

Projekt ReMed: Wer wendet sich an das Unterstützungsnetzwerk?

Leitungsausschuss ReMed*

* Michael Peltenburg, Projektleiter ReMed, FMH Allgemeinmedizin; Martina Hersperger, Abteilung DDQ FMH; Iris Stucki, Abteilung DDQ FMH; Werner Tschan, FMH Psychiatrie und Psychotherapie.

ReMed ist ein Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte in belastenden Situationen [1]. Das Projekt startete im Oktober 2008 in zwei Pilotkantonen (vgl. Kasten). Ratsuchende Ärztinnen und Ärzte können über die 24-Stunden-Hotline 0800 OREMED (0800 073 633), über die Homepage (www.swiss-remed.ch) und über die kantonalen Teamleiter und Vertrauenspersonen einen persönlichen Kontakt zu ReMed herstellen. Ratsuchende Kolleginnen und Kollegen werden als Patienten behandelt, d. h., es gelten die üblichen Datenschutzbestimmungen sowie das ärztliche Berufsgeheimnis (Art. 321 StGB).

Der vorliegende Beitrag vermittelt die Erkenntnisse über die Ursachen und Hintergründe, die zu einer Inanspruchnahme von ReMed führen. Innerhalb des ersten Jahres (1. 10. 2007 bis 30. 10. 2008) wandten sich 21 Personen an ReMed, 4 davon waren Frauen. Das Durchschnittsalter liegt bei 54 Jahren. In 4 Fällen ging es um generelle Informationen, die telefonisch erteilt werden konnten. In 17 Fällen kam es zu einer Beratung. Als hauptsächlich genannter Grund für die Kontaktaufnahme wurde «Burn-out» genannt.

Einschränkungen der ärztlichen Funktionalität

In der Regel handelt es sich bei Einschränkungen der ärztlichen Funktionalität um ein komplexes Geschehen und ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Es soll daher ausdrücklich vor simplifizierenden Betrachtungsweisen gewarnt werden. Hinter der subjektiven Wahrnehmung des Anliegens, wie es bei der Kontaktaufnahme formuliert wird, lassen sich meistens 5–6 Bereiche identifizieren, die in ihrem Zusammenspiel für die Einschränkung der Funktionalität verantwortlich sind. Krankheiten gehören zum menschlichen Sein. Das gilt auch für Ärztinnen und Ärzte. Oft bestehen persönliche und berufliche Schwierigkeiten bereits über einen längeren Zeitraum.

Fallbeispiel

Ein 52-jähriger Arzt für Innere Medizin FMH wendet sich an ReMed. Eines seiner Kinder ist schwer erkrankt, die Ehefrau hat wegen des vermehrten Betreuungsaufwands und der damit verbundenen Absenzen ihre Arbeitsstelle verloren, und ein seit

längerer Zeit schwelender Konflikt in der eigenen Praxisgemeinschaft ist eskaliert. Es drohen zivilrechtliche Auseinandersetzungen, und die Chancen einer gütlichen Einigung stehen schlecht. Die Belastungen führen dazu, dass der Arzt leicht reizbar ist und selbst bei Kleinigkeiten an die Decke geht – eine Praxismitarbeiterin kündigt das Arbeitsverhältnis, weil ihr der Druck zu viel wird. Schliesslich kommen Schwierigkeiten mit der Abrechnungssoftware hinzu, was dazu führt, dass der Arzt mit den Rechnungsstellungen deutlich in Verzug gerät. Die Situation wächst ihm über den Kopf – und er sieht keinen Ausweg mehr. Er vertraut sich einem Fachkollegen an, der ihn überzeugen kann, sich an ReMed zu wenden.

Die ReMed-Vertrauensperson vermutet, dass hier eine fachärztliche Konsultation mit hoher Priorität angeboten werden muss. Die Einschätzung bestätigt sich im direkten Gespräch. Es wird

Pilotkantone

Thurgau

Die Bevölkerung liegt bei 238 130 Personen. Es praktizieren 195 Ärztinnen und 405 Ärzte im Kanton; auf 397 Einwohner kommt ein Arzt.

Das Angebot von ReMed wurde an der Mitgliederversammlung der kantonalen Ärzteschaft im Herbst 2007 bekanntgemacht. Alle Mitglieder im Kanton wurden mittels der standeseigenen Publikationswege zusätzlich informiert.

Neuenburg

Die Bevölkerung liegt bei 169 998 Personen. Im Kanton praktizieren 175 Ärztinnen und 384 Ärzte; es kommt auf 304 Personen ein Arzt.

Die Ärztinnen und Ärzte wurden an der Jahresversammlung und mittels eines Flyers über das neue Angebot informiert.

Es ist geplant, ReMed ab 2010/2011 schweizweit anzubieten. Die aus der ersten Phase des Pilotprojektes gewonnenen Erfahrungen sollen schrittweise im Hinblick auf eine gesamtschweizerische Implementierung evaluiert und umgesetzt werden.

Korrespondenz:
Dr. med. Michael Peltenburg
Projektleiter ReMed
Praxis Post
CH-8340 Hinwil
Michael.Peltenburg@hin.ch

eine erhebliche Suizidgefährdung diagnostiziert. Die ReMed-Vertrauensperson und der Arzt legen in einem klar strukturierten Gespräch die weitere Vorgehensweise fest. Neben Lösungsstrategien für die Praxissituation wird die persönliche Situation ausführlich thematisiert. Die kollegiale Unterstützung, verbunden mit dem Gefühl, dass einem jemand zuhört und dass man ernst genommen wird, tragen wesentlich zu einer Aufhellung der Befindlichkeit bei: Ein neuer Anfang wird möglich. Dem Kollegen geht es inzwischen wieder besser, seine persönliche und private Situation ist wieder intakt. Die Konflikte in der Praxis lassen sich angehen und sind nun weitgehend gelöst.

Problembereiche

Naturgemäss ergeben sich je nach Tätigkeitsbereich und Arbeitsumfeld unterschiedliche Fragestellungen – so hat eine Parkinsonerkrankung bei einem operativ tätigen Ophthalmologen andere Auswirkungen als bei einer Psychiaterin, Teamkonflikte im klinischen Umfeld äussern sich anders als Personalschwierigkeiten in der eigenen Praxis. Die Mitglieder des Leitungsausschusses von ReMed haben sich mit Fachleuten aus dem Ausland getroffen und Erfahrungen ausgetauscht sowie die vorhandene Literatur studiert. Folgende Problembereiche werden aufgrund ihrer Prävalenzen und der jeweiligen Folgen für die Einschränkung der ärztlichen Funktionalität als zentrale Themenbereiche in einem ReMed-Handbuch behandelt [2–11]:

- Ehe- und Beziehungsprobleme;
- psychische Probleme;
- Burn-out;
- Substanzabhängigkeit;
- Depression;
- ADHD;
- sekundäre Traumatisierungen;
- Suizidalität;
- Schlafstörungen;
- Spielsucht;
- Älterwerden;
- Frauen als Ärztinnen (Rollenkonflikte);
- PSM (Professional Sexual Misconduct);
- Drohungen und Stalking;
- Gewalt;
- Gerichtsverfahren (Haftpflicht, Strafrecht).

Das Handbuch soll ein zentrales Arbeitsinstrument für die ReMed-Ärztinnen und -Ärzte sein und die Grundlage bei der Schulung für die Mitarbeit im ReMed-Team bilden.

Zahlreiche Fachleute haben inzwischen einzelne Kapitel dieses Handbuches redigiert. In

einem nächsten Schritt werden nun die kantonalen ReMed-Kolleginnen und -Kollegen die Texte auf ihre Praxistauglichkeit hin prüfen.

Fachliche Hilfe und Unterstützung

Regelmässig ist festzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte dazu tendieren, ihre eigenen gesundheitlichen Schwierigkeiten abzustreiten oder zu bagatellisieren. Oft kommen Behandlungen erst nach erheblichem Druck durch Angehörige oder Berufskollegen, manchmal erst nach Interventionen durch ärztliche Berufsverbände oder Gesundheitsbehörden zustande. Die Rolle als Patient ist gewöhnungsbedürftig. Es bestehen erhebliche Widerstände gegen und Erwartungshaltungen an kollegiale Hilfe. Eine davon ist eine altruistische Selbsteinschätzung: «Ich bin für andere da und kann keine Hilfe annehmen.» Aber auch die Abwehr der eigenen Bedürftigkeit hindert daran, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Weiter kann Angst vor Abhängigkeit und vor der Einschätzung durch das Gegenüber bzw. dem damit verbundenen Statusverlust als Hindernis wirken. Psychiatrische Interventionen werden als besonders stigmatisierend erlebt.

ReMed-Richtlinie

Meist führt das Peergespräch mit einer Kollegin oder einem Kollegen derselben Fachrichtung zu einer deutlichen Erleichterung – dem Gefühl, mit seinen Schwierigkeiten nicht mehr alleine zu sein und neue Lösungsansätze und Auswege zu sehen. Grundsätzlich bemühen sich die ReMed-Vertrauenspersonen, gegenüber ratsuchenden Kolleginnen und Kollegen eine möglichst transparente Haltung einzunehmen. Das beinhaltet, dass eigene Sichtweisen und Einschätzungen offengelegt und Fragen der Vertraulichkeit geklärt werden. Ebenso werden die persönlichen Zielsetzungen der Ratsuchenden geklärt, die diagnostische Beurteilung transparent gehalten und allfällige Sofortmassnahmen gemeinsam festgelegt. Temporäre Arbeitsunfähigkeiten werden ebenfalls diskutiert und festgelegt, und schliesslich wird gemeinsam ein Behandlungsplan entwickelt.

Die Erfolgsaussichten für kollegiale Interventionen sind in der Regel gut. Im kollegialen Gespräch haben sich folgende Faktoren als besonders wichtig herausgestellt:

- das Schaffen einer Vertrauensbasis;
- eine Atmosphäre, in welcher sich der ratsuchende Arzt willkommen und ernst genommen fühlt;
- das Vermitteln von Offenheit und Respekt;
- transparente, nachvollziehbare und stringente Entscheidungsprozesse;

- eine verständliche Sprache und Terminologie und
- eine transparente Rollen- und Aufgabenklärung.

Angehörige werden nach Möglichkeit einbezogen. Meistens fühlen sie sich mit ihren Sorgen und Feststellungen besonders alleingelassen. Oft erweisen sich die Angehörigen als grosse Hilfe und Ressource im Hinblick auf eine optimale Umsetzung eines Behandlungsplans.

Ausblick

Es ist vorgesehen, mit den ReMed-Ärztinnen und -Ärzten im Frühjahr 2009 zwei Seminare durchzuführen (eines auf Französisch und eines auf Deutsch). Diese Veranstaltungen stehen selbstverständlich allen interessierten Kolleginnen und Kollegen offen. Weitere Informationen zu den Seminaren werden ab Januar 2009 auf der Homepage von ReMed (www.swiss-remed.ch) zu finden sein. In einem weiteren Beitrag in der Schweizerischen Ärztezeitung sollen die ReMed-Hilfsangebote (Mentoring, Coaching und Assessment) detaillierter vorgestellt werden. Weiter sind regelmässige Kurzberichte und Fallvignetten in der Schweizerischen Ärztezeitung geplant, die den Nutzen und die Vorgehensweise von ReMed deutlicher machen. Das Pilotprojekt befindet sich zurzeit in der Phase 2 mit dem Schwerpunkt der Umsetzung auf eine gesamtschweizerische Lösung und der Erarbeitung der erforderlichen Ressourcen. Die Strukturen und Vorgehensweisen werden laufend evaluiert und gegebenenfalls angepasst. Dieser Prozess und die damit gewonnenen Erfahrungen sind im Hinblick auf eine gesamtschweizerische Lösung von zentraler Bedeutung.

Literatur

- 1 Peltenburg M, et al. Projekt ReMed: Bericht aus der Pilotphase. *Schweiz Ärztezeitung*. 2008;89(15): 604-6.
- 2 Arteman A, Lusilla P, Gual A, Casas M. Seven years of the first Spanish Sick Physician Program: what have we learnt? Paper presented to the International Conference on Physician Health, Ottawa, Nov 30–Dec 2, 2006.
- 3 Bergner TMH. Burnout bei Ärzten. Stuttgart: Schattauer; 2006.
- 4 Myers MF. Doctors' Marriages: A Look at the Problems and their Solutions. 2nd edition. New York: Plenum; 1994.
- 5 Bodenmann G. Beziehungskrisen. Erkennen, verstehen und bewältigen. Bern: Huber; 2002.
- 6 Cox J, King J, Hutchinson A, McAvoy P (eds.). *Understanding Doctor's Performance*. Oxford: Radcliffe; 2006.
- 7 Goldman LS, Myers MF, Dickstein LJ (eds.). *The Handbook of Physician Health*. Chicago: American Medical Association; 2000.
- 8 Myers MF, Gabbard GO. *The Physician as Patient. A clinical Handbook for mental health professionals*. Washington, DC: American Psychiatric Publications; 2008.
- 9 Myers MF, Dickstein LJ. Treating Medical Students and Physicians. CME Course. New Orleans, LA, American Psychiatric Association. 154th Annual Meeting, May 5–10, 2001.
- 10 Klitzman R. *When doctors become patients*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- 11 Abel GG, Osborn CA, Warberg BW. Professionals. In: Marshall WL, Fernandez YM, Hudson SM, Ward T (eds): *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders*. New York: Plenum; 1998. p. 319-35.