

Studiendaten aus dem Jahr 2008 legen nahe, dass bei rund 20 % der Mediziner ein riskanter Alkoholkonsum vorliegen könnte.

© Motorion / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodell)



Mediziner als Risikogruppe

## Suizidalität und Sucht unter Ärzten

Denise Linsmayer, Dieter F. Braus

Burn-out, Depressionen und Suizidalität sind unter Ärzten häufiger als vielleicht vermutet. Aktuelle Herausforderungen im Gesundheitswesen, nicht zuletzt die COVID-19-Krise, könnten perspektivisch zu einer weiteren Zunahme psychischer Belastungen bis hin zu Suiziden führen.

**D**er Wandel der Arbeitsstrukturen machte in den vergangenen Jahren auch nicht vor dem Gesundheitssystem halt. Hier spielte insbesondere die Ökonomisierung eine Rolle. Die Frage nach psychischer Gesundheit unter Ärzten und Medizinstudenten stand hingegen lange Zeit nicht im Fokus. Schaut man jedoch in gängige Literaturdatenbanken, bemerkt man eine deutliche Zunahme von Publikationen zum Thema in den vergangenen Jahren [1].

Betrachtet man aktuelle Daten, zum Beispiel den Gesundheitsreport der DAK, sehen wir in der Allgemeinbevölkerung in den letzten 20 Jahren eine kontinuierliche Zunahme von Krankheitstagen aufgrund psychischer Störungen. Diese Veränderung wird vorwiegend auf die Verdichtung von Arbeitsprozessen, eine steigende Arbeitsintensität, generelle Unsicherheiten sowie erhöhte Lern- und Anpassungserfordernisse – auch durch die Digitalisierung – zurückgeführt.

Hinzu kommen konkrete Belastungsfaktoren wie Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit sowie befristete Verträge.

Auch der Marburger-Bund-Monitor 2019, in dem 6.500 Mitglieder des ärztlichen Dienstes befragt wurden, befand, dass sich deutsche Ärzte als mental überlastet empfinden. Weiter hieß es, dass jeder fünfte Klinikarzt darüber nachdenke, die ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben. Neben permanenter Arbeitsverdichtung und hohem Zeitdruck wurden vor allem die erhebliche Zunahme an bürokratischen Tätigkeiten und ökonomischer Druck bemängelt. Auch wurde deutlich, dass viele Überstunden und Mehrarbeit zu Beeinträchtigungen im Privatleben führen. In der Konsequenz komme es durch höhere Stresslevel auch zu psychischen Belastungen [2].

Burn-out, Ängste, Depressionen und Suizidalität, aber auch Suchterkrankungen sind unter Ärzten häufiger als möglicherweise vermutet. Herausforderungen im Gesundheitswesen – etwa aktuell die COVID-19-Krise – dürften zu einer weiteren Zunahme psychischer Belastungen bis hin zu Suiziden führen. Dahingehenden Publikationen aus China ist diese Entwicklung bereits jetzt klar zu entnehmen. Auch die Daten der beiden letzten großen Krisen in den vergangenen 20 Jahren zeigen Vergleichbares [3]. Die folgende Darstellung gibt eine kurze Übersicht über die Themen Suizidalität und assoziierte Erkrankungen sowie Suchterkrankungen unter Medizinern.

### Suizidalität und Burn-out

Nach Manfred Wolfersdorf bezeichnet Suizidalität die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder auch Gruppen von Menschen, die in ihren Gedanken, durch aktives Handeln oder das Unterlassen einer lebenserhaltenden Maßnahme den eigenen Tod anstreben beziehungsweise als möglichen Ausgang in Kauf nehmen [4]. Laut statistischem Bundesamt starben im Jahr 2017 in Deutschland 9.235 Menschen an Suizid, rund 76 % von ihnen waren Männer.

Nach Daten der World Health Organisation (WHO) stirbt weltweit alle 40 Sekunden ein Mensch durch Selbsttötung, was sich auf rund 800.000 Todesfälle im Jahr summiert [5, 6]. Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist Selbstmord die zweithäufigste Todesursache.

Auch unter Medizinern ist Suizidalität ein nicht zu unterschätzendes Thema. So zeigt die Datenlage vergangener Jahre, dass die Suizidrate unter Ärzten (Odds-Ratio [OR]: 1,41) und Ärztinnen (OR: 2,27) deutlich höher zu sein scheint als in der Normalbevölkerung [7]. Neuere Daten scheinen dies zwar im Hinblick auf Männer zu relativieren, nichtsdestoweniger müssen Gründe und Grunderkrankungen sowie Risikofaktoren im Gesundheitssystem, die zu Suizidalität unter Ärzten führen, näher beleuchtet und kritisch hinterfragt werden [8, 9], insbesondere auch in Anbetracht der Bedeutung für

**Tab. 1: Alarmzeichen für Suizidalität und Sofortmaßnahmen**

<b>Alarmzeichen für Suizidalität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Suizidandrohungen und versteckte Suizidankündigungen</li> <li>— große Hoffnungslosigkeit, etwa durch schwere soziale Stresserfahrung begleitet von Äußerungen wie: „Es hat ja doch alles gar keinen Sinn mehr.“</li> <li>— Ordnen wichtiger Angelegenheiten ohne ersichtlichen Anlass, Ansprechen von Abschieden</li> <li>— Suizidversuche in der Vorgeschichte oder Suizide/-versuche im familiären Umfeld („Modelle“)</li> </ul>
<b>Sofortmaßnahmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Sprechen Sie konkret das Thema „Todeswunsch“ an.</li> <li>— Nehmen Sie sich Zeit für das Gespräch und gewinnen damit auch Zeit.</li> <li>— Sorgen Sie für den Menschen.</li> <li>— Begleiten Sie den Betroffenen zu professioneller Hilfe.</li> </ul>

die Sicherheit der ihnen anvertrauten Patienten [10]. Gerade Mediziner jeglicher Fachdisziplin sollten mit Alarmzeichen für Suizidalität und Erstmaßnahmen vertraut sein (Tab. 1). Ziel muss sein, dass der Betroffene nicht alleine in der subjektiv aussichtslos erscheinenden Situation mit Einengung der Gedanken bleibt, sondern sich trotz oft vorhandener Scham- und Schuldgefühle jemandem anvertrauen und dadurch Entlastung erfahren kann.

Hinsichtlich des Risikozustandes Burn-out unter Medizinern hat die Menge an Publikationen in den vergangenen zehn Jahren exponentiell zugenommen. Zugeordnete Beschwerden werden zumeist in drei Dimensionen gegliedert und beinhalten emotionale Erschöpfung (I), Zynismus, Distanzierung und Depersonalisation (II) sowie eine verringerte Arbeitsleistung (III), allesamt als Folge einer subjektiv empfundenen erhöhten Arbeitsbelastung.

Wichtig ist jedoch, hervorzuheben, dass es bislang nicht gelungen ist, eine einheitliche und normierte Definition des Burn-out-Begriffes zu erreichen. Vielmehr variiert die Symptomkonstellation; die Studienlage und -qualität ist heterogen und es gibt deutliche Überlappungen zum strenger definierten und operationalisierten depressiven Syndrom (Kernsymptome siehe **Kasten rechts**).

Unter Berücksichtigung dessen zeigt sich jedoch die Tendenz, dass jüngere Ärzte beiderlei Geschlechts sowie Frauen in Teilzeit mehr betroffen zu sein scheinen [11]. Besorgniserregend wirkt überdies die hohe Prävalenz von depressiven Symptomen (27,2 %) und

Suizidgedanken (11,1 %) bereits unter Medizinstudenten [12]. Insgesamt liegen die Prävalenzraten für depressive Symptome bei Assistenzärzten und Medizinstudierenden um 15–20 % über denen der Normalbevölkerung. Für das persönliche Risiko ist die Resilienz entscheidend, also die dynamische Fähigkeit, mit widrigen Umweltfaktoren und Situationen umzugehen. Faktoren für eine ausgeprägte Resilienz sind:

- Selbstwirksamkeit
- aversive Emotionen akzeptieren
- Herausforderungen aktiv angehen
- soziale Unterstützung annehmen
- Sinnstiftung fördern

Ansätze zur Verbesserung scheinen jedoch nicht unbedingt individuelle Interventionen zur Förderung der persönlichen Resilienz, sondern vielmehr strukturelle und organisationsorientierte Veränderungen zu sein [13], die letztlich die Arbeitsbedingungen durch mehr Selbstbestimmung verbessern und so zu einer Entlastung beitragen könnten. Dies zeigte auch eine aktuelle

### Typische Symptome einer depressiven Störung, die mehr als zwei Wochen anhalten

- Anhedonie
- Appetitlosigkeit
- Depressivität
- Dysphorie/Interessenlosigkeit
- Fatigue
- Insomnie/Hypersomnie
- Insuffizienz-/Schuldgefühle
- Irritierbarkeit
- Konzentrationsstörungen
- psychomotorische Hemmung

**Tab. 2: Subjektiver Verbesserungsbedarf aus Sicht junger angestellter Ärzte**

Verbesserungswürdiger Bereich	Genannt von
Reduktion des Dokumentationsaufwands	88 %
persönliche, strukturierte Weiterbildungsmöglichkeiten	86 %
Verringerung der Arbeitsverdichtung	86 %
gesetzlich festgelegte Personalschlüssel	84 %
weniger Einfluss der Ökonomie auf fachliche Entscheidungen	84 %

*n = 1.060; Anteil der Antwort in %; nach [20]*

**Tab. 3: Basisprogramm für mentale und körperliche Gesundheit**

Bereich	Was
Bewegung und Natur	180–240 Minuten pro Woche auf mindestens 4x verteilt, Puls über 100
Ernährung	naturnah, Gemüse/Obst/Fisch/Vollkorn/Nüsse/Rohkost; „mäßig aber regelmäßig“, keine Fertigessen, wenig Zucker, viel pflanzliches Fett
Entspannung und Achtsamkeit	Jacobson, autogenes Training, Yoga, Meditation, Eigenzeit, „aktives Nichtstun“ – täglich mindestens 30 min
soziale Kontakte, Hoffnung und Dankbarkeit	harmonische soziale Kontakte, auch außerhalb der eigenen Pflichten (Arbeit/Haushalt/Familie/Freunde), kümmern um Kinder/Enkel, Hobbies
kognitive Stimulation	Tages-/Wochenzeitung, Nachrichten, Diskussionen über Tagesthemen, Sachbücher, selbst etwas schreiben, Themen vertiefen, Sprachen oder Instrument lernen und anwenden, Reisen, Filme
Rhythmen und Rituale	Tag/Woche/Quartal, auf Schlaf achten, regelmäßige Termine

Umfrage unter jungen angestellten Ärzten (Tab. 2). Hier sind neben den Arbeitnehmern auch Arbeitgeber und Politik gefragt, Verbesserungsmöglichkeiten zu beleuchten. Es bleibt abzuwarten, ob die aktuell im Rahmen der COVID-19-Pandemie angedeuteten perspektivischen Entlastungen auch in die Tat umgesetzt werden.

### Suchterkrankungen

Abhängigkeit und kritischer Konsum gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und den weltweit größten Risikofaktoren für Morbidität, Behinderung und Mortalität [14]. Komorbid treten darüber hinaus häufig andere stressassoziierte Erkrankungen wie depressive Störungen oder Angststörungen auf.

Laut Bundesärztekammer leiden etwa 7–8% der deutschen Ärzte im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Suchterkrankung. Im Vergleich zur den 5–6% in der Normal-

bevölkerung ist diese Rate also etwas erhöht. Man muss allerdings in beiden Gruppen von einer hohen Dunkelziffer ausgehen.

Der höhere Wert unter Medizinern wird auf die hohen physischen und psychischen Belastungen, die der Arztberuf mit sich bringt, aber auch auf den leichteren Zugang zu psychoaktiven Substanzen zurückgeführt. Unter Medizinern spielt insbesondere der Konsum von Alkohol und Medikamenten eine große Rolle. Trotz des medizinischen Wissens und der Kenntnis potenzieller Hilfsangebote ist die Diagnostik von Suchterkrankungen unter Ärzten eine große Schwierigkeit: Die Sorge vor Stigmatisierung und dem Verlust des Arbeitsplatzes beziehungsweise der Approbation spielen genauso eine Rolle wie Scham und Insuffizienzerleben.

### Alkohol

Es gibt keinen risikofreien Alkoholkonsum. Man kann lediglich eine risiko-

arme, maximale Trinkmenge angeben (bei gesunden Männern etwa 30 g oder 0,3 l Wein und bei gesunden Frauen die Hälfte).

In Deutschland ist die Datenlage bezüglich Suchterkrankungen unter Ärzten übersichtlich. Einer Studie aus dem Jahr 2008 mit 1.917 Teilnehmern ist zu entnehmen, dass bei rund 19,8% der Mediziner ein riskanter Alkoholkonsum vorliegen könnte. Urologen und Anästhesisten schienen hier gehäuft betroffen [15]. Ähnliche Prävalenzen wurden bei amerikanischen Medizinern berichtet [16]. Im Rahmen einer Fragebogenerhebung beim Kongress der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) wurde ermittelt, dass unter knapp 830 ausgewerteten Teilnehmern vermutlich 40% einen erhöhten Alkoholkonsum zeigten [17].

### Medikamente

Der Konsum psychoaktiver Medikamente ist unter Ärzten ebenfalls höher als in der Allgemeinbevölkerung. Einer großen amerikanischen Studie ist zu entnehmen, dass etwa jeder zehnte befragte Arzt regelmäßig Benzodiazepine einnimmt. Der Anteil an Opioiden war sogar fast doppelt so hoch [16].

### Hilfsangebote

Auf Länderebene wurden in den letzten Jahren Interventionsangebote und die regelhafte Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen für betroffene Kollegen etabliert mit insgesamt wohl positiver Bilanz: Nach Ärztekammerdaten kann bei etwa drei Vierteln der Betroffenen die Approbation und der Arbeitsplatz erhalten werden.

Als erste Maßnahme geht es bei riskantem Konsum darum, sich diesen bewusst zu machen und ihn zu reduzieren („harm-reduction“). Bei der Alkoholkrankheit muss die absolute Abstinenz das Ziel sein, da bei Suchterkrankungen eine irreversible Veränderung im dopaminergen Belohnungs- und Lernsystem vorliegt, die leicht zum Rückfall nach einmaliger erneuter Einnahme (z. B. die „Schnapspraline“) führt. Von großer Bedeutung wäre es, niederschwellige Angebote zu etablieren und psychische Er-

krankungen unter Medizinerinnen in Anbetracht der hohen Anzahl betroffener Kolleginnen zu enttabuisieren.

### Fazit

Meist stressassoziierte psychische Erkrankungen nehmen bei einer Lebenszeitprävalenz von etwa 40 % in der Bevölkerung auch unter Ärzten einen relevanten Stellenwert ein. Vor allem die schwierigen Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen mit starren Hierarchien, schlechter Vereinbarkeit von Beruf und Familie, zunehmenden ökonomischen Zwängen mit Verlust der Selbstbestimmung und erheblichem bürokratischem Aufwand tragen dazu bei [18]. Nie da gewesene Herausforderungen wie die COVID-19-Pandemie kommen additiv als disruptive Faktoren hinzu, die zur Stressreduktion Ambiguitätstoleranz erfordern. Eine konstruktive Auseinandersetzung mit dieser Thematik erscheint unabdingbar, um die Attraktivität des Arztberufes und damit einhergehend eine gute Versorgung der Patienten aufrechtzuerhalten.

Ein erster Schritt ist die Akzeptanz der psychischen Verletzlichkeit auch bei Medizinerinnen und die Entstigmatisierung der Psychiatrie und Psychotherapie, die heute angewandte klinische Neurowissenschaften sind. Auch für Arbeitgeber ist es wichtig, mentale Belastungen gezielt zu erkennen und gemeinsam mit den Angestellten Lösungen zu erarbeiten. Daneben sollte auch für Mediziner das Basisprogramm für mentale Gesundheit (**Tab. 3**) obligat sein, um so einen eigenen Beitrag zu psychischer Gesundheit und damit zur Prävention von Burn-out, Angst, Depression, Suizidalität und Sucht in herausfordernden Zeiten zu leisten [19].

### Literatur

1. Thomas LR et al. Charter on Physician Well-being. *JAMA*. 2018; 319: 1541-2
2. Marburgerbund, MB-Monitor 2019. <https://www.marburger-bund.de/mb-monitor-2019>; abgerufen am 29.5.20
3. Lai J et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3: e203976
4. Wolfersdorf M. in: G. Stoppe et al. (Hrsg.) Suizidalität, in Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive. 2006; Heidelberg/München: Springer Medizin

5. World Health Organization. Suicide data. 2018
6. World Health Organization. Disease burden and mortality estimates. 2019
7. Schernhammer ES et al. Colditz, Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 2295-302
8. Duarte D et al. Male and Female Physician Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020; <http://doi.org/dxg5>
9. Center C et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*. 2003; 289: 3161-6
10. Panagioti M et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018; 178: 1317-30
11. Rotenstein LS et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018; 320: 1131-50
12. Rotenstein LS et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016; 316: 2214-36
13. Panagioti M et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017; 177: 195-205
14. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018; 392: 1923-94
15. Rosta J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol Alcohol*. 2008; 43: 198-203
16. Oreskovich MR et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict*. 2015; 24: 30-8
17. Braun M et al. Depression, burnout and effort-reward imbalance among psychiatrists. *Psychother Psychosom*. 2010; 79: 326-7
18. Richter-Kuhlmann E. Getrieben im Alltag. *Deutsches Ärzteblatt*. 2018; 45
19. Braus DF. EinBlick ins Gehirn, eine andere Einführung in die Psychiatrie. 3. Auflage. 2014; Stuttgart: Thieme
20. Raspe M et al. *Bundesgesundheitsblatt*. 2020; 63: 113-21



**Dr. med. Denise Linsmayer**  
HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Ludwig-Erhard-Str. 100  
65199 Wiesbaden  
E-Mail: Denise.Linsmayer@helios-gesundheit.de

Hier steht eine Anzeige.

 Springer