen, begründet die Neigung zu Omnipotenzvorstellungen bei vielen Mediznern. Damit einher geht die Annahme, alles *machen zu müssen* [Hervorhebung im Original], der innere Handlungszwang – eine der Techniken, mit der Unsicherheit und Angst umzugehen.

(Schwaiger & Bollinger, 1981, S. 47).

Die so gewonnenen Fähigkeiten sind in vielen medizinischen (Not-)Situationen hilfreich. Sie stellen aber auch den (misslungenen) Versuch dar, die kaum von einer Person zu erfüllenden Anforderungen und die damit verbundenen Unsicherheiten zu kompensieren.

Die Unverwundbarkeit des Arztes

Die latente Nichtakzeptanz von Grenzen bestimmt auch den Umgang des Arztes mit seiner eigenen Gesundheit. Eigene Schwächen oder gar Erkrankungen werden mit Hilfe des Paradigmas ‚Ich schaffe es schon‘ ausgeblendet und verdrängt. Das Studium und die Arbeit als Mediziner führen zu dem Gefühl der ärztlichen Stärke und Unverwundbarkeit. Versinnbildlicht in einer bekannten allegorischen Darstellung „drängt sich der herkulisch, hemdsärmelige Helden-Arzt zwischen Gevatter Tod und die Patientin: Die Sense des großen Mähers vermag ihn nicht zu berühren“ (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 164).

Wenngleich die empirischen Daten nahe legen, dass Ärzte mindestens ‚genau so krank‘ sind wie ihre Patienten, erfordert ihre Rolle die Verkörperung robuster Gesundheit und unbegrenzter Belastbarkeit. Viele Mediziner reagieren auf diese Idealvorstellung, indem sie sogar die Wahrnehmung von Belastung ausblenden (Fengler, 1998, S. 47).

Selbstbild und Fremdwahrnehmung von Ärzten sind in diesem Fall deckungsgleich. Die Gesellschaft bzw. die Patienten wollen ebenfalls nicht mit der tatsächlichen Verwundbarkeit ihres Arztes konfrontiert werden. Der Kardiologe, der einen Herzinfarkt erleidet, der Psychiater, der depressiv wird, aber auch der Allgemeinmediziner mit einer Bronchitis stellen die Sachkompetenz des Arztes in Gesundheitsfragen generell in Frage: Wenn er sich schon selbst nicht helfen kann, wie soll er dann Patienten ‚retten‘? Der kranke Arzt scheint das Heilungsversprechen der gesamten Medizin zu untergraben und so arbeiten Mediziner und Laien gemeinsam an der Illusion von der Immunität des Helfers gegenüber körperlichen und psychischen Leiden.

Diese Vorstellung wird auch unter Berufskollegen aufrechterhalten und ist unter anderem Grundlage für die starke Abwehr, (medizinische) Hilfe von anderen Ärzten in Anspruch zu nehmen (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 164 ff).

Mögliche Diskrepanzen zwischen dem Leitbild und dem medizinischem Alltag

Selbstverständlich sind die aufgezeigten Erwartungen und Vorstellungen, die mit dem Topos des ‚guten Arztes‘ verbunden sind, sowohl historisch wie auch aktuell nicht einheitlich und eindimensional. Dem charismatischen Heiler steht der ‚Teufel in Weiß‘ gegenüber und die moderne Medizin erfordert von ihren Praktikern neue und zum Teil widersprüchliche Eigenschaften und Fähigkeiten. Beispielhaft seien hier folgende Konfliktfelder aufgelistet:

- Der Arzt, der sich bisher als bedingungsloser Fürsprecher des Patienten gesehen hat, wird durch die ökonomischen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems immer stärker

zum ‚Gatekeeper‘, der entscheidet, welcher Patient welche Behandlung bekommt bzw. nicht bekommt. Diese Entwicklung beeinflusst das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt nachhaltig und leistet einer generellen Misstrauenskultur Vorschub in der der uneingeschränkt ‚gute‘ Arzt immer weniger möglich erscheint (Grahmann & Gutwetter, 2002).

- Der technologische Fortschritt im medizinischen Bereich ermöglicht bisher nicht da gewesene Eingriffe in natürliche Lebenszusammenhänge und wirft neue Fragen im Bereich der medizinischen Ethik auf. Durch die moderne Apparatedizin werden z. B. die Ansprüche, um jeden Preis Leben zu retten und die Würde des Patienten zu wahren, tendenziell zu Gegensätzen. Dadurch entsteht die paradoxe Situation, dass die Medizin trotz oder gerade wegen ihrer wissenschaftlichen Fortschritte immer kritischer wahrgenommen wird (Raven, 1998).
- Das individualistische und somatisch orientierte Krankheitsbild der Medizin ist nicht geeignet, dem veränderten Morbiditätsspektrum mit der deutlichen Zunahme an chronischen Erkrankungen adäquat Rechnung zu tragen. Veränderte Lebensbedingungen, aber auch die verbesserten Möglichkeiten der Medizin führen dazu, dass die Menschen immer älter werden. Akute Störungen, die dem naturwissenschaftlichen Ansatz der Medizin am ehesten entsprechen, verlieren an Bedeutung während chronische Erkrankungen, die den Arzt nicht als Heiler, sondern als psychosozialen Krankheitsbegleiter erfordern, immer wichtiger werden (Hohner, 2003).

Das Spannungsfeld, in dem sich der ‚gute Arzt‘ traditionell bewegt, vergrößert sich durch diese Entwicklungen nochmals: Die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und die Behandlungsmöglichkeiten werden stetig komplexer und erfordern ein immer größeres Spezialwissen. Die Anwendung einer ganzheitlich orientierten Heilkunde gewinnt, quasi als Gegengewicht zur fragmentierten Spezialbehandlung, reziprok an Bedeutung, ebenso wie die Fähigkeit des Arztes, den Patienten in seiner bio- psycho-sozialen Gesamtheit zu sehen und eine subjektorientierte Beziehung zu ihm aufzubauen.

Entsprechend ihrem Selbst- (und Fremdverständnis) als außerordentliche Heroen haben die Ärzte bisher versucht, diese Konflikte durch Festhalten an ihren Omnipotenzvorstellungen und immer mehr Leistung zu lösen. Der Umgang mit dem Widerspruch, der sich aus dem Selbstverständnis als ‚guter Arzt‘ und den strukturellen Gegebenheiten (die die Erfüllung der Rollenerwartungen oft gar nicht erlauben) ergibt, ist dann die Angelegenheit des einzelnen

Arztes und lässt sich m. E. als *individuelle Belastung* im Sinne Rieders interpretieren. Ob diese *Belastungen* bei dem erhöhten Suchtrisiko von Ärzten eine Rolle spielen und wie dieser Zusammenhang ggf. aussehen könnte, soll nachfolgend im Rahmen einer empirischen Untersuchung analysiert werden.

6 Forschungsdesign der explorativen Studie

6.1 Ziel und Fragestellung

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Frage nach möglichen Faktoren, die den Suchtprozess bei Ärzten beeinflussen. Die Problematik ist in den letzten Jahrzehnten, sowohl in der öffentlichen Medienberichterstattung wie auch in der wissenschaftlichen Forschung, verstärkt aufgegriffen worden. Dies hat zumindest teilweise zu einer Enttabuisierung beigetragen, aber noch immer erscheint ein suchtkranker Arzt als eine Kontradiktion. Gleichzeitig wird, wie in Kapitel 3.3 dargestellt, zunehmend deutlich, dass die Arbeitsbedingungen von Medizinern eine Reihe von außerordentlichen Belastungen aufweisen, die mit gesundheitlichen Risiken einhergehen und die epidemiologische Forschung belegt, dass die psychische Gesundheit von Ärzten tatsächlich eher unterdurchschnittlich ist und sie eine erhöhte Suchtprävalenzrate aufweisen.

Durch die Tätigkeit als betriebliche Suchtberaterin in einem Universitätsklinikum bin ich auf den unterschiedlichen Umgang des Pflegepersonals und der Ärzteschaft mit, zum Teil vergleichbaren, beruflichen Tätigkeitsmerkmalen aufmerksam geworden. Dabei fielen mir besonders die scheinbar grenzenlose Arbeitsbereitschaft der Ärzte und ihre Ignoranz gegenüber den eigenen Belastungsgrenzen auf. Mehr noch als die unterschiedlichen tariflichen Regelungen der beiden Beschäftigtengruppen, bezüglich der wöchentlichen Arbeitszeit, des Schichtdienstes usw., scheinen ungeschriebene Normen die Differenz hervorzurufen. Die Erwartungen der Patienten und Angehörigen, des Pflegepersonal, der Krankenhausleitung und nicht zuletzt der Ärzte selbst bilden einen Handlungsrahmen, innerhalb dessen Ärzte regelmäßig Überdurchschnittliches leisten. Dies wirft die Frage nach den Ursachen einer solchen Arbeitshaltung und ihren (gesundheitlichen) Folgen für die Betroffenen auf.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist ein erweitertes Verständnis für den Einfluss, den die spezifischen Arbeitsbedingungen auf die Suchtentstehungen bei Ärzten haben. Wie in Kapitel 2 dargestellt, werden Abhängigkeitserkrankungen dabei in ihrer bio-psycho-sozialen Komplexität berücksichtigt. Die Untersuchung der Arbeitsbedingungen soll insbesondere auch den Bereich der mit dem Arztberuf verknüpften Idealvorstellungen umfassen und Hinweise für entsprechende berufsspezifische Präventionsmaßnahmen geben.

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an dem Postulat der Sozialwissenschaften, die Betroffenen, in diesem Fall also suchtkranke Ärzte, als ‚Experten in eigener Sache‘ zu verstehen und versucht ihre subjektiven Erklärungsmodelle zu explorieren. Indem die Betroffenen selbst zu Wort kommen, ist es möglich, sich auf „the actor´s point of view“ (Witzel, 1982, S. 38) einzulassen und deren spezifische Erlebens- und Wahrnehmungsweise von sozialer Realität zu erfassen. Das durch die Befragung von betroffenen Ärzten gewonnene empirische Material erlaubt sowohl eine induktive wie deduktive Herangehensweise. Die Selbsteinschätzungen der Probanden können durch theoriegeleitete Interpretationen ergänzt werden.

Die übergeordnete Forschungsfrage lautet:

- Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Leitbild des ‚guten Arztes‘, den Arbeitsbedingungen von Medizinerinnen und der Entwicklung und dem Verlauf einer Suchterkrankung in dieser Berufsgruppe?

Weitere forschungsleitende Fragen der empirischen Untersuchung sind:

- Welche Tätigkeitsmerkmale und Arbeitsbedingungen werden von Ärzten als Belastungen wahrgenommen?
- Welche Hinweise auf das Leitbild des ‚guten Arztes‘ lassen sich im Selbstverständnis der Ärzte finden?
- Welche subjektiven Erklärungsmuster haben Ärzte für ihre Suchterkrankung?

Das zur Beantwortung der Fragen gewählte Forschungsdesign und die angewendeten Methoden sollen im Folgenden erläutert werden.

6.2 Forschungsmethodik

Das Vorhaben, die subjektiven Sichtweisen von Ärzten auf den Zusammenhang zwischen ihrer Arbeitssituation, dem gesellschaftlichen Leitbild des ‚guten Arztes‘ und ihrer Suchterkrankung zu explorieren, ist erkenntnistheoretisch in der empirischen Sozialforschung anzusiedeln. Methodologisch unterscheidet man in diesem Forschungszweig grundsätzlich zwischen quantitativen und qualitativen Verfahren.

Quantitative Verfahren orientieren sich an dem naturwissenschaftlichen Ideal der Exaktheit. Angestrebt wird die Verifizierung und Falsifizierung von Hypothesen durch die systematische

Operationalisierung theoretischer Zusammenhänge. Die quantitativ orientierte Sozialforschung postuliert die Objektivität als ein zentrales Merkmal, d. h., die in einer Untersuchung gewonnenen Ergebnisse sollen unbeeinflusst von den kontextabhängigen Bedingungen sein. Die Interaktion zwischen Forscher und Beforschem wird im Untersuchungsverlauf ignoriert (Schambach- Hardtke, 2005).

Die qualitative Forschung basiert auf der Erkenntnis der Sozialwissenschaften, dass die menschliche Wirklichkeit vielfältig und komplex konstituiert wird. Sie ist ebenfalls empirisch ausgerichtet, orientiert sich aber am geisteswissenschaftlichen Ideal des sinnhaften Verstehens. Bei den qualitativen Verfahren werden theoretische Konzepte und Hypothesen nicht aufgrund von wissenschaftlichem und alltagsweltlichem Vorwissen formuliert, sondern sie werden aus dem Untersuchungsmaterial selbst gewonnen. Der Forschungsgegenstand soll nicht in einzelne Variablen zerlegt werden, sondern möglichst in seiner Komplexität, unter Einbeziehung der Randbedingungen untersucht werden. Hierbei gilt das Prinzip der Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand, um ggf. neue Erkenntnisse zu gewinnen. Anders als in der quantitativen Forschung, wird bei qualitativen Verfahren der Einfluss der forschenden Person auf den Untersuchungsgegenstand als gegeben angesehen. Diese Subjektivität ist Bestandteil des Forschungsprozesses und muss im Verlauf reflektiert und offen gelegt werden (Schambach- Hardtke, 2005).

Der Zugang zur sozialen Wirklichkeit wird in der qualitativen Sozialforschung über die subjektiven Deutungen der Individuen (und ihre Interpretation durch den Forscher) realisiert. Für den Bereich der subjektorientierten Gesundheitsforschung definiert Flick (1998) die „subjektiven Theorien“ der Individuen (bzw. der Probanden) als ein Aggregat (aktualisierbarer) Kognitionen der Selbst- und Weltsicht mit zumindest implizierter Argumentationsstruktur. Sie erlauben eine mindestens teilweise Explikation bzw. Rekonstruktion parallel zur Struktur wissenschaftlicher Theorien (S. 331). Die individuenzentrierten Daten ermöglichen demzufolge auch Aussagen über subjektübergreifende Phänomene und Strukturen und können komplexe Entstehungszusammenhänge z. B. von Gesundheit und Krankheit erkennen lassen (Höppner, 2004, S. 77).

Für die vorliegende Arbeit erschienen die Verfahren der qualitativen Sozialforschung angemessen. Die angewandten Methoden der Datenerhebung, Datenaufbereitung und -auswertung sollen nun erläutert werden.

6.2.1 Datenerhebung

Das problemzentrierte Interview

Für die Datenerhebung wurde die Methode des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1985, 2000) gewählt. Das Verfahren steht in der Tradition des Symbolischen Interaktionismus und der ‚Grounded Theory‘ von Glaser und Strauss (1967, 1998). Diese Interviewform zielt auf „eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel, 2000, o. S.) und ist somit für die Exploration der vorliegenden Forschungsfragen besonders geeignet.

Die Interviewmethode stellt einen Kompromiss zwischen leitfadenorientierten und narrativen Gesprächsformen dar. Sie entspricht damit der Anforderung nach prinzipieller Offenheit in der qualitativen Forschung und erlaubt gleichzeitig eine Problemzentrierung, um den Forschungsfragen gerecht zu werden. Das Hintergrundwissen und die möglichen Vorannahmen fließen in die Befragung der Interviewten ein, zugleich wird aber angestrebt, das Interview offen zu halten, um auch neue, unerwartete Informationen generieren und integrieren zu können. Witzel (2000) spricht in diesem Zusammenhang von der Gleichzeitigkeit von Deduktion und Induktion:

Bezogen auf das PZI ist der Erkenntnisgewinn sowohl im Erhebungs- als auch im Auswertungsprozess vielmehr als induktiv-deduktives Wechselverhältnis zu organisieren. Das unvermeidbare, und damit offenzulegende Vorwissen dient in der Erhebungsphase als heuristisch-analytischer Rahmen für Frageideen im Dialog zwischen Interviewern und Befragten. Gleichzeitig wird das Offenheitsprinzip realisiert, indem die spezifischen Relevanzsetzungen der untersuchten Subjekte insbesondere durch Narrationen angeregt werden.
(o. S.)

Die Instrumente des problemzentrierten Interviews sind ein Kurzfragebogen, der Interviewleitfaden, die analoge oder digitale Aufzeichnung und das Postskriptum.

Der Kurzfragebogen wird eingesetzt, um die Sozialdaten der Befragten zu erfassen und das Gespräch nicht mit diesen eindimensionalen Fragen zu belasten. Aus den so gewonnenen Informationen können sich auch Fragen für das Interview ergeben.

Der Interviewleitfaden bildet den groben Orientierungsrahmen für die Befragung. Mit seiner Hilfe werden das Hintergrundwissen des Forschers thematisch organisiert und die Interviewpartner an das Thema herangeführt. Er enthält eine vorformulierte Frage für den Gesprächsbeginn und weitere Frageideen für die Einleitung relevanter Themenbereiche. Der Leitfaden soll aber nicht sequentiell abgearbeitet werden, sondern es wird versucht, dem Gesprächsfaden des Befragten zu folgen. Durch Erzählanreize, Sondierungsfragen und Ad-

hoc-Fragen sollen die Interviewpartner genügend Raum für Erzählpassagen erhalten, die ihre subjektiven Sichtweisen und Deutungen beinhalten.

Die vollständige Aufzeichnung des Gesprächs erlaubt es dem Interviewer sich auf das Gespräch zu konzentrieren und auch nonverbale Äußerungen wahrzunehmen. Die Aufzeichnungen werden transkribiert und dienen dann als Grundlage für die Datenauswertung. Paralinguistische Elemente des Gesprächs, wie z. B. längere Pausen oder Lachen können ebenfalls erfasst und zur Interpretation herangezogen werden.

Das Postskriptum dient der Erfassung des Interviewkontextes. Besonderheiten, wie z. B. Ereignisse vor dem Interview, Auffälligkeiten im Äußeren des Interviewten oder nachträgliche Anmerkungen, können für die Interpretation der Daten von Bedeutung sein.

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Kurzfragebogen angewendet, mit dessen Hilfe die wichtigsten demographischen Daten der Befragten (Alter, Familienstand usw.), ihre berufliche Situation (Berufsjahre, derzeitige Arbeitssituation) und die Rahmendaten ihrer Suchterkrankung (Dauer der Abhängigkeit, Anzahl der Entgiftungen) erhoben wurden (siehe Anhang I). Ausgehend von den Erfahrungen als betriebliche Suchtberaterin in einem Universitätsklinikum und dem daraus resultierenden praktischen und theoretischen Vorwissen wurde ein Leitfaden entwickelt. Dieser beinhaltete zunächst Fragen nach der ursprünglichen Motivation für den Arztberuf und der derzeitigen Arbeitssituation. Weitere Themenfelder waren die Suchterkrankung und die subjektiven Erklärungsmuster der Befragten. Nach Durchführung des ersten Interviews wurde der Leitfaden um Fragen zum Umgang mit der Patientenrolle erweitert (siehe Anhang II).

Samplebildung und Interviewdurchführung

Um den möglichen Zusammenhang zwischen der ärztlichen Tätigkeit und einer Abhängigkeitserkrankung zu untersuchen, sollten die Interviewpartner zum Zeitpunkt der Befragung als Mediziner tätig sein und an einer Abhängigkeitserkrankung leiden. Die Kontaktaufnahme fand über eine stationäre Therapieeinrichtung statt, die sich auf die Behandlung von suchtkranken Ärzten und Ärztinnen spezialisiert hat. Die Oberbergkliniken haben ein Therapiesetting für Mediziner entwickelt, das den in Kapitel 3.2.4 vorgestellten Richtlinien entspricht. Die dort praktizierte Kombination aus Entgiftung und intensiver Kurzzeittherapie soll den Ärzten die Durchführung der Behandlung erleichtern. Die Klinik arbeitet eng mit den Ärztekammern der Bundesländer zusammen und bietet eine spezielle

poststationäre Behandlung für Ärzte an, die auch approbationsrechtliche Anforderungen berücksichtigt.

Der Chefarzt der Einrichtung wurde gebeten, Ärzte, die nach ihrer Selbsteinschätzung an einer Substanzabhängigkeit leiden, auf mein Forschungsvorhaben und die Möglichkeit der Interviewteilnahme hinzuweisen. Da die Problematik von suchtkranken Ärztinnen geschlechtsspezifische Besonderheiten aufweist, die im Rahmen dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden konnten, und um die bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse untereinander zu gewährleisten sollten nur männliche Probanden mit einer Alkoholabhängigkeit befragt werden. Sie mussten zum Zeitpunkt der Befragung mindestens acht Jahre in ihrem Beruf tätig gewesen sein, da ein Einfluss der Arbeit auf die Gesundheit von Ärzten nach einer kurzen Beschäftigungszeit eher unwahrscheinlich ist.

Von den fünf Ärzten, die sich für das Interview zur Verfügung stellten, erfüllten zwei die oben genannten Kriterien. Ein Proband war zum Zeitpunkt der Befragung seit knapp einem Jahr pensioniert. Da er aber über 30 Jahre als Arzt tätig war und der Beginn seiner Alkoholabhängigkeit in der Zeit seiner Berufstätigkeit fiel wurde das Interview dennoch geführt und ausgewertet.

Die drei Probanden waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 50 und 65 Jahre alt. Ein Interviewteilnehmer war allein stehend, einer lebte getrennt von seiner Frau und einer war verheiratet, zwei hatten Kinder.

Sie waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 17 und 34 Jahre ärztlich tätig gewesen. Zwei Ärzte arbeiteten selbstständig als niedergelassene Ärzte, der Pensionär war zuvor im Krankenhaus tätig gewesen.

Der Beginn des problematischen Alkoholkonsums lag nach Angaben der Probanden 4-6 Jahre zurück, der Beginn der Alkoholabhängigkeit 1-3 Jahr/-e. Alle drei hatten eine Entgiftung gemacht und wurden zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes zum ersten Mal aufgrund ihrer Suchterkrankung therapeutisch behandelt. Keiner der Interviewteilnehmer hatte bisher arbeitsrechtliche oder approbationsrechtliche Probleme.

Die Interviews fanden in den Therapieräumen der Einrichtung statt und dauerten 60 bis 100 Minuten. Die Interviewpartner wurden zunächst über das Ziel der Arbeit und den organisatorischen Ablauf der Interviews informiert, insbesondere wurden die Maßnahmen zur Sicherstellung ihrer Anonymität erläutert. Nachdem die Interviewpartner den Kurzfragebogen ausgefüllt hatten, wurden die Interviews durchgeführt und, mit Einverständnis der Befragten,

mit einem digitalen Sprachrecorder aufgezeichnet. Im Anschluss an die Interviews wurden erste Eindrücke und Besonderheiten in einem Postskriptum festgehalten.

6.2.2 Datenaufbereitung

Die Interviews wurden in voller Länge und wörtlich transkribiert. Die gesprochene Sprache ist dabei in normales Schriftdeutsch übertragen worden. Prosodische Merkmale wie etwa Intonation, Lautstärke oder Dehnung wurden nicht mit aufgenommen. Nonverbale Äußerungen (z. B. Lachen) und längere Pausen sind in den Transkripten vermerkt.

Die Transkripte wurden dann entlang der Fragestellung einer ersten groben Strukturierung unterzogen. Anhand der im Leitfaden vorhandenen Kategorien und der aus den Interviews sich neu ergebenden Themenkomplexe wurde ein erstes vorläufiges Kategoriensystem erstellt.

6.2.3 Datenanalyse

Die Auswertung der gewonnenen und aufbereiteten Daten erfolgte in Anlehnung an die von Mayring (1985, 2007) entwickelte Inhaltsanalyse. Sie wurde konzipiert um dem Anspruch der qualitativen Sozialforschung, den Zugang zur Realität über subjektive Deutungen zu realisieren, gerecht zu werden (Gahleitner, 2005, S. 53) und ermöglicht die systematische und nachvollziehbare Bearbeitung verbalen Materials:

Mit der qualitativen Inhaltsanalyse sind Verfahrensweisen systematischer Textanalyse beschrieben worden, die Stärken der kommunikationswissenschaftlichen Inhaltsanalyse (Theoriegeleitetheit, Regelgeleitetheit, Kommunikationsmodell, Kategorienorientiertheit, Gütekriterien) nutzen, um qualitative Analyseschritte (induktive Kategorienentwicklung, Zusammenfassung, Kontextanalyse, deduktive Kategorienanwendung) methodisch kontrolliert vollziehen zu können. (Mayring 2000, o. S.)

Ein zentraler Aspekt des Verfahrens ist die Extraktion. Mit ihrer Hilfe wird die Datenmenge sinnvoll reduziert, indem nur die für die Untersuchung relevanten Informationen aus dem Text extrahiert werden.

In einem zweiten Schritt werden die extrahierten Textteile kodiert und einem Kategoriensystem zugeordnet. Die Kategorien können sowohl induktiv aus dem Material gewonnen werden, wie auch theoriegeleitet an die Daten herangetragen werden. In der vorliegenden Arbeit wurde das bereits bei der Datenaufarbeitung entwickelte vorläufige Kategoriensystem anhand einer induktiven Analyse des ersten Interviews modifiziert und

erweitert. Mit der Auswertung der weiteren Interviews konnten die Kategorien korrigiert, bzw. konkretisiert werden.

Auf Grund der vorhandenen sehr dichten Originaltexte wurde auf die sonst nach Mayring übliche Zusammenfassung und Explikation des Materials verzichtet. Die Strukturierung der Daten mit Hilfe der offenen Kodierung ergab ein Kategoriensystem (siehe Anhang III), das als Orientierung für die Einzelfalldarstellungen und den Gesamtvergleich diente. Obwohl die qualitative Inhaltsanalyse eine deskriptive Einzelfallanalyse mit Hilfe von Originalzitate[n] nicht vorsieht, erwies es sich in der vorliegenden Studie als sinnvoll, diese als Basis für den anschließenden Vergleich der drei Interviews heranzuziehen.

6.2.4 Validierungsstrategien

Die „kommunikative Validierung“ (Stöckels-Stangl 1980, zitiert nach Gahleitner, 2005, S. 61) durch die interaktive Absicherung der Einzelfalldarstellungen mit den Interviewten war im Rahmen dieser Arbeit aus organisatorischen Gründen nicht möglich.

Durch die Einbeziehung einer Expertin (Suchtberaterin) und einer fachfremden Person in den Interpretationsprozess konnte aber eine diskursive Validierung der Ergebnisse gewährleistet werden.

7 Untersuchungsergebnisse

Wie bereits in Kapitel 6 erläutert, dient die ausführliche Darstellung und Analyse der Einzelinterviews anhand der Forschungsfrage sowohl der Herausarbeitung subjektiver Sichtweisen der Probanden, wie auch der Generierung struktureller Gemeinsamkeiten. Die Ergebnisse der Einzelfallanalysen bilden dann die Basis für die Gegenüberstellung und den Vergleich der drei Interviews und werden in Kapitel 8 mit Bezug auf die in Kapitel 2-5 erarbeiteten theoretischen Grundlagen und den dargestellten aktuellen Forschungsstand diskutiert.

Um die Anonymität der Interviewpartner zu wahren wurden Decknamen gewählt und Ortsangaben, Krankenhausnamen oder Ähnliches weggelassen und das berufliche Spezialgebiet von Herrn Simon (Kap. 7.3) verfremdet wiedergegeben.¹⁷

7.1 Herr Franz oder „*Ich habe immer alles gern gemacht*“

7.1.1 Zur Person

Herr Franz ist 63 Jahre alt. Er ist geschieden und hat zwei erwachsene Kinder (KF). Seit der schwierigen Trennung von seiner Ehefrau hat Herr Franz eine neue Partnerin (Herr F., Z. 373-383).

Herr Franz ist nach eigenen Angaben seit 2-3 Jahren alkoholabhängig und befindet sich seit mehreren Wochen in der Oberbergklinik (KF).

7.1.2 Berufliche Situation

Herr Franz ist Allgemeinmediziner. Nach dem Studium hat er 7 Jahre im Krankenhaus gearbeitet. Er praktiziert seit 30 Jahren in seiner eigenen Praxis mit einem ländlichen Einzugsgebiet (KF).

7.1.2.1 Wahrgenommene Aufgaben und Beanspruchungen

Fachkompetenz

Als Arzt sieht Herr Franz eine zentrale Aufgabe in der „...*Diagnostik. Zu überlegen, was liegt hier vor. Nicht gleich beim ersten Symptom, was ich nicht einordnen kann eine Überweisung*

¹⁷ Die Zahlenangaben in den Klammern geben die Zeilennummer in den jeweiligen Transkripten an. Daten, die mit Hilfe des Kurzfragebogens gewonnen wurden, werden durch die Abkürzung ‚KF‘ gekennzeichnet

irgendwohin schreiben, sondern mir ein bisschen Gedanken machen und dem Patienten vermitteln, dass wir da ein bisschen suchen müssen“ (Herr F., Z. 145-149). Er formuliert auch eine entsprechende Erwartungshaltung der Patienten: „Also die Patienten denken in erster Linie, dass ich, wenn sie irgendwelche Beschwerden haben, relativ zielsicher finde, warum ihnen dies oder jenes weh tut oder warum sie dieses oder jenes Symptom haben“ (Herr F., Z. 289-292). Diesen Bereich der Arbeit schätzt Herr Franz besonders. Er formuliert aber auch, dass es zu seinen Aufgaben gehört, die eigenen Grenzen zu kennen und Patienten an Fachärzte zu überweisen, wenn seine fachlichen Möglichkeiten nicht ausreichen (Herr F., Z. 160-171).

Verfügbarkeit

Für die Tätigkeit als Hausarzt hält Herr Franz eine größtmögliche Präsenz und kurze Wartezeiten für erforderlich. Er sieht es als eine Grundvoraussetzung,

... dass ich präsent bin. Und das war auch gut, ich bin bis jetzt, bis ich da im Sommer mit dem Bauch krank geworden bin, war ich in den 30 Jahren vier Tage krank. Vier Tage in 30 Jahren. Und da hatte ich mich angesteckt bei einem Patienten. Und die Präsenz, dass man nicht ständig von jemandem vertreten wird oder weg ist. (...). Und ansonsten war ich präsent für die, auch nicht mit so langen Vorlaufzeiten. Wenn ich beim Arzt anrufe und kriege gesagt, wenn ich am Montag anrufe, du kannst am Donnerstag kommen. Zumindest bei meiner Fachgruppe. Ich bin Allgemeinarzt, aber internistisch orientiert. Das muss - - zeitnah gehen. Wenn einer am Montag ein Problem hat, dann muss er spätestens am Dienstag drankommen. (Herr F., Z. 304-317)

Auf Grund seiner Funktion hält Herr Franz Notfalleinsätze für unerlässlich: *„Natürlich bin ich nicht gerne lachend morgens um 4.00 Uhr aufgestanden und bin irgendwo hingefahren. Aber es war die Notwendigkeit, ich wurde gerufen, ich konnte vom Bett aus das nicht beurteilen, also musste ich hinfahren“ (Herr F., Z. 777-780).*

Kommunikationserfordernisse

Dem Kontakt und der Kommunikation mit den Patienten misst er eine große Bedeutung bei. Er hält es für entscheidend, dass er als Arzt *„...einen guten Draht zu den Patienten...“ (Herr F., Z. 260-261)* hat. Für seine Praxis definiert er folgende Erwartungen an den Arzt: *“Er darf nicht arrogant sein. Er muss mit den Patienten reden. Er muss sich zurücknehmen können. (...) Er muss in die Landschaft passen. Keiner, der sich hinter dem Computer versteckt und die Patienten nicht ansieht. Die Hand gibt und mit der anderen Hand noch irgendwas reintippt...“ (Herr F., Z. 261-268).* Herr Franz betont mehrmals, dass Patienten *„ernst genommen werden“ (Herr F., Z. 268)* möchten und dass sie erwarten, *„dass ich auch ihren*

Vorstellungen – die machen sich ja Vorstellungen von dem, was sie plagt, eine Deutung, ihre Meinung - dass wir uns da verständigen können... “ (Herr F., Z. 298-300).

Auf die konkrete Nachfrage, ob Herr Franz die direkte Arbeit mit den Patienten als eine Belastung empfunden habe, antwortet er:

Was heißt eine Belastung? Natürlich, wenn Sie abends dasitzen und um halb sieben noch Sprechstunde machen oder um sieben oder um halb acht und Sie haben mittags um drei angefangen und haben dann vielleicht mit 30, 35, 40 Leuten geredet, dann ist das schon eine Belastung. Aber es ist doch – es ist aber ganz normal, dass Sie die Arbeit machen. (Herr F., Z. 125-134)

Hier scheint vor allem die Beanspruchung durch die Quantität der Arbeit von Bedeutung zu sein, während die Behandlungsinhalte keine Rolle spielen.

Herr Franz' sehr persönlicher Beziehungsstil wird von den Patienten geschätzt und erwidert: „*Aber was schwappt mir für eine Welle von Sympathie entgegen jetzt, wo ich hier bin. (...) was habe ich da für eine Akzeptanz meiner Patienten gespürt, die haben geschrieben... “ (Herr F., Z. 239-243).*

Verantwortung für Patienten

Wie ein roter Faden zieht sich die allumfassende Verantwortung für die Patienten durch das Interview mit Herrn Franz. Über 20 Jahre war er fast immer für die Patienten erreichbar (Herr F., Z. 304-317). Dieser Arbeitseinsatz ist zum Teil in der Notfallversorgung begründet. Aber auch weil Herr Franz seine Arbeit ganz wesentlich als eine Beziehungsarbeit versteht, die auf dem langjährigen persönlichen Kontakt beruht, empfindet er eine sehr weit reichende Fürsorge für die Patienten, die auch in seinen Überlegungen zur Nachfolge deutlich werden:

Ich kann die auch nicht allein lassen. Man könnte ja sagen, ich kann aufhören. Ich kann dann aufhören, wenn ich einen geeigneten Nachfolger finde. Ich kann meine Patienten nicht einfach – gut, das ist vielleicht auch irgendwo eine Projektion, das kann auch sein. Die Psychologen hier, die hätten da wieder eine ganz andere Deutung. Aber ich – ich kann nicht einfach zuschließen. (Herr F., Z. 245-251)

Die Rolle als Allgemeinmediziner erlaubt es Herrn Franz im Umgang mit schwer kranken Patienten, sowohl bei der Diagnosestellung als auch bei der Behandlung, im Hintergrund zu bleiben:

Aber da kann ich mich eigentlich als Allgemeinarzt noch ein bisschen bedeckt halten, zurückhalten, ich stelle ja bestenfalls Verdachtsdiagnosen. (...) Also die emotionale Seite, einem Patienten eine bösartige Diagnose näher bringen zu müssen, das gibt es auch, aber das ist nicht eine Hauptbeschäftigung von uns an der Basis. (Herr F., Z. 179-189)

Als Hausarzt gehört die Sterbebegleitung zu seinen Aufgaben: *„Und dann muss man sie begleiten. Am Ende sind wir ja wieder die, die beim Patienten sind und nicht die Spezialisten. Die letzten Wochen und Monate, da sind dann wir wieder dran. Das ist sicherlich eine Belastung...“* (Herr F., Z. 210-213). Herr Franz relativiert diese emotionale Beanspruchung dann aber mit dem Verweis auf die Genügsamkeit seiner Patienten, die *„das auch nicht gewohnt [sind] den anderen so viel Mühe zu machen“* (Herr F., Z. 224-226) und sich auch in extremen Situationen zurücknehmen.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Herr Franz beschreibt, dass die direkte Arbeit mit den Patienten in den letzten Jahren abgenommen hat (Herr F., Z.82-87). Er beklagt aber die gleichzeitige Zunahme an administrativer Arbeit: *„Dafür ist der Verwaltungskram halt wesentlich mehr geworden. Und was man so nebenher noch alles machen muss, neben der eigentlichen Arbeit. Das ist wesentlich mehr geworden, aber das weiß ja mittlerweile jeder...“* (Herr F., Z. 87-90). Während die ‚eigentliche‘ medizinische Tätigkeit bereits einen ganzen Arbeitstag in Anspruch nimmt, wird die Verwaltungsarbeit als eine zusätzliche Last empfunden:

Um Himmelswillen, das ist ein Nagel an meinem Sarg. (...) Ja, wenn ich jetzt die Anzahl der Patienten habe, die ich jetzt habe, damit habe ich einen ganzen Tag zu tun, damit könnte ich einen ganzen Tag rumbringen. Wenn ich nicht noch zusätzlich diese Qualitätssicherungen und Qualitätsmanagement und updaten und ausdrucken und nachgucken, wie liegst du mit deinem Budget, die Wahnsinnsanfragen von Tod und Teufel. Jeder Depp schickt dir eine Anfrage und lässt die zu Hause noch mal Absegnen durch einen Oberchef dort in der Krankenkasse, bei der Versicherung, beim Versorgungsamt. Das ist heftig, ja. (Herr F., Z. 93-106)

7.1.2.2 Arbeitskollegen

Herr Franz beschreibt sich selbst als einen Einzelkämpfer, für den Zusammenarbeit schwierig ist: *„Ich bin so ein Eigengestrickter, ich bin seit 30 Jahren allein“* (Herr F., Z. 109-110). Vertretungen durch andere Kollegen hat er auf ein Minimum reduziert (Herr F., Z. 308-309) und erst jetzt, da er einen Nachfolger sucht, ist er bereit mit einem anderen Kollegen in der eigenen Praxis zusammenzuarbeiten (Herr F., Z. 283-285).

Dass es mehrere niedergelassene Ärzte in seinem Ort gibt, nimmt er als Entlastung und nicht als eine Konkurrenz wahr (Herr F., Z. 82-87). Auch die Zusammenarbeit mit Fachärzten und Kliniken, insbesondere bei der Behandlung schwer kranker Patienten, empfindet Herr Franz positiv: *„Das wird dann schon auf viele oder auf mehrere Schultern gelegt. (...) Wir haben*

eine sehr gute Zusammenarbeit mit sehr vielen Kollegen und Kliniken. Kein Problem“ (Herr F., Z. 157-165).

7.1.2.3 Arbeitszeit

Herr Franz beschreibt sehr eindrücklich, dass er lange Zeit „... *mehr oder weniger rund um die Uhr*“ (Herr F., Z. 69) gearbeitet hat. Bevor in seinem Ort eine Notdienstzentrale eingerichtet wurde hat er 20 Jahre lang von morgens 8:30 Uhr bis abends um ca. 21:00 Uhr Sprechstunden abgehalten und Hausbesuche gemacht. In der Nacht waren ein bis zwei Hausbesuche auf Grund von Notfällen keine Seltenheit. Erst ab 12:00 Uhr am Samstag hatten die ortsansässigen Ärzte einen Wochenenddienst organisiert, den sie abwechselnd selbst übernommen haben. Seit ungefähr 10 Jahren hat sich die tägliche Arbeitszeit auf 8:00 bis ca. 19:30 Uhr reduziert und Herr Franz muss keine Notfälle mehr während der Nacht behandeln (Herr F., Z. 67-90).

Auch über das ganze Jahr gesehen war Herr Franz möglichst häufig für seine Patienten verfügbar: Er hat in 30 Berufsjahren nur an vier Tagen wegen einer eigenen Erkrankung gefehlt (Herr F., Z. 304-307). Dass er regelmäßig Urlaub gemacht hat, klingt wie ein Zugeständnis an die Arzthelferinnen: *„Wir haben unseren normalen Jahresurlaub gemacht, das muss man ja auch wegen der Helferinnen...“* (Herr F., Z. 309-310).

7.1.2.4 Work-Life-Balance

Sowohl zeitlich als auch mental war die Tätigkeit als Arzt für Herrn Franz der alles dominierende Lebensbereich, dem alle anderen Interessen und Aufgaben untergeordnet wurden: *„Ich habe mich auch ernst genommen (...) ich habe meinen Beruf gemacht und das war mir Ernst. Aber es war oberste Priorität. Dafür ließ ich alles liegen und stehen...“* (Herr F., Z. 337-340).

Über die Organisation seines Familienlebens sagt Herr Franz im Rückblick:

Ich hatte meinen Beruf, ich hatte meine Familie mit zwei Kindern und das hat im Wesentlichen bei Tag meine Frau organisiert. (...) Und ich war zu den Mahlzeiten da, zu allen Mahlzeiten, Frühstück, Mittagessen und Abendessen. Aber ansonsten war ich weg. Bloß die Mädchen, die Kinder wussten natürlich wo ich erreichbar bin. Insofern war ich immer erreichbar. Im Gegensatz zu meiner Frau, die auch noch arbeiten gegangen ist. Die war – und das war eben das Gute, ich war erreichbar wenn sie weg war. Und wenn ich weg war, war sie zu Hause. Das haben wir gut hingekriegt. Aber: Ich bin morgens runter und abends todmüde hoch und das bis auf die Urlaube und die Feiertage im Jahr. Und das war falsch. (Herr F., Z. 321-333)

Herr Franz sieht auch einen Zusammenhang zwischen seinem beruflichen Engagement und dem Scheitern seiner Ehe: *„Als meine Frau ging sagte sie, ich brauche jetzt wenigstens nicht mehr auf dich zu warten. Das waren so ihre letzten Worte“* (Herr F., Z. 567-569).

Indem Herr Franz alle Zeit und Energie in seine Arbeit investiert, verliert er den Bezug zu seinen Interessen und die Regenerationsfähigkeit: *„Das war die Fülle der Arbeit, bei mir speziell, wahrscheinlich bei vielen anderen aber auch, dass ich dadurch verlernt habe Freizeit mir anzuschaffen und die dann auch zu genießen. Oder die sinnvoll auszufüllen“* (Herr F., Z. 551-554). Dies führt bei Herrn Franz dazu, dass er sich, über die fachliche Notwendigkeit hinaus, um seine Patienten kümmert: *„Ich bin in Urlaub gefahren und habe auf der Fahrt dorthin noch Hausbesuche gemacht. Ich habe Patienten – das ist völlig bescheuert, das wäre auch ohne gegangen“* (Herr F., Z. 362-364). Herr Franz erinnert sich, dass ihn bereits vor 20 Jahren ein Kollege vergeblich gewarnt habe, *„...du verlernst zu leben, wenn du so weiterlebst, geht es schief...“* (Herr F., Z. 759-760).

7.1.3 Suchterkrankung

7.1.3.1 Gesundheitliche Situation allgemein

Herr Franz ist im letzten Sommer an einer Peridontitis erkrankt und musste eine schwere Bauchoperation durchführen lassen (Herr F., Z. 240-242). Davor hat er eigene Erkrankungen ignoriert. Im Rückblick stellt er fest: *„Ich war oft kränker als die, die ich krank geschrieben habe. Aber ich habe mich da durchgequält. Das war halt so. (...) Ich habe mich da nicht – wie heißt es – fürsorglich, selbstfürsorglich habe ich mich nicht benommen“* (Herr F., Z. 616-624). Er sieht die Vernachlässigung seiner Gesundheit auch im Zusammenhang mit seinem Beruf: *„Der Schuster hat die schlechtesten Schuhe. Am schlechtesten medizinisch versorgt – ich glaube, da gibt es auch sogar eine Arbeit darüber – sind Angehörige von Ärzten. Dann kommen die Helferinnen und dann kommt der Doktor selbst“* (Herr F., Z. 575-579).

Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung ist Herr Franz zu der Erkenntnis gelangt, dass er seit 10 bis 15 Jahren an einer depressiven Störung leidet, die er nicht als Krankheit erkannt hat (Herr F., Z.682-684). Er beschreibt chronische Müdigkeit, fehlenden Antrieb, ‚grundlose‘ Unzufriedenheit und Traurigkeit (Herr F., Z. 723-727). In Verbindung mit familiären Problemen erlebt er eine existentielle Krise: *„Nun wurden meine Probleme auch nicht weniger, sondern es wurden immer mehr Probleme, und ich musste mich immer wieder mal betäuben, sonst hätte ich mich umbringen können“* (Herr F., Z. 420-423).

7.1.3.2 Suchtverlauf

Herr Franz sagt, dass er schon immer Alkohol getrunken habe, *„aber kontrolliert und so wie meine Freunde und wenn man sich so umsieht, eigentlich bei uns alle“* (Herr F., Z. 385-387). Er beschreibt zunächst einen regelmäßigen, im Bereich des risikoarmen Konsums liegenden, Alkoholgebrauch: *„Eine Flasche Bier am Abend, vielleicht auch eineinhalb. Mal zwei, drei Gläser Wein, kleine Viertel Gläser Wein. Dann auch vielleicht mal ein, zwei Whisky oder was anderes“* (Herr F., Z. 390-392). Häufig habe er nach der Arbeit aus Erschöpfung getrunken und um sich zu entspannen (Herr F., Z. 369-373). Als dann zu der beruflichen Beanspruchung noch eine familiäre Krise hinzukommt, trinkt Herr Franz vermehrt, um sich zu *„betäuben“* (Herr F., Z.423). Im Nachhinein bezeichnet Herr Franz seinen Konsum seit 5-6 Jahren als problematisch. Er ist nach eigener Einschätzung 2-3 Jahre alkoholabhängig als er sich zu einer Suchttherapie entschließt (KF). Auslöser ist der Verlust des Führerscheins nachdem er durch seine Fahrweise aufgefallen ist (Herr F., Z. 473-482). Dem geht eine zweijährige Phase voraus, in der Herr Franz immer wieder vergeblich versuchte seinen Konsum zu reduzieren oder gar nicht mehr zu trinken (Herr F., Z. 398-403). Herr Franz macht eine Entgiftung und befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews zum ersten Mal in therapeutischer Behandlung (KF).

Eigene Diagnostik

Das Fachwissen als Mediziner hat Herrn Franz bei der Erkennung seiner Alkoholerkrankung nicht geholfen. Ganz im Gegenteil stellt er fest, dass *„es (...) ja immer so [ist], (...) dass man an sich selbst Symptome nicht so ernst nimmt wie bei Patienten“* (Herr F., Z. 573-575). Er unterliegt den für Suchterkrankungen typischen Verleugnungstendenzen: *„Ich habe das sicher banalisiert. Aber natürlich habe ich das banalisiert. Vor allem fühlte ich eigentlich immer in mir die Möglichkeit, dass ich das beenden kann. Insofern habe ich das falsch eingeschätzt, völlig falsch eingeschätzt“* (Herr F., Z. 416-420). Erst als massive körperliche Symptome auftreten, gesteht Herr Franz sich seine Abhängigkeit ein:

Na ja, spätestens als ich dann nachts wach wurde und was trinken musste, damit ich weiterschlafen konnte. Und dann morgens (?) verdoppelt – ich nicht sehr ausgeruht aufgewacht bin, dass ich, wenn ich geschrieben habe, dass das ein bisschen zittrig war. Und ich brauchte dann – musste dann was trinken, damit ich wieder oder halbwegs normal schreiben konnte. Entzugserscheinungen. (Herr F., Z. 463-469)

Einfluss der Suchterkrankung auf die Arbeitsfähigkeit

Trotz seiner massiven Alkoholproblematik arbeitet Herr Franz weiter. Er setzt sich innerlich bereits mit seiner Behandlungsbedürftigkeit auseinander, aber erst als die Situation durch den

Führerscheinentzug eskaliert, forciert er die stationäre Therapie und stellt fest: „*Aber es wäre auch nicht mehr gegangen. Ich hätte auch nimmer mehr arbeiten können*“ (Herr F., Z. 481-482). Die Sorge, dass das Arbeiten unter Alkoholeinfluss oder die Suchterkrankung seine berufliche Existenz gefährden könnte, hat Herr Franz konsequent verleugnet: „*Ja, ja, habe ich verdrängt, habe ich nicht für so wichtig genommen. Ich war da zu überheblich*“ (Herr F., Z. 651-652).

Reaktionen des privaten und beruflichen Umfeldes

Trotz einer Alkoholkrankung mit nächtlichen Entzugserscheinung, Tremor usw. wird Herr Franz weder in seinem beruflichen noch in seinem privaten Umfeld direkt auf die Problematik angesprochen. Die Töchter bemerken zwar die Unkonzentriertheit und Vergesslichkeit des Vaters (Herr F., Z. 433-438), die Freundin spricht mehrmals die Fahne von Herrn Franz an (Herr F., Z. 438-439), „*aber so richtig verbalisiert hat es eigentlich niemand*“ (Herr F., Z. 441). Auch in seiner Praxis ist das Thema Tabu: „*Ich glaube, dass meine Helferinnen mir gelegentlich gerne gesagt hätten, also jetzt ... das ist nicht gut jetzt ... Eigentlich schon. Aber gesagt haben sie nichts*“ (Herr F., Z. 453-455). Herr Franz stellt fest: „*Bis kurz bevor ich hierher gekommen bin hat das jeder verschwiegen*“ (Herr F., Z. 444-445). Als Erklärung führt er an: „*Die wollten mich schonen.*“ (Herr F., Z. 447) Als das Tabu gebrochen ist, erhält Herr Franz Unterstützung bei der Therapievorbereitung von seinen Töchtern und seiner Freundin (Herr F., Z. 448-492).

7.1.3.3 Umgang mit der Patientenrolle

Herr Franz ist sehr ambivalent in der Beschreibung seiner Rolle als Patient. Die Anerkennung seiner Krankheit, insbesondere auch seiner Depression fällt ihm schwer und findet sich in folgender scheinbar paradoxer Aussage wieder: „*Und das [depressive Erkrankung] macht mir die Rolle des Patienten natürlich hier auch ein bisschen – ein bisschen erschwert mir das auch, weil ich merke, dass ich krank bin ...*“ (Herr F., Z. 684-687). Die inneren Widerstände gegen die Depression drücken sich auch in seiner Haltung gegenüber Psychopharmaka aus: „*Ja, gut, wenn ich da jetzt so meine drei Tabletten habe und die runterschlucke, denke ich, ah, jetzt bin ich auch bei denen (lacht), die das schlucken*“ (Herr F., Z. 603-605). Gleichzeitig behauptet er, das Hineinfügen in die Patientenrolle falle ihm leicht (Herr F., Z. 689).

Bezogen auf seine Doppelrolle als Arzt und Patient habe er sich vorgenommen „*ich bin jetzt hier Patient. Und die sollen machen*“ (Herr F., Z. 699-700). Wenn das Vorgehen jedoch nicht seinen Vorstellungen entspricht, greift er ein. Z. B. findet er die langen Wartezeiten auf

Ergebnisse von Blutproben oder anderen Untersuchungen „*unmöglich*“ (Herr F., Z. 702) und anders als „*die normalen Patienten*“ (Herr F., Z. 707), die einfach abwarten, geht Herr Franz zeitnah zu den Schwestern und lässt sich die Werte geben.

Grundsätzlich beurteilt er die fachliche Kompetenz der Einrichtung als sehr positiv, wodurch die Akzeptanz der Behandlung und die Annahme der Patientenrolle erleichtert wird: „*Professionell gehen die alle vor. Also ich habe hohe Achtung vor den Psychologen mit denen ich hier zu tun habe, insgesamt sieben, die an mir dran sind, das ist schon ein heftiges sich kümmern um mich*“ (Herr F., Z. 669-672).

7.1.3.4 Subjektive Begründungen für die Suchterkrankung

Herr Franz sieht als Auslöser für seine Suchterkrankung seine Partnerschaftsproblematik:

Nun muss ich allerdings sagen, dass ich privat in den letzten fünf Jahren sehr große Probleme gekriegt habe, die ich mir selbst gemacht habe, also ich bin verantwortlich dafür. Und ich habe eine – ich bin – wie sagt man – ich bin fremdgegangen, das war völlig überraschend eigentlich und das wurde so kompliziert, das Ganze, mit Trennung, Wiederversöhnen, Trennung, Wiederversöhnen, Ausziehen, erst bin ich ausgezogen, dann ist meine Frau ausgezogen und bin dann mit der neuen Beziehung auch nicht so sehr glücklich geworden und da habe ich so viel Ablenkung gebraucht und habe immer mehr getrunken. (Herr F., Z. 373-383)

Der Alkohol diente dann als Betäubungsmittel, um die „*Situation, zumindest zeitweise, erträglicher zu gestalten*“ (Herr F., Z. 424-425) denn „*sonst hätte ich mich umbringen können*“ (Herr F., Z. 422-423). Das Suchtmittel wird hier als eine Art Medikament gesehen. Aber bereits vor dieser privaten Krise hat Herr Franz Alkohol eingesetzt, um Erschöpfungszustände und Angespanntheit, die im Zusammenhang mit seiner Arbeit aufgetreten sind, zu bekämpfen (Herr F., Z. 368-373). Er sieht einen deutlichen Zusammenhang zwischen seiner Suchterkrankung und seiner beruflichen Beanspruchung:

Und daraus resultiert dann Unzufriedenheit und ich glaube schon, die lange – ich will nicht sagen, der berufliche Stress, es hat mir immer – ich habe die Arbeit immer gern gemacht, bis ich fertig war. Aber die – wenn Sie es so falsch machen wie ich- die Unzufriedenheit, die daraus resultiert, dass Sie dann Ihre Freizeit, wenn Sie denn welche haben, auch Urlaube, eigentlich nicht mehr genießen können. (Herr F., Z. 551-560)

Den Grund für die berufliche Überbelastung sieht Herr Franz nicht nur in den objektiv gegebenen Arbeitsaufgabe, sondern auch in seiner Arbeitshaltung:

Die Beklopptheit. Ich glaube nicht, dass ich einem Patienten dadurch mehr geholfen habe, dass ich ihn für so wichtig hielt, das hat der vielleicht gar nicht erwartet. Es wäre in vielen Fällen oder in einigen Fällen auch gar nicht nötig gewesen. Wahrscheinlich habe ich mich zu wichtig genommen. (Herr F., Z. 362-366)

Er führt auch mehrmals seine Selbstüberschätzung in Bezug auf seine physischen und psychischen Ressourcen ins Feld, z. B.: *„Es ging alles immer wieder weg. Ich habe immer alles gemeistert“* (Herr F., Z. 579-580).

Einen überindividuellen Zusammenhang zwischen der ärztlichen Tätigkeit und einem erhöhten Suchtrisiko sieht Herr Franz zunächst nicht. Er korrigiert sich dann aber und führt die besondere Griffnähe zu psychotropen Substanzen als möglichen Risikofaktor an.

7.1.3.5 Geplante Rückfallpräventionsmaßnahmen

Um seine Abstinenz zu stabilisieren, plant Herr Franz gravierende Veränderungen in seinem Arbeitsleben: Bis zu seinem Ruhestand will er einen weiteren Arzt einstellen, der die Praxis dann auch übernehmen soll (Herr F., Z. 281-285). Herr Franz will sich dann *„etwas lockerer in der Praxis bewegen“* (Herr F., Z. 342). Als weitere Voraussetzungen nennt er einen *„... persönlichen Freiraum (...). Eine tragfähige Freizeitbeschäftigung, die ihm so wichtige ist wie die Arbeit. Und für die er dann auch Zeit haben muss und Zeit freischaufeln muss...“* (Herr F., Z. 767-769).

7.1.4 Berufliches Selbstverständnis

7.1.4.1 Motivation für die Berufswahl

Der Arztberuf ist kein Kindheitstraum von Herrn Franz gewesen. Zunächst wollte er Lehrer werden (Herr F., Z. 5-8). Ein Jahr vor seinem Abitur wird dann aber seine Mutter krank und muss ins Krankenhaus. Herr Franz hat daraufhin Kontakt zu Ärzten und lernt ihr Arbeitsgebiet kennen und schätzen (Herr F., Z. 4-14). Sie hinterlassen einen großen Eindruck bei ihm: *„Ich habe die Leute bewundert, die das machen. Ich hatte einen guten Draht zu denen, die haben ein gutes Beispiel gegeben und da wurde ich plötzlich neugierig...“* (Herr F., Z. 25-27). Herr Franz erscheint die Arbeit als Arzt abwechslungsreich, intellektuell anspruchsvoll und sinnhaft: *„Für mich waren Sie interessant und attraktiv. Ihre Arbeit war so interessant, mit Menschen umzugehen, zu fragen, zu überlegen, dann was zu tun und am Ende kam was Gutes dabei raus“* (Herr F., Z. 30-32).

Er entschließt sich relativ schnell Medizin zu studieren und absolviert das Studium sehr erfolgreich (Herr F., Z. 48-51).

7.1.4.2 Belastbarkeit

Herr Franz' Umgang mit der eigenen Gesundheit ist geprägt von der Überzeugung der eigenen unbegrenzten körperlichen Belastbarkeit. Er arbeitet ohne ausreichende Regenerationsphase und nimmt eigene Erkrankungen nicht wahr oder ignoriert sie (Herr F., Z. 304-312).

Herr Franz betont mehrmals, dass er „*immer gern gearbeitet*“ (Herr F., Z. 142 u. 129) und viele Belastungen nicht als solche wahrgenommen habe. In der Reflexion sieht er seine permanente Arbeitsbereitschaft, die in der Aussage „*Ich habe immer alles gerne gemacht*“ (Herr F., Z. 776) zum Ausdruck kommt, allerdings als eine Selbsttäuschung. Im Hinblick auf seine Suchterkrankung und seinen Umgang mit An- und Überforderungen stellt Herr Franz fest: „*Es ging alles immer wieder weg. Ich habe immer alles gemeistert. Es war immer alles ganz prima. Bis ich mich da verschätzt habe*“ (Herr F., Z. 579-581).

7.1.4.3 Selbstverzicht

Herr Franz hat seine Lebensführung nach den tatsächlichen oder scheinbaren Erfordernissen der ärztlichen Tätigkeit ausgerichtet. Aus der Notwendigkeit der Arbeit, z. B. der nächtlichen Hausbesuche, leitet er die Zurückstellung eigener Bedürfnisse ab (Herr F., Z. 777-780). Sein Handeln orientiert sich an den Beanspruchungen und Erwartungen der Patienten. Eigene Bedürfnisse, und sei es nur die Erlaubnis, mit Unmut auf einzelne Patienten reagieren zu dürfen, werden negiert:

Aber es ist doch – es ist aber ganz normal, dass Sie die Arbeit machen, die angefordert wird bis der letzte draußen ist. Natürlich ist man dann müde und fertig und guckt schräg, wenn dann um viertel vor sieben dann noch mal einer kommt, wo man weiß, der kommt immer so spät, weil er weiß, dann hat er Zeit. --- Es ist normal, unaggressiv mache ich meine Arbeit, das, was angefordert wird, das, was sich ergibt ist ja über die Patienten, die kommen. (Herr F., Z. 133-1440)

Auch die Aussage von Herrn Franz, er könne seine Patienten nach 30 Jahren immer noch „*alle gut sehen*“ (Herr F., Z. 237) weist unter Umständen auf ein innerliches Verbot, mögliche Antipathien, Aggressionen oder Langeweile gegenüber Patienten zuzulassen.

Im Rückblick stellt Herr Franz fest, dass er über die Arbeit sich selbst und seine Genussfähigkeit und Zufriedenheit verloren habe (Herr F., Z. 551-560).

Aber nicht nur auf beruflicher Ebene, sondern ganz allgemein habe er sich immer an anderen orientiert und hätte versucht, durch Helfen und Selbstverzicht Bestätigung zu finden:

Ich habe immer gepasst. War immer angepasst. Ich bin denen nachgelaufen, denen ich helfen konnte. Wie auch immer. Sei es durch eine Ladung Brennholz, sei es durch Graben eines Grabens, sei es ärztlich, ich war eigentlich immer froh, wenn ich die Bestätigung durch andere hatte. (Herr F., Z. 745-749)

Herr Franz weist hier auf das Verhältnis zwischen der scheinbar selbstlosen Helferrolle und der daraus erwachsenden narzisstischen Befriedigung hin. Retrospektiv kommentiert er auch die Tatsache, dass er trotz eigener Erkrankungen gearbeitet hat mit den Worten: „*Da habe ich mich wahrscheinlich auch wieder zu wichtig genommen*“ (Herr F., Z. 619).

7.1.4.4 Leistungsorientierung

Beruflicher Erfolg scheint für Herrn Franz etwas sehr Selbstverständliches zu sein. Geforderte Leistungen zu erbringen ist zunächst mühelos. Bezogen auf das Medizinstudium konstatiert er: „*Es war für mich interessant, es war für mich unproblematisch, ich habe alles schnell kapiert, ich habe alles gut gekonnt, es war richtig. (...) Es war die richtige Entscheidung, ja*“ (Herr F., Z. 48-50). Auch im Rückblick auf seine berufliche Laufbahn stellt Herr Franz unaufgeregt fest: „*Ich habe viel Erfolg gehabt, ja, das ist richtig. Ja*“ (Herr F., Z. 626). Leistung und Erfolg erscheinen hier als natürliche Konstanten ohne allzu große Bedeutung.

7.2 Herr Bach oder „*Ich schaff das schon*“

7.2.1 Zur Person

Herr Bach ist 50 Jahre alt. Er ist verheiratet und hat drei schulpflichtige Kinder. Er hat zur Behandlung seiner Alkoholerkrankung bisher eine stationäre Entgiftung gemacht und befindet sich nun seit mehreren Wochen in der Oberbergklinik. Nach eigenen Angaben ist der Alkoholkonsum von Herrn Bach seit sechs Jahren problematisch und er ist seit einem Jahr alkoholabhängig (KF).

7.2.2 Berufliche Situation

Herr Bach ist Internist. Er hat sechs Jahre im Krankenhaus gearbeitet und ist seit 11 Jahren als niedergelassener Arzt tätig. Vor 11 Jahren ist er in die hausärztlich ausgerichtete Praxis seines Schwagers eingestiegen (KF). Er beschreibt seine Praxis als „*typische Landarztpraxis*“ (Herr B., Z. 170-171).

7.2.2.1 Wahrgenommene Aufgaben und Beanspruchungen

Fachkompetenz

Herr Bach sieht seinen Arbeitsauftrag in der fachlich und methodisch adäquaten Behandlung von Krankheiten. Für ihn ist ein ‚guter‘ Arzt jemand,

...der vor allem jeden Patienten aus dem Sprechzimmer mit gutem Gewissen rauslassen kann und sagen kann, okay, ich habe jetzt alles getan, was ich tun kann, habe nichts übersehen, habe das Wesentliche, die wesentlichen Schritte eingeleitet, um die Krankheit zu beherrschen und zur Gesundheit zu führen. (Herr B., Z. 240-245)

Im Verlauf des Interviews verweist er jedoch darauf, dass die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen die Erreichung dieses Ziels in seinen Augen z. T. nicht erlauben (s. u.).

Verfügbarkeit

Bei den Patienten nimmt Herr Bach die Erwartungshaltung wahr, möglichst schnell einen Termin zu bekommen und keine langen Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen. Herr Bach hat diesen Zeitdruck als einen zentralen Stressfaktor identifiziert: *„Also dieser Erwartungsdruck ist schon da. Einfach schnell behandelt zu werden. Das sehe ich als mögliches Hauptproblem ...“* (Herr B., Z. 188-189).

Die Notfalleinsätze in der Nacht sind eine besondere Erschwernis aber aus seiner Sicht erforderlich (Herr B., Z. 61-63). Allerdings äußert er auch die Einschätzung, dass Patienten die Dienstbereitschaft übermäßig in Anspruch nehmen und ihn manchmal unnötig anfordern. Insbesondere zu Beginn seiner Laufbahn, sei ihm die Einschätzung der Dringlichkeit eines „Notrufes“ nicht leicht gefallen und er habe häufig zu schnell reagiert: *„Also ich kann mich erinnern, anfangs, als ich da anfing, ich war beispielsweise beim Mittagessen gewesen und dann kommt ein Anruf, das und das, und dann habe ich gedacht, ich müsste da sofort hinfahren“* (Herr B., Z. 576-579).

Eine weitere Beanspruchung entsteht durch das große Einzugsgebiet seiner Praxis in einer ländlichen Gegend und die damit verbundenen Fahrzeiten bei den Hausbesuchen (Herr B., Z. 168-173).

Kommunikationserfordernisse

Ausreichende Zeit für die Patienten, um sich neben den somatischen Erkrankungen auch um deren soziale oder psychische Probleme zu kümmern, hält Herr Bach für notwendig, ist aber seiner Einschätzung nach oft nicht vorhanden:

Was ich nicht geglaubt habe, aber was tatsächlich so ist, dass in so einer Gemeinschaftspraxis auch viele Patienten - - - mich konsultieren oder uns beide konsultieren, weil irgendwelche, ja, seelischen Hintergründe hinter den Beschwerden stehen. Das heißt, es kommt ein Patient mit Bauchschmerzen und im Verlauf der Anamnese kriegt man raus, das ist eigentlich nicht sein Thema, ja, weil er – na gut – zehn Prozent der Beschwerden gehen um die Bauchschmerzen und dann geht es los, aber zu Hause ... Probleme mit Ehefrau, mit Arbeitsplatz usw. Das heißt, man braucht – man bräuchte erstaunlich viel Zeit, um einfach ein Gespräch zu führen. Und das denke ich, erwarten die Patienten zumindest im Hinterkopf auch. Gespräche führen,

das bedeutet Zeit. Das bedeutet sich Zeit nehmen dafür und die hat man oftmals nicht in dem Maß, wie man sie bräuchte. (Herr B., Z. 211-225)

Verantwortung für Patienten

Herr Bach sieht seine Verantwortung gegenüber den Patienten in der bestmöglichen Beherrschung der Krankheit und einer möglichst sorgfältigen und guten Behandlung (Herr B., Z. 242-245).

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Durch die institutionellen Gegebenheiten des Gesundheitssystems sieht Herr Bach die optimale Gesundheitsversorgung seiner Patienten gefährdet. Die Budgetierung der Praxen zwingt ihn dazu, den Patienten kostengünstig aber nicht optimal zu behandeln:

...das andere ist natürlich auch, was im Rahmen der Gesundheitsreform ja auch da ist, das ist einfach diese Budgetierung, sei es im Bereich der physikalischen Therapie, also Fango, Massage, Krankengymnastik, darf man nicht unbeschränkt – dürfen wir nicht so aufschreiben wie es eigentlich notwendig wäre(...)Und natürlich auch im Bereich der Medikation (...) Das heißt, wir müssen sehen, dass wir nicht nur gut therapieren, sondern auch – wie es so schön heißt – wirtschaftlich. Und die wirtschaftlicheren Medikamente sind, keine Frage, natürlich nicht so gut wie die neueren, weil die Nebenwirkungsrate der älteren ist, keine Frage, höher. Nicht wahr. Aber wir sind dazu gezwungen, auch Medikamente zu verschreiben, von denen wir überzeugt sind, die sind nicht so gut wie andere, die natürlich teurer sind. (Herr B., Z. 252-274)

Dass das finanzielle Überleben der Praxis, und damit die wirtschaftliche Existenz, an die Einhaltung des Budgets geknüpft ist, Herr Bach sich als Arzt aber zur optimalen Behandlung seiner Patienten verpflichtet fühlt, führt zu einem moralischen Dilemma (Herr B., Z. 278-291).

7.2.2.2 Arbeitskollegen

Herr Bach arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis. Die Zusammenarbeit mit seinem Schwager entlastet ihn zum Teil von den Hintergrunddiensten, hat ihm aber auch eine bestimmte Zeitstruktur und Arbeitsweise vorgegeben (Herr B., Z. 33-47; 134-147).

Die Zusammenarbeit mit den übrigen niedergelassenen Kollegen empfindet Herr Bach als zu distanziert (Herr B., Z. 321). Nur auf der Ebene der Wochenenddienste ist eine Zusammenarbeit möglich. Seine Bemühungen, einen kollegialen Austausch zur besseren Koordination der Arbeit oder zum Umgang mit den Beschränkungen durch die Gesundheitsreform zu initiieren, sind gescheitert. Die anderen Ärzte im Ort seien

„Einzelkämpfernaturen“ (Herr B., Z. 331) „von denen jeder seinen Kram machen“ (Herr B., Z. 346-347) wolle.

7.2.2.3 Arbeitszeit

Durch die Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis hat Herr Bach unterschiedliche regelmäßige Arbeitszeiten. Für zwei Wochen ist er sowohl für die Sprechstunden, die Hausbesuche wie auch die Nachtdienste zuständig:

Wenn ich dran bin sozusagen, dann ist der Tag ausgefüllt mir Arbeit. Es geht los um 8.00 Uhr bis um 13.00 Uhr die Morgensprechstunde, dann habe ich eine Stunde Mittagspause, dann fahre ich Hausbesuche, die gehen dann meistens so bis 17.30 Uhr, 18.00 Uhr. Dann habe ich noch mal eine kleine Abendsprechstunde, die dauert maximal bis 19.00 Uhr, dann komme ich nach Hause und habe am Montag, Dienstag und Donnerstag auch noch den Nacht-Hintergrunddienst für meine Patienten. (Herr B., Z. 38-47)

Die anderen zwei Wochen sind so geregelt, dass Herr Bach eine tägliche Sprechstunde anbietet und im Anschluss frei hat (Herr B., Z. 52-54).

Herr Bach arbeitet i. d. R. ohne Erholungsphasen. Während der Sprechstunde behandelt er einen Patienten nach dem anderen ohne Pausen, und auch die Hausbesuche am Nachmittag lassen keinen Raum für Regenerationsphasen: „Und was ich mir nicht zugestanden habe, zwischen 8.00 und 13.00 Uhr dann einfach mal eine Pause zu machen. (...) Genauso gut ist es mit den Hausbesuchen. Man kann die an einem Stück fahren, das heißt, nach dem Mittagessen geht es los, dann kommt man abends heim“ (Herr B., Z. 158-168).

7.2.2.4 Work-Life-Balance

Herr Bach stellt fest, dass sein Beruf mehr Raum eingenommen habe als ihm gut getan hätte. Über die Arbeit habe er andere wichtige Interessen vernachlässigt und damit sein inneres Gleichgewicht verloren:

Aber wie immer das auch so ist, wenn man irgend eine Sache zu exzessiv tut, man vergisst dann so ein bisschen die anderen Aspekte seiner Person (...). Oder auch sportliche Tätigkeiten, also Sport, was ich früher sehr gern und sehr viel gemacht habe, ist dann so im Laufe der letzten Jahre, das ist alles so ein bisschen zu kurz gekommen. Und da reichen dann oftmals die freien Wochenenden nicht aus, um das zu kompensieren oder um das wieder aufzuholen, was man dann eben im Laufe der Woche sozusagen versäumt hat oder für das man sich dann keine Zeit genommen hat, obwohl es eigentlich wichtig gewesen wäre zur inneren Balance, zum Gleichgewicht. (Herr B., Z. 117-131)

Insbesondere die zusätzlichen Anforderungen durch die Familie belasten Herrn Bach:

Die Problematik der Überforderung sehe ich darin, dass es weniger darum geht, um eine Überforderung während meiner Arbeitszeit, das Problem ist, ich habe eine Familie mit drei Kindern und wenn ich dann diese zwei Wochen mit Hintergrunddienst habe, dann komme ich vielleicht um 18.30 Uhr, 19.00 Uhr nach Hause und dann ist aber noch nicht Feierabend, dann geht es mit der Familie weiter, (...) obwohl es mir dann eigentlich schon reicht, obwohl ich dann auch manchmal kaputt bin oder platt bin, muss man dann doch mal die Anstrengung unternehmen, eben für die Familie da zu sein, die Kinder. (...) Dann, manchmal ist es so, dass ich wirklich dann sagen könnte, okay, jetzt nichts mehr, jetzt nur noch Abendessen und dann vielleicht lesen, fernsehen oder irgend etwas zur Entspannung tun. Und das ist nicht immer durchführbar. (Herr B., Z. 68-89)

Dass er zu Problemen in seiner Ehe kommt sieht Herr Bach zum Teil auch in seiner beruflichen Tätigkeit begründet:

Ich habe zumindest am Anfang, als ich da anfing, habe ich mich da ziemlich reingekniet und habe da wohl auch die Familie, in den ersten ein, zwei Jahren – habe ich ihr nicht das gegeben, was sie von mir gefordert hat. Die Forderungen, die waren natürlich zum großen Teil berechtigt. Ich konnte es aber zu dem Zeitpunkt nicht, weil ich einfach schauen musste, okay, ich will mich da jetzt etablieren. (Herr B., Z. 741-748)

7.2.3 Suchterkrankung

7.2.3.1 Gesundheitliche Situation allgemein

Herr Bach benennt in dem Interview, mit Ausnahme der Suchterkrankung, keine weiteren gesundheitlichen Einschränkungen. Er äußert aber, dass das Ausmaß der beruflichen und privaten Aufgaben seiner Gesundheit geschadet hätte: „Und es ist auch nicht so, dass ich das ungern getan habe. Aber es war trotzdem zu viel. Es hat trotzdem nicht zu meiner Gesundheit beigetragen, im Gegenteil, es war einfach zu viel“ (Herr B., Z. 370-373). Bis zu der stationären Entgiftung hat er seine hausärztliche Versorgung selbst durchgeführt (Herr B., Z. 428-433).

7.2.3.2 Suchtverlauf

Herr Bach hat vor ca. sechs Jahren begonnen regelmäßig abends zur Entspannung Wein zu trinken. Nachdem er sich zunächst mit ein bis zwei Gläsern begnügt kommt es nach ca. vier Jahren zu einer deutlichen Dosissteigerung mit fünf bis sechs Gläsern Wein pro Abend (Herr B., Z. 89-97). Herr Bach versucht den Konsum zu kontrollieren und legt sich selbst an drei Tagen die Woche ein Alkoholverbot auf. Dies gelingt ihm zunächst auch, führt aber zu einer inneren Unzufriedenheit (Herr B., Z. 89). Daraufhin erlaubt er sich wieder täglich Alkohol zu

trinken (Herr B., Z. 390-401). Als es ihm nicht mehr gelingt einen einzigen Tag auf Alkohol zu verzichten und er Entzugssymptome an sich wahrnimmt, entschließt er sich zu einer Entgiftung (Herr B., Z. 401-418). Während des Krankenhausaufenthaltes beschließt er eine Entwöhnungsbehandlung anzuschließen.

Eigene Diagnostik

Das medizinische Wissen um Abhängigkeitserkrankungen verhindert nicht, dass Herr Bach seine Alkoholproblematik verleugnet: „*Und anfangs habe ich das natürlich negiert, habe gesagt, das macht mir gar nichts, das toleriere ich gut, ich bin nicht betrunken, das ist noch im Bereich der Norm*“ (Herr B., Z. 448-451). Zweifel an seinem zunehmenden Alkoholkonsum räumt er durch medizinische Untersuchungen aus:

...aber – ich habe mir gesagt, du gehörst eben zu denen, der das verträgt, guck dir doch mal deine Laborwerte an. Das Gamma-GT war okay, ja, macht dir nichts, die Blase war auch in Ordnung, Bauchspeicheldrüse – anamnestisch also – Konzentrationsprobleme hatte ich nicht, die Merkfähigkeit war nicht eingeschränkt, also ich habe gedacht, ja, ja, das verträgst du schon. Das war eine Fehleinschätzung, keine Frage. (Herr B., Z. 621-628)

Retrospektiv stellt er fest:

Ich habe gewisse diagnostische Marker ausgeklammert, die mich eigentlich zu der Diagnose hätten führen müssen, ja, Alkoholiker. Die habe ich einfach ausgeklammert, die waren da, die habe ich auch gesehen, aber ich habe sie nicht sehen wollen. Ich habe nur – sagen wir mal – das Positive sehen wollen. Das ist das Problem. Wissen hätte ich es schon können. (Herr B., Z. 631-637)

Als Herr Bach dann deutliche Entzugssymptome an sich wahrnimmt und trinken muss, um sie zu bekämpfen, gesteht es sich seine Alkoholabhängigkeit ein (Herr B., Z. 410-419).

Einfluss der Suchterkrankung auf die Arbeitsfähigkeit

Herr Bach sah seine Arbeitsfähigkeit durch die Alkoholkrankung nicht eingeschränkt. In der Praxis fällt sein Alkoholkonsum nicht auf, nach eigener Einschätzung habe er dort „*keinen Fehler gemacht*“ (Herr B., Z. 472). Sorge bereiten ihm die nächtlichen Hintergrunddienste.

Aber auch hier negiert er die Gefahr eines selbstverschuldeten Unfalls und sagt sich:

Oh Mann, du bist zwar noch Herr deiner Sinne, kannst alles gut steuern, aber angenommen, es passiert irgendwann mal was, woran du nicht schuld bist, wirst also in einen Akutfall verwickelt, nicht aufgrund deines Fehlverhaltens, sondern eines anderen, dass dir, was weiß ich, ein Tier ins Auto läuft und – ja, die Polizei kommt mit ins Spiel, da habe ich gedacht, Mensch, dann wird es haarig, das habe ich schon gedacht.“ (Herr B., Z. 646-653)

Reaktionen des privaten und beruflichen Umfeldes

Herr Bachs Ehefrau nimmt den zunehmenden Alkoholkonsum ihres Mannes wahr und spricht ihn auch immer wieder darauf an (Herr B., Z. 445-448). In der Praxis ist seine Abhängigkeit kein Thema, während Herr Bachs Praxiskollege seinen eigenen riskanten Alkoholkonsum durchaus öffentlich macht:

Er hat da keine Hemmungen, das – beispielsweise wenn wir von einer Pharmafirma eingeladen sind, dann erzählt er das, ich trink so, zwei Bier und ein oder auch mal drei Schoppen Wein, aber jeden Abend, ich bin Alkoholiker, ich brauch das, aber ich komm damit gut zurecht. (Herr B., Z. 493-497)

Als Herr Bach sich zu seiner Erkrankung bekennt und seine Therapiepläne äußert, erfährt er von seiner Familie Unterstützung (Herr B., Z. 504-517).

7.2.3.3 Umgang mit der Patientenrolle

Herr Bach erkennt während der Entgiftung die Tragweite seiner Erkrankung und die Notwendigkeit einer Behandlung:

Und dann fiel mir das auch leichter, das zu akzeptieren, ich habe einfach gemerkt, okay, ich bin krank. Du musst das jetzt machen, sonst führt das in eine Sackgasse, aus der du nie mehr rauskommst. Ja, es war schon eine ungewohnte Situation, ganz klar, aber – ich habe mich dann einfach auch fallen lassen. Ich habe gesagt, gut, das ist jetzt so, du musst das machen mit dem Ziel, irgendwann geht es dir wieder gut und da musst du jetzt durch. Ja. (Herr B., Z. 846-853)

Während das sich „fallen lassen“ (Herr B., Z. 850), also das Einlassen auf die eigene Behandlungsbedürftigkeit, zunächst mit ungunstigen Emotionen verbunden ist sagt Herr Bach im Interview: „Mittlerweile genieße ich es, muss ich sagen. (lacht) Mittlerweile ist es sehr schön. Vor allem auch mit bedingt durch das Bewusstsein, ich will und ich muss das machen, um bis zum Ende meines Lebens trocken zu bleiben“ (Herr B., Z. 794-797). Die Rolle als Patient in einer Entwöhnungsbehandlung bereite ihm keinerlei Probleme, ganz im Gegenteil, er äußert: „Ich bin auch ganz froh drum, dass ich jetzt mal nicht als Problemlöser hier agieren muss“ (Herr B., Z. 876-877). Herr Bach ist sich sehr bewusst, dass er im Moment selbst Hilfe benötigt und nicht in der Helferrolle ist:

Also ich bin jetzt nicht drauf aus andere ärztlich beraten zu müssen. Im Gegenteil: Ich weiß selbst, ich muss zunächst mal meine Leichen im Keller fortschaffen bzw. bearbeiten, dann kann ich mich an die Therapie anderer wagen. Ich denke, ich sehe das schon sehr realistisch, ich bin krank, es geht jetzt um mich, ich bin jetzt hier Patient und bin nicht der Therapeut. (Herr B., Z. 858-864)

Er findet seine Problematik auch durchaus in den Erzählungen anderer Patienten wieder und identifiziert sich mit deren Problemen:

...jeden Tag im Rahmen der – sei es Einzelgespräche oder auch Gruppengespräche merke ich, ja, da ist wieder so ein Aspekt, der auch in dir steckt. Wenn ich jetzt so andere Patienten erzählen höre, das ist so ein Aspekt, der könnte ganz genau auch auf dich passen. Also man muss da nicht immer von sich selbst, sondern auch einfach wenn man zuhört, dass man merkt, ja genau, so ist es eigentlich bei dir auch, den Fehler hast du auch gemacht. (Herr B., Z. 866-874)

7.2.3.4 Subjektive Begründung für die Suchterkrankung

Für Herrn Bach hatte Alkohol zunächst die Funktion, die Doppelbeanspruchung, die sich aus Beruf und Privatleben ergeben hatte, besser zu bewältigen. Fehlende Regenerationsmöglichkeiten kompensiert er durch Alkoholkonsum:

Dann, manchmal ist es so, dass ich wirklich dann sagen könnte, okay, jetzt nichts mehr, jetzt nur noch Abendessen und dann vielleicht lesen, fernsehen oder irgend etwas zur Entspannung tun. Und das ist nicht immer durchführbar. Das ist sicher auch der Grund mit gewesen, warum es dann - - dazu kam, dass ich Wein getrunken habe. (Herr B., Z. 83-89)

Der Alkohol diente der Entspannung. Den Zusammenhang zwischen seinem Beruf und seiner Suchterkrankung fasst Herr Bach mit dem Ausdruck „viel Arbeit, wenig Freizeit“ (Herr B., Z. 548) zusammen. Dabei sei nicht die Arbeit an sich verantwortlich, sondern sein persönliches Defizit, eigene Bedürfnisse durchzusetzen: „Vielleicht auch so ein bisschen Manko meinerseits, mir genügend Freiräume zu schaffen. Ruheoasen, wenn Sie so wollen, wo man eben dann wieder die leeren Akkus aufladen kann. Das ist sicher mit ein Grund, dass ich das versäumt habe...“ (Herr B., Z. 364-368). Er sei es gewohnt immer alle Aufgaben und Erwartungen, die an ihn gestellt werden zu erfüllen und habe immer gedacht: „...ich schaff das schon. Ich krieg das schon hin“ (Herr B., Z. 370).

Als Auslöser für den unkontrollierten Konsum sieht er seine Partnerschaftsproblematik (Herr B., Z. 100-102). Da der Vater und ein Bruder seiner Mutter ebenfalls alkoholkrank waren, schließt er auch eine genetische Disposition nicht aus (Herr B., Z. 356-359).

7.2.3.5 Geplante Rückfallpräventionsmaßnahmen

Herr Bach plant für die Zukunft seine Arbeit anders zu organisieren. Er will den starren Praxisablauf flexibler gestalten und sich dadurch mehr Freiräume schaffen (Herr B., Z. 694-700). Durch regelmäßige Pausen während der Arbeitszeit möchte er seine Beanspruchung reduzieren. Die Wahrnehmung der eigener Grenzen ist für ihn ebenfalls von Bedeutung:

„Man kann natürlich auch sagen persönlicher Notfall, ich brauche einfach eine Auszeit. Ja. Geht auch. Das muss man dann eben durchführen“ (Herr B., Z. 202-204).

Da Herr Bach in der Vernachlässigung eigener Bedürfnisse eine Hauptursache für seine Suchterkrankung sieht, spielt die Durchsetzung eigener Interessen eine große Rolle:

Ich werde sicher wieder mehr Sport machen, das Angebot ist da. Keine Frage, ich muss mich dann auch gegen die Anforderungen, die die Familie, die die Kinder an mich stellen, muss ich einfach Kompromisse schließen, muss eben auch klar machen, nein, jetzt bin ich mal nicht für euch da, jetzt bin ich mal für mich da, so, das brauche ich jetzt, um gesund zu bleiben. Ich muss einfach mir Freiräume rausnehmen. (Herr B., Z. 702-708)

Herr Bach betont die Notwendigkeit sich

...selbst etwas Gutes zu tun, was es auch sei, entweder, dass du mit jemand sprichst, dass du jemand anrufst, dass du Sport machst, dass du Musik hörst, in die Sauna gehst, dass du eine Tafel Schokolade isst oder irgend so etwas. Was du brauchst. Nimm dir das raus, was du brauchst. Unbedingt. Sonst bist du irgendwann nicht mehr fähig das zu leisten, was du leisten willst, was du für andere auch leisten willst. (Herr B., Z. 897-904)

Darüber hinaus plant Herr Bach in seinem Ort den Besuch einer Selbsthilfegruppe und die Bearbeitung seiner Partnerschaftsproblematik im Rahmen einer Paartherapie (Herr B., Z. 528; 720-724).

7.2.4 Berufliches Selbstverständnis

7.2.4.1 Motivation für die Berufswahl

Herr Bach hat durch seinen Zivildienst einen Einblick in die ambulante Arbeit mit bettlägerigen älteren Patienten gewonnen. Die Arbeit mit der Gemeindeschwester machte ihm Spaß und er entschloss sich daraufhin Medizin zu studieren (Herr B., Z. 4-9). Für ihn war es wichtig mit Menschen zu arbeiten und er strebte eine Tätigkeit mit einer gesellschaftlichen Relevanz an: „Mich hat angesprochen die Tatsache, dass die Arbeit, die ich mache, notwendig, sinnvoll ist und andere Menschen im weitesten Sinne hilft“ (Herr B., Z. 16-18).

Im Rückblick beurteilt Herr Bach seine Berufswahl positiv: „Vor die Frage gestellt, was ich denn jetzt, wenn ich noch mal die Wahl hätte, beruflich tun würde, würde ich den Arztberuf wieder ergreifen“ (Herr B., Z. 28-30). Seine ursprünglichen Erwartungen an die Tätigkeit haben sich erfüllt: „Ich mag das freie, eigenverantwortliche Arbeiten. Ja, das Arbeiten mit Menschen zusammen und die Möglichkeit, durch mein Wissen anderen Menschen helfen zu können“ (Herr B., Z. 56-58).

7.2.4.2 Belastbarkeit

Rückblickend stellt Herr Bach fest, dass er angesichts der Doppelbelastung aus Beruf und Familie seine Kräfte überschätzt habe. Die Grundhaltung „*Ich schaff das schon, ich krieg das schon hin*“ (Herr B., Z. 370) führt dazu, dass er z. B. ohne Pausen arbeitet und auf Kosten der eigenen Gesundheit versucht, allen beruflichen und familiären Erfordernissen gerecht zu werden. Die Illusion der eigenen Unverletzlichkeit verleitet Herrn Bach seine Erschöpfung und seine Regenerationsbedürfnisse zu ignorieren (Herr B., Z. 548-564).

7.2.4.3 Selbstverzicht

Herr Bach beurteilt auch im Rückblick seine Arbeitsbeanspruchung als nicht ungewöhnlich. Die besonderen persönlichen Einschränkungen, die z. B. durch nächtliche Notfalleinsätze entstehen, werden durch die medizinische Erforderlichkeit „neutralisiert“: „*Was ich immer als lästig empfinde, wenn ich nachts um 3.00 oder 4.00 Uhr raus muss und Hausbesuch machen. Das ist lästig, aber es ist notwendig. Ansonsten - - - ja, denke ich, ist das, was ich mache, durchaus normal*“ (Herr B., Z. 62-64). Herr Bach passt sich bei seinem Eintritt in die bereits bestehende Praxis den dortigen Gepflogenheiten an, obwohl der Arbeitsrhythmus, der keine Regenerationsphasen zulässt, seiner Meinung nach sachlich nicht notwendig ist (Herr B., Z. 142-147).

Herr Bach stellt grundsätzlich bei sich selbst das Defizit, sich nicht genügend Freiräume schaffen zu können, fest. Über die Erfüllung von externen Erwartungen habe er seine eigenen Interessen vernachlässigt und damit die „*innere Balance*“ (Herr B., Z. 131) verloren. Wenn Herr Bach jetzt anmahnt, man müsse nicht nur die Familie und die Patienten gerne haben, sondern auch sich selbst, ist diese Erkenntnis der jahrelangen Selbstüberforderung und Nichtbeachtung eigener Bedürfnisse geschuldet:

Man muss sich auch selbst – man darf sich selbst nicht aus dem Auge verlieren, man darf nicht nur den Beruf gern haben, die Patienten gern haben, die Familie gern haben, sondern man muss sich selbst auch gern haben und man muss sich selbst auch annehmen und seine Bedürfnisse leben lassen. Man muss sich selbst auch leben lassen. (Herr B., Z. 908-913)

7.2.4.4 Leistungsorientierung

Herr Bach ist in seiner beruflichen Laufbahn bisher sehr erfolgreich gewesen. Die professionellen Leistungen sind stabilisierend für sein Selbstwertgefühl: „*Ich habe auch viele positive Rückmeldungen natürlich bekommen, von Patienten oder auch vom Oberarzt oder so. Das war schon ein Punkt, wo ich sagen würde, ja, das hat zu meinem Selbstwertgefühl, zu meinem Selbstbewusstsein beigetragen, auf jeden Fall*“ (Herr B., Z. 112-117).

Auch als niedergelassener Arzt gelingt es ihm als gleichberechtigter Partner in der Gemeinschaftspraxis Fuß zu fassen: „Mittlerweile habe ich mich da, so wie ich es vorhatte, etabliert“ (Herr B., Z. 774-775).

Das Erreichen von Zielen und die Erfüllung von Erwartungen erlebt Herr Bach bis zu der Suchterkrankung als Lebenskonstanten:

...wenn ich mein Leben sozusagen Revue passieren lasse, dann habe ich eigentlich bislang alle Dinge geschafft, die ich mir vorgenommen habe, auch alle Anforderungen, die an mich gestellt wurden, habe ich eigentlich gut bewältigen können meines Erachtens. Und hatte bis eben vor sechs Jahren keine Probleme, diese Erwartungshaltungen zu erfüllen. (Herr B., Z. 376-382)

7.3 Herr Simon oder das „Ungelebte Leben“

7.3.1 Zur Person

Herr Simon ist 66 Jahre alt. Er ist seit einem Jahr im Ruhestand. Herr Simon ist nicht verheiratet und hat keine Kinder. Bis zu dem Tod seiner Mutter vor einem Jahr hat er mit ihr zusammen gelebt (KF).

Herr Simon hält seinen Alkoholkonsum seit vier Jahren für problematisch und ist nach eigener Einschätzung seit einem Jahr alkoholabhängig. Er ist zum Zeitpunkt des Interviews erst seit einer Woche in der Oberbergklinik (KF).

7.3.2 Berufliche Situation

Herr Simon ist Kinderheilkundler und hat sich auf die Behandlung von Stoffwechselerkrankungen im Kindesalter spezialisiert. Er war fast 35 Jahre in einem Kinderkrankenhaus als Oberarzt tätig und hat darüber hinaus noch in verschiedenen anderen Einrichtungen die Funktion des leitenden Oberarztes bekleidet (KF).

7.3.2.1 Wahrgenommene Aufgaben und Beanspruchungen

Fachkompetenz

Herr Simon hält umfassende theoretische Kenntnisse, die durch ein gründliches Medizinstudium erworben werden, und deren spätere adäquate Umsetzung im Bereich der Diagnostik und Therapie für essentiell. Für die Arbeit mit Patienten seien andere Fähigkeiten als für die wissenschaftliche Arbeit notwendig, und es sei schwierig, in beiden Bereichen exzellent zu sein (Herr S., Z. 843-876). Selbst war Herr Simon allerdings voll in die Patientenversorgung eingebunden und er entwickelte für sein Spezialgebiet neue Diagnose- und Behandlungsmethoden (Herr S., Z. 59-76). Er publizierte und war in den

wissenschaftlichen Exkurs eingebunden, besuchte Kongresse und hielt Vorträge (Herr S., Z. 157-159).

Verfügbarkeit

Die vielfältigen Aufgaben erfordern von Herrn Simon eine Arbeitsbereitschaft, die weit über die normale Wochenarbeitszeit hinausgeht (Herr S., Z. 151-156). Seine besondere Fachexpertise führt zu einem stetig steigenden Patientenaufkommen. Da viele Patienten weite Anfahrten in Kauf nehmen, um Herrn Simon zu konsultieren, sieht er sich gezwungen, auch außerhalb der normalen Arbeitszeiten im Krankenhaus Sprechstunden anzubieten und die Beratungsgespräche möglichst ausführlich zu gestalten (Herr S., Z. 175-186). Die Frage, ob er diesen außerordentlichen Arbeitsaufwand und die Erwartungen der Patienten als Belastungen empfunden habe, verneint Herr Simon entschieden (Herr S., Z. 175).

Kommunikationserfordernisse

Herr Simon hält es für zentral Patienten ernst zu nehmen und ihnen „zuzuhören“ (Herr S., Z. 892). Er sieht das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gefährdet, wenn Ärzte den Patienten nicht die Wahrheit über ihre Erkrankung mitteilen oder wenn sie sich nicht trauen ihre eigene Unwissenheit zuzugeben (Herr S., Z. 894-906). Dabei könne diese Situation seiner Meinung nach durchaus produktiv gelöst werden: „*Und zu sagen, im Moment bin ich da überfordert, aber ich verspreche ihnen, ich kümmere mich darum und mache mich kundig und ich komme wieder auf sie zu – das wäre es*“ (Herr S., Z. 906-909).

Verantwortung für Patienten

Aus der Tatsache, dass seine Patienten an einer chronischen Erkrankung mit vielfältigen Problemen leiden, leitet Herr Simon für sich eine besondere Verantwortung ab:

Man hat natürlich mit Kindern zu tun, mit Jugendlichen zu tun und hat mit den Familien zu tun. Und zwar mit Familien, die ein Kind haben, was eine chronische Krankheit hat, die nicht verschwindet. Und diese chronische Krankheit ist gleichzeitig (...) immer eine akute. Das heißt also, es kann akut zu irgendwelchen Zwischenfällen kommen, (...). Das heißt also, die Balance kommt sozusagen außer Gefecht und die Leute sind dann betroffen und waren immer sehr dankbar, dass ich sie geführt habe. (Herr S., Z. 123-133)

Er sieht seine Aufgabe darin, Patienten umfassend und langfristig zu betreuen. Der Patient hat die berechtigte Erwartungshaltung, „*dass man ihn vollkommen ernst nimmt. Und dass der Arzt sich Zeit nimmt zuzuhören und dass der Arzt sich Zeit nimmt nachzudenken und wenn er*

es nicht weiß, nachzulesen für ihn. Und dass der Arzt ihn begleitet und führt. Nicht sagen: Wir beobachten das mal und tschüss“ (Herr S., Z. 891-895).

Dieser Anspruch, möglichst umfassend für die Patienten zur Verfügung zu stehen, kommt auch durch seine zusätzlichen Tätigkeiten zum Ausdruck: Herr Simon ist über die Funktion im Krankenhaus hinaus auch ärztlicher Leiter in einem Internat für Kinder mit schweren Stoffwechselerkrankungen und er organisiert über mehrere Jahre Ferienfreizeiten für Kinder mit solchen Erkrankungen (KF; Herr S., Z. 159-167).

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Herr Simon macht keine Angaben zu der Beanspruchung durch Verwaltungs- und Dokumentationsarbeiten oder zu der Situation, die sich durch die vielfältigen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen für seine Tätigkeit ergeben haben.

7.3.2.2 Arbeitskollegen

Im Kontakt mit Kollegen spielt für Herrn Simon Ehrgeiz und Konkurrenz durchaus eine Rolle: *„Ich wollte täglich im Dienst mindestens eine halbe Stunde vor allen anderen erscheinen. Begründung: Informationsvorsprung und den Tag sozusagen besser beginnen“ (Herr S., Z. 89-92).*

Es stellt sich schnell eine Situation ein, in der er anderen Kollegen gegenüber als Experte auftritt und im Gegenzug wenig von deren Fachwissen profitieren kann: *„Ich habe sie gern, ich habe sie empfunden in der Form, dass ich sie ausbilde. Ja. Ich habe selten Kollegen gefunden – ja – manchmal habe ich auch den Mann gesucht, wo ich mir gesagt habe, Mensch, der kann mir irgendwie was sagen“ (Herr S., Z. 220-223).* Seine Versuche, die Arbeit auf mehrere Schultern zu verteilen und ein Team aufzubauen scheitern an den hohen Ansprüchen von Herrn Simon: *„Es gab einige, wirklich gute Leute, auch Studenten, die wir gehabt haben, da habe ich gesagt, Mensch, das ist es. Ja. Aber die haben das [Arbeitspensum] nicht durchgehalten“ (Herr S., Z. 842-844).*

Außerhalb seines Krankenhauses und in wissenschaftlichen Zusammenhängen arbeitet Herr Simon mit anderen Kollegen zusammen, da habe er die anderen auch gebraucht, weil sein Englisch nicht gut genug sei (Herr S., Z. 494-500).

7.3.2.3 Arbeitszeit

Herr Simon schildert ein Berufsleben in dem es keine Zeit und keinen Raum für private Interessen gab. Seine tägliche Arbeitszeit beginnt am frühen Morgen und endet am späten Abend. Bis auf eine kurze Unterbrechung arbeitet er auch während der Mittagspause:

Also bin ich um halb acht – habe ich begonnen, meistens bis 13.00 Uhr. Von 13.00 bis 16.00 Uhr war eine Pause, die habe ich natürlich immer voll ausgenutzt, aber ich habe mir zum Prinzip gemacht, diese Pause in den Nachmittagsstunden zu nutzen für einen Mittagsschlaf im Bett, ausgezogen und zwar von mindestens einer Viertelstunde bis maximal einer halben Stunde, in der ich mich dann auch sozusagen erholt habe. Und bin dann wieder in die Klinik, habe die unterschiedlichen Aufgaben in der Klinik wahrgenommen bis hin zur Aufgabenwahrnehmungen in diesen Positionen als leitender Arzt in den anderen Institutionen. Und der Dienst hat bei mir nicht geendet um 19.00 Uhr, sondern das war meistens 20.00 Uhr, 21.00 Uhr, 22.00 Uhr. Wobei der Abschluss des Tages für mich immer wieder war die Vorbereitung für den nächsten. (Herr S., Z. 92-106)

Um den vielen Patientenanfragen gerecht zu werden, bietet Herr Simon auch am Wochenende Sprechstunden an (Herr S., Z. 178-186).

Seine Ferien nutzt er für die wissenschaftliche Arbeit und andere Projekte:

...für mich gab es – ja, ich muss sagen, so in den letzten 30 Jahren so gut wie kaum Urlaub. (...). Wenn ich von zu Hause weg war, immer in Verbindung mit beruflichen Dingen: Der Kongress in Madrid oder in Holland oder in der Schweiz. Ich habe Kongresse besucht, selbst auch Vorträge gehalten und mir Vorträge angehört und das war das. Und dann habe ich in den Sommerferien zehn Jahre hintereinander zehnmal so etwas gemacht, (...), ein Feriencamp für Kinder mit [Stoffwechselerkrankungen] zu machen (...). (Herr S., Z. 150-163)

7.3.2.4 Work-Life-Balance

Das Arbeitspensum von Herrn Simon hat keinerlei Raum gelassen für ein Leben neben dem Beruf. Er verzichtet auf eine Partnerschaft, um alle Zeit und Energie den beruflichen Aufgaben zu widmen: „Das war mit ein Grund, dass ich immer, sagen wir mal im Privaten, alleine war. Das heißt auf deutsch, ich war nie verheiratet und wollte es in der damaligen Zeit nicht“ (Herr S., Z. 81-83). Er verliert den Kontakt zu Freunden und Bekannten aus der Studienzeit und hat schließlich nur noch beruflichen Umgang mit Kollegen (Herr S., Z. 489-494). Er lebt sehr isoliert und empfindet Einladungen zu sozialen Ereignissen, wie z. B. Feiern als belastend (Herr S., Z. 780-787).

Die Tatsache, dass Herr Simon immer bei seiner Mutter gewohnt hat, deutet auf ein Defizit in allen Lebensbereichen außerhalb der beruflichen Tätigkeit. Dies wird auch durch das Einsetzen einer Angststörung und psychosomatischer Beschwerden deutlich, die es ihm erlauben weiterhin seiner Berufstätigkeit nachzukommen, ihn aber an freien Tagen immer mehr einschränken:

Ich glaube mit Sicherheit, mit Sicherheit, dass man da nicht drauf geachtet hat – ja - und dass man mit Bauchschmerzen sozusagen Dienst gemacht hat und dabei die Wahrnehmung der Bauchschmerzen entweder nicht oder nur schwach stattgefunden hat, um außerhalb der Dienstzeit zu kommen. Und so ist es für mich erklärbar oder,

nein, es ist einfach für mich, dass ich es so beschreibe: samstags, sonntags, Ferien, Urlaub, außerhalb von Belastungen oder wie viele sagen außerhalb von Stress – ja – war ich so sehr von den Bauchschmerzen gequält, was soweit geführt hat, dass ich an dienstfreien Tagen – Samstag, Sonntag – fast notfallmäßig in die Klinik gebracht werden musste. (Herr S., Z. 424-435)

Die Pensionierung mir 65 beurteilt Herr Simon ambivalent. Sie biete ihm die Zeit und Möglichkeit „etwa anderes“ (Herr S., Z. 364), was er „bisher noch nicht gemacht habe“ (Herr S., Z. 365) zu tun. An anderer Stelle bezeichnet er die Aufgabe der Arbeit ebenfalls als einen Verlust (Herr S., Z. 308).

7.3.3 Suchterkrankung

7.3.3.1 Gesundheitliche Situation allgemein

Herr Simon leidet seit den Anfängen seiner Berufslaufbahn unter Bauchschmerzen (Herr S., Z. 483-486). In den letzten Jahren haben diese Beschwerden massiv zugenommen, er leidet unter kolikartigen Schmerzen, die ihn insbesondere an arbeitsfreien Tagen außer Gefecht setzen und den ganzen Verdauungsapparat betreffen (Herr S., Z. 424-435). Umfangreiche diagnostische Untersuchungen ergeben keine organischen Befunde, so dass sich der Verdacht einer psychosomatischen Erkrankung aufdrängt (Herr S., Z. 450-460). Herr Simon befürchtet an einer Depression erkrankt zu sein (Herr S., Z. 562), gleichzeitig ist er immer noch auf der Suche nach einer somatischen Ursache (Herr S., Z. 462-464). Verschiedene Behandlungsversuche bleiben ergebnislos oder verstärken noch die Schlafstörungen und die innere Angespanntheit unter der Herr Simon leidet (Herr S., Z. 244-257).

Herr Simon schildert darüber hinaus die Symptome einer Angststörung:

...ich habe jetzt Ängste, in einen Supermarkt hineinzugehen und der ist proppenvoll oder Ängste im Fahrstuhl oder Ängste auf dieser Treppe, ja, wenn viele da sind. Ich gehe auch in solche, in solche Geschäfte nur hinein, wenn ich genau weiß, es sind nicht viele drin. In der Schlange stehe, ja, das finde ich auch ganz schlimm. Wenn ich es nicht aushalte in der Schlange, dann gehe ich raus und mache dann nur eine Runde durch die Regale und gucke, wenn sie kleiner wird, dann stelle ich mich an. (Herr S., Z. 764-774)

Während die psychosomatischen Beschwerden und die Agoraphobie seine berufliche Tätigkeit nicht wesentlich beeinträchtigen, verstärken sie seine soziale Isolation nochmals (Herr S., Z. 356-358). Herr Simon schließt für sich persönlich das Vorliegen einer Arbeitssucht nicht aus (Herr S., Z. 754-755).

7.3.3.2 Suchtverlauf

Herr Simon betont mehrmals, dass er Alkohol nie gemocht habe und lange Zeit, wenn überhaupt, nur aus sozialen Zwängen heraus getrunken habe (z. B. Herr S., Z. 643-646). Wenn bei sozialen Anlässen im Krankenhaus Alkohol ausgeschenkt wird, trinkt er nicht mit. Als seine Magenbeschwerden immer mehr zunehmen und alle Behandlungsversuche scheitern, stellt er fest, dass ihm Alkohol zunächst die gewünschte Linderung verschafft:

Ein Piccolo am Abend, da war ich dann ein bisschen ruhiger geworden. Und als das nicht ausgereicht hat, sind aus einem Piccolo zwei geworden. Und ich habe diesen Alkohol angewandt, einmal zum Sedieren, dass man ruhiger wird, zweitens habe ich festgestellt, man wird dabei schmerzarm, Analgesie. Und ein bisschen euphorisch, nie narkotisch. (Herr S., Z. 259-265)

Unbemerkt von Herrn Simon kommt es dann zur Dosissteigerung. Solange er noch im Dienst ist, trinkt er eine Flasche Sekt am Abend. Nach seiner Pensionierung steigert er die Dosis auf zwei Flaschen und beginnt bereits am Tag zu trinken (Herr S., Z. 265-271). Im Nachhinein stellt Herr Simon fest:

Ich habe am Anfang diesen Piccolo getrunken aus Sektgläsern. Ja. In dem Moment, in dem die Menge zugenommen hat, zwei, habe ich ihn auch getrunken aus anderen Gläsern, selbst aus dem Zahnputzglas. Und am Schluss aus der Flasche. Was mir jetzt erst so bewusst wird. Aber mir zeigt, irgendwie habe ich dann so auf die Äußerlichkeiten nicht mehr geachtet.“ (Herr S., Z. 324-330)

Nach einer gewissen Zeit registriert Herr Simon die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums: „Die Nebenwirkung war: Der Schlaf wurde unruhiger, die Bewegungen wurden schon zittrig, Schweißausbruch in der ersten Nachthälfte, innere Spannungen nehmen zu, gelegentlich auch mitten in der Nacht bin ich erwacht, das Herz schlägt schnell, wo es keinen Grund gab“ (Herr S., Z. 556-560). Ohne Arbeit und nach dem Tod seiner Mutter allein im Haus verschlechtert sich der Gesundheitszustand von Herrn Simon dramatisch und er entschließt sich zu einer Entwöhnungstherapie (Herr S., Z. 273-278; 294-296).

Eigene Diagnostik

Herr Simon schildert retrospektiv, dass er keinerlei Kenntnisse über Suchterkrankungen gehabt habe: „Ich habe von Alkoholismus, vom Beginn, Alkoholismus-Verlauf und auch von den Folgen Alkoholismus nichts gewusst“ (Herr S., Z. 595-596). Die Dosissteigerung habe er zunächst gar nicht bemerkt und aufkeimende Bedenken dann mit aufwendigen Laboruntersuchungen beruhigt:

Dann habe ich etwas gemacht, was in die Medizin gehört aber nicht ganz, dann habe ich Blutanalysen bei mir machen lassen. Ich habe das Blut abgenommen, habe es

meinem sog. Hausarzt gegeben und habe gesagt, er soll es untersuchen auf das, das, das, das, das und das und das, sehr viel, ein sehr großes Programm, laborchemisches Programm aber auch sagen wir mal verrückte Dinge untersucht, die selten sind. Nachdem die Labordaten ... (?) die Leberwerte sind richtig, das Pankreas, die Bauchspeicheldrüse, die Niere, das Nervensystem das Blutbildsystem überall Normalwerte. (Herr S., Z. 450-460)

Er geht noch immer von einer organischen Ursache für all seine Beschwerden aus und interpretiert auch die einsetzenden körperlichen Folgen des Alkoholkonsums zunächst falsch: *„Und dann habe ich auch gesagt, Mensch, aber irgendwas muss doch da organisch sein. Ja? Ich bin von dem Organischen nicht weggekommen“* (Herr S., Z. 462-464).

Darüber hinaus schließt Herr Simon auf Grund seiner beruflichen Erfolge eine ernsthafte psychische Beeinträchtigung für sich aus: *„Weil ich das nicht wahrhaben wollte. Weil ich gesagt habe, das spielt keine Rolle. Ich bin ja froh. Habe gute Ergebnisse, wüsste nicht, was ich ändern sollte“* (Herr S., Z. 1064-1066).

Einfluss der Suchterkrankung auf die Arbeitsfähigkeit

Solange Herr Simon noch im Dienst ist, beschränkt er seinen Alkoholkonsum auf den Abend (Herr S., Z. 268-269). Er lehnt den Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen während der Arbeit ab und ist sich der Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit auf Grund einer akuten Intoxikation grundsätzlich bewusst: *„Während des Dienstes habe ich nie Alkohol getrunken. Aus mehreren Gründen, Führerschein, Auto, Dienststelle, erster Oberarzt und häufige Anrufe wegen dieser ganzen Angelegenheit [Stoffwechselerkrankung]. Da habe ich mich dann so durchgeschlagen mit den Schmerzen...“* (Herr S., Z. 337-341). Dass auch der Restalkohol vom Vorabend ein Problem darstellen könnte, nimmt Herr Simon nicht wahr.

Reaktionen des privaten und beruflichen Umfeldes

Im Krankenhaus fällt Herr Simons Alkoholerkrankung nicht auf oder zumindest wird er nicht darauf angesprochen (Herr S., Z. 608-610). Dass er zuviel arbeitet, wird zwar registriert und trägt ihm den Spitznamen *„Mister Tausendvolt“* (Herr S., Z. 752-753) ein, aber ernsthafte Bemühungen sein Arbeitspensum zu reduzieren unternehmen weder er selbst noch seine Vorgesetzten.

Nach der Einschätzung von Herr Simon hat seine Familie (Mutter und Geschwister) sehr wohl wahrgenommen, dass er aus dem Gleichgewicht geraten ist, aber erst als sich sein Zustand sehr verschlechtert, äußern sie sich dazu: *„Sie haben es gesehen, sie haben nichts gesagt. Sie haben nur etwas gesagt in den letzten zwei Monaten. Da ist es mir auch schlecht gegangen“* (Herr S., Z. 294-296). Herr Simon geht davon aus, dass seine Familie, genau wie

er selbst, den Alkohol für notwendig erachtete zur Moderation seiner Beschwerden und seiner Lebenssituation:

Vielleicht haben sie gedacht, na ja, das ist mal so, der braucht das, ja. Der hat – wenn man es genau nimmt, habe ich – und das stelle ich auch jetzt hier fest – Verluste und Verzichte, auf der einen Seite habe ich gute Ergebnisse, Erfolge, ich habe aber auch Verluste und Verzichte, wenn man die momentane Situation sieht. (Herr S., Z. 299-304)

Als Herr Simon nach seiner Pensionierung eine Krankenschwester und ehemalige Arbeitskollegin über seine Alkoholerkrankung informiert, reagiert diese überrascht und wechselt dann das Thema, um von ihren eigenen Erkrankungen zu erzählen (Herr S., Z. 679-681). Herr Simon erlebt diese Situation mehrmals: *„Oder andere Leute und Personen, mit denen ich gesprochen habe, die erzählen sofort von der Krankheit ihres Mannes oder von Krankheiten in der Familie und gehen an sich auf mein Problem überhaupt nicht ein“* (Herr S., Z. 682-685). Er macht die Erfahrung, dass sein Gegenüber ihm eine Suchterkrankung entweder nicht ‚zutraut‘ oder davon ausgeht, dass er auf Grund seiner Selbstkontrolle und seines Fachwissens mit dem Problem alleine fertig werden kann: *„Ja, so nach dem Motto, ja, sie müssten es ja wissen, wie es jetzt weiter geht“* (Herr S., Z. 693-694).

7.3.3.3 Umgang mit der Patientenrolle

Herr Simon schildert, dass er zunächst immer versucht habe eigene gesundheitliche Probleme selbst zu behandeln (Herr S., Z. 1041-1058). Bei seinen chronischen Magenkoliken zieht er eine Reihe von Fachleuten zu Rate, ist aber mit der Behandlung oft unzufrieden. Sei es, dass er das Fachwissen der Ärzte bezweifelt oder sich nicht ernst genommen fühlt (Herr S., Z. 918-952).

In der Retrospektive bedauert er, nicht frühzeitig genug psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen zu haben (Herr S., Z. 1058-1061).

Zum Zeitpunkt des Interviews ist Herr Simon eine Woche in der Oberbergklinik. Die Ursache für seine Magenschmerzen beschäftigt ihn sehr und es fällt ihm schwer, sich mit dem vorgegeben Zeitplan und der Ungewissheit abzufinden:

Es ist schwer. Es ist schwer und zwar, man hätte natürlich ganz gerne die Antwort, wieso habe ich Bauchschmerzen? Oder man hätte ganz gerne die Antwort, jetzt machen wir das und das und das und dann geht es weg. Aber das findet ja nicht statt. Und schon kommt man da ins Grübeln hinein oder ins Überlegen, ja, wie lange soll das dauern? Oder ist es so klar noch gar nicht besprochen worden, auch wenn die Zeit relativ kurz ist, ich bin ja erst seit einer Woche hier, aber dennoch denkt man, man ist Monate hier. (Herr S., Z. 1116-1124)

Er sieht darin einen Zusammenhang zu seinem Vorgehen als Arzt, wo er auch immer ein besonders ungeduldiger und gründlicher Diagnostiker gewesen sei (Herr S., Z. 1126-1127).

Herr Simon ist sich der Gefahr, innerhalb seiner Behandlung in die Therapeutenrolle zu verfallen bewusst. In den Gruppengesprächen nimmt er den Wunsch wahr, sein Wissen mitzuteilen: *„Ich würde manchmal auch ganz gerne ungefragt loslegen. Sagen, ich weiß was“* (Herr S., Z. 1166-1167). Er hat es sich zur Regel gemacht ungefragt keine Ratschläge zu erteilen, muss sich aber diesbezüglich selbst immer wieder ermahnen: *„Nein, das kann ich auch nicht, das darf ich auch nicht, das will ich auch nicht“* (Herr S., Z.1175-1176).

Im Gegensatz zur Entgiftungsklinik fällt es Herrn Simon in der Oberbergklinik leichter, sich mit den übrigen Patienten zu identifizieren (Herr S., Z. 1259-1272). Ein ähnliches Bildungsniveau und die größere Bereitschaft, sich mit der Suchterkrankung auseinanderzusetzen helfen ihm dabei. Das den Patienten durch die Therapeuten kommunizierte Selbstverständnis als *„Creme de la Creme“* (Herr S., Z. 1353) erleichtert für Herrn Simon darüber hinaus die Annahme von Hilfe.

7.3.3.4 Subjektive Begründungen für die Suchterkrankung

Für Herrn Simon hat der Alkohol nie etwas mit Genuss zu tun gehabt, sondern hatte die Funktion eines Medikamentes: *„Alkohol hat mir nicht geschmeckt. Nein. Ich habe den Alkohol, sagen wir mal, als Medikament gesehen“* (Herr S., Z. 319-321). Als sich seine massiven psychosomatischen Beschwerden auch mit Hilfe von Psychopharmaka nicht lindern lassen, nutzt er die sedierende, schmerzstillende und zum Teil euphorisierende Wirkung des Alkohols für sich (s. o.).

Retrospektiv sieht Herr Simon in kritischen Lebensereignissen und dem Verzicht auf eine Partnerschaft die Ursachen für seine labile psychische Situation und in deren Folge die Alkoholerkrankung:

... ich habe aber auch Verluste und Verzichte, wenn man die momentane Situation sieht. Einmal (...) Verlust der Eltern, der Vater vor 15 Jahren, die Mutter vor einem Jahr verstorben. Jetzt kommt der Verlust des Hauses, der von mir auch zum Teil selbst gewollt ist. Dann Pension, Verlust der Arbeitsstelle. Dann --- Verlust auch von Erinnerungen, in der gegenwärtigen Phase, in der man mit anderen Dingen zu tun hat. Der Verzicht auf Ehe. (Herr S., Z. 303-310)

Herr Simon verneint einen Zusammenhang zwischen seinem Beruf und seiner Suchterkrankung. Eine solche kausale Verbindung erscheint ihm nur bei dem Gebrauch von Psychopharmaka gegeben (Herr S., Z. 992-993).

Grundsätzlich geht er davon aus, dass bei der Entstehung von Substanzabhängigkeiten genetische Dispositionen eine Rolle spielen können. Er hält auch das Vorliegen einer Stoffwechselanomalie, die noch nicht nachgewiesen werden konnte, für denkbar (Herr S., Z. 1217-1220).

7.3.3.5 Geplante Rückfallpräventionsmaßnahmen

Herr Simon wird nach der Therapie nicht mehr in das Haus, in dem er mit seiner Mutter gewohnt hat, zurückkehren. Er plant den Umzug in eine Altersresidenz in der Nähe seiner Schwester (Herr S., Z. 694-709). Herr Simon möchte die Umgebung, die für ihn mit seinem Alkoholkonsum verbunden ist, verlassen: „...also in dem Moment, wenn Alkohol eine Rolle spielt und Auswirkungen hat, gibt es ja nichts anderes als das zu ändern, einmal von der Einstellung her aber auch, so wie ich es sehe, von der Umgebung her...“ (Herr S., Z. 714-717). Mit dieser Maßnahme möchte er auch der Gefahr eines Rückfalls auf Grund von Einsamkeitsgefühlen entgegenwirken (Herr S., Z. 722-728). Herr Simon hat sich vorgenommen in der neuen Umgebung aktiv auf andere Menschen zuzugehen und Beziehungen aufzubauen. Situationen, wie z. B. Feiern bei denen Alkohol getrunken wird, möchte er meiden (Herr S., Z. 1286-1287).

Ein Leben ganz ohne Arbeit kann Herr Simon sich nicht vorstellen. Er denkt darüber nach, als Berater für Pharmafirmen tätig zu sein, sieht aber für sich die Gefahr in diesem Bereich wieder zuviel zu arbeiten (Herr S., Z. 380-382; 398).

Zur Prophylaxe rät Herr Simon zu einer geschulten Selbstbeobachtung: „Sobald das knackt, sofort überprüfen, inwieweit man selbst reagiert, zum Beispiel auf den Chef, oder auf das Management im Krankenhaus oder auf andere Vorgehen. Wie man selbst reagiert...“ (Herr S., Z. 1104-1107). und zur schnellen Annahme von psychologischer Hilfe. Rückblickend hält er es für wichtig sich selbst in Frage zu stellen (Herr S., Z. 1109-1110).

7.3.4 Berufliches Selbstverständnis

7.3.4.1 Motivation für die Berufswahl

Während Herr Simon zunächst mit dem Gedanken spielt Germanistik oder Sport zu studieren, wird er von dem Vater, der selber als Tierarzt arbeitet, zur Veterinärmedizin gedrängt. Als sein jüngerer Bruder ebenfalls Tiermedizin studiert, wechselt Herr Simon zur Humanmedizin. Als Grund nennt er: „Mich hat gereizt der Umgang mit natürlichen Dingen, also nicht so am Reißbrett. Und mich hat gereizt, schon ganz früh, der Umgang mit jungen Personen, mit Kindern“ (Herr S., Z. 17-19).

Einen wichtigen Einfluss haben die Professoren, die er während seiner Ausbildungszeit kennen lernt, die ihn „in die richtigen Bahnen“ (Herr S., Z. 25) lenken und die ihn durch ihr Vorbild beeindruckten:

Was mich fasziniert hat war die Zurückhaltung auf der einen Seite, die Ruhe auf der anderen Seite, die Besonnenheit und nicht das unkrause Geschrei. Die Besonnenheit, die Ehrlichkeit, das Durchsichtige und auf der anderen Seite, von der Wissenschaft her, das Ernsthafte. (Herr S., Z. 42-46)

Herr Simon sucht eine berufliche Tätigkeit, mit der er seinen persönlichen Ehrgeiz und seinen Wunsch nach gesellschaftlicher Anerkennung befriedigen kann und sieht dies in der Arbeit als Arzt gegeben (Herr S., Z. 49-51; 54-57).

7.3.4.2 Belastbarkeit

In dem Interview schildert Herr Simon diverse Aufgaben und Funktionen, die er beruflich erfüllt hat (s. o.). Für die Erholung vorgesehene Zeiten (freie Tage, Mittagspausen, Urlaub) nutzt er, um sein Arbeitspensum zu bewältigen (Herr S., Z. 92-106; 151-167). Persönliche Belastungsgrenzen oder auch nur die Wahrnehmung von Belastungen scheinen in diesem System keine Rolle gespielt zu haben. So äußert Herr Simon zum Beispiel, dass er über etwaige, mit dem Kontakt zu kranken Kindern verbundene Beanspruchungen nie nachgedacht und dies auch nie so empfunden habe (Herr S., Z. 1000-1001). Herr Simon stellt lapidar fest, dass seine Arbeitsbedingungen für andere nicht tragbar waren: „Weil es zu aufwändig ist, Tag und Nacht, und weil es keinen Urlaub gibt“ (Herr S., Z. 145). Für sich selbst hat er daraus keine Konsequenzen gezogen.

Selbst als eine psychosomatische Erkrankung und zunehmende andere psychische Probleme ihn schwer beeinträchtigen sieht er keinen Grund seinen Arbeitsstil zu verändern.

7.3.4.3 Selbstverzicht

Herr Simon hat sich sehr konsequent für eine berufliche Karriere und gegen die Verfolgung etwaiger privater Interessen entschieden. Er verzichtet auf eine Partnerschaft, weil ihm klar ist, dass er die damit verbundenen Anforderungen nicht erfüllen kann (Herr S., Z. 81-85). Im Rückblick stellt Herr Simon fest, dass er damals nichts „konkret vermisst“ (Herr S., Z. 120) habe, sich heute aber schon frage, ob er etwas verpasst habe. Als ein Kollege seine Biographie als „ungelebtes Leben“ (Herr S., Z. 367-368) bezeichnet, findet Herr Simon sich darin teilweise wieder (Herr S., Z. 370-374).

In der Arbeitshaltung von Herrn Simon wird die Tendenz deutlich, sich uneingeschränkt an den Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten zu orientieren. Sondersprechstunden für

Patienten, die eine lange Anreise haben (Herr S., Z. 178-186), die Bereitschaft auch die Freunde und Freundinnen der kranken Jugendlichen zu beraten (Herr S., Z. 188-190) und die Organisation und Teilnahme an Ferienfreizeiten für Kinder und Jugendliche (Herr S., Z. 159-167) deuten zumindest daraufhin. Herr Simon sieht sich als Arzt in der Verpflichtung „zu helfen“ und dabei die eigene Befindlichkeit hinten anzustellen: *„Ich würde sagen, aufgrund meiner Ausbildung und aufgrund meines Vorhabens und meines Auftrages muss ich das jetzt machen oder mache ich das. Mit und ohne Bauchschmerzen“* (Herr S., Z. 1004-1007).

7.3.4.4 Leistungsorientierung

Herr Simon beschreibt sich selbst als sehr ehrgeizig und leistungsorientiert. Wettkampf und Konkurrenzdenken begleiten ihn seit seiner Jugend: *„Ja, ja, ich war immer der jüngste - im Abitur, im Studium dann - - - und ich wollte immer, ja, ich wollte immer der erste sein, ich wollte immer gewinnen. Das war beim Sport ganz genauso, ich wollte gewinnen“* (Herr S., Z.760-763).

Für Herrn Simon ist beruflicher Erfolg von großer Bedeutung. Er verbindet mit der beruflichen Tätigkeit auch das Ziel, öffentlich wahrgenommen zu werden und Spuren zu hinterlassen:

Ja, ich wollte auch immer etwas Eigenes machen und komisch ist, ich wollte auch immer, dass etwas mit meinem Namen in Verbindung kommt. Und erscheint. (...) Dass ich auf der einen Seite diagnostische Methoden und auf der anderen Seite therapeutisches Vorgehen entwickle, verbreite und automatisch sozusagen erstmal mit meinem Namen auch weitergegeben wird. (Herr S., Z. 54-57)

Seine Karriere verläuft dann auch rasant. Nur zwei Tage nach seiner Facharztausbildung wird Herr Simon Oberarzt (Herr S., Z. 827-829). Patienten aus der ganzen Bundesrepublik und dem europäischen Ausland konsultieren ihn und von einem Nachrichtenmagazin wird er zu den 1000 besten Ärzten Deutschlands gezählt (Herr S., Z. 104-203). Für ihn bedeutet das die Anerkennung seiner *„Leistungen und (...) Bemühungen“* und *„dass zumindest auch von der Seite erkannt worden ist, Mensch, da ist einer, der fällt auf. Durch Leistung“* (Herr S., Z. 207-208).

Der berufliche Erfolg und sein Renommee befördern seine Arbeitszufriedenheit und spornen ihn zu immer mehr Einsatz an: *„Jetzt kommt Anerkennung und Belobigung. Und das war für mich immer die Aufforderung noch mehr und ich mach jetzt noch was“* (Herr S., Z. 135-137).

7.4 Interviewvergleich

Nach der ausführlichen Einzelfallanalyse der drei Interviews sollen die Ergebnisse anschließend an Hand der generierten Kategorien miteinander verglichen werden, um individuelle Unterschiede und mögliche strukturelle Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten.

7.4.1 Berufliche Situation

Herr Franz und Herr Simon sind als niedergelassene Mediziner in allgemeinmedizinisch ausgerichteten Praxen tätig. Beide arbeiten in eher ländlichen Regionen mit den sich daraus ergebenden Arbeitsbedingungen. Dem gegenüber ist Herr Simon in einer Stadt in einem Krankenhaus als Oberarzt tätig gewesen. Herr Simon ist bereits pensioniert, bei Herrn Franz steht dieses Thema im den nächsten Jahren an. Herr Bach befindet sich in der mittleren Lebensarbeitsphase (KF).

7.4.1.1 Wahrgenommene Aufgaben und Beanspruchungen

Fachkompetenz

Alle drei Probanden sehen die fachliche Kompetenz, im Sinne einer zielsicheren Diagnostik und adäquaten Behandlung von Erkrankungen für die ärztliche Tätigkeit als essentiell an. Herr Franz nimmt diesen Arbeitsbereich als besonders befriedigend wahr (Herr F., Z. 145).

Herr Simon ist, über die Behandlung von Patienten hinaus, auch in die wissenschaftliche Erforschung von Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten involviert. In der Patientenversorgung und der wissenschaftlichen Arbeit gleichzeitig den Anforderungen zu genügen, hält er im Prinzip für eine Überforderung (Herr S., Z. 843-876).

Verfügbarkeit

Herr Franz und Herr Bach stehen ihren Patienten auf Grund der Notwendigkeiten, die sich aus der hausärztlichen Versorgung und der Notfallbereitschaft ergeben, phasenweise rund um die Uhr zur Verfügung (Herr F., Z. 69; Herr B., Z. 38-47). Beide sind dadurch mit Unterbrechungen während der Nacht konfrontiert (Herr F., Z. 777-780; Herr B., Z. 61-63). Herr Bach weist auf die Beanspruchung hin, die sich aus der Unerfahrenheit in der Einschätzung von Notfällen ergibt (Herr B., Z. 573-582).

Herr Franz und Herr Bach stehen unter dem Druck, Patienten möglichst rasch behandeln zu wollen und lange Wartezeiten zu vermeiden. Herr Bach sieht in diesem Erwartungsdruck eine seiner Hauptbelastungen (Herr B., Z. 180-189).

Herr Franz betont darüber hinaus die Bedeutung seiner Präsenz auch über das ganze Jahr gesehen. Vertretungen während des Urlaubs oder im Falle eigener Erkrankung hat er auf ein Minimum beschränkt (Herr F., Z. 304-310).

Herr Simon befindet sich im Krankenhaus grundsätzlich in einer anderen Situation. Trotzdem sieht auch er sich gezwungen seine Abwesenheitszeiten auf ein Minimum zu beschränken (Herr S., Z. 150-163). Sein Spezialwissen führt zu einem hohen Patientenaufkommen und einem breitem Aufgabenspektrum, dass Herr Simon nur durch vermehrten zeitlichen Arbeitsaufwand und Verfügbarkeit am Wochenende und in seinem Urlaub bewältigt (Herr S., Z. 178-186).

Kommunikationserfordernisse

Herr Franz, Herr Bach und Herr Simon formulieren besondere Kommunikationsanforderungen, die sich im Kontakt mit Patienten ergeben.

Herr Franz und Herr Simon weisen auf die Notwendigkeit hin, den Patienten „*ernst zu nehmen*“ (Herr F., Z. 269; Herr S., Z. 892). Gemeint ist damit in beiden Fällen, die Patienten in ihrer Individualität und mit ihren subjektiven (Krankheits-)Wahrnehmungen zu erfassen. Herr Franz hält es darüber hinaus für erforderlich, die Deutungen der Patienten und seine eigenen möglichst in Übereinstimmung zu bringen. Voraussetzung dafür ist eine empathische und verständnisvolle Grundhaltung („*einen guten Draht haben*“ (Herr F., Z. 260)). Herr Simon fordert eine aufrichtige Kommunikation, in der der Arzt den Patienten vollständig aufklärt und auch eigene Unwissenheiten aufdeckt (Herr S., Z. 894-906).

Herr Bach weist daraufhin, dass sich hinter den somatischen Symptomen häufig psychische und soziale Probleme verbergen, die im Patienten-Arzt-Gespräch ebenfalls berücksichtigt werden müssten, für die aber in der Regel nicht genügend Zeit zur Verfügung stehe (Herr B., Z. 211-225).

Verantwortung für die Patienten

Bei beiden Hausärzten wird die Verantwortung, die sie für Patienten haben, in den Notbereitschaftsdiensten sichtbar. Herr Franz formuliert darüber hinaus aber auch eine sehr umfassende Zuständigkeit, im Sinne von Verfügbarkeit und Kontinuität, die auf seiner persönlichen Beziehung zu den Patienten beruht. Er hat das Gefühl, seine Patienten „*nicht allein lassen*“ (Herr F., Z. 245) zu können, weder im Urlaub noch im Ruhestand.

Herr Bach sieht seine Verantwortung den Patienten gegenüber darin, die bestmögliche Behandlung durchzuführen und medizinische Innovationen zu nutzen. Dies wird aber durch die Vorgaben der Krankenkassen und die wirtschaftlichen Bedingungen verhindert (Herr B., Z. 242-245).

Herr Simons Verpflichtung gegenüber den Patienten speist sich aus seiner ärztlichen Rolle in Verbindung mit seiner Fachkompetenz und der krankheitsbedingten Hilfsbedürftigkeit der Patienten. Das dadurch entstehende asymmetrische Machtverhältnis macht es erforderlich, dass er die Patienten „begleitet und führt“ (Herr S., Z. 894). Mit der Organisation und Teilnahme an Freizeiten von kranken Jugendlichen verlässt Herr Simon auch den rein somatischen Behandlungsbereich und nimmt Einfluss auf psychosoziale Lebensbedingungen seiner Patienten (Herr S., Z. 1162-1163).

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Herr Franz und Herr Bach sind als niedergelassene Ärzte selbstständige Unternehmer, die ihre Praxis nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten führen müssen. Beide erleben den Zwang, die eigenen Verordnungen an die vorgeschriebene Beschränkung der Ausgaben anpassen zu müssen, als Belastung. Insbesondere Herr Bach sieht darin eine Gefährdung seines Versorgungsauftrages (Herr B., Z. 252-274). Aber auch Herrn Franz beklagt den in den letzten Jahren ständig zunehmenden Dokumentationsaufwand und die Auseinandersetzungen mit Kostenträgern (Herr S., Z. 93-106).

Bei Herrn Simon findet dieses Thema keine Erwähnung.

7.4.1.2 Arbeitskollegen

Herr Franz hat, außer seinen Arzthelferinnen, keine direkten Arbeitskollegen. Die Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten oder Krankenhäusern beschreibt er als gut (Herr F., Z. 124-135). Herr Bach arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis und vermisst eine engere Zusammenarbeit mit anderen Kollegen aus dem Ort, insbesondere auch um gemeinsame Strategien im Umgang mit strukturellen Problemen zu entwickeln (Herr B., Z. 321).

Im Gegensatz dazu ist Herr Simon im Krankenhaus grundsätzlich in ein Team eingebunden. Er hat als Oberarzt Vorgesetzte und ist auch selbst in der Vorgesetztenrolle. Anders als bei Herrn Bach und Herrn Franz spielt bei Herrn Simon Konkurrenz eine größere Rolle (Herr S., Z. 89-92).

7.4.1.3 *Arbeitszeit*

Bei Herrn Franz und Herrn Simon ist über weite Lebensphasen kaum Raum für Freizeit. Beide arbeiten kontinuierlich deutlich über 10 Stunden (Herr Franz, Z. 67-90) bzw. 12 Stunden (Herr Simon, Z. 92-106) pro Tag und sind regelmäßig an Wochenenden im Dienst. Herr Franz hat bis vor 10 Jahren noch zusätzlich nächtliche Bereitschaftsdienste geleistet.

Herr Simon verzichtete über viele Jahre auf seine Urlaube, um stattdessen arbeitsbezogene Projekte zu verfolgen (Herr S., Z. 150-163). Wenn Herr Franz auf dem Weg zu seinem Urlaubsziel noch Hausbesuche macht (Herr F., Z. 352-355) und Herr Simon sich abends zu Hause auf den nächsten Arbeitstag vorbereitet, ist die Trennung zwischen Arbeitszeit und Freizeit aufgehoben.

Herr Bach hat durch die Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis geregeltere Arbeitszeiten. Aber auch er arbeitet die Hälfte der Zeit über 10 Stunden pro Tag mit zusätzlichen Bereitschaftsdiensten (Herr B., Z. 38-47). Bei beiden Hausärzten fällt in den Beschreibungen auf, dass nicht klar ist, wann sie die Verwaltungsarbeit leisten und es liegt nahe anzunehmen, dass dafür zusätzliche Zeit benötigt wird.

7.4.1.4 *Work-Life-Balance*

Herr Franz und Herr Simon haben ihre gesamte Lebensführung der Arbeit untergeordnet, auch Herr Bach beurteilt die Dominanz der beruflichen Tätigkeit im Nachhinein kritisch (Herr B., Z. 117-131). Während Herr Franz und Herr Bach zumindest versuchen, Familie und Beruf zu integrieren, entscheidet sich Herr Simon ausschließlich ‚für den Beruf‘ (Herr S., Z. 81-83). Herr Franz sieht das Scheitern seiner Ehe u. a. als Folge seines beruflichen Überengagements (Herr F., Z. 567-569).

Die berufliche Beanspruchung geht so weit, dass alle drei die Einhaltung von mental und physiologisch notwendigen Erholungs- und Regenerationsphasen nicht berücksichtigen.

Bei allen drei ist darüber hinaus die Vernachlässigung von Interessen neben der Arbeit feststellbar. Herr Franz und Herr Simon scheinen im Laufe ihrer 30-jährigen Berufslaufbahn das Gefühl für Neigungen und Hobbys verloren zu haben (Herr F., Z. 551-554; Herr S., Z. 489-494). Dem gegenüber vermisst Herr Bach ganz konkret Zeit für sportliche Aktivitäten (Herr B., Z. 117-131).

Bei Herrn Simon führt die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit zu dem Verlust von privaten sozialen Kontakten (Herr S., Z. 489-494).

7.4.2 Suchterkrankung

7.4.2.1 Gesundheitliche Situation allgemein

Bei Herrn Franz und Herrn Simon liegen neben der Suchterkrankung noch zusätzliche Störungen vor. Herr Franz leidet an einer Depression, die der Abhängigkeitserkrankung vorausgegangen ist (Herr F., Z. 682-684). Im letzten Jahr ist er zum ersten Mal auch schwerwiegend somatisch erkrankt (Herr F., Z. 240-242). Davor hat Herr Franz nach eigenen Aussagen Erkrankungen bei sich selbst ignoriert (Herr F., Z. 616-624).

Herr Simon ist seit vielen Jahren durch eine psychosomatisch begründete Schmerzsymptomatik belastet (Herr S., Z. 483-486). Er leidet an einer Agoraphobie und sein Arbeitsverhalten weist auf eine mögliche Arbeitssucht (Herr S., Z. 754-755).

Dem gegenüber liegen bei Herrn Bach keine komorbiden Störungen vor.

7.4.2.2 Suchtverlauf

Bei allen drei Probanden ist der Alkoholabhängigkeit eine mehrjährige Phase des problematischen Alkoholkonsums vorausgegangen (KF). Herr Franz sieht den Beginn der Abhängigkeit vor zwei bis drei Jahren, Herr Bach und Herr Simon vor einem Jahr. Alle drei trinken zunächst nur am Abend. Herr Franz und Herr Bach versuchen mit dem Alkohol ihre Erschöpfung zu bekämpfen und Anspannung zu moderieren (Herr F., Z. 369-373; Herr B., Z. 83-89). Als dann familiäre Krisen hinzukommen, kommt es zur Dosissteigerung und zur Abhängigkeit (Herr F., Z. 423; Herr B., Z. 100-102). Herr Simon setzt Alkohol zur Bekämpfung seiner Schmerzen ein (Herr S., Z. 259-265). Auch bei ihm begünstigen zusätzliche Belastungen (Tod der Mutter, Pensionierung) den Kontrollverlust und die Abhängigkeit (Herr S., Z.269-271). Herr Franz und Herr Bach versuchen mehrmals den Alkoholkonsum aus eigener Kraft wieder unter Kontrolle zu bekommen bzw. aufzuhören. Körperliche Entzugserscheinungen (Herr Bach, Z. 410-419), Führerscheinentzug (Herr Franz, Z. 473-482) und körperliche Verelendung (Herr Simon, Z. 268-269) führen schließlich zum Eingeständnis der Behandlungsbedürftigkeit. Für alle drei ist der Aufenthalt in der Oberbergklinik die erste Entwöhnungsbehandlung (KF).

Eigene Diagnostik

Alle drei Interviewpartner geben an, dass ihr ärztliches Fachwissen bei der Diagnose der eigenen Suchterkrankung nicht von Nutzen war (Herr F., Z. 573; Herr B., Z. 608; Herr S., Z. 595-596). Herr Bach und Herr Simon initiieren Laboruntersuchungen, deren Ergebnisse sie darin bestärken, eine Suchterkrankung auszuschließen (Herr B., Z. 621-628; Herr S., Z. 450-

460). Während Herr Bach im Rückblick feststellt, dass er die Krankheit, ohne seine Verleugnungstendenzen, durchaus hätte diagnostizieren können, sieht Herr Simon das Hauptproblem in seinem damaligen Mangel an Fachwissen über Suchterkrankungen (Herr B., Z. 637; Herr S., Z. 595-596).

Einfluss der Suchterkrankung auf die Arbeitsfähigkeit

Betrachtet man die Aussagen der drei Interviewpartner zu ihren Trinkmustern wird deutlich, dass sie alle unter dem Einfluss von Alkohol, zumindest Restalkohol, gearbeitet haben. Herr Franz stellt im Rückblick fest, dass seine Arbeitsfähigkeit an einem bestimmten Punkt grundsätzlich nicht mehr gegeben war (Herr F., Z. 481-482). Herr Bach ist sich sicher, während der Tagdienste nicht unter motorischen oder kognitiven Einschränkungen gelitten zu haben (Herr B., Z. 469-473), sah aber eine Gefahr, während der nächtlichen Bereitschaftsdienste schuldlos in einen Unfall verwickelt zu werden (Herr B., Z. 646-653).

Die Möglichkeit, aufgrund des Alkoholkonsums die Praxis und ihre Approbation zu verlieren haben Herr Franz und Herr Bach ausgeblendet (Herr F., Z. 651-652; Herr B., Z. 638-656). Auch Herr Simon sah auf Grund der Beschränkung seines Alkoholkonsums auf den Abend seinen Arbeitsplatz nicht gefährdet (Herr S., Z. 337-341).

Reaktionen des privaten und beruflichen Umfeldes

Sowohl im familiären, als auch im professionellen Kontext werden Herr Franz und Herr Simon nicht auf ihre Alkoholproblematik angesprochen (Herr F., Z. 432-441; Herr S. 608-610). Herr Franz vermutet dahinter das Motiv ihn „schonen“ (Herr F., Z. 447) zu wollen. Ähnlich geht auch Herr Simon davon aus, seine Familie habe seinen Alkoholkonsum zwar bemerkt, aber auf Grund seiner schwierigen Lebenssituation toleriert (Herr S., Z. 299-304). Da es bei Herrn Franz durchaus zu Auffälligkeiten am Arbeitsplatz gekommen ist vermutet er, dass Arzthelferinnen und Patienten sich nicht getraut haben ihn anzusprechen (Herr S., Z. 453-455).

Die Ehefrau von Herrn Bach hat den übermäßigen Alkoholkonsum ihres Mannes registriert und auch immer wieder kritisiert (Herr B., Z. 445-448). In der Praxis ist sein Suchtproblem aber nicht aufgefallen (Herr B., Z. 469-473).

Keiner der drei Ärzte erfährt haftungs- oder approbationsrechtliche Konsequenzen (KF).

Nachdem das Tabu gebrochen ist, werden Herr Franz und Herr Bach in ihren Behandlungsbemühungen unterstützt (Herr F., Z. 488-492); Herr B., Z. 504-517).

Herr Simon erlebt mehrmals, dass Kommunikationspartner seine Hilfsbedürftigkeit negieren und stattdessen von eigenen Krankheiten erzählen (Herr S., Z. 682-694).

7.4.2.3 *Umgang mit der Patientenrolle*

Alle drei Interviewpartner setzten sich bewusst mit dem in der Entwöhnungsbehandlung erforderlichen Rollenwechsel vom Arzt zum Patienten auseinander (Herr F., Z. 699-700; Herr B., Z. 863-864; Herr S., Z. 1175-1176). Bei allen drei lassen sich Hinweise auf vorherige Tendenzen zur Selbstbehandlung finden (Herr F., Z. 699-700; Herr B., Z. 428-433; Herr S., Z. 1041-1058).

Die Anerkennung der eigenen Krankheit, insbesondere das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, stellt für sie einen schwierigen Prozess dar. Im Umgang mit der Patientenrolle liegen dann aber Differenzen vor: Herr Franz akzeptiert die psychologische Kompetenz seiner Ärzte und Psychotherapeuten, verlässt aber die Patientenrolle, wenn es um medizinische Bereiche geht, die seiner Tätigkeit nahe liegen. Den (zeitlichen) Umgang mit Untersuchungsbefunden möchte er selbst bestimmen und greift deshalb mit Hilfe seines Expertenwissens in die Abläufe der Klinik ein (Herr F., Z. 669-672; 700-713).

Herr Simon, der zum Zeitpunkt des Interviews erst seit einer Woche in der Oberbergklinik ist, zügelt seinen Drang, anderen Rat zu erteilen, sich in Gruppensitzungen mit seinem Wissen hervorzutun, durch selbst auferlegte Redebeschränkungen (Herr S., Z. 1116-1124). Er vergleicht sich mit anderen Patienten und verfällt auch hier in die Rolle des ‚Musterschülers‘, er ist besser vorbereitet als die anderen und hat den Eindruck, therapeutische Angebote besser zu nutzen und besser zu verstehen als seine Mitpatienten (Herr S., Z. 398-420; 540-543).

Herr Bach hat zum Zeitpunkt des Interviews die Patientenrolle akzeptiert. Er hat ein klares Verständnis für die eigene Behandlungsbedürftigkeit entwickelt und erlebt die temporäre Befreiung von der Helferrolle als Entlastung (Herr B., Z. 794-787; 867-877).

Die professionelle Kompetenz (Herr Franz, Z. 669-672), das Renommee einer besonders exzellenten Einrichtung (Herr Simon, Z. 1353), bzw. die Wahrnehmung der therapeutischen Erfolge (Herr Bach, Z. 864-869) unterstützen die Behandlungsmotivation.

7.4.2.4 *Subjektive Begründung für die Suchterkrankung*

Alle drei Interviewpartner haben nach ihren Aussagen Alkohol eingesetzt, um negativ empfundene Emotions- bzw. Körperzustände zu moderieren.

Herr Franz und Herr Bach sehen in der Retrospektive die Funktion des Alkohols zunächst darin, die durch die berufliche (Herr Franz, Z. 369-373) bzw. durch die berufliche und familiäre (Herr Bach, Z. 154-160) Überforderung hervorgerufene Erschöpfung und

Angespanntheit zu bekämpfen. Der Alkohol sollte fehlende Regenerationsmöglichkeiten ersetzen. Beide sehen in einer dann hinzukommenden Partnerschaftsproblematik den Auslöser für die Suchterkrankung (Herr F., Z. 373-383; Herr B., Z. 100-1002). Herr Franz formuliert sehr deutlich, dass Alkohol die Funktion hatte ihn zu betäuben, auch zum Schutz vor einem möglichen Suizid (Herr F., Z. 422-423).

Als ursächlich für die Überlastungssituation halten Herr Bach und Herr Franz nicht nur die tatsächlich sachlich gegebenen Erfordernisse, sondern auch ihren persönlichen Umgang mit Anforderungen. Herr Franz benennt eine Tendenz zum Helfersyndrom, Herr Bach seine Schwierigkeit eigene Interessen durchzusetzen (Herr F., Z. 745-749; Herr B., Z. 364-368).

Für Herrn Simon steht die Alkoholerkrankung im Zusammenhang mit seiner Schmerzproblematik. Er habe den Alkohol als Medikament eingesetzt, weil er zunächst besser als tatsächliche Medikamente gewirkt habe (Herr S., Z. 319-321). Auch Herr Simon sieht in dann hinzukommenden kritischen Lebensereignissen den Auslöser für den Kontrollverlust und die Erkrankung (Herr S., Z. 302-310).

Während Herr Franz und Herr Bach einen Zusammenhang zwischen ihrer Arbeit und der Suchterkrankung annehmen, verneint Herr Simon das (Herr F., Z. 547-560; Herr B., Z. 544-564; Herr S., Z. 992-993).

Herr Franz und Herr Simon sehen einen überindividuellen Zusammenhang nur bei dem Missbrauch von Psychopharmaka auf Grund der leichteren Verfügbarkeit für Ärzte.

Herr Bach und Herr Simon gehen davon aus, dass auch das Vorliegen einer genetischen Disposition das Auftreten einer Suchterkrankung begünstigen kann. Im Falle von Herrn Bach sind auch weitere Familienmitglieder mit Alkoholabhängigkeiten bekannt (Herr B., Z. 356-359).

Herr Simon hält grundsätzlich auch organische Ursachen für Suchterkrankungen, wie z. B. zur Zeit noch nicht diagnostizierbare Stoffwechselanomalien für möglich (Herr S., Z. 1217-1220).

7.4.2.5 Geplante Rückfallpräventionsmaßnahmen

Sowohl Herr Franz wie auch Herr Bach planen, ihre Arbeit in Zukunft anders zu organisieren. Herr Franz will die Praxis zunächst mit Hilfe seines potentiellen Nachfolgers weiterführen und damit sein Arbeitspensum reduzieren (Herr F., Z. 281-285). Herr Bach möchte mehr Pausen und Freiräume in seinen Arbeitstag integrieren (Herr B., Z. 694-700). Er formuliert darüber hinaus das Ziel, seine Interessen auch gegenüber der Familie besser durchzusetzen und die Selbstfürsorge nicht länger zu vernachlässigen (Herr B., Z. 702-708). Zur

Bewältigung seiner Ehekrisen will Herr Bach paartherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (Herr B., Z. 720-724).

Für Herrn Simon steht die Verringerung seiner Isolation im Zentrum. Durch eine räumliche Veränderung und ein geändertes Kontaktverhalten möchte er zukünftig Einsamkeitsgefühle vermeiden (Herr S., Z. 722-728).

Während sich Herr Bach bereits für den Besuch einer Selbsthilfegruppe entschieden hat, ist Herr Simon in dieser Frage noch ambivalent (Herr B., Z. 528-530; Herr S., Z. 1244-1247)

7.4.3 Berufliches Selbstverständnis

7.4.3.1 *Motivation für den Beruf*

Alle drei Interviewpartner geben als eine zentrale Motivation für die Ergreifung des Arztberufes den Wunsch an, mit Menschen bzw. Kindern und Jugendlichen (Herr Simon) arbeiten zu wollen (Herr F., Z. 30-32; Herr B., Z. 16-18; Herr S., Z. 18-19).

Berufliche Vorbilder spielen ebenfalls bei allen drei eine Rolle. Herr Franz und Herr Bach entwickeln ihren Berufswunsch über den Kontakt zu Ärzten (Herr Franz, Z. 25-27) bzw. zu einer Gemeindeschwester (Herr Bach, Z. 4-9). Herr Simon studiert zunächst auf Wunsch seines Vaters, der selbst Tierarzt ist, Veterinärmedizin und wechselt später zur Humanmedizin (Herr S., Z. 3-12). Die Professoren, die er während seines Studiums erlebt, beeindruckten und beeinflussen ihn sehr (Herr S., Z. 42-46).

Eine altruistische Motivation, der Wunsch etwas ‚Gutes zu tun‘ benennen Herr Franz und Herr Bach direkt (Herr F., Z. 32; Herr B., Z. 16-18), wird aber auch bei Herrn Simon deutlich, wenn er sagt, der gesellschaftliche Status des Arztes habe für ihn keine Bedeutung gehabt, wichtiger sei es gewesen, dass er selbst gewusst habe, was er tue sei „*richtig und gut*“ (Herr S., Z. 988-989). Diese Aussage steht zumindest teilweise im Widerspruch zu seinem Wunsch, über die berufliche Tätigkeit gesellschaftliche Anerkennung zu gewinnen (Herr S., Z. 49-51).

7.4.3.2 *Belastbarkeit*

Allen drei Befragten ist gemeinsam, dass sie ihre eigene Belastbarkeit (bis zum Eingeständnis der Suchterkrankung) zu hoch einschätzten. Bei Herrn Franz und Herrn Bach wird die Illusion der eigenen Unverletzlichkeit durch Kognition wie, „*ich habe immer alles gemeistert*“ (Herr F., Z. 580) bzw. „*ich schaff das schon*“ (Herr B., Z. 370) deutlich. Herr Simon registriert zwar, dass sein Arbeitspensum von anderen nicht geleistet werden kann, zieht daraus für sich aber keinerlei Konsequenzen (Herr S., Z. 145).

Diese Selbstüberschätzung korrespondiert mit der fehlenden Sensibilität für Belastungen. Herr Franz und Herr Simon nehmen Überforderungen, die sich aus ihrer Arbeit ergeben, nicht wahr bzw. negieren die Bedeutung für die eigene Gesundheit (Herr F., Z. 141-143; Herr S., Z. 1000-1001).

Alle drei setzten sich über körperliche Ruhe- und Erholungsbedürfnisse hinweg. Herr Franz geht so weit, eigene Erkrankungen zu ignorieren (Herr F., Z. 616-619) und auch Herr Simon arbeitet trotz schwerer körperlicher Einschränkungen (Herr S., Z. 424-428).

7.4.3.3 *Selbstverzicht*

Die drei Interviewpartner verbinden mit der ärztlichen Tätigkeit die Notwendigkeit, eigene Bedürfnisse den Arbeitserfordernissen unterzuordnen. Ausufernde Arbeitszeiten und Verzicht auf ausreichende Ruhephasen sehen sie durch die Verantwortung für Patienten als gegeben und unvermeidlich an (z. B. Herr F., Z. 777-780; Herr B., Z. 61-64; Herr S., Z. 1004-1007).

Bei Herrn Franz und Herrn Simon wird die grundsätzliche Orientierung an den Patientenwünschen sehr deutlich. Aber auch Herr Bachs widerstandsloses sich Einfügen in die Arbeitsweise der Praxis deutet auf eine Vernachlässigung eigener Interessen und eine Tendenz zur Erfüllung externer Erwartungen hin (Herr B., Z. 142-147).

Im Falle von Herrn Franz geht die Zurückstellung eigener Bedürfnisse so weit, dass er seine knappe freie Zeit nicht mehr genießen kann (Herr F., Z. 551-554). Ein ähnliches Phänomen wird auch bei Herrn Simon deutlich, der insbesondere außerhalb der Arbeitszeit unter seiner Schmerzproblematik leidet (Herr S., Z. 429-435).

Herr Franz und Herr Bach beschreiben sich über die ärztliche Tätigkeit hinaus als „angepasst“ (Herr F., Z. 745) und mit einem Defizit in der Durchsetzung eigener Bedürfnisse behaftet. Herr Franz stellt in der Retrospektive fest, dass er immer versucht habe, über den Selbstverzicht, d. h. die Hilfeleistung für andere, Anerkennung und Bestätigung zu gewinnen (Herr F., Z. 745-749).

7.4.3.4 *Leistungsorientierung*

Die Probanden zeichnen sich dadurch aus, dass sie bisher in ihrer beruflichen Laufbahn erfolgreich waren. Es gibt keine Hinweise auf Probleme während des anspruchsvollen Medizinstudiums, Herr Franz erwähnt explizit, dass ihm dieses sehr leicht gefallen sei (Herr F., Z. 48-51). Die Interviewpartner erreichen auch ihre weiteren beruflichen Ziele (Herr F., Z. 626; Herr B., Z. 774-775; Herr S., Z. 59-76).

Herr Franz erfährt viel Zustimmung von seinen Patienten (Herr F., Z. 239-243), Herr Bach erlebt die positive Kritik von Oberärzten und Patienten während seiner Krankenhauszeit und

die Etablierung in der eigenen Praxis als Selbstwert stabilisierend (Herr B., Z. 112-117). Bei beiden erscheinen diese Erfolge wie selbstverständlich und Herr Bach spricht denn auch von der „*Tradition*“ (Herr B., Z. 375), immer „*alle Dinge geschafft*“ (Herr B., Z. 377-378) zu haben.

Während Herr Franz und Herr Bach ihre Erfolge und Leistungen eher nebenbei erwähnen, ist für Herrn Simon Ehrgeiz eine dominierende Triebfeder. Er beschreibt sich als jemand, der schon immer „*der erste*“ (Herr S., Z. 761) sein und „*gewinnen*“ (Herr S., Z. 762) wollte. Bereits in der Schule und im Sport ist er konkurrenz- und wettkampforientiert (Herr S., Z. 760-763). Beruflicher Erfolg ist für Herrn Simon von großer Bedeutung, er strebt über außerordentliche Leistung auf medizinischem Gebiet gesellschaftliche Anerkennung und Distinktion von der Masse an (Herr S., Z. 49-51; 54-57). Als sich selbst verstärkendes System spornen erreichte Ziele und Erfolge Herrn Simon zu mehr Leistung an (Herr S., Z. 135-137).

8 Diskussion der Ergebnisse

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit war die Frage nach den spezifischen Arbeitsbelastungen von Ärzten und deren Einfluss auf das gehäufte Auftreten von Abhängigkeitserkrankungen bei Mediziner*innen. Es wurde angenommen, dass das Leitbild des ‚guten Arztes‘ Einfluss auf das Selbstverständnis und die Arbeitsbedingungen des einzelnen Arztes hat und unter Umständen spezifische Belastungen mit sich bringt.

Welche Bedeutung des Leitbildes sich bei den interviewten Ärzten nachweisen lässt, welche berufsspezifischen Belastungen die Inhaltsanalyse ergibt und wie der Zusammenhang zur Suchterkrankung zu interpretieren ist, soll im Folgenden diskutiert werden. Die vorangestellte Auseinandersetzung mit der aktuellen Forschungsliteratur dient als Folie zur Bewertung der empirischen Ergebnisse.

8.1 Das Leitbild des ‚guten Arztes‘ und das Selbstverständnis der interviewten Ärzte

In Kapitel 5 wurde dargelegt, dass das Fremd- und Selbstbild des Arztes generell vom jeweiligen Krankheitsverständnis und den damit verbundenen kollektiven Projektionen einer Gesellschaft abhängig ist. Ärzte müssen sich zwischen den Polen der naturwissenschaftlichen Beherrschung von Krankheiten und beziehungsorientierten Begleitung von Kranken bewegen. Der Arztberuf wird als eine Profession verstanden und bringt damit spezifische Sozialisations- und Arbeitsbedingungen mit sich. Die der ärztlichen Tätigkeit innewohnenden Grenzüberschreitungen leisten einer allgemeinen Tendenz zur Entgrenzung Vorschub und begünstigen Omnipotenzphantasien. Der Einfluss dieser überindividuellen berufssoziologischen Aspekte auf das Selbstverständnis der Probanden wird nun erörtert, interessant ist dabei auch, an welcher Stelle die Ergebnisse der Inhaltsanalyse eine Emanzipation von dem Leitbild ergaben.

Der Arzt zwischen Heilkunst und medizinischer Wissenschaft

Das der Medizin immanente Spannungsverhältnis zwischen der naturwissenschaftlich orientierten Somatik und einer ganzheitlich-anthropologischen Betrachtungsweise von Krankheit und Gesundheit beeinflusst das Leitbild des ‚guten Arztes‘ in einem erheblichen Ausmaß (Murrhardter Kreis, 1995). Daraus ergeben sich Anforderungen an ein immer weiter reichendes medizinisches Spezialwissen auf der einen und eine beziehungsorientierte Interaktion mit dem Patienten auf der anderen Seite (vgl. Kap. 5. 2). In allen drei Interviews

ließen sich Hinweise auf dieses Anforderungsprofil finden. Herr Franz formulierte den eigenen Anspruch einer zielsicheren Diagnostik, der auch von den Patienten geteilt wird. Gleichzeitig maß er der persönlichen Beziehung zu den Patienten und einer gelungenen Kommunikation, die die psycho-sozialen Lebensumstände der Betroffenen berücksichtigt, eine große Bedeutung bei. Die Integration der Ansprüche erschien bei ihm gelungen, insbesondere auch durch seine eindeutige Arbeitshaltung, eine weitergehende Fachbehandlung an Spezialisten abzugeben (Kap. 7.1.2).

Bei Herrn Bach und Herrn Simon wurden demgegenüber die Schwierigkeiten einer solchen Zusammenführung sichtbar: Herr Bach beklagte die mangelnde Zeit für eine psycho-soziale Betreuung (Kap. 7.2.2.1) und Herr Simon postulierte die Unvereinbarkeit von wissenschaftlicher Exzellenz und den nötigen Kompetenzen in der Patientenversorgung (Kap. 7.3.2.1).

Deutlich wurde, dass die Auseinandersetzung, mit den zum Teil widersprüchlichen Anforderungen, ein zentrales Element der ärztlichen Tätigkeit darstellt, die von den interviewten Ärzten individuell gelöst werden muss.

Die professionelle Identität des Arztes

In Kapitel 5.2 wurden die mit einer Profession verbundenen Besonderheiten, unter Berücksichtigung der ärztlichen Situation, dargestellt. In den Aussagen der interviewten Ärzte fanden sich zahlreiche entsprechende Bezüge, die im Folgenden erläutert werden.

Ein wichtiger Aspekt der professionellen Laufbahn ist die ursprüngliche Motivation für die Wahl der Tätigkeit. Vielleicht wird man durch Zufall Handwerker oder Büroangestellter aber Arzt wird man aus Berufung: „Den ärztlichen Beruf muß jemand ganz früh als innere Berufung erfahren und in Angriff nehmen; es muß ein idealistisches Moment dabei sein“ (Bollinger & Hohl, 1981, S. 183). Diese frühe und scheinbar schicksalhafte Entscheidung für den Arztberuf ließ sich in den drei Interviews nicht finden. Ganz im Gegenteil, Herr Franz z. B. stellte die Zufälligkeit seiner Berufswahl besonders heraus (Kap. 7.1.4.1). Aber wie in Kapitel 7.4.3.1 dargestellt, war bei allen dreien ein ‚idealistisches Moment‘ vorhanden: Der Wunsch etwas Gutes und Sinnvolles zu tun.

Für die Sozialisation innerhalb der Profession ist die Funktion von Vorbildern bedeutsam. Werte und Haltungen werden auf diese Weise professionsintern reproduziert. Die Rolle der Familie als Sozialisationsinstanz, indem der zumeist väterliche Beruf auch vom Sohn bzw. der Tochter übernommen wird, ist bei Ärzten besonders auffällig. Ruebsam-Simon (2002) schätzt den Anteil von Arztfamilien auf 20-25 Prozent. Tatsächlich spielte dieser Aspekt bei

Herrn Simon eine Rolle. Er wurde vom Vater, der Veterinär ist, zur Aufnahme des tiermedizinischen Studiums veranlasst, wechselte dann allerdings aus eigenem Antrieb zur Humanmedizin (Kap. 7.3.4.1). Bei Herrn Franz und Herrn Bach fanden sich keine Hinweise auf einen solchen familiären Hintergrund. Aber die Wirksamkeit von (außerfamiliären) Vorbildern wurde sowohl bei Herrn Simon, wie auch bei Herrn Franz und Herrn Bach deutlich (Kap. 7.4.3.1).

Die familiäre Tradierung von (Berufs-)Normen, der mit der Profession verknüpfte Konservatismus und die autoritär geprägte Studien- und Krankenhausausbildung leisten einer Kultur von Gehorsam und Anpassung mit einer Dominanz des Leistungsdenkens Vorschub (Ruebsam-Simon, 2002). Entsprechend betonten Herr Franz und Herr Bach ihre Fähigkeit zur Adaption und ihren Mangel an Widerspruchsgeist und bei allen drei Befragten war eine Selbstvergewisserung über das Erbringen von (außerordentlichen) Leistungen feststellbar (Kap. 7.4.3.4).

Entscheidend für die (ärztliche) Profession ist das Verhältnis von Arbeit und Leben. Bollinger und Hohl (1981) charakterisieren die Profession als ein Aufgehen der Person in der beruflichen Existenz: „Wenn die Tätigkeit des Professionellen sein Wesen und seine Berufung zum Ausdruck bringt, so fallen Arbeit (Wirken) und Leben weitgehend zusammen; die Arbeit ist nicht Voraussetzung des Lebens – sie ist das Leben“ (S.189). Herr Franz und Herr Simon entsprechen dieser Charakterisierung in geradezu idealtypischer Weise: Ihre berufliche Tätigkeit war der unangefochtene Lebensmittelpunkt, ohne eine zeitliche Begrenzung. Sie waren immer für ihre Patienten ‚da‘. Bollinger und Hohl (1981) weisen explizit auf den symbolischen Wert hin, den die permanente Verfügbarkeit und der Verzicht auf „Freizeit“ des Arztes (über die sachliche Notwendigkeit hinaus) für das Vertrauensverhältnis des Patienten zum Arzt hat (S. 190). Die Aufgabe des Mediziners, dem professionellen Verständnis nach, ist nicht die partikulare Sorge für die Behandlung einzelner Beschwerden oder Krankheiten, sondern eine umfassende Zuständigkeit für den Patienten. Beide Ärzte haben diese spezifische Form der Arzt-Patienten-Beziehung für sich übernommen (Kap. 7.1.2.1 u. 7.3.2.1).

Die mit der professionellen Rolle verknüpfte Verantwortung für das Wohl der Patienten erfordert, dass andere Lebensbereiche vollkommen ausgeklammert (Herr Simon) oder ihr untergeordnet (Herr Franz) werden (vgl. Kap. 5.2). Typisch für die professionelle Seinsweise ist auch, dass Bedürfnisse, die nicht über die Arbeit zu befriedigen sind, gar nicht wahrgenommen werden.

Das Verleugnen eigener Ansprüche verweist auf einen weiteren mit dem ärztlichen Leitbild eng verknüpften Aspekt, den Selbstverzicht. Wie bereits dargelegt, wird die Selbstlosigkeit des Arztes als Garant für seine ethische und moralische Integrität verstanden (vgl. Kap. 5.2; Bergner, 2006, S. 149). Bei allen drei interviewten Ärzten ließ sich das Motiv der Aufopferung (für den Beruf bzw. die Patienten) nachweisen (Kap. 7.4.3.3).

Anders als bei Herrn Franz und Herrn Simon, die diesen Lebensstil, zumindest vor der Entwöhnungsbehandlung, nicht hinterfragten und die die vom ärztlichen Leitbild geforderte Selbstlosigkeit in hohem Maße verkörpern, war bei Herrn Bach ein innerer Widerspruch zu spüren. Er hat durchaus Interessen und Bedürfnisse außerhalb der beruflichen Selbstverwirklichung und will neben seiner Berufsrolle auch den Anforderungen als Vater, Partner usw. gerecht werden. Im Gegensatz zu Herrn Franz und Herrn Simon versuchte Herr Bach seine Arbeitszeit zu begrenzen, aber der Versuch einer Integration von Privatleben und Arbeitsleben führte zu einer Überforderung (Kap. 7.2.2.4).

Das besondere Engagement und der große persönliche Einsatz von Ärzten sind lange Zeit durch ein hohes Einkommen und ein hohes soziales Ansehen kompensiert worden. Die veränderten Bedingungen im Gesundheitswesen haben die ökonomische Situation der Ärzte allerdings nachhaltig verschlechtert. Sowohl bei Herrn Bach wie auch Herrn Franz wurden finanzielle Sorgen deutlich, die dem Bild vom wohlhabenden Arzt widersprechen (Kap. 7.1.2 u. 7.2.2). Die gesellschaftliche Anerkennung wurde von Herrn Simon als eine wichtige berufliche Motivation genannt, während sich bei Herrn Franz eher das Motiv des Ausgleichs durch Dankbarkeit und Sympathie der Patienten finden ließ.

Die befragten Ärzte sind im Hinblick auf ihre berufliche Identität also deutlich von den Regeln der Profession beeinflusst. Es liegt nahe, die ungebrochene Übernahme der professionellen Rolle durch die älteren Ärzte (Herrn Franz und Herrn Simon) auf der einen und der Versuch einer Modifikation durch Herrn Bach auf der anderen Seite als einen Hinweis auf die neueren Deprofessionalisierungstendenzen innerhalb der Ärzteschaft zu interpretieren. Da den Ärzten die materiellen und immateriellen ‚Entschädigungen‘ (Autonomie, sicheres und hohes Einkommen, befriedigende Kontakte zu den Patienten, Prestige usw.) für ihren extrem belastenden Alltag im Zuge der Ökonomisierung der Medizin zunehmend verloren gehen, verändert sich, insbesondere bei den jüngeren Ärzten, auch das ärztliche Selbstverständnis (Ruebsam-Simon, 2002). Den Konflikt, der sich aus den divergierenden Ansprüchen der Profession, den modernen Bedürfnissen nach

Selbstverwirklichung und Freizeit und dem ökonomischen Druck als niedergelassener Mediziner ergibt, versuchen die Ärzte häufig auf einer individuellen Ebene durch Kompromissbildung zu lösen.

Der Arzt ohne Grenzen

Wie in Kapitel 5 ausgeführt, erfordern die Besonderheiten der ärztlichen Tätigkeit eine spezielle Handlungsfähigkeit auch in Extremsituationen. Ärzte müssen im Rahmen ihrer Arbeit körperliche, moralische und zivilisatorische Grenzen überschreiten. Um diese Fähigkeiten zu erwerben, ist es hilfreich eigene Bedürfnisse und aversive Gefühle abzuspalten. Der Selbstbeherrschung und Selbstkontrolle kommt eine große Bedeutung zu, insbesondere sind Unsicherheiten und Ängste kontraproduktiv, wenn ein schnelles und zielgerichtetes Handeln erforderlich ist (z. B. in Notfallsituation). In dem Wunsch der Patienten nach einem ruhigen und bedachten Arzt, der immer einen kühlen Kopf behält und weiß was er tut, spiegelt sich diese Anforderung. Das latente Verlangen nach einem Heiler, der Krankheit und Tod abwehrt, projiziert auf den Arzt ebenfalls (über-)mächtige Fähigkeiten. Die Kehrseite dieser Anforderungen und Heilungswünsche sind die den Ärzten immer wieder vorgeworfenen Omnipotenzphantasien (Grahmann & Gutwetter, 2002).

Bei den befragten Ärzten waren verschiedene Aspekte dieses ‚Machbarkeitsdenkens‘ nachweisbar. Besonders auffällig war, dass keiner der drei Ärzte von sich aus die, mit dem regelmäßigen Kontakt mit Kranken oder sterbenden Patienten verbundene, außerordentliche psychische Belastung thematisierte. Nur auf Nachfrage und eher lapidar gestand Herr Franz der Sterbebegleitung eine solche Komponente zu (Kap. 7.1.2.1). Das Ausblenden von negativen Gefühlen wie Trauer, Enttäuschung, Hilflosigkeit oder Versagensgefühlen, die durch Patienten hervorgerufen werden könnten, lässt sich im Sinne einer Abspaltung zur Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit interpretieren. Erwartungsgemäß äußerte keiner der Ärzte auf einer konkreten Ebene unrealistische Behandlungsziele, aber wenn Herr Bach von der Beherrschung der Krankheit (Herr B., Z. 242-245) sprach und Herr Franz feststellte, bei der Betreuung der Patienten habe er übertrieben und sich *„selbst zu wichtig genommen“* (Herr F., Z. 365-366) verweist das durchaus auf die zu Grunde liegenden Machtphantasien. Am deutlichsten wurde die ‚Entgrenzung‘ beim Umgang mit den eigenen Belastungsgrenzen. Die Haltung *„Ich schaffe das schon“* (Herr B., Z. 370) kennzeichnete alle interviewten Ärzte. Sie überschätzten die eigenen Kräfte und lebten in der Illusion unbegrenzter Machbarkeit.

Die Unverwundbarkeit des Arztes

Mit den Omnipotenzphantasien des ‚guten Arztes‘ (bzw. den Omnipotenzenerwartungen der Patienten) eng verknüpft ist der Glaube an die eigene Unverletzbarkeit. Ein zu hohes Arbeitspensum und fehlende Selbstsorge deuteten bei den Befragten ebenfalls auf ein mangelhaftes Gefühl für die eigene Gesundheit (Kap. 7.4.3.2). Insbesondere Herr Franz und Herr Bach verliehen dem explizit Ausdruck. Selbst eine Reihe von psychischen und psychosomatischen Beschwerden veranlassten Herrn Simon nicht dazu, sein Arbeitsvolumen zu verringern. Überlastung, Krankheiten und Beschwerden wurden von den Ärzten entweder gar nicht wahrgenommen oder aber die sich daraus ergebenden Konsequenzen ignoriert. Alle drei orientieren sich damit am Wunschbild des gesunden Arztes, der von den ihn umgebenden Krankheiten und Beschränkungen selbst nicht betroffen ist:

... er [der Arzt] möchte auch nicht daran erinnert werden, dass er selbst letztlich krankheitsanfällig und sterblich ist. Wenn er schon in diesen Kreislauf zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit eingebunden ist, dann auf der Seite der Gesundheit. Und wie der Priester glaubt er an seine eigene besondere Stellung im Spiel.
(Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 32)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Auswertung der Interviews vielfältige Hinweise auf das Leitbild des „guten Arztes“ erbracht hat. Die befragten Ärzte sind sowohl in ihrem Handeln wie auch in ihren Werten und Einstellungen von den mit dem Arztberuf verknüpften Mythen, Erwartungen und ungeschriebenen Regeln beeinflusst. Es konnte nachgewiesen werden, dass die konkreten Arbeitsbedingungen, wie auch das Selbstverständnis der Ärzte durch die Idealvorstellungen der ärztlichen Profession geprägt werden. Die Bezugnahme auf das Leitbild war allerdings unterschiedlich ausgeprägt: Während Herr Franz und Herr Simon beinahe ungebrochen den Typus des ‚guten Arztes‘ verkörpern, konnte bei Herrn Bach der Versuch einer Emanzipation von der geforderten Selbstaufgabe festgestellt werden.

8.2 Arbeitsbelastungen der interviewten Ärzte im Sinne der Handlungsregulationstheorie

Wie bereits in Kapitel 3.3 dargestellt, ist die Forschungslage zur Arbeitsbelastung von Ärzten unvollständig. Es besteht aber Einigkeit darüber, dass die ärztliche Tätigkeit komplexe und vielfältige Anforderungen an die ausführende Person stellt und mit einer Reihe von Belastungsrisiken assoziiert ist (Glaser & Höge, 2004, S. 58). In Kapitel 4 wurde mit dem arbeitspsychologischen Modell der Handlungsregulationstheorie (HRT) ein theoretisches Konzept vorgestellt, mit dessen Hilfe Arbeitsbedingungen erforscht und theoretisch

eingeordnet werden können. Zentral für die HRT ist die definatorische Unterscheidung zwischen positiv bewerteten *Anforderungen* und grundsätzlich negativ bewerteten bedingungsbezogenen *Belastungen*. Nach diesem Verständnis bergen *Belastungen* grundsätzlich Gesundheitsrisiken, besonders chronische *Belastungen* sind mit somatischen und psychischen Beschwerden assoziiert (Bamberg et al., 2003). Sowohl für *Anforderungen*, wie auch für bedingungsbezogene *Belastungen* fanden sich Hinweise in den Aussagen der interviewten Ärzte.

Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit sind aber besonders die Erweiterungen der HRT um das Konzept der *dialogisch-erzeugenden Tätigkeit* (vgl. Kap. 4.2) und die von Rieder für den Bereich der Krankenpflege ermittelten *individuellen Belastungen* (vgl. Kap. 4.3) von Bedeutung. Sie bieten eine gute Möglichkeit, die spezifische Arbeitssituation von Ärzten zu analysieren und sollen deshalb im Folgenden exemplarisch anhand der empirischen Ergebnisse diskutiert werden.

8.2.1 Dialogisch-erzeugende Tätigkeit

Kennzeichnend für die *dialogisch-erzeugende Tätigkeit* ist die Erfordernis einer aufgabenbezogenen Kommunikation zwischen dem Arbeitenden und dem Nutzer der Tätigkeit (vgl. Kap. 4.2). Ziel der Arbeit ist i. d. R. eine positive Veränderung im Nutzer, zum Beispiel die Heilung einer Krankheit. Grundsätzlich besteht ein Ungleichgewicht zwischen den Handlungsmöglichkeiten der arbeitenden und der nutzenden Person. Dieses Tätigkeitsprofil stellt spezifische Interaktionsanforderungen: Die Kognitionen und Gefühle des Nutzers müssen verstanden bzw. wahrgenommen werden. Es muss ein Abgleich zwischen dem Ziel des Arbeitenden und des Nutzers stattfinden. Der Arbeitende ist zur Zielerreichung gezwungen, Gefühle zum Ausdruck zu bringen, die u. U. im Widerspruch zur tatsächlichen Gefühlslage stehen können (Rieder, 2003).

In den Interviews sind die mit der Patienteninteraktion verbundenen Tätigkeitsmerkmale der ärztlichen Arbeit deutlich zum Ausdruck gekommen (Kap. 7.4.1). Insbesondere Herr Franz sprach eine Reihe von emotionalen *Regulations- und Kommunikationsanforderungen* an (Kap. 7.1.2): Die Notwendigkeit, die eigenen Emotionen im Sinne der Zielerreichung zu moderieren, wurde deutlich, wenn Herrn Franz aussagte, er empfinde für fast alle seine Patienten auch nach vielen Berufsjahren noch eine große Sympathie (Kap. 7.1.2.1.). Tatsächlich ist eine empathische und positive Einstellung gegenüber den Patienten eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Interaktion, dies kann aber durch gegensätzliche Emotionen wie Antipathie, Ekel oder Desinteresse konterkariert werden. Die Forderungen

„nicht arrogant zu sein“ (Herr F., Z. 261) und „sich zurückzunehmen“ (Herr F., Z. 262) wiesen auf die, mit der asymmetrischen Beziehung verknüpfte Gefahr, den Patienten zu bevormunden. Für den Arzt bedeutet sie die kognitive und emotionale *Anforderung*, sich trotz des überlegenen Fachwissens auf die Sichtweisen der Patienten einzulassen. Emotionen wie z. B. Überlegenheitsgefühle oder Ungeduld müssen kontrolliert werden.

In die gleiche Richtung zielte Herr Simon, wenn er einforderte, die Patienten ernst zu nehmen und ihnen zuzuhören (Kap. 7.3.1.1). Mit Hinweis auf die besondere Krisensituation, in der sich Patienten befinden, verwies er allerdings auch darauf, dass Patienten „geführt und geleitet“ (Herr S., Z. 132; Z. 893) werden wollen und müssen. Damit wurde ein zentrales Interaktionsdilemma der Patient-Arzt-Beziehung angesprochen, nämlich die Gratwanderung zwischen der Selbstbestimmung des Patienten und der notwendigen direktiven Leitung durch den Arzt.

Herr Franz benannte explizit die Notwendigkeit, sich mit den Patienten auf eine gemeinsame Deutung der Sachlage und auf ein gemeinsames Vorgehen zu einigen (Kap. 7.1.2.1). Hier wurde sichtbar, dass nicht die Anwendung von Fachwissen (Diagnostik, Behandlungsmethoden) an sich zielführend ist, sondern erst durch die Kooperation des Nutzers ein positives Arbeitsergebnis erreicht werden kann. Es ist die Kommunikationsaufgabe des Arztes dieses Einverständnis herzustellen.

Erschwert werden kann dies durch eine *geringe Nutzerkompetenz* (z. B. geringe Deutschkenntnisse, die geistige Verwirrung des Patienten) oder stark *divergierende Zielvorstellungen* (z. B. Ablehnung schulmedizinischer Konzepte, Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen, die mit Schmerzen oder Einschränkungen (Diät) verbunden sind) (Rieder, 1999). Ein Beispiel für *Belastungen*, die durch *geringe Nutzerkompetenz* entstehen, stellte die von Herrn Bach geschilderte Situation mit Patienten dar, die ihn für einen Noteinsatz anfordern, obwohl die medizinische Sachlage dies nicht erforderte (Kap. 7.2.2.1). Wenn Patienten, wie von Herrn Bach beschrieben, nur vordergründig wegen eines somatischen Problems den Arzt aufsuchen, tatsächlich aber eine psycho-soziale Betreuung wünschen (Kap. 7.2.2.1), kann dies, je nach Arbeitsauffassung des Arztes, als eine *Belastung* durch *divergierende Zielvorstellungen* interpretiert werden.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die in den Aussagen der Ärzte enthaltenen Informationen zu ihren *Anforderungen* und *Belastungen* sich grundsätzlich mit dem Modell der *dialogisch-erzeugenden Tätigkeit* decken.

8.2.2 Individuelle Belastungen

Dass das gesellschaftliche Leitbild des ‚guten Arztes‘ sich in den Aussagen der interviewten Ärzte nachweisen ließ und Einfluss auf deren Selbstbild und ihre Arbeitspraxis hat, wurde bereits in Kapitel 8.1 dargelegt. Inwiefern die Ergebnisse der Inhaltsanalyse den Rückschluss auf Belastungen zulassen, die aus dem Widerspruch des Leitbildes mit den realen Lebens- und Arbeitsbedingungen hervorgehen, soll im Folgenden diskutiert werden.

Analog zu dem in Kapitel 4.3 vorgestellten Konzept von Rieder (1999, 2003) werden diese *Belastungen* als *individuelle Belastungen* verstanden. Sie weisen die Besonderheit auf, dass sie nicht allein durch die Arbeitsbedingungen verursacht werden, sondern auch durch die Haltung der Beschäftigten zu ihrem Beruf bedingt sind. Rieder spricht von *individuellen Belastungen*, wenn die individuellen Arbeitsziele, aufgrund des Leitbildes, vom offiziellen Arbeitsauftrag abweichen bzw. über ihn hinausgehen und zu ihrer Erreichung ein Mehraufwand betrieben werden muss. In der HRT werden *Belastungen* generell durch Mehrarbeit (Überstunden, Durcharbeiten in der Pause) oder riskantes Handeln operationalisiert (Rieder, 2003). Für die Berufsgruppe der freiberuflich tätigen Ärzte ist es m. E. nötig davon auszugehen, dass sich die *Belastung* auch in wirtschaftlichen Verlusten ausdrücken kann (s. u.).

Die Auswertung der Interviews hat deutlich gezeigt, dass der Themenkreis Verfügbarkeit und Präsenz eng mit *individuellen Belastungen* verknüpft ist. Herr Franz und Herr Simon haben, um ihren eigenen Zielvorstellungen von einer umfassenden Patientenversorgung gerecht zu werden, regelmäßig Mehrarbeit in außerordentlicher Form geleistet. Beide orientierten sich in der Aufgabendurchführung hauptsächlich an den Bedürfnissen der Patienten: Herr Franz postulierte für die hausärztliche Praxis die umgehende Versorgung als eine Notwendigkeit. Patienten müssen, seiner Meinung nach, spätestens am nächsten Tag behandelt werden. Damit war seine Arbeitszeit vom Patientenaufkommen bestimmt, er arbeitete „bis der letzte draußen ist“ (Herr F., Z. 135). Dies führte regelmäßig zu einer wöchentlichen Arbeitszeit jenseits aller gesetzlichen Vorgaben. Vergleichbar verhielt sich Herr Simon, der Sprechzeiten am Wochenende angeboten hat, um das Patientenaufkommen zu bewältigen (Kap. 7.3.2.1). Hinter der scheinbaren Anpassung an sachliche Erfordernisse und Patientenwünsche scheint die Fiktion des ‚alleinigen Retters‘ auf: Herr Franz und Herr Simon phantasierten sich persönlich als unverzichtbar für ihre Patienten. Diese Vorstellung verlangte die Verfügbarkeit in der Nacht und am Wochenende sowie den Verzicht auf Urlaub. Sie erlaubte keine Begrenzung und keine Aufgabenteilung mit anderen. Entsprechend hat Herr Franz die

Vertretung durch Kollegen über all die Jahre auf ein Minimum beschränkt, während Herr Simon im Krankenhaus keine Mitarbeiter fand, die seinen Ansprüchen genügten (Kap. 7.3.2.2).

Neben der *individuellen Belastung*, die durch unbegrenzten Patientenkontakt (sowohl die Anzahl der Patienten wie auch die Verfügbarkeit für den einzelnen Patienten betreffend) entstand, wurde bei Herrn Simon eine unbegrenzte Aufgaben- und Funktionenvielfalt deutlich: Er arbeitete als Arzt und als Wissenschaftler, er war an der Ausbildung von Medizinerinnen beteiligt, er hatte leitende Funktionen in einem Krankenhaus, in einem Kinderheim und in einer seinem Fachgebiet verpflichteten Organisation. In sämtlichen Aufgabengebieten verfolgte Herr Simon anspruchsvolle Ziele: In der Medizinforschung sollten seine Ergebnisse einen dauerhaften Eindruck hinterlassen, in der Patientenversorgung leistete er neben Diagnostik und Behandlung noch Krankheitsedukation, Angehörigenarbeit und psycho-soziale Betreuung (Kap.7.3.2.1). Herr Simon orientierte sich in seiner Leistungsbereitschaft damit am Bild des omnipotenten Arztes, der Patientenversorgung, Forschung und Lehre (im Rahmen einer Ämterhäufung) problemlos meistert. Der Verzicht auf Pausen, Mehrarbeit am Abend und Nutzung der gesetzlich vorgeschriebenen Urlaubstage für Forschungsvorhaben und neue Patientenversorgungsprojekte (Kap. 7.3.2.3) kennzeichneten die *individuelle Belastung* durch eine überfordernde Aufgabendiversität.

Eine vollkommen andere Form von *individueller Belastung* wurde bei Herrn Bach sichtbar: Entsprechend dem Leitbild des ‚guten Arztes‘ verstehen sich Mediziner als möglichst bedingungslose Fürsprecher ihrer Patienten, mit dem Ziel, ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Dieser Intention fühlte sich auch Herr Bach verpflichtet (Kap. 7.2.2.1). Wenn die strukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems diese Zielerreichung, durch ökonomisch begründete Einschränkungen der medizinisch möglichen Leistungen, gefährden, entsteht ein belastender Widerspruch. Dieser drückte sich in Mehrarbeit aus, die geleistet wurde, um eine maximale Übereinstimmung der widersprüchlichen Ziele zu erreichen (Herr Franz) oder durch die Inkaufnahme finanzieller Verluste (Herr Bach).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei allen drei Interviewpartnern Beispiele für *Belastungen* existieren, die nicht allein die Folge von vorgegebenen Arbeitsbedingungen sind oder sich nur auf die subjektiven Merkmale der Person zurückführen lassen, sondern ihre

Ursache in einer Kombination dieser beiden Faktoren mit der am Leitbild des ‚guten Arztes‘ orientierten individuellen Berufsidentität haben.

8.3 Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und der Suchterkrankung

Nachdem die empirische Untersuchung der Interviews eine Reihe von Hinweisen auf das Leitbild des ‚guten Arztes‘ (vgl. Kap. 8.1) und Beispiele für daraus resultierende *Belastungen* (vgl. Kap. 8.2) bei den befragten Ärzten ergeben hat, soll nun der mögliche Zusammenhang zur Suchterkrankung diskutiert werden. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse werden mit der Forschungsliteratur zu Suchtmittelmissbrauch von Medizinerinnen verglichen (vgl. Kap. 3). Mögliche berufsspezifische Ursachen für die Suchtentstehung und deren Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Behandlungsbereitschaft sollen erörtert werden.

Epidemiologische Übersicht

Bei den drei Interviewpartnern lag eine Alkoholabhängigkeit im Sinne der in Kapitel 2.2 vorgestellten Klassifikationsschemata ICD-10 bzw. DSM IV vor. Die Ärzte entsprechen dem Typ I der von Cloninger entwickelten Typologie mit einer relativ günstigen Prognose (vgl. Kap. 2.2.1). In Übereinstimmung mit den Daten der Forschungsliteratur war das Alter bei Antritt der stationären Entwöhnungsbehandlung bei den interviewten Ärzten höher als in durchschnittlichen Patientenkollektiven.¹⁸ Wenn man davon ausgeht, dass die Befragten den Beginn ihres riskanten bzw. abhängigen Alkoholkonsums richtig einschätzten, wiesen sie keine überdurchschnittlich langen Krankheitsverläufe auf, wie sie sonst bei Ärzten häufig beobachtet werden (vgl. Kap. 3.2.3). Sie unterschritten damit auch die in der Literatur angegebene Zeit von durchschnittlich sechs Jahren, die Mediziner trotz ihrer Suchterkrankung beruflich tätig sind. Entsprechend den Ergebnissen der Literaturrecherche war es bei den Befragten zu keinerlei arbeitsrechtlichen bzw. approbationsrechtlichen Konsequenzen aufgrund des Substanzmissbrauchs gekommen (vgl. Kap. 3.2.3).

Suchtgenese

Die subjektiven Erklärungsmodelle der Befragten für ihre Abhängigkeitskrankung spiegelten das in Kapitel 2.4. dargestellte multifaktorielle Suchtkonzept wieder. Die Ärzte führten

¹⁸ Männliche Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit sind im Mittel 46 Jahre alt wenn sie eine stationäre Alkoholentwöhnung absolvieren (DHS, 2005, S. 139).

umweltbezogene, psychosoziale, psychologisch-psychiatrische, neurobiologische sowie genetische Faktoren als Ursachen für die Erkrankung an (Kap. 7.4.2.4).

Im Rahmen dieser Arbeit konnten selbstverständlich keine Störungen, im Sinne des psychoanalytischen Suchtkonzeptes, bzw. lerngeschichtlich begründeten Kognitionen und Verhaltenmuster, im Sinne der Verhaltenstheorie, bei den befragten Ärzten exploriert werden. Anhaltspunkte für solche Interpretationen lieferten aber z. B. der bei Herrn Simon aufscheinende Narzissmus (Kap. 7.3.4.1) oder die von Herrn Franz thematisierte Notwendigkeit, den eigenen Selbstwert ständig durch Helfen stärken zu müssen (Kap. 7.1.4.3).

Gemeinsam war allen drei Ärzten, dass das Suchtmittel zur Bewältigung von Belastungen bzw. Krisen und in Form einer Selbstmedikamentation eingesetzt worden ist. Die bei Alkoholabhängigkeiten häufig vorliegende Komorbidität (vgl. Kap. 2.2.1) ließ sich bei zwei der Befragten nachweisen. Ganz deutlich wurde dieser Zusammenhang bei Herrn Simon, der Alkohol als Analgetikum und Beruhigungsmittel bei einer psycho-somatischen Vorerkrankung einsetzte (Kap. 7.3.3.2). Ähnlich verhielt es sich bei Herrn Franz, der mit Hilfe des Alkohols seine Depression und die damit verbundene Suizidalität ‚behandelte‘ (Kap. 7.1.3.2) und auch Herr Bach versuchte mit dem Suchtmittel Spannungszustände zu reduzieren (Kap. 7.2.3.2).

Die kulturelle Praxis des Alkoholtrinkens in der BRD, die spezifischen und zunächst auch positiv wahrgenommenen Wirkungen der Substanz und ein Defizit an geeigneteren Bewältigungsressourcen für vorliegende Belastungen bildeten also die Grundlage für den Suchtmittelkonsum sowie in der Folge für das riskante Konsummuster. Der Kontrollverlust und die Manifestation der Abhängigkeit setzten ein als familiäre Krisen auftraten (Herr Franz: Trennung von seiner Frau, Herr Bach: Partnerschaftsprobleme, Herr Simon: Tod der Mutter). Entsprechend sahen alle drei Probanden diese kritischen Lebensereignisse als Auslöser für die Suchterkrankung. Herr Franz verlieh dem explizit Ausdruck, als er annahm: „...*wenn das mit der Familie in Ordnung gegangen wäre und ich von der Seite nicht auch noch riesen Probleme habe, wäre das mit dem Alkohol so nicht gekommen, denke ich. Dann würde ich wahrscheinlich noch genauso trinken wie vor 20 Jahren*“ (Herr F., Z. 582-586).

Auf dieser Ebene der Ursachenforschung lassen sich demnach keine Besonderheiten für Ärzte ableiten, die die erhöhten Suchtprevalenzen erklären könnten. Betrachtet man allerdings das Belastungsspektrum der befragten Ärzte und ihr allgemeines Gesundheitsverhalten werden berufsspezifische Risikofaktoren deutlich.

Die Arbeitssituationen der Interviewpartner wiesen eine Reihe von berufsübergreifenden Belastungen wie z. B. hoher Zeitdruck oder Schicht- und Nachtarbeit auf. In Kapitel 8.2.1 konnten die mit der *dialogisch-erzeugenden Tätigkeit* von Ärzten verbundenen Beanspruchungen in den Aussagen der Ärzte nachgewiesen und in Kapitel 8.2.2 die durch das berufliche Selbstverständnis der Ärzte verursachten *individuellen Belastungen* herausgearbeitet werden.

Es lässt sich somit feststellen, dass die befragten Ärzte unter einer Vielzahl von beruflichen Belastungen gelitten haben. Damit einhergehend war es zu einer Vernachlässigung von Regenerationsphasen und Freizeitinteressen gekommen und in der Folge zu einer Verringerung der Lebenszufriedenheit. Der Alkohol wurde eingesetzt, um Anspannungen, Erschöpfung und Frustrationen zu moderieren, deren Ursachen zu einem nicht unerheblichen Anteil in der ärztlichen Tätigkeit begründet waren. Das Konsumverhalten der Interviewpartner entsprach damit dem Coping-by-Doping-Modell, das Rummel und Bellabarba (1998) für Ärzte als besonders nahe liegend halten (vgl. Kap. 3.4), und deckt sich auch mit den Aussagen von Reimer et al. (2001) über Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärzten mit Substanzabhängigkeiten. Inwieweit die privaten Probleme der Probanden durch die berufliche Überforderung mit verursacht wurden, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Herr Franz sah seine Partnerschaftsproblematik durchaus im Zusammenhang mit seinem Beruf, dem gegenüber deutete Herr Bach an, dass die Konzentration auf die Arbeit auch eine Reaktion auf den Partnerschaftskonflikt war. Es scheint legitim, wie die beiden Ärzte selbst, von einer gegenseitigen Wechselwirkung auszugehen (Kap. 7.1.3.4 u. 7.2.3.4)

In der Forschungsliteratur wird das erhöhte Suchtrisiko von Medizinern auch im Zusammenhang mit mangelnder Selbstsorge und einem riskanten Gesundheitsverhalten gesehen (vgl. Kap. 3.4). In Kapitel 8.1 konnte gezeigt werden, dass die befragten Ärzte ebenfalls über eine mangelhafte eigene Gesundheitskompetenz verfügten: Geprägt durch die mit Medizinern assoziierte Unverwundbarkeit haben die Probanden ihre Belastbarkeit überschätzt und Krankheiten ignoriert (Herr Franz) bzw. nicht adäquat darauf reagiert (Herr Simon).

Dass die beiden noch beruflich tätigen Ärzte sich bei den geplanten Rückfallpräventionsmaßnahmen auf eine Veränderung der Arbeitsbedingungen konzentrieren,

deutet darauf, dass die Betroffenen selbst einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Arbeitssituation und ihrer Erkrankungen sehen (Kap. 7.4.2.4).

Suchtverlauf

Der von den Interviewpartnern beschriebene Krankheitsverlauf entspricht dem typischen Muster von zunehmender Dosissteigerung und langsamem Kontrollverlust, unterbrochen von Versuchen, den Alkoholkonsum zu reduzieren oder ganz aufzugeben. Im Falle von Suchterkrankungen ist die Verleugnung der Abhängigkeit und der Behandlungsbedürftigkeit ein allgemeines Phänomen und führt häufig dazu, dass die Erkrankung erst nach vielen Jahren behandelt wird.¹⁹ Bei Medizinern gelten diese Verleugnungstendenzen als besonders ausgeprägt (vgl. Kap. 3.2.3). Tatsächlich spielte die Abwehr der Krankheitseinsicht in den Aussagen der befragten Ärzte eine große Rolle (7.4.2.2), z. B. nutzte Herr Bach sein medizinisches Fachwissen geradezu, um aufkeimende Sorgen über seinen zunehmenden Alkoholkonsum zu beruhigen (Kap. 7.2.3.2). Trotzdem war die Zeit vom Beginn der Erkrankung bis zur Behandlung bei Herrn Bach und Herrn Simon vergleichsweise kurz und auch bei Herrn Franz nicht ungewöhnlich lang. Bei den Befragten ließen sich somit sehr wohl berufsspezifische Verleugnungstechniken feststellen, die Tatsache der fehlenden Krankheitseinsicht an sich ist aber nicht ungewöhnlich.

Die Verdrängung des Suchtproblems ging einher mit der Verleugnung einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Herr Franz und Herr Bach arbeiteten uneingeschränkt, trotz einer bestehenden Abhängigkeit, und auch bei Herrn Simon liegt der Verdacht nahe, dass der Alkoholkonsum vor seiner Pensionierung sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hat. Im beruflichen Umfeld wurde das Problem nicht wahrgenommen (Herr Bach und Herr Simon) oder aber nicht angesprochen (Herr Franz). Selbst im privaten Rahmen erfuhr nur Herr Bach eine offene Konfrontation mit seinem Suchtmittelkonsum. Insbesondere die Aussagen von Herrn Franz und Herr Simon decken sich mit den Ergebnissen der Forschungsliteratur: Die den Ärzten zugeschriebene hohe Selbststeuerung erschwert zunächst die Wahrnehmung der Problematik und in der Folge die Konfrontation damit. Aus der betrieblichen Suchtprävention ist allerdings bekannt, dass auch Beschäftigte aus anderen Berufsgruppen häufig erst nach mehreren Jahren auf ihre Suchtproblematik angesprochen werden (Fuchs, Rainer & Rummel, 1998).

¹⁹ Der Fachverband Sucht (2007) hat z. B. für das Entlassungsjahr 2004 bei knapp 10.000 Personen, die auf Grund einer Alkoholabhängigkeit stationär behandelt wurden, eine mittlere Abhängigkeitsdauer von 13,7 Jahren festgestellt (zitiert nach Hessische Landesstelle für Suchtfragen, 2007).

In der Retrospektive identifizieren Suchtkranke häufig ein singuläres negatives Ereignis als den Wendepunkt zur Krankheitsanerkennung (Schwoon, 2004), die Anonymen Alkoholiker (z. B. 1998) sprechen in diesem Zusammenhang von einem persönlichen Tiefpunkt. Die befragten Ärzte stellten in diesem Punkt keine Ausnahme dar, sie interpretierten z. B. den Verlust des Führerscheins (Herr Franz) bzw. das Einsetzen einer massiven Entzugssymptomatik (Herr Bach) als Ursachen für den Zusammenbruch des Verleugnungssystems und eine sich entwickelnde Behandlungsmotivation.

Für den Suchtverlauf lassen sich bei den Interviewpartnern also keine wesentlichen berufsspezifischen Besonderheiten finden.

Suchtbehandlung

Neben dem Einfluss, den berufsspezifische Aspekte auf die Suchtentstehung und die Wahrnehmung der Problematik haben, zeigen die Interviews, dass das Selbstverständnis der Ärzte auch bei der Suchtbehandlung von Bedeutung ist. Die Übernahme der Patientenrolle stellte für die Befragten eine Herausforderung dar (Kap. 7.4.2.3). Gewohnt auf der Seite der Helfer und Handlungsfähigen zu stehen, mussten sie nun Hilfe annehmen und eigene Begrenzungen akzeptieren. Die Ärzte erlebten, dass Diagnostik und Behandlung von ihren eigenen Vorstellungen abwichen. Herrn Franz' Interventionen bei medizintechnischen bzw. organisatorischen Fragen sind als (harmlose) Versuche zu werten, seine ärztliche Autorität (symbolisch) wiederherzustellen (Kap. 7.1.3.3). Herr Simon verarbeitete die narzisstische Kränkung, indem er innerlich an seiner prinzipiellen Überlegenheit festhielt, sich aber äußerlich unterordnete und zurüchhält (Kap. 7.3.3.3). Im Gegensatz dazu beschrieb Herr Bach die Entlastung, die sich für ihn durch die Annahme der Patientenrolle ergab (Kap. 7.2.3.3). Es ist zu vermuten, dass auch hier wieder die größere Distanz von Herrn Bach zum Bild des immer starken, immer alles wissenden Arztes zum Ausdruck kommt.

8.3.1 Fazit

Abschließend lässt sich festhalten, dass bei der Suchtgenese und dem Abhängigkeitsverlauf der Befragten neben Faktoren, die allgemein bei Suchterkrankungen von Bedeutung sind, eine ganze Reihe von berufsspezifischen Besonderheiten nachgewiesen werden konnten. Das Leitbild des ‚guten Arztes‘ beeinflusste das Selbstverständnis der befragten Ärzte, ihre Arbeitsbedingungen und ihren Umgang mit der eigenen Gesundheit. Die Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass sich aus dem Zusammenspiel dieser Faktoren Belastungen ergeben können, die die erhöhte Vulnerabilität von Ärzten für psychische

Erkrankungen wenigstens zum Teil verstehen helfen und die als ein berufsimmanenter Risikofaktor für Suchterkrankungen von Medizinern angesehen werden dürfen. Als zentrale Probleme wurden die Dominanz der Berufsrolle und damit einhergehend die Vernachlässigung anderer Lebensbereiche, sowie die Missachtung eigener (Belastungs-) Grenzen identifiziert.

Die Studie hat darüber hinaus Anhaltspunkte dafür ergeben, dass eine individuelle und nur unvollständige Emanzipation von dem Leitbild nicht zwangsläufig vor derartigen Belastungen schützt, da die strukturellen Arbeitsbedingungen, die Erwartungen der Patienten und die partiell weiterhin vorhandene Orientierung an dem Ideal noch immer viel Raum für Überforderungen lässt.

9 Weitere Forschungsperspektiven und Implikationen für berufsspezifische Präventionsmaßnahmen

Die Ergebnisse dieser Studie stützen die Annahme, dass die psychische Gesundheit von Ärzten und insbesondere das erhöhte Suchtrisiko durch die Arbeitsbedingungen und das kollektive Idealbild des Arztes, welches unrealistische Erwartungen der Gesellschaft und der Ärzte an sich selbst provoziert, beeinflusst wird. Auch wenn die Auswertung einer kleinen Anzahl von Einzelfällen keinen Anspruch auf Repräsentativität im quantitativen Sinne erheben kann, deuten die Resultate auf überindividuelle, strukturelle Zusammenhänge, die über das Einzelschicksal hinausweisen (vgl. Kap. 6.2) und ggf. durch quantitative Verfahren weiter exploriert werden sollten. Zusätzliche Grenzen des Aussagegehaltes bzw. weitergehende Forschungsfragen ergeben sich durch folgende inhaltliche Einschränkungen:

In der vorliegenden Arbeit konnte mit den *individuellen Belastungen* nur ein kleiner Ausschnitt berufsspezifischer Belastungen von Ärzten untersucht werden. Arbeitsplatzanalysen, die das Belastungsspektrum von Ärzten in ihrer Gesamtheit erfassen, wären wünschenswert.

Gänzlich vernachlässigt wurden in der Untersuchung die protektiven Faktoren der Arbeit. Selbstverständlich bietet der Arztberuf, neben den *Belastungen*, eine ganze Reihe von *Anforderungen*, die die persönliche Entwicklung des einzelnen Arztes fördern und sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken. In einem nächsten Schritt wäre also eine Untersuchung der Tätigkeitsmerkmale sinnvoll, die eine salutogene Wirkung auf den Arbeitenden haben. In diesem Zusammenhang ist auch interessant, welche Persönlichkeitsmerkmale sich protektiv gegenüber den beruflichen Belastungen auswirken.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Arbeitsbedingungen und ganz besonders auch die Wirksamkeit des gesellschaftlichen Idealbildes vom ‚guten Arzt‘ für Ärzte und Ärztinnen unterschiedlich darstellen. Das Bild des ‚guten Arztes‘ ist innerhalb einer patriarchalen Gesellschaft entstanden und die Medizin kann auf eine lange Tradition männlicher Dominanz zurückblicken (vgl. Kap. 5.1). Welche genderspezifischen *Anforderungen* und *Belastungen* sich daraus ergeben, und welche unterschiedlichen Auswirkungen diese auf die Gesundheitssituation und das Suchtrisiko von Ärzten und Ärztinnen haben, bedarf einer genaueren Analyse.

Trotz dieser inhaltlichen Einschränkungen erlauben die Ergebnisse der Untersuchung durchaus die Formulierung von Ansätzen zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention bei Mediziner*innen. Neben der Durchsetzung allgemein gültiger Regeln zur Gesundheitsprophylaxe am Arbeitsplatz²⁰ legen die vorliegenden Resultate nahe, dass Strategien, die es Ärzt*innen ermöglichen, sich von dem überfordernden Leitbild des ‚guten Arztes‘ zu distanzieren, besonders sinnvoll sind.

Entsprechende Maßnahmen müssen die gesellschaftliche und die institutionelle Ebene (bedingungsbezogene Faktoren) wie auch die Ebene des einzelnen Arztes (individuenbezogene Faktoren) berücksichtigen. Auf allen drei Ebenen lassen sich allgemeine Strategien zum Gesundheitsschutz (die sich i. d. R. auch positiv auf das Suchtrisiko auswirken) von suchtspezifischen Präventionsmaßnahmen unterscheiden. Differenziert werden können darüber hinaus primärpräventive Instrumente, die die Entstehung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. einer Abhängigkeitserkrankung verhindern sollen, von sekundärpräventiven Maßnahmen, die auf eine möglichst frühe Erkennung und Behandlung der Erkrankung zielen. Mit der Tertiärprävention wird die Verhinderung von Rückfällen angestrebt (u. a. BZgA, 2004).

Namentlich auf der gesellschaftlichen Ebene ist eine Veränderung in Bezug auf ganz zentrale Werte und Haltungen notwendig, um die Figur des Arztes zu entmystifizieren und zu entlasten. Der zunehmende Jugend- und Gesundheitswahn der westlichen Gesellschaften, die Tabuisierung von Krankheit und Tod, und damit einhergehend die prinzipielle Illusion von der Beherrschbarkeit aller gesundheitlichen Leiden bürdet den Mediziner*innen eine nicht zu erfüllende Aufgabe auf. Solange die nicht behandelbare Krankheit oder der Tod als Skandal und als Niederlage der Medizin wahrgenommen werden, sind Ärzt*innen durch *unrealistische Zielvorgaben* (Rieder, 1999) belastet. Die prinzipielle Verantwortung des Einzelnen für die eigene Gesundheit bzw. eine Erkrankung kann nicht an den als omnipotent phantasierten Arzt abgegeben werden, ebenso wenig wie die Gesellschaft insgesamt ihren Umgang mit

²⁰ Von zentraler Bedeutung ist selbstverständlich die Veränderung der strukturellen Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzt*innen wie auch den niedergelassenen Mediziner*innen. An dieser Stelle sei beispielhaft auf die dringend erforderliche Reduzierung der Arbeitszeiten und die in vielen Fällen nötige Aufstockung der Personaldecke hingewiesen. Die Abschaffung der dysfunktionalen Hierarchien in Krankenhäusern und Universitätskliniken und eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit wären ebenfalls Maßnahmen, die die Zufriedenheit von Ärzt*innen verbessern und psychische Probleme wie etwa Angststörungen, Burnout, Depressionen oder eben Suchterkrankungen reduzieren können.

Krankheit und Tod an die Krankenhäuser bzw. die Mediziner und das Pflegepersonal delegieren kann. Insbesondere in einer alternden Gesellschaft mit einer deutlichen Zunahme an Zivilisationskrankheiten und einem Anstieg chronischer Krankheitsverläufe muss eine realistischere ‚Aufgabenverteilung‘ zwischen Individuum, Gesellschaft und Arzt stattfinden.²¹

Deutlich konkreter sind die Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung von Medizinern auf der institutionellen Ebene: Primärpräventive Ansätze ergeben sich vor allem im Bereich der Ausbildung. Die Auswahl von Studienbewerbern durch Auswahlverfahren, die, anders als die Vergabe von Studienplätzen nach Notendurchschnitt und Wartezeit, tatsächlich die Eignung für den Beruf berücksichtigen, stellt einen ersten wichtigen Schritt dar (Hohner, 2003).

Indem während des Studiums die sozialkognitiven und kommunikativen Kompetenzen der Medizinstudenten gezielt gefördert werden, können die Belastungen, die sich aus der Interaktion mit Patienten ergeben, vermieden bzw. reduziert werden. Damit wird auch der überfordernden Annahme, dass Ärzte einen zentralen Teil ihrer Arbeit, nämlich die gelungene Beziehungsgestaltung mit Patienten, ‚einfach so‘ beherrschen, entgegengewirkt.

Eine Ausbildung, die besser auf das breite Aufgabengebiet von Ärzten vorbereitet, die unterschiedlichen Anforderungsprofile abbildet sowie eine sinnvolle Spezialisierung erlaubt, ist ebenfalls geeignet, Überforderungen zu reduzieren und Omnipotenzenerwartungen zu unterlaufen.

Bereits während des Studiums sollte eine systematische Information über die Stressoren des Arztberufes stattfinden, Bewältigungsmöglichkeiten und Präventionsstrategien müssten diskutiert werden. Die Medizinstudenten müssen über ihre besondere gesundheitliche Belastung und über ihr erhöhtes Suchtrisiko aufgeklärt werden. Ausbildungsinhalte oder –formate, die das Bild des omnipotenten Arztes perpetuieren (vgl. Kap. 5.2) sind nicht dienlich, ganz im Gegenteil sollte das Studium eine kritische Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlichen Ideal und den persönlichen Motiven für die Berufswahl ermöglichen. Die Fähigkeit zur Reflektion von Fremd- und Selbstansprüchen und die Akzeptanz der eigenen (Leistungs-)Grenzen muss gefördert werden. Im Rahmen von Mentoring-Programmen könnte

²¹ Beispielweise müssen die Regelungen zur Anwendung und Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen in einem breiten gesellschaftlichen Diskurs entwickelt werden und es ist dann die Verantwortung des Einzelnen, im Rahmen dieser vorgegebenen Möglichkeiten, individuelle (Vorsorge-)Entscheidungen zu treffen. Aufgabe des Arztes ist es, mit seinem Fachwissen an dem Diskurs teilzunehmen, Patienten möglichst umfassend zu informieren und dann die Patientenentscheidung umzusetzen.

die Entwicklung und Wirksamkeit von Rollenvorbildern jenseits des allwissenden ‚Halbgottes in Weiß‘ gefördert werden (vgl. Resch & Hagge, 2003).

Mit Hilfe von Seminaren, Weiterbildungs- und Supervisionsangeboten für bereits berufstätige Ärzte kann eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Themen gewährleistet und die Psychohygiene verbessert werden.

Angebote zur Gesundheitsförderung wie etwa eine ergonomischere Gestaltung des Arbeitsplatzes, Hilfen bei der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Bewegungs-, Ernährungs- und Entspannungskurse werden in vielen Krankenhäusern für die Beschäftigten angeboten, aber häufig von den Ärzten nicht genutzt. Dies gilt auch für die suchtspezifischen Präventionsangebote, die in vielen größeren Kliniken vorhanden sind oder in einzelnen Bundesländern über die Ärztekammern allen Medizinern zur Verfügung stehen. Hier wären klare Signale der Krankenhausleitungen oder der Standesvertretungen nötig, die es auch den scheinbar unverwundbaren Ärzten nahe legen, sich um ihre Gesundheit zu sorgen und frühzeitig Hilfe bei einem riskanten Suchtmittelkonsum in Anspruch zu nehmen. Organisatorische Maßnahmen, um die äußere und innere Griffnähe für medizinisches Personal zu reduzieren, können diese Angebote flankieren.

Bisher unterliegen die Suchterkrankungen von Ärzten noch immer einem besonderen Tabu, so dass entsprechende Auffälligkeiten von Vorgesetzten, Kollegen und auch den Patienten häufig nicht thematisiert werden (Damm, 2001; Mäulen, 2000). Die Anerkennung der prinzipiellen Suchtgefährdung von Ärzten ist dringend erforderlich. Hier können die sekundärpräventiven Bemühungen der Ärztekammern, spezielle Hilfsprogramme für ihre Mitglieder anzubieten, Abhilfe schaffen. Auf Klinikebene ist die Förderung der Führungskompetenzen von Klinikleitung, Ober- und Chefärzten notwendig, damit diese ihrer Fürsorgepflicht gegenüber suchtgefährdeten oder bereits abhängigkeitskranken Ärzten nachkommen können.

Solange die Arbeitssituation von Ärzten und ihr berufliches Selbstverständnis sich in der beschriebenen Weise von anderen Berufsgruppen unterscheiden, sind Behandlungsangebote mit einem speziellen Therapiesetting wie z. B. der Oberbergklinik (vgl. Kap. 3.2.4 u. 6) sinnvoll und notwendig. Die Kostenübernahme durch die Rentenversicherung bzw. die Krankenkassen sollte allerdings erleichtert werden, um mehr Ärzten mit einer Suchtproblematik die Behandlung zu ermöglichen.

Für den einzelnen Arzt bieten sich ebenfalls eine Reihe von Maßnahmen an, die der gesundheitlichen Belastung entgegenwirken und das Suchtrisiko vermindern können. Die

bereits angesprochene kritische Reflexion der eigenen Berufsmotivation und der damit verbundenen Ich-Ideale nimmt hier einen wichtigen Platz ein. Die Anerkennung der eigenen Grenzen und ihrer prinzipiellen Bedürftigkeit sollte es Ärzten erleichtern, die Grundsätze einer gesunden Lebensführung, die sie ihren Patienten vermitteln, auch für sich selbst zu beachten.

Reimers et al. (2001) konnten die protektive Funktion, die von einem befriedigenden Privatleben für das Suchtrisiko von Ärzten ausgeht, nachweisen. Unter den gegebenen Bedingungen des Gesundheitssystems ist eine gesunde Lebensführung für Ärzte aber nur dann zu bewerkstelligen, wenn sie ihre individuellen Fähigkeiten zur Abgrenzung erweitern und auf organisatorischer Ebene ihre Arbeitsbedingungen verbessern. Auch hier ist ein Umdenken der traditionell individualistisch eingestellten Profession hin zu einem kollektiven Vorgehen nötig.

In sekundärpräventiver Hinsicht ist es für Mediziner von großer Bedeutung zu lernen, (rechtzeitig) Hilfe anzunehmen. Die Tendenz zur Selbstbehandlung und Selbstmedikamentation stellt ein Gesundheitsrisiko dar und trägt nicht unwesentlich zur erhöhten Medikamentabhängigkeit von Ärzten bei. Auch hier geht es um die Anerkennung eigener (Wissens-)Grenzen und die Erschließung von Gesundheitsressourcen durch die Annahme fachärztlicher Behandlung, psycho-sozialer Beratung oder psychologischer Hilfen.

Verbesserte Arbeitsbedingungen, eine geringere gesundheitliche Belastung und ein reduziertes Suchtrisiko sind für die Ärzte nicht ‚umsonst‘ zu haben. Letztendlich zielen alle genannten Maßnahmen auf die Einführung einer ‚Normalität‘, die für Ärzte bisher nicht gegolten hat. Die Emanzipation vom Ideal des immer starken, alles wissenden Arztes bedeutet den Verlust von mystischer Überhöhung und einiger Privilegien, aber eben auch die Befreiung von überfordernden Erwartungen und das Recht auf eine gesundheitsgerechte Arbeitssituation.

10 Literatur

Abele, A.E. (2001). Arztberuf. Zwischen Erwartung und Realität. Deutsches Ärzteblatt, 98 (46), A3008-3011.

Allensbacher Archiv. (2005). IfD-Umfrage 7071. Mai/Juni 2005. [On-Line Data]. Verfügbar unter: http://www.ifd-allensbach.de/news/prd_0512.html [28.11.07].

Anonyme Alkoholiker (Hrsg.). (1998). Rundschreiben an Fachleute, Ausgabe 01. [On-Line]. Verfügbar unter: <http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/08dat/08rs01.php> [28.11.07].

Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2003). Stress- und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt. Bern: Huber.

Beelmann, K. (2003). Widerwille gegen die Schnapsflasche. Interventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. Hamburger Ärzteblatt, 6-7, 286-289.

Bergner, T.M.H. (2006). Burnout bei Ärzten. Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Stuttgart: Schattauer.

BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (2004). Suchtforschung auf neuen Wegen. Verstehen, Helfen, Vorbeugen. Bonn.

Bohigian, G.M., Croughan, J.L. & Sanders, K. (1994). Substance abuse and dependence in physicians: an overview of the effects of alcohol and drug abuse. Mo. Med, 91, 233-239.

Bollinger, H., Brockhaus, G., Hohl, J. & Schwaiger, H. (1981). Medizinerwelten. Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation. München: Zeitzeichen.

Bollinger, H. & Hohl, J. (1981). Der Arzt – Medizinischer Reduktionismus und professionelle Existenz. In Bollinger, H., Brockhaus, G., Hohl, J. & Schwaiger, H., Medizinerwelten. Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation (S. 145-232). München: Zeitzeichen.

Braun, M., Freudenmann, R.W., Schönfeldt-Lecuona, C. & Beschoner, P. (2007). Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei Ärzten. Ein Überblick zur derzeitigen Datenlage in Deutschland. psychoneuro, 33 (1+2), 19-22.

Bundesärztekammer (Hrsg.). (2006). Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2006. [On-Line Data]. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.5008> [28.11.07].

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2004). Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 24. Köln.

Damm, K.-H. (2001). Erfahrungen mit dem Hilfsangebot der Ärztekammer an suchtkranke Ärzte. Hilfsangebot der Ärztekammer. In: Zerdick, J.(Hrsg.), Suchtmedizin im Dialog, 9. Suchtmedizinischer Kongress der DGS, Schriftenreihe der DGS e.V. Band 5 (S. 251-258). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). (2003). Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 1. Hamm.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1991). Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Dörner, K. (2001). Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart: Schattauer.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). (2007). Drogen- und Suchtbericht 2007. Berlin. [On-Line]. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_603372/SharedDocs/Publikationen/Drogen-und-Sucht/.pdf [14.07.2007]

Dunkelberg, S., Beelmann, K., Stracke, R., Quellmann, C., Schwoon, D. & van den Bussche, H. (2005). Substanzgebrauch bei jungen Ärzten und Ärztinnen. Hamburger Ärzteblatt, 11, 512-515.

Dunkelberg, S., van den Bussche, H. & Quellmann, C. (2004). Substanzgebrauch und Substanzmittelmissbrauch bei Hamburger Ärztinnen und Ärzten im Praktikum Abschlussbericht des Forschungsvorhabens. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Eckart, W.U. (2000). Geschichte der Medizin. Berlin: Springer.

Egbert, S. (2005). Aspekte der Sozialisation zum Arzt: Eine empirische Studie über Auswirkungen der praktischen Makroanatomie auf Medizinstudierende und deren Einstellung zu Sterben und Tod. Unveröffentlichte Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen.

Endres, A. (2000). Alkoholranke Ärzte. Die Existenz steht auf dem Spiel. Deutsches Ärzteblatt, 97 (1-2), B 24-25.

Fengler, J. (1998). Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation (5. überarbeitete Aufl.). München: Pfeiffer.

Flick, U. (1998). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Basel: Weinheim.

Foucault, M. (1987). Das Subjekt und die Macht. In Dreyfus, H.L. & Rabinow, P., Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik (S. 243-261). Frankfurt: Athenäum.

Fuchs, R., Rainer, L. & Rummel, M. (Hrsg.). (1998). Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Gahleitner, S., Gerull, S., Ituarte, B.P., Schambach-Hardtke, L. & Streblow, C. (2005). Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung. Uckerland: Schibri.

Gahleitner, S. (2005). Halbstrukturierte Erhebungsmethoden am Beispiel Problemzentrierter Interviews im Bereich Klinischer Sozialarbeit. In Gahleitner, S., Gerull, S., Ituarte, B.P., Schambach-Hardtke, L. & Streblow, C., Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung (S. 42-52). Uckerland: Schibri.

Gahleitner, S. (2005). Die Qualitative Inhaltsanalyse als flexible Auswertungsmethode in der Sozialforschung. In Gahleitner, S., Gerull, S., Ituarte, B.P., Schambach-Hardtke, L. & Streblow, C., Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung (S. 53-63). Uckerland: Schibri.

Gathmann, P. & Semrau-Lininger C. (1996). Der verwundete Arzt. Ein Psychogramm des Heilberufes. München: Kösel.

Glaser, J. & Höge, T. (2004). Spezifische Anforderungen und Belastungen personenbezogener Krankenhausarbeit. In Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (S. 51-64). Berlin: Springer.

Grahmann, R. & Gutwetter, A. (2002). Konflikte im Krankenhaus. Ihre Ursachen und ihre Bewältigung im pflegerischen und ärztlichen Bereich (2. überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.

Greiner, B., Rummel, M. & Fuchs, R. (1998). Arbeitsbedingungen und Suchtmittelkonsum: Theoretische Bezüge und empirische Erkenntnisse am Beispiel Alkohol. In Fuchs, R., Rainer L. & Rummel, M. (Hrsg.), Betriebliche Suchtprävention (S. 77-100). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Gottschaldt, M. & Mäulen, B. (1993). Abhängigkeit bei Ärzten. In DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Medikamentenabhängigkeit (S. 208-215). Freiburg: Lambertus.

Hacker, W. (1986). Arbeitspsychologie: psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Huber.

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). (2007). Neues aus Forschung und Praxis. Forschungsbrief. Ausgabe 17. [On-Line]. Verfügbar unter:
<http://www.hls-online.org/download/Forschungsbrief%2017%20farbig.pdf> [12.10.2007].

Herrschbach, P. (1991). Psychische Belastungen von Ärzten und Krankenpflegekräften. Weinheim: VCH.

Hilfe für abhängige Ärzte im Vergleich BRD und USA [Online Data]. (2006). Verfügbar unter:
<http://www.aerztegesundheit.de/sucht14.htm> [09.10.06].

Hnilica, I. (2006). Medizin, Macht und Männlichkeit. Freiburg: FWPF.

Höppner, H. (2004). Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Frankfurt: Mabuse.

Hohner, H.-U. (2003). Anforderungen an den Arztberuf im 21. Jahrhundert. Herausforderung für Qualifizierung und Kompetenzentwicklung. In Ulich, E. (Hrsg.), Schriften zur Arbeitspsychologie, Nr. 61 Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis (S. 15-35). Bern: Huber.

Hughes, P., Brandenburg, N., Baldwin, D., Storr, C., Williams, K., Anthony, J. & Sheehan, D. (1992). Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA*, 267, 2333-2339.

Jüttemann, G. (Hrsg.). (1985). Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim: Beltz.

Jurkat, H.B. & Reimer, C. (2001a). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82 (32/33), 1745-1750.

Jurkat, H.B. & Reimer, C. (2001b). Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82 (32/33), 1739-1744.

Karazman, R., Geißler H. & Karazman-Morawetz, I. (1994). Lebensqualität und Belastungen von Hausärztinnen und Hausärzten in Tirol. Studie. Wien.

Kleinemeier, E. (2004). Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In Krausz, M. & Haasen, C. (Hrsg.), *Kompendium Sucht* (S. 11-22). Stuttgart: Thieme.

König, F. (2001). Suizidalität bei Ärzten. Kein Tabuthema mehr? *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (47), A3110-3111.

Krausz, M. & Haasen, C. (Hrsg.). (2004). *Kompendium Sucht*. Stuttgart: Thieme.

Krausz, M. (2004). Zwischen Mystik und Evidenz – zum Stand der Modellbildung in der Suchtforschung. In Krausz, M. & Haasen, C. (Hrsg.), *Kompendium Sucht* (S. 1-10). Stuttgart: Thieme.

Kunstmann, W. & Flenker, I. (2005). Suchterkrankungen bei Ärzten. Bei Therapie gute Aussicht auf Heilung. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (27), B1640-1642.

Leesemann, S. (1994). Suchtkranke Ärzte. Analyse eines bislang vernachlässigten Problems. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Köln.

Lehmann, C. (2000). Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Situation der Heilberufe in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Ärzteschaft. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Köln.

Leidig, S. (2003). Arbeitsbedingungen und psychische Störungen. Lengerich: Pabst.

Loevenich, A., Schmidt, R. & Schifferdecker, M. (1996). Ärzte als Patienten – Zur Problematik des psychisch kranken Arztes. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 64, 344-352.

Mayring, P. (1985). Qualitative Inhaltsanalyse. In Jüttemann, G. (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 187-211). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse (28 Absätze). *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* (On-line Journal, 2 (1)).

Verfügbar unter: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> [12.11.06].

Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (9. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mäulen, B. (1993). Sucht in helfenden Berufen. [On-Line]. *Psychiatrische Praxis, Sonderheft 1/93*. 36, 48-52. Verfügbar unter: <http://www.aerztegesundheit.de/sucht1.htm> [25.04.05].

Mäulen, B. (1996). Gute Therapierfolge bei abhängigen Ärzten. *Kassenarzt*, 36, 48-52.

Mäulen, B. (1999a). Ärzte und Sucht. [On-Line]. Verfügbar unter: <http://www.aerztegesundheit.de/sucht7.htm> [09.10.06].

Mäulen, B. (1999b). Helfen statt Verschweigen. Suchtkranke Ärzte und Ärztinnen. [On-Line]. *Neuro Psychiatr. Nachrichten*, 08/99. Verfügbar unter: <http://www.aerztegesundheit.de/sucht6.htm> [09.10.06].

Mäulen, B. (2000). Wenn der Doktor eine Fahne hat. *MMW. Fortschr. Med.*, 142 (33-34). Verfügbar unter: <http://www.aerztegesundheit.de/MMWAugustFahne.htm> [09.10.06].

Mühlau-Mahlke, C. (2004). Suchterkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten. Überblick über den derzeitigen Kenntnisstand mit erweiternden Aspekten aus der Integrativen Therapie. In Petzold, H., Schay, P. & Ebert, W., *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (S. 109-132). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mundle, G. (2007). Hilfsangebote für suchtkranke Ärzte. Spezifische Behandlungsmaßnahmen ermöglichen eine erfolgreiche Behandlung. *psychoneuro*, 33 (1), 38-41.

Murrhardter Kreis – Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung (1995). *Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform* (3. völlig überarbeitete Aufl.). Gerlingen: Bleicher.

Petzold, H., Schay, P. & Ebert, W. (Hrsg.). (2004). Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Puls, W. (2003). Arbeitsbedingungen, Stress und der Konsum von Alkohol. Opladen: Leske und Budrich.

Raven, Uwe. (1989). Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung. Zum Berufsethos von Medizinern. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag GmbH.

Reimer, C., Trinkhaus, S. & Jurkat, H. (2005). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. Psychiatrische Praxis, 32, 381-385.

Reimer, C., Jurkat, H.B., Mäulen, B. & Stetter, F. (2001). Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Medizinern. Psychotherapeut, 46, 376-385.

Resch, M.G. (1991). Haushalt und Familie: Der zweite Arbeitsplatz. Bern: Huber.

Resch, M. (2003). Analyse psychischer Belastung. Verfahren und ihre Anwendung im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Bern: Huber.

Resch, M., Hagge, M. (2003). Ärztengesundheit – ein lange vernachlässigtes Thema. In Ulich, E. (Hrsg.), Schriften zur Arbeitspsychologie, Nr. 61 Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis (S. 37-57). Bern: Huber.

Rieder, K. (1999). Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege. Weinheim: Juventa.

Rieder, K. (2003). Dialogische Dienstleistungsarbeit in der Krankenpflege: Konzepte für die Analyse von Belastungen und Anforderungen. In Ulich, E. (Hrsg.), Schriften zur Arbeitspsychologie, Nr. 61 Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis (S. 151-167). Bern: Huber.

Rost, W.-D. (1992). Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ruebsam-Simon, E. (2002). Arztberuf in der Krise. Veränderung beginnt im Kopf. Deutsches Ärzteblatt, 99 (43), A2840-2844.

Rummel M. & Bellabarba, J. (1998). Suchtprävention im Krankenhaus: Forschungsergebnisse und Erfahrungen. In Fuchs, R., Rainer, L. & Rummel, M. (Hrsg.), Betriebliche Suchtprävention (S.201-218). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

Schambach-Hardtke, L. (2005). Theoretische Hintergründe sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden. In Gahleitner, S., Gerull, S., Ituarte, B.P., Schambach-Hardtke, L. & Streblov, C., Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung (S. 12-24). Uckerland: Schibri.

Schmidbauer, W. (1983). Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe. Reinbek: Rohwohlt.

Schmidt, L.G. & Schmidt K. (2003a). Epidemiologie. In DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Alkoholabhängigkeit (S. 12-19). Suchtmedizinische Reihe, Band 1. Hamm.

Schmidt, L.G. & Schmidt K. (2003b). Entwicklung und Verlauf. In DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Alkoholabhängigkeit (S. 29-42). Suchtmedizinische Reihe, Band 1. Hamm.

Schönberger, A. (1995). Patient Arzt: Der kranke Stand. Wien: Ueberreuter.

Schwoon, D.R. (2004). Umgang mit alkoholabhängigen Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schwaiger, H. & Bollinger, H. (1981). Der Anatomiekurs – Aus dem heimlichen Lehrplan des Medizinstudiums. In Bollinger, H., Brockhaus, G., Hohl, J. & Schwaiger, H., Medizinerwelten. Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation (S. 16-49). München: Zeitzeichen.

Soyka, M. (1995). Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie. Weinheim: Chapman & Hall.

Stern, K. (1996). Ende eines Traumberufes? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster: Waxmann.

Stetter, F. (2001). Ausprägung und Therapie der Substanzabhängigkeit bei bestimmten Berufsgruppen am Beispiel von ÄrztInnen. In DHS (Hrsg.), Sucht und Arbeit – Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 43, (S. 119-127). Freiburg: Lambertus.

v. Troschke, J. (2004). Die Kunst, ein guter Arzt zu werden. Anregungen zum Nach- und Weiterdenken (2. überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.

Ulrich, E. (Hrsg.), (2003). Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern: Huber.

Vogt, I. (2004). Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis. Weinheim: Beltz.

Weigel, S. (2001). Berufsstressoren, Stressreaktionen und Stressbewältigung von Ärzten. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Leipzig.

Wilcken, S. (2002). Entwicklung, Durchführung und erste Evaluation eines modularen Führungskräfte Trainings zum Thema Suchtprävention als Krisenmanagement. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg.

Wienemann, E. (2000). Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement. Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention 1800 - 2000. Stuttgart: Ibidem.

Witzel, A. (2000). Das Problemzentrierte Interview (26 Absätze). Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Research (On-line Journal, 1 (1)). Verfügbar unter: <http://qualitative-research.net/fqs> [30.11.06].

Zerdick, J. (Hrsg.). (2001). Suchtmedizin im Dialog, 9. Suchtmedizinischer Kongress der DGS. Schriftenreihe der DGS e.V. Band 5. Berlin :Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Anhang I: Kurzfragebogen

Soziodemographische Daten

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Familiäre Situation: allein stehend in fester Partnerschaft lebend / verheiratet
 geschieden / getrennt verwitwet

Anzahl der Kinder: _____

Berufliche Situation

Abschluss des Medizinstudiums im Jahr 19 _____

Fachgebiet _____

Aktuelle berufliche Situation:

- selbstständig tätig in eigener Praxis
- angestellt in freier Praxis
- angestellt im Krankenhaus
 - als Assistenzarzt
 - als Oberarzt
 - als Chefarzt
 - sonstiges _____
- arbeitslos seit _____
- pensioniert /Ruhestand
- sonstiges _____

Berufsjahre seit der Ausbildung insgesamt

	< 5 Jahre	5-10 Jahre
	10-20 Jahre	> 20 Jahre

Berufsjahre im Krankenhausbereich _____ Jahre

Berufsjahre in freier Praxis _____ Jahre

Berufsjahre in einem anderen Arbeitsfeld _____ Jahre

Informationen zum Suchtverlauf

Suchtmittel: _____

Beginn des problematischen Suchtmittelkonsums _____

Beginn des abhängigen Suchtmittelkonsums _____

Anzahl der Entgiftungen _____

Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen (inkl. aktueller Therapie) _____

Hatten Sie auf Grund Ihrer Abhängigkeitserkrankung bisher arbeitsrechtliche oder approbationsrechtliche Probleme:

ja, welche: _____

nein

Anhang II: Interviewleitfaden

<p>Einleitung</p> <p>Im Rahmen meiner Forschungsarbeit beschäftige ich mich mit Suchterkrankungen bei Mediziner:innen. Ich gehe davon aus, dass Sie als Betroffener sehr genau wissen, was z. B. die Ursachen und Auslöser für Ihre Alkoholabhängigkeit waren. Aus diesem Grund interessiere ich mich besonders für Ihre persönlichen Erfahrungen, Erkenntnisse und Ansichten.</p> <p>Ich möchte Sie deshalb bitten, mir zu ein paar Themenbereichen möglichst ausführlich Ihre Meinung und Ihre Erfahrungen zu erzählen.</p> <p>Selbstverständlich werde ich Ihre persönlichen Daten und Angaben streng vertraulich behandeln und Ihre Anonymität unter allen Umständen gewährleisten.</p>	
<p>Einstiegsfrage I: Können Sie mir etwas darüber sagen, warum Sie Arzt geworden sind?</p> <p>Haben sich Ihre Erwartungen an den Beruf erfüllt?</p> <p>Bitte beschreiben Sie Ihren Arbeitsalltag in der letzten Zeit / den letzten Jahren?</p> <p>Was macht Ihnen Freude an Ihrer Arbeit?</p> <p>Was belastet Sie an Ihrer Arbeit?</p> <p>Welche Rolle spielte bzw. spielt der Beruf in Ihrem Leben?</p> <p>Wie haben Sie das Verhältnis von Arbeit und Freizeit/Familie erlebt?</p> <p>Was halten Sie für einen „guten Arzt“?</p> <p>Haben sich Ihre Ansichten darüber im Laufe der Zeit geändert?</p> <p>Was denken Sie, was erwarten Ihre Patienten von Ihnen?</p>	<p>Motivation</p> <p>Erwartungen</p> <p>Arbeitsbedingungen</p> <p>Anforderungen</p> <p>Belastungen</p> <p>Berufsverständnis</p> <p>Vereinbarkeit von Beruf u. Privatleben</p> <p>Idealbild eines Arztes:</p> <p>Subjektiv</p> <p>Patienten</p>

<p>Frage II: Haben Sie eine Erklärung, warum gerade Sie suchtkrank geworden sind?</p> <p>Welche Ursachen und Auslöser gab es für Ihre Suchterkrankung? Welche Funktion hatte das Suchtmittel für Sie?</p> <p>Wann oder woran haben Sie festgestellt, dass Sie die Kontrolle über Ihren Konsum verloren haben? Was haben Sie dann getan?</p> <p>Bei einer Suchterkrankung spielt Verleugnung oft eine große Rolle, wie war das bei Ihnen?</p>	<p>Subjektives Erklärungsmodell</p> <p>Ursachen Auslöser Funktion</p> <p>Wahrnehmung der Suchtproblematik</p> <p>Verleugnung</p>
<p>Frage III: Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrem Beruf und Ihrer Suchterkrankung? (Suchtentstehung und Umgang mit der Erkrankung)</p> <p>Welchen Einfluss hatte Ihr Fachwissen über Suchterkrankungen auf Ihre eigene Situation?</p> <p>Welchen Einfluss hatte die Möglichkeit/Gefahr eines Approbationsentzuges auf Ihre Entscheidungen?</p> <p>Haben Sie vor, in der Zukunft etwas an Ihren Arbeitsbedingungen oder Ihrer Arbeit zu verändern? Wenn ja, warum?</p> <p>Wie beurteilen Sie als Arzt Ihren eigenen Umgang mit Ihrer Gesundheit?</p> <p>Sie sind jetzt in therapeutischer Behandlung, wie empfinden Sie die Rolle als Patient?</p> <p>Glauben Sie, dass Ärzte grundsätzlich besonders suchtfährdet sind?</p> <p>Was würden Sie aus Ihrer heutigen Sicht einem/r jungen Kollegen/-in raten?</p>	<p>Zusammenhang</p> <p>Fachwissen</p> <p>Rechtliche Situation</p> <p>Arbeit in der Zukunft</p> <p>Gesundheit allg.</p> <p>Patientenrolle</p> <p>Allg. Suchtrisiko</p> <p>Rat</p>

Anhang III: Kategoriensystem

1. Themenkreis: Berufliche Situation	
1.1. Wahrgenommene Anforderungen und Beanspruchungen	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Fachkompetenz</i> ○ <i>Verfügbarkeit</i> ○ <i>Kommunikationserfordernisse</i> ○ <i>Verantwortung für Patienten</i> ○ <i>Verwaltungsarbeit / Budgetierung</i>
1.2. Arbeitszeit	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Bereitschaftsdienste / Wochenend- und Nachtarbeit</i> ○ <i>Keine Zeit für Pausen / Urlaub</i>
1.3. Arbeitskollegen	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>„Einzelkämpfertum“</i>
1.4. Work-Life-Balance	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Gestörtes / kein Privatleben</i> ○ <i>Keine Freizeitinteressen, bzw. keine Zeit für Hobbys</i> ○ <i>Unzufriedenheit und Erschöpfung</i>
2. Themenkreis: Suchterkrankung	
2.1. gesundheitl. Situation allgemein	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Komorbidität</i> ○ <i>Erschöpfung</i>
2.2. Suchtverlauf	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Eigendiagnostik</i> ○ <i>Verleugnung</i> ○ <i>Reaktionen des privaten und beruflichen Umfeldes</i>
2.4. Subjektive Begründung für die Suchterkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Selbstmedikamentation</i> ○ <i>Kritische Lebensereignisse</i> ○ <i>Genetische Disposition</i> ○ <i>Überforderung</i>
2.5. Umgang mit der Patientenrolle	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Sich „zurücknehmen“</i> ○ <i>Anerkennung der Fachkompetenz der Klinik</i>
2.6. Geplante Rückfallpräventionsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Arbeitsbereich</i> ○ <i>Privatleben</i> ○ <i>Nachsorge</i>
3. Themenkreis: Selbstverständnis	
3.1. Motivation für die Berufswahl	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Vorbilder</i> ○ <i>Gutes tun</i>
3.2. Belastbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Ignoranz gegenüber Belastungen</i> ○ <i>Omnipotenzgefühle / Unverwundbarkeit</i>
3.3. Selbstverzicht	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Problem, eigene Interessen durchzusetzen</i> ○ <i>Patientenbedürfnisse stehen im Vordergrund</i>
3.4. Leistungsorientierung	

Ich versichere an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterthesis selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Gedanken, die wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Hamburg, den 07.11.2007

Sabine Kesebom