

Editorial

Eine Herausforderung für die Arbeitsmedizin: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt

Artikelserie zu psychischen Erkrankungen

Die große Herausforderung der Zukunft in der Arbeitsmedizin wird der Umgang mit psychischen und Verhaltensstörungen im Betrieb sein. Der Aufwärtstrend für psychische Erkrankungen hält unvermindert an.

Psychische Erkrankungen als eine der häufigsten Gesundheitsstörungen werden im Hinblick auf ihre gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung für die Weltbevölkerung ein immer größer werdendes Problem: Nach dem World-Health-Report der WHO stellen allein Depressionen bereits jetzt mit annähernd 12% einen gewichtigen Anteil der weltweit führenden Ursachen für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre. Unter den zehn wichtigsten Erkrankungen befinden sich außerdem Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenien und bipolare Störungen. Selbstmorde sind die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. Aufgrund der Überalterung der Bevölkerung ist in den nächsten Dekaden außerdem mit einem erheblichen Anstieg dementieller Erkrankungen zu rechnen.

Diese Daten spiegeln sich auch in den epidemiologischen Studien in Deutschland wider, wie sie in dem vom Bundesgesundheitsministerium beauftragten „Bundesgesundheitsurvey“ publiziert wurden. Der hohe Stellenwert psychischer Erkrankungen verdeutlicht sich u. a. in der Tatsache, dass inzwischen psychische Störungen die häufigste Ursache für Frühberentungen darstellen. Nach Schätzungen der Weltbank verursachen unter den psychischen Störungen depressive Erkrankungen die höchsten Gesundheitskosten. Die direkten Kosten für die Behandlung der Depression in Deutschland werden in einer Höhe von 4 Milliarden Euro geschätzt.

Der Anteil an Krankenstand und Erkrankungsdauer in Deutschland ist im letzten Jahr wiederum gestiegen. Psychische und Verhaltensstörungen sind die zweithäufigste Krankheitsart nach muskuloskelettalen Erkrankungen. Auch bei der Erkrankungsdauer werden sie nur von den Krebserkrankungen übertroffen. Im Jahr 2008 entfielen 16,8% der Beschäftigten

Inhalt

Editorial

Dr. med. Annegret Schoeller: „Die große Herausforderung der Zukunft in der Arbeitsmedizin wird der Umgang mit psychischen und Verhaltensstörungen im Betrieb sein. Deshalb starten wir in ASUpraxis eine entsprechende Fortbildung als Hilfe für die tägliche Praxis“ **113**

Praxis

Jetzt beginnt die seit Jahrzehnten größte Massenimpfung gegen die neue Influenza A (H1N1) **115**
Prävention von Burnout als arbeitsmedizinische Aufgabe – ein Bericht der Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, Dr. Christine Klien **116**
Burnout – ein Thema? Dr. Petersen berichtet von einer Hamburger Fortbildungsveranstaltung **118**
Zum Thema „Ärztinnen – Gesundheit“ schreibt die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Dr. med. Astrid Bühnen **120**

Fortbildung

„Was ist eine Depression?“ – ein Bericht von Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorsitzende des BVDP **121**

Servive

Symposium der Bundesärztekammer und des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit am 6. Oktober 2009 im Haus der Bundesärztekammer – Programm **126**

Buchbesprechung

„Psychosoziale Gesundheit im Beruf“ **127**

Meldungen / Impressum

128



Dr. Annegret E. Schoeller
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
Bundesärztekammer

mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf psychische und Verhaltensstörungen sofort nach Erkrankung des muskuloskeletalen Systems mit 23,7%. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer bei psychischen und Verhaltensstörungen betrug 39,1 Tage im Jahr 2008. Eine deutliche Steigerung der Erkrankungsdauer ist für psychische und Verhaltensstörungen von 35,3 Tagen im Jahr 2007 auf 39,1 Tage im Jahr 2008 festzustellen.

Schon bei jungen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern nimmt die Dauer der Erkrankung dramatisch zu bis nahe zu auf das Doppelte bei älteren Beschäftigten. Erwerbstätige, die einmal im Jahr aufgrund psychischer Erkrankungen fehlen, sind durchschnittlich 63,7 Tage krank. Frauen reagieren häufiger auf psychische Belastungen. Männer erkranken dagegen länger.

Depressive Episoden sind mit 27,2% die häufigste Einzeldiagnose bei den psychischen und Verhaltensstörungen. Die Krankschreibungen dauern durchschnittlich 50,7 Tage. An zweiter Stelle stehen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit durchschnittlich 28,2 Tagen. Mit vergleichsweise großem Abstand folgen neurotische Störungen, somatoforme Störungen, Angststörungen und rezidivierende depressive Störungen. Depressive Episoden sind mit 27,2% die häufigste Einzeldiagnose bei den psychischen und Verhaltensstörungen. Die Krankschreibungen dauern durchschnittlich 50,7 Tage.

Die Behandelbarkeit psychischer Erkrankungen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten entscheidend verbessert. Die Mehrzahl aller Patientinnen und Patienten hat bei kompetenter Behandlung eine gute Chance auf Heilung oder eine entscheidende Besserung ihres Krankheitsbildes. Dies wurde durch ein zunehmend differenziertes Spektrum von sozialpsychiatrischen Maßnahmen, Soziotherapien, Psychotherapieverfahren und Psychopharmaka, z. B. bei Angsterkrankungen, Ess-Störungen, Zwangserkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen möglich. Auch die bei psychischen Erkrankungen häufig zu erwartenden Rezidive lassen sich bei konsequenter Behandlung inzwischen deutlich reduzieren. Selbst bei prognostisch eher ungünstigeren Erkrankungen wie der Schizophrenie gelingt es wesentlich häufiger, die Krankheit, wenn auch nicht zu heilen, so doch deutlich abzumildern und damit eine unabhängige, selbstständige Lebensführung zu ermöglichen.

Trotz guter Heilbarkeit von psychischen Krankheiten sind die von ihnen direkt Betroffenen, ihre Angehörigen und die in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Beschäftigten subtilen und offensichtlichen Stigmatisierungen und Diskriminierungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen ausgesetzt.

Die Geringschätzung der Heilbarkeit von psychischen Erkrankungen zeigt sich in der medialen Berichterstattung, im gesellschaftlichen Umfeld bis hin zu den privaten Krankenversicherern, Lebensversicherern und Berufsunfähigkeitsversicherern, die es ablehnen, mit denjenigen, die eine Psychotherapie in ihrer Vorgeschichte haben – selbst bei Ausschluss der psychischen Krankheit aus dem Leistungskatalog – einen Vertrag ab-

zuschließen. Die in epidemiologischen Studien festgestellte niedrige Diagnoserate psychischer Erkrankungen im primären Versorgungssystem führt zu einer Verzögerung der Erstbehandlung mit der Konsequenz einer potenziellen Verschlechterung des Krankheitsverlaufs. Dies kann darauf hinweisen, dass Ärztinnen und Ärzte die Diagnose hinausschieben, um eine mögliche spätere Stigmatisierung der Patientinnen und Patienten zu umgehen. Psychose-Erkrankte werden generell als überdurchschnittlich gewalttätig eingeschätzt. An Depressionen oder an Alkoholismus Erkrankte werden als selbst schuldhaft und verantwortlich angesehen.

Die Ursachen für psychische Erkrankungen sind vielfältig. Sie betreffen vor allem am Arbeitsplatz die folgenden Bereiche: Arbeitstempo, Termindruck, Arbeitsprozesse, Kommunikation sowie Zukunftsangst. Gerade die Abläufe sind von höherer Intensität und Komplexität, die weit mehr Kommunikation und Koordination erfordern, als noch vor Jahren. Missverständnisse und Kompetenzkriege sind Störungen in den Ablaufprozessen oder wirtschaftlicher Druck sorgt zusätzlich für Stress.

Um bei Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen als Betriebsärztin oder als Betriebsarzt die richtigen Maßnahmen für die Beschäftigten wie Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention sowie betriebliche Gesundheitsförderung durchführen zu können, ist es notwendig, die unterschiedlichen psychischen und psychiatrischen Erkrankungen kennenzulernen.

Diese Erkenntnis hat das Redaktionsteam der Zeitschrift ASUpraxis bewogen, in einer losen Folge psychiatrische und psychische Erkrankungen in Bezug auf die betriebsärztliche Tätigkeit in ASUpraxis vorzustellen. Wir freuen uns darüber, für die Gestaltung der Artikelserie Frau Dr. Roth-Sackenheim, Vorsitzende des Berufsverbandes deutscher Psychiater und Psychotherapeuten und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychiatrie und Nervenheilkunde, gewonnen zu haben. Der erste Artikel von Frau Dr. Roth-Sackenheim beschäftigt sich mit der Thematik „Depression“ und erscheint erstmals in diesem Septemberheft der ASUpraxis.

Wir möchten auch nicht versäumen, darauf hinzuweisen, dass zu dieser Thematik „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“ ein von der Bundesärztekammer und dem Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit veranstaltetes Symposium am 6. Oktober 2009 in den Räumen der Bundesärztekammer stattfinden wird. Schwerpunkte des Symposiums sind auch Beispiele für die kooperative Zusammenarbeit von unterschiedlichen ärztlichen Professionen und Themen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie betrieblicher Wiedereingliederung von Menschen mit psychiatrischen, psychischen und Verhaltensstörungen.

Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sind herzlich eingeladen, an diesem Symposium teilzunehmen.

Dr. Annegret E. Schoeller

Im Herbst läuft die größte Massenimpfung gegen die neue Influenza A (H1N1) „sog. Schweinegrippe“ seit Jahrzehnten an

Betriebsärzte sind gefordert

Am Mittwoch, den 19. August 2009 wurde vom Kabinett der Verordnungsentwurf über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A (H1N1) Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung – ISchGKVLV beraten und beschlossen. Über wesentliche Elemente der Verordnung und über die relevanten Aspekte im Zusammenhang mit der Schutzimpfung für insbesondere Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, niedergelassene Ärzte und Betriebsärzte soll dieser Artikel informieren.

Ziel dieser Rechtsverordnung nach § 20 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist sicherzustellen, dass alle gesetzlich Krankenversicherten einen Anspruch auf diese Impfung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben. Dies bedeutet, dass die gesamte Bevölkerung geimpft werden soll. Dabei sollen Personen, bei denen schwere Krankheitsverläufe zu befürchten sind, Personen mit einem erhöhten Expositionsrisiko und Personen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung oder die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung wichtig sind, vorrangig geimpft werden.

Die Krankenkassen werden mit der Verordnung verpflichtet, durch Verträge auf Länderebene mit Leistungserbringern eine Versorgung ihrer Versicherten mit den Schutzimpfungen sicherzustellen (mittels Impfvereinbarungen nach § 132e SGB V). Dabei ersetzt die Rechtsverordnung den ansonsten erforderlichen Richtlinienbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses auf Grundlage einer STIKO-Empfehlung.

Der Impfstoff gegen die neue Influenza wurde für das Jahr 2009 nach bisheriger Festlegung von Bund und Ländern für 30 % der Bevölkerung angekauft und wird frühestens ab Ende September ausgeliefert. Für das Jahr 2010 werden die Länder noch im September weitere Impfstoffdosen ordern. Der Impfstoff wird voraussichtlich nicht auf dem Arzneimittelmarkt zur Verfügung stehen, sondern in der Verfügungsgewalt der Länder verbleiben. Die Verordnung empfiehlt eine koordinierte Verimpfung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Unter dieser Voraussetzung werden pro Impfung Kosten von 9 € für den Impfstoff und zusätzlich 5 € für die mit der Impfung verbundenen Dienstleistungen kalkuliert, sodass bei zweimaliger Impfung – für eine wirksame Immunisierung – der o. g. präferierten Gruppen mit ca. 22,5 Mio. Personen zunächst im Jahr 2009 von Gesamtkosten für die GKV in Höhe von ca. 600 Mio. Euro ausgegangen wird.

In der Verordnung wurde festgelegt, dass auch Arbeitgeber Impfstoff von den Ländern beziehen können, um ihre Beschäftigten impfen zu können. Es wird aber klargestellt, dass Impfungen, die aufgrund arbeitsschutzrechtlicher Verpflichtungen beim Arbeitgeber erfolgen, nicht unter die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen. Die Krankenkassen dürfen jedoch die Sachkosten für diese Impfung erstatten. Arbeitgeber können selbst oder über ihre Betriebsärzte Impfstoff von den Ländern oder vom ÖGD anfordern. Die Impfung gegen die saisonale Influenza soll jedoch wie jedes Jahr nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission

(STIKO) in Anspruch genommen werden.

Die Versicherten sollen in erster Linie durch öffentliche Bekanntmachungen über ihren Leistungsanspruch und dessen Umsetzung informiert werden. Hierbei können die Länder gezielt bestimmte Personengruppen zur Impfung aufrufen. Die Einzelheiten sollen in Impfvereinbarungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern nach § 132e SGB V geregelt werden. Eine genauere Regelung, wie die in der Verordnung genannten Gruppen identifiziert werden, die bevorzugt geimpft werden sollen, enthält die Verordnung nicht.

Die Bundesärztekammer hat analog zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Impfkonzept für eine Pandemieimpfung empfohlen, das eine Verantwortung und Koordination der Impfung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst vorsieht. Damit sollten haftungsrechtliche und logistische Fragen in öffentlicher Verantwortung geklärt werden sowie Priorisierungsentscheidungen durch Ärzte vermieden werden. Da von Bund und Ländern eine umfassende Impfung der gesamten Bevölkerung gegen Influenza A (H1N1) in Aussicht gestellt wird, ist nur von einer zeitlichen Verknappung auszugehen, da der Impfstoff nicht sofort vollständig, sondern sukzessiv ab Ende September zur Verfügung stehen wird. Die Impfungen führen die noch von den Ländern zu bestimmenden Impfstellen durch. Mit welcher Stringenz die Länder die in der Verordnung vorgesehene vorrangige Impfung von Risikogruppen durch die Impfstellen umsetzen werden, ist noch nicht bekannt.

Die konkrete Ausgestaltung der Impfung obliegt nun Vereinbarungen, die auf Landesebene getroffen werden müssen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geht davon aus, dass bislang hierzu sehr unterschiedliche Regelungen getroffen und die Kassenärztlichen Vereinigungen um Mitwirkung gebeten werden.

Nach unserer Rechtsauffassung sind etwaige Schadensersatzansprüche bei Impfschäden nach §§ 60 ff. IfSG geregelt und müssen von der öffentlichen Hand getragen werden, sofern diese Impfung von der jeweils zuständigen Landesbehörde empfohlen wird. Hierauf sollten die regionalen Impfvereinbarungen basieren. Unberührt hiervon bleiben die berufsrechtliche Pflicht der ärztlichen Aufklärung und Einholung der Einwilligung des Patienten.

Die dazu erforderlichen zuverlässigen amtlichen Informationen (Paul Ehrlich-Institut – PEI) über Sicherheit, Unbedenklichkeit, mögliche Nebenwirkungen, Indikationen und Kontraindikationen, gerade auch bei den in der Verordnung genannten prioritär zu impfenden Personen, liegen bisher noch nicht vor. Sie sollten in jedem Fall abgewartet werden, da die Feldversuche zur Erprobung noch laufen und die Anwendung des Impfstoffes unter Experten noch sehr strittig diskutiert wird.

Gegenwärtig wird über die Sinnhaftigkeit dieser Impfungen gegen das Influenzavirus A (H1N1) kontrovers diskutiert. Die einen sagen, dass dies ein gewaltiger Feldversuch ist, dass das Virus nicht kontagiöser wird und dass Bund und Länder und die GKV

Milliarden Euro durch den Erwerb von Pandemieimpfstoff verschleudern. Doch was ist, wenn das Virus doch mutiert und es zu millionenfachen Erkrankungen und Todesfällen kommt? Würde man da noch von verschleudertem Geld sprechen? Bund und Länder haben hier in der Tat schwere Entscheidungen zum Schutze der Bevölkerung zu treffen. Die WHO hat die höchste Stufe der Pandemie ausgerufen und die Weltbevölkerung aufgerufen, Impfstoff gegen die neue Grippe zu ordern. Auch wenn das erstere Szenario eintreffen würde, plädiere ich im Zweifel immer für eine Impfung gegen die neue Influenza. □

*Dr. Annegret Schoeller
Fachärztin für
Arbeitsmedizin/Umweltmedizin
Pandemiebeauftragte
der Bundesärztekammer.*

Prävention von Burnout als arbeitsmedizinische Aufgabe

Zusammenfassung des Vortrags am 4. 8. 2009 anlässlich der aks Sommerschule, Bregenz, www.aks.or.at

Dr. Christine Klien, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin

Mit dem Thema Burnout werden wir als ArbeitsmedizinerInnen zunehmend konfrontiert. Zum einen von Betroffenen selbst, gelegentlich auch von deren behandelnden ÄrztInnen und aus meiner Erfahrung immer mehr von Führungskräften, die Informationen zum Umgang mit MitarbeiterInnen, die an Burnout leiden, brauchen.

Drei Schwerpunkte erscheinen mir in meiner Tätigkeit als Arbeitsmedizinerin besonders wichtig:

1. Analyse Arbeitsbelastung
2. Information – Beratung
3. Rückfallprävention
und Wiedereingliederung

Am Beispiel „Büroarbeit“ lassen sich diese Punkte sehr schön beschreiben.

Büroarbeit hat sich in den letzten 20 Jahren rasant verändert, schneller wahrscheinlich als viele andere Tätigkeiten. Mit Veränderung Schritt zu halten ist eine große Herausforderung für viele Menschen, für ältere naturgemäß noch gravierender als für junge.

Die moderne Arbeitsorganisation in der Büroarbeit mit ihrer Komplexität, interdisziplinärem Arbeiten, Telearbeit, Flexibilitätsanforderung bringt neue Chancen, aber auch neue Risiken.

Chancen wie mehr Handlungsspielraum, mehr Verantwortung, Herausforderung, soziale Integration in



Dr. Christine Klien

Gruppen, bessere Vereinbarkeit Beruf und Familie stehen den Risiken steigender Leistungsdruck, Selbstausschöpfung ohne Anweisung, überlange Arbeitszeiten, Teamkonflikte und offensichtlich Zunahme psychische Erkrankungen gegenüber.

1. Analyse psychischer Belastungen und Beanspruchungen:

Objektiv erkenn- und messbare Belastungen wie Lärm im Großraumbüro, Überstunden, Störungen, fehleranfällige Software etc. sind leichter zugänglich als Belastungen wie Arbeitsumfang an sich, Über- oder Unterforderung oder Arbeitsorganisation. Besonders schwierig, aber gerade für Burnout immens wichtig sind das Führungsverhalten und das davon oft abhängige Teamklima. Hier spielen die individuellen persönlichen Unterschiede der MitarbeiterInnen zusätzlich eine große Rolle.

2. Information – Beratung

Information und Beratung muss sich sowohl an MitarbeiterInnen als auch an Führungskräfte richten. Wir müssen bewusstmachen, welche Arbeitsverhältnisse und welches Verhalten krank machen können und was das Unternehmen und was jede(r) Einzelne tun kann. Dies kann z. B. in Form von Vorträgen und Workshops (Umgang mit Stress, Früherkennung von Burnout, Burnout-Prävention, work life balance...), als Teamcoachings oder Einzelberatungen angeboten werden. Die Integration dieser Themen in Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte sollte selbstverständlich sein.

Angesprochen werden müssen sowohl Verhältnis- als auch Verhaltensprävention. Bei den Arbeitsverhältnissen im Büro ist aus meiner Erfahrung ein besonderes Hauptaugenmerk auf klare Strukturen, Abläufe, klare Kompetenzverteilungen, klare Ziele und hohe Transparenz zu richten. Führungskräfte sind dafür naturgemäß verantwortlich, Mitarbeiterpartizipation, offene vertrauensvolle Gesprächsbasis und regelmäßige ressourcenorientierte Mitarbeitergespräche helfen bei der Umsetzung und gleichzeitig bei der Burnout-Prävention der Führungskräfte selbst. Hinsichtlich Verhaltensprävention sind unter anderem der Wert von Pausen, Lärm- und Störungsreduktion, Prioritäten

setzen, Beratung zu work life balance und generell Information und Motivation zu einer gesunden Lebensweise wichtig. Die großen individuellen Unterschiede bei der Stressverarbeitung müssen bedacht werden, zusätzliche verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind bei Burnout gefährdeten Menschen als Präventivmaßnahme wünschenswert.

Schwierigkeiten bei der Umsetzung der arbeitsmedizinischen Beratungstätigkeit sind bekannt: die Geschäftsführung kooperiert nicht, Führungskräfte sind selbst im Defizit und lassen Selbsterkenntnis gar nicht zu, die MitarbeiterInnen trauen sich nicht ihre Probleme dem Arbeitsmediziner mitzuteilen oder es steht zu wenig Einsatzzeit für diese schwierigen Aufgaben zu Verfügung.

3. Rückfallprävention und Wiedereingliederung

Eine gute Kooperation mit dem/der MitarbeiterIn selbst und mit dem behandelnden Arzt ist besonders wichtig. Vom systemischen Gesichtspunkt aus müssen aber auch die Führungskraft und ev. das Arbeitsteam in die Beratung mit eingebunden werden. Dazu ein kurzes Beispiel: bei einem Mitarbeiter steht nach 5 Monaten Krankenstand wegen Burnout die Arbeitsaufnahme bevor. Im arbeitsmedizinischen Gespräch mit dem Mitarbeiter wird vereinbart, dass der Arbeitsmediziner der Führungskraft und dem Team mitteilen wird, dass klare Aufgabenstellungen und klare, offene Kommunikation für den Heilungsprozess besonders wichtig sind, also Verhältnisprävention. In der Diskussion im Team stellt sich heraus, dass diese Information allein äußerst wichtig war, die Teammitglieder hätten „vom Gefühl her“ ihren Kollegen aussuchen lassen, welche Arbeiten er machen kann und welche nicht um ihn nicht zu überfordern, Überforderung wären aber diese Entscheidungsprozesse für den kranken Mitarbeiter gewesen. Der Wiedereinstieg war erfolgreich. □

Programme verbessern die Versorgung

Durch die Einführung der Disease-Management-Programme (DMPs) der gesetzlichen Krankenkassen vor sechs Jahren hat sich die Qualität der Versorgung für chronisch kranke Patientinnen und Patienten in Deutschland deutlich verbessert. Das belegen mehrere Studien, die im Rahmen einer Konferenz des AOK-Bundesverbandes zur Versorgung chronisch Kranker vorgestellt worden sind.

Bei Patienten, die kontinuierlich am Disease-Management-Programm der AOK für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit teilnehmen, verbessern sich die medizinischen Werte im Verlauf der Teilnahme deutlich. Das zeigt eine bundesweite Auswertung der Evaluationsinstitute infas, Prognos und WIAD zu den AOK Programmen. So verringerte sich zum Beispiel der Anteil der Patienten, die infolge ihrer Erkrankung an Brustschmerzen litten, um rund 20 Prozent.

Nach einer Studie des Helmholtz Zentrums München wurden die notwendigen Kontrolluntersuchungen bei DMP-Teilnehmern sehr viel häufiger durchgeführt als bei Diabetikern in der Regelversorgung. So gaben knapp 83 Prozent der DMP Teilnehmer an, dass in der letzten 12 Monaten die Augen untersucht worden waren, um diabetesbedingte Folgeschäden zu verhindern. Bei den Nicht-Teilnehmern waren es dagegen nur 59 Prozent.

Die multimorbiden Patienten im DMP erzielten bei einer Befragung zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutlich bessere Werte als die Patienten in der Regelversorgung. □

Burnout – ein Thema?

Dr. med.
Jens Petersen



Auf betrieblicher Ebene und in den Medien werden Probleme am Arbeitsplatz gern mit den Begriffen Burnout und Mobbing verknüpft. In gleichem Atemzug fallen dann die Schlagworte Stress und Folgerkrankungen. Auch Betriebsärzte sind hiermit konfrontiert. Deshalb erläuterte Herr Dr. Langs, Chefarzt der Medizinisch-psychosomatischen Klinik in Bad Bramstedt im April 2009 in Hamburg auf einer Fortbildungsveranstaltung der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft für Betriebsärzte in Hamburg in einem Übersichtsvortrag diagnostische und therapeutische Konzepte zu dem Thema Burnout.

Arbeitsplatzbezogene Probleme können danach durch Probleme mit Kollegen und Vorgesetzten, Arbeitsaufgaben, Aufgabenmengen, organisatorische Mängel, unklare Strukturen, unklare Kompetenzen und Verantwortung, Ängste um den Arbeitsplatz und Übergriffe hervorgerufen werden. Allerdings hat jeder Mensch Probleme am Arbeitsplatz - dies gehört zum Leben.

Wann erreichen diese Probleme Krankheitswert oder wann liegt ein Burnout-Syndrom vor? Freudenberg (1974) verwendete den Begriff Burnout für ein Phänomen, das bei freiwilligen Helfern in Selbsthilfe- und Kriseninterventions-einrichtungen beobachtet werden konnte. Er beschreibt einen psychologischen und physiologischen Zustand, der durch Depression, Erschöpfung, Zynismus, psychosomatische Beschwerden und Gleichgültigkeit charakterisiert ist. Von einem Burnout-Syndrom spricht man, wenn alle drei Symptomcluster des Maslach-Burnout-Inventary (MBI) vorliegen: Erschöpfung, Depersonalisation und verringerte Leistungszufriedenheit als Endstadium eines Burnout-Prozesses. Er lässt sich in zehn Schritten darstellen:



Abbildung 1: Burnout als Prozess in zehn Schritten (Langs, 2009)

Burnout ist also ein mehrstufiger Prozess, die ersten neun Schritte können mehrmals durchlaufen werden. Die zehnte und letzte Phase ist das voll ausgeprägte Burnout-Syndrom mit Selbstbeschuldigung, Zynismus, Ärger, Fehlzeiten und Unfällen. Weiter treten psychosomatische Reaktionen wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Schlafstörungen auf. Häufig liegt ein erhöhter Suchtmittelkonsum vor (Alkohol, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel). Burnout-Symptome können teilweise als Stress-Symptome klassifiziert werden, allerdings haben Studien ge-

zeigt, dass Burnout Betroffene keine größeren Belastungen oder mehr Stressoren haben als der Durchschnitt. Daraus resultiert folgendes modifiziertes Erklärungsmodell: Die Anfangsmotivation ist gekennzeichnet durch hohe Ziele, unrealistische Absichten und Ansprüche. Wenn ungünstige Arbeitsbedingungen auf die oben genannten Merkmale stoßen, entsteht Frustration mit Gefühlen von Erschöpfung, weil die Absichten nicht zur Wirklichkeit passen (Person-job-misfit). Die Dynamik nimmt ihren Lauf, wenn inadäquate Bewältigungsstrategien angewandt werden. Danach erklärt sich Burnout durch ein „Person-Environment-Misfit“. Im arbeitsmedizinischen Alltag zeigen sich folgende Arbeitstypen oder Risikomuster (Schaarschmidt, 2006):

Muster G (Gesundheit):
hohes Engagement, erhaltene Distanzierungs-fähigkeit, offensive Problembewältigung, positives Erfolgserleben, hohe soziale Unterstützung.

Muster S (Schonung):
geringer Ehrgeiz, geringe Verausgabungsbereitschaft, ausgeprägte Distanzierungs-fähigkeit, hohe Lebenszufriedenheit.

Risikomuster A:
überhöhtes Engagement, großer Stellenwert der Arbeit, hohe Verausgabungsbereitschaft, geringe Distanzierungs-fähigkeit.

Risikomuster B:
hohe Resignationstendenz, Lebensunzufriedenheit, geringer beruflicher Ehrgeiz, eingeschränkte Distanzierungs-fähigkeit.

Mobbing hingegen beinhaltet, dass jemand am Arbeitsplatz von Kollegen, Vorgesetzten, oder Untergebenen schikaniert, belästigt, drangsaliert, beleidigt, ausgegrenzt oder beispielsweise mit kränkenden Aufgaben bedacht wird und unterlegen ist. Wenn man etwas als Mobbing bezeichnen möchte, muss dies häufig und wiederholt auftreten und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, mindestens aber ein halbes Jahr. Es handelt sich bei einmaligen Vorfällen nicht um Mobbing. Es handelt sich auch nicht um Mobbing, wenn zwei gleich starke Parteien in Konflikt geraten (Zapf, 1999). Mobbinghandlungen lassen sich nach Häufigkeit des Auftretens kategorisieren. An erster Stelle stehen Gerüchte, falsche Bewertung von Arbeitsleistungen, Sticheleien und die Verweigerung wichtiger Informationen. Gemeinsam ist Burnout und Mobbing, dass beide durch phasenhafte Abläufe charakterisiert sind. Während bei Mobbing allerdings das passive Element im Vordergrund steht, ist Burnout ein aktiver Vorgang. Mobbing-Betroffene fragen: Wer hilft mir? Burnout-Betroffene fragen: Wie kann ich mir helfen? Mobbing ist ein juristisches Problem, Mobbingfolgen und das Burnout-Syndrom hingegen sind ein medizinisches Problem.

Bei der Entwicklung eines Burnout-Syndroms spielt das Stressempfinden von Beschäftigten eine bedeutende Rolle. Stress ist definiert als ein Zustand eines Organismus, in dem sein allgemeines Wohlbefinden bedroht ist und in dem keine fertig verfügbare Reaktion existiert, um diese Bedrohung zu mindern. Ob eine Situation als stressbesetzt erlebt wird, hängt von der spontanen Bewertung, der sekundären Bewertung und von Bewältigungsmechanismen ab. Zentral ist also die subjektive Bewertung einer Situation. Die Transaktionale Burnout Definition bezieht deshalb Arbeitsstressoren auf individuelle, defensiv ausgerichtete Bewältigungsstrategien:

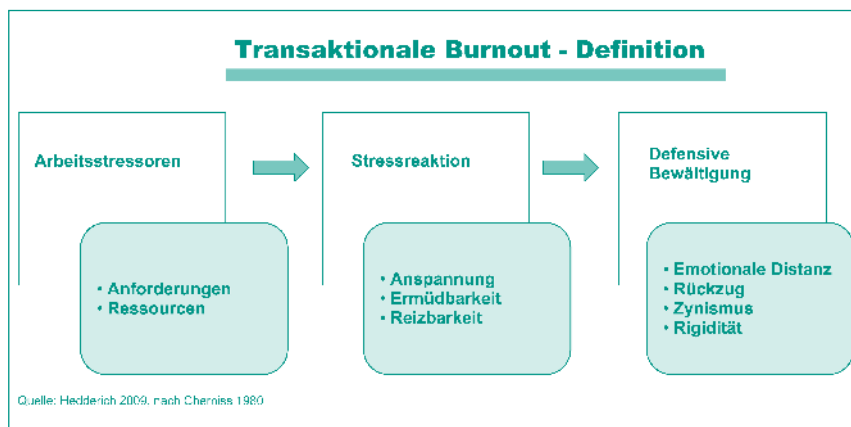


Abbildung 2: Transaktionale Burnout Definition (Hedderich, 2009)

Als Folgeerkrankungen des Burnout lassen sich Depressionen, Angststörungen, Schmerzstörungen, Suchtmittelmissbrauch und somatoforme Störungen charakterisieren.

Für die wirksame Primärprävention sind klare Verantwortlichkeiten und Aufgabenstellungen, freundlicher Umgang, Höflichkeit, klares Anforderungsprofil, gute Ergonomie, die soweit wie möglich individuelle Bedürfnisse berücksichtigt sowie Arbeit in Teams und Projekten wirksam.

Als Fazit für den Einzelnen lassen sich festhalten:

- Radikales Akzeptieren der Realität
- Probleme am Arbeitsplatz gehören zum Berufsalltag
- Die Verantwortung liegt auch bei dem Betroffenen
- Verändern soll („muss“) sich auch der Betroffene
- Ein System verändert sich nur, wenn es sein muss
- Das Gesundheitssystem bietet viele Möglichkeiten der
- Hilfe und Unterstützung, es muss aber klar sein, worum es
- geht (Mobbing ≠ Mobbingfolgen).

Als Fazit für den Arbeitgeber lassen sich festhalten:

- Radikales Akzeptieren der Realität
- Die Verantwortung für die Prävention liegt auch beim Arbeitgeber

- Klare Perspektiven für den einzelnen Mitarbeiter aufzeigen, z. B. im Rahmen von Mitarbeiterjahresgesprächen
- Der Arbeitgeber kann Rahmenbedingungen schaffen und Vorbildfunktion haben (Freundlichkeit, Transparenz)
- Ein System verändert sich nur, wenn es sein muss, aber vorausschauende Veränderungen können sinnvoll sein.

Als individuelle Lösungsstrategien zur Stressbewältigung bringen spontane Entspannung, Wahrnehmungslenkung und Abreaktion eine kurzfristige Erleichterung. Langfristig sind Zeitmanagement, Kontakte, Einstellungsänderung, Zufriedenheitserlebnisse und Fertigkeiten wichtig. Aufgabe der stationären Therapie ist es, eine angemessene Therapie der einer vorliegenden Depression, einer Angststörung oder psychosomatischer Beschwerden durchzuführen, von zentraler Bedeutung ist die Bearbeitung des Burnout-Syndroms selbst und die Durchführung einer Rückfallprophylaxe. Dabei ist eine aktive Veränderungsbereitschaft der Betroffenen Voraussetzung für den Therapieerfolg. □

Dr. Jens Petersen
Facharzt für Arbeitsmedizin,
Innere Medizin

Ärztinnen – Gesundheit



Dr. med.
Astrid Bühren

Grundsätzlich arbeiten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland unter den gleichen beruflichen Bedingungen. Diese unterscheiden sich von den meisten anderen akademischen Berufen u. a. maßgeblich dadurch, dass Patientinnen und Patienten in der stationären und ambulanten Medizin ganzjährig auch an Wochenenden, Feiertagen und während der Nachtzeiten der medizinischen Versorgung bedürfen. Die daraus resultierenden Arbeitszeiten belasten auch soziale Kontakte und sind nicht kompatibel mit den üblichen Öffnungszeiten von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, was die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zusätzlich erschwert.

Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzten sind sowohl gemeinsam im Zusammenhang mit den speziellen Anforderungen des ärztlichen Berufes zu betrachten als auch geschlechtsspezifisch bezüglich der unterschiedlichen biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen im Sinne von Gender Mainstreaming.

Verheiratetsein per se wirkt bei Männern protektiver gegenüber Depressionen als bei Frauen, wobei bei Frauen qualitative Aspekte der Partnerschaft eine größere Rolle spielen als bei Männern. Generell geht Berufstätigkeit bei Frauen und Männern mit psychischen Wohlbefinden einher, der Zusammenhang wird jedoch bei verheirateten Frauen und Müttern mit Kindern und Haushalt weniger deutlich. Hier wird die Auswirkung multipler Rollenbelastung sichtbar. Hinzu kommt, dass Frauen die Hauptlast bei der Pflege älterer und kranker Angehöriger zu tragen haben. Das entspricht der „Cost of Caring“ Theorie, die postuliert, dass

Frauen aufgrund ihrer Geschlechterrolle häufiger mit kritischen Lebensereignissen im sozialen Umfeld konfrontiert werden.

Spezielle Auswirkungen hat die Gebärfähigkeit für Frauen mit der nicht biologisch begründbaren Konsequenz, dass sie und extrem selten Väter die Pflichten der alltäglichen Kindererziehung und Haushaltsführung zu erfüllen haben. Im Resultat verlaufen die Berufswege von Ärztinnen bisher oft diskontinuierlich, bedingt durch Elternzeit, Teilzeit, Familienarbeit ohne Berufstätigkeit und Pflege kranker Familienangehöriger.

Inzwischen sind 58 Prozent der ärztlichen Berufseinsteiger Ärztinnen und je nach medizinischer Fakultät bis zu 80 Prozent der Erstsemester weiblich. Demgegenüber gab es noch nie eine Präsidentin der Bundesärztekammer oder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. In Leitungsfunktionen gelangen Frauen immer noch als Ausnahmen.

Der Frage nach den gesundheitlichen Risiken bei Ärztinnen als Folge der geschlechtsspezifischen Mehrbelastungen wurde in der Vergangenheit zu wenig Bedeutung beigemessen. 2004 thematisierte das British Medical Journal die „Unhappy Doctors“. Die meisten der vorhandenen Daten aus gut fundierten Studien mit größeren Kohorten und Metaanalysen stammen aus Nordamerika und aus Skandinavien. Sie sollten bezüglich der Übertragbarkeit auf Deutschland allerdings überprüft werden. Daten zu „Physical and mental Health of Women“ wurden zusammengetragen von E. Frank in „Women in Medicine – Career and Life Management“.

Sehr widersprüchlich diskutiert werden die Daten zu den Suizidraten. Frank kommt nach Analyse der vorliegenden Daten 2002 zu dem Schluss, dass Ärztinnen zwar eine höhere Suizidraten als andere Frauen aufweisen, aber eine gleich hohe wie Ärzte. Der Rechtsmediziner des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf benennt das Suizidrisiko in der Ärzteschaft ebenfalls 40 bis 130 Prozent höher als in der Allgemeinbevölkerung, unterscheidet aber das Suizidrisiko in der Ärzteschaft nach Geschlecht, bezogen auf die Allgemeinbevölkerung, bei Ärztinnen als 2,5–5,6-mal höher und bei Ärzten 1,1–3,4-mal höher.

Daten zeigen, dass Ärztinnen selbst einen gesünderen Lebensstil hinsichtlich Gewicht, Ernährung und Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen pflegen und entsprechend ihre Patientinnen und Patienten beraten und behandeln. □

Dr. med. Astrid Bühren
Fachärztin für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Präsidentin des Deutschen
Ärztinnenbundes

Hinweis: Der Deutsche Ärztinnenbund hat DÄB-Checklisten „Die familienfreundliche Niederlassung“, „Das familienfreundliche Krankenhaus“ und „Medizin studieren mit Kind“ zusammengestellt. Sie sind über das Internet abrufbar.

Was ist eine Depression?



Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
1. Vorsitzende des BVDP

Depressionen sind eine häufige Erkrankung. Jeder 5. Deutsche erkrankt einmal im Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression. Psychische Störungen insgesamt stellen bei beiden Geschlechtern den häufigsten Grund für Frühberentungen dar, sie verursachen die häufigsten AU-Tage bei jungen Erwerbstätigen. Weiterhin wird häufig unterschätzt, dass die Depression eine schwere körperliche Erkrankung ist, die den Verlauf und die Sterblichkeit bei internistischer Komorbidität entscheidend verschlechtert.

Depressionen sind auch eine potentiell tödliche Erkrankung. Etwa 15% der Patienten sterben durch Suizid. Hierbei zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied: obwohl die Erkrankung bei Frauen laut bisherigen Prävalenzzahlen doppelt so häufig vorkommt als bei Männern, bringen sich doppelt so viele Männer als Frauen um. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Symptomatik und das Hilfesuchverhalten bei Männern anders ist als bei Frauen und Depressionen bei Männern offensichtlich häufig nicht erkannt und nicht behandelt werden.

Mit den Klassifikationssystemen ICD 10 und DSM IV wurde die frühere Einteilung in „endogene“, „neurotische“ und „reaktive“ Depression verlassen. Diagnostik und Behandlung richten sich heute ausschließlich nach dem Schweregrad, unabhängig von den möglichen Ursachen einer hereditären Belastung, Konflikten in der Kindheit oder Belastungen in der Gegenwart. Es wird zusätzlich unterschieden in die rezidivierende Form der Erkrankung, sowie in das Vorliegen einer einzelnen Episode.

Eine über mindestens 2 Jahre chronifizierte depressive Stimmungslage wird als Dysthymie (ICD 10 F34.1), das gemeinsame Vorliegen einer Dysthymie und einer oder mehrerer zusätzlicher depressiver Episoden als „Double Depression“ bezeichnet. Kommen zusätzlich zur unipolaren Depression hypomane Nachschwankungen vor oder gibt es isolierte manische Phasen, handelt es sich um eine bipolare Störung, deren Behandlung sich grundsätzlich von der der unipolaren Depression unterscheidet.

Wie erkennt man Depressionen?

Eine Depression liegt vor, wenn über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen folgende Haupt-Symptome vorliegen:

1. Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den äußeren Umständen.

2. Interessen- und Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren.
3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

Zusätzlich treten auf:

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
3. Mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, auf die normalerweise reagiert wurde.
4. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten.
5. Verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit, Unschlüssigkeit, Ambivalenz, Schwierigkeiten sich zu entscheiden.
6. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (auch wenn das fremdanamnestisch berichtet wird).

F32.0 Leichte depressive Episode	Mindestens 2 Hauptsymptome	Bis zu 4 Zusatzsymptome
F32.1 Mittelgradige depressive Episode	Mindestens 2 Hauptsymptome	Bis zu 6 Zusatzsymptome
F32.2 Schwere depressive Episode	Alle 3 Hauptsymptome	Mindestens 8 Zusatzsymptome
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Alle 3 Hauptsymptome	Mindestens 8 Zusatzsymptome PLUS Depressiver Wahn Schuldwahn Hypochondrischer Wahn Verarmungswahn Nihilistischer Wahn Verfolgungswahn Abwertende Stimmen Depressiver Stupor

7. Schlafstörungen (Einschlafstörung, Früherwachen mit Morgentief und Grübelzwang)
8. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsänderung
9. Libidoverlust

Im Bereich der Arbeitsmedizin wird man einer depressiven Erkrankung am ehesten auf die Spur kommen, wenn der Betroffene länger als 14 Tage über folgende Symptome klagt:

- Nachlassende Leistungsfähigkeit
- Erhöhte Fehlerhäufigkeit.
- Gefühl der bisher gemeisterten Aufgabe nicht mehr gerecht zu werden
- Mangelnde Erholungsfähigkeit im Urlaub
- Schlafstörungen
- Bei Männern: Vermehrt Konflikte am Arbeitsplatz, in der Familie und vermehrter Alkoholkonsum
- Gefühl, von den Kollegen gemieden, abgelehnt, in der Arbeitsleistung gering geschätzt oder „gemobbt“ zu werden

Depressive Menschen erkennen die Erkrankung in der Regel bei sich selbst nicht. Sie nehmen nur eine unspezifische Veränderung bei sich selbst und in ihrem Empfinden wahr, das sie nicht als Krankheit, sondern als persönliche Schuld und persönliches Versagen einschätzen. Meist versuchen sie das durch vermehrte Anstrengung zunächst zu kompensieren und machen sich Selbstvorwürfe über ihr vermeintliches „Schlappmachen“. Menschen, die unter Depressionen leiden, sind oft in ihrer Primärpersönlichkeit sehr leistungsbe-reite, verantwortungsvolle, einfühlsame, perfektionistische und altruistische Menschen, die sich häufig viel zumuten und schlecht Grenzen setzen können. Sie halten es oft für normal, mehr zu leisten als die Kollegen und sind selten mit sich zufrieden.

Den Arzt suchen sie eher mit unspezifischen Symptomen auf, häufig als erstes Schlafstörungen, aber auch schwankender Blutdruck, erhöhtes Stressempfin-

den, nervöser Magen, verminderter Belastbarkeit, manchmal auch chronische Schmerzen.

Pflegende Berufe haben ein erhöhtes Risiko, Depressionen zu entwickeln, ebenso Berufe mit Schichtarbeit. Weiterhin scheinen Arbeitssituationen, in denen wenig konkrete Arbeitsanweisungen, schwammige Zielangaben und fehlende Arbeitsplatzbeschreibungen gemacht und wenig positive Rückmeldung seitens der Führungskräfte gegeben werden, das Risiko zu erhöhen.

Therapie: Depressive Erkrankungen sind heute gut behandelbar

Die medikamentöse Behandlung ist State of the Art bei rezidivierenden und schweren depressiven Erkrankungen sowie bei bipolaren Störungen und sollte bei einer ersten Episode mindestens für ein halbes Jahr erfolgen. Mittlerweile stehen eine Reihe von sehr gut wirksamen Antidepressiva zur Verfügung. Bei rezidivierenden depressiven Störungen kann die lebenslange Einnahme notwendig sein. Vom Patienten gewünschte Absetzversuche sollten intensiv ärztlich begleitet werden, um bei einem Rezidiv zeitnah eingreifen zu können.

Wichtig ist, den bei Patienten oft noch vorherrschenden Vorurteilen bezüglich Antidepressiva aktiv entgegenzutreten. Häufig werden Antidepressiva von Laien mit Beruhigungsmitteln verwechselt und gedacht, sie machten abhängig oder veränderten die Persönlichkeit oder man müsse die Depression doch selbst durch „Zusammenreißen“ in den Griff bekommen.

Es ist wichtig, dass der Arbeitsmediziner dann informiert: Antidepressiva sind DIE spezifische medikamentöse Behandlung bei Depressionen, ähnlich wie Insulin bei Diabetes. Bei Diabetes wird auch nicht vom Patienten erwartet, dass er irgendwann ohne Insulin auskommt und die Krankheit allein durch „Zusammenreißen“ bei der Diät in den Griff bekommt. Bei jeder anderen Erkrankung erwartet der Patient auch eine spezifische, evidenzbasierte

medikamentöse Therapie. Antidepressiva machen nicht abhängig und verändern nicht die Persönlichkeit, im Gegenteil, sie wirken der durch die Depression verursachten Veränderung entgegen und stellen die frühere Befindlichkeit wieder her.

Trizyklische Antidepressiva:

Trizyklische Antidepressiva TZA (z. B. Amitriptylin, Clomipramin, Doxepin, Imipramin, Trimipramin) haben auch heute noch ihre Bedeutung insbesondere bei der Behandlung von schweren und wahnhaften Depressionen. Problematisch sind hier vor allem bei älteren und multimorbiden Patienten die anticholinergen Nebenwirkungen (Blutdrucksenkung, Bradykardie, Obstipation, Mundtrockenheit, trockene Nase, Prostatahypertrophie, Glaukom) und die toxische Wirkung bei Überdosierung in suizidaler Absicht.

Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

An „neuen“ Antidepressiva sind insbesondere die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer SSRI zu nennen (z. B. Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Sertralin, Paroxetin). Sie sind durch einen etwas schnelleren Wirkungseintritt und eine geringere Nebenwirkungs- und Wechselwirkungsrate gekennzeichnet und entwickeln keine tödliche Wirkung bei Überdosierung in suizidaler Absicht. Hauptneben- bzw. -wechselwirkung ist hier das serotonerge Syndrom und eine Blutungsneigung (z. B. Epistaxis).

An weiteren Antidepressiva sind die MAO-Hemmer, hier insbesondere Moclobemid zu nennen, welches auch zur Behandlung der sozialen Phobie zugelassen ist.

Das SNRI Venlafaxin hat als einziges Antidepressivum die Besonderheit, dosisabhängig zuerst serotonerg, ab 150 mg zusätzlich noradrenerg zu wirken. Es eignet sich deshalb besonders zur Zwei-(Neurotransmitter)-Zügel-Behandlung schwerer und rezidivierender Depressionen, da hier nicht die Notwendigkeit der Kombination zweier Wirkstoffe besteht. Meist werden Dosierungen von 300 mg erforderlich.

Substanzklasse	Wirkstoffe	Nebenwirkungen	Wechselwirkungen
Trizyklische Antidepressiva	Amitriptylin, Clomipramin Doxepin, Imipramin Trimipramin	Blutdrucksenkung, Bradykardie, QT-Verlängerung im EKG, Obstipation, Ileus, Harnverhalt, Mundtrockenheit, trockene Nase, Prostatahypertrophie, Engwinkel-Glaukom (Weitwinkel-Glaukom keine KI), Akkomodationsstörung	Sowohl Inhibition als auch Induktion der Abbauwege anderer Medikamente
Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer SSRI	Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin	Übelkeit, anfängliche Unruhe und Ängste, erhöhte Blutungsneigung, sexuelle Funktionsstörung	Darf nicht zusammen mit MAO-Hemmern gegeben werden, Kombination Fluvoxamin und Clozapin führt zu Spiegelanstieg des Clozapins, Vorsicht bei Kombination mit Gerinnungshemmern
Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer SNRI	Venlafaxin: dosisabhängig zuerst serotonerge, dann ab 150 mg beginnende noradrenerge Wirkung	Schlafstörung, Unruhe, Übelkeit, sexuelle Funktionsstörung	Serotoninsyndrom in Kombination mit Johanniskraut, SSRIs, Triptanen. Darf nicht zusammen mit MAO-Hemmern gegeben werden
Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer NARI	Reboxetin	Unruhe	Darf nicht zusammen mit MAO-Hemmern gegeben werden
Noradrenalin-(alpha2)-Antagonist	Mirtazapin	Gewichtszunahme	Geringes Interaktionspotential
Nordrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Hemmer NDRI	Bupropion (Elontril)	Mundtrockenheit, Schlaflosigkeit, KEINE sexuelle Dysfunktion	Spiegelerhöhung von Trizyklika (außer Doxepin), SSRI, Antipsychotika, Antiepileptika, Beta-Blockern
MAO-Hemmer	Moclobemid (reversibel) Tranylcypromin (irreversibel)	Bei Tranylcypromin strenge Diät erforderlich, sonst Gefahr von Blutdruckkrisen	Darf nicht zusammen mit SSRI oder SNRI gegeben werden
Melatonin-Agonist	Agomelatin (Valdoxan)	Selten auch Schlafstörungen	Wenig bekannt
Johanniskraut-Präparate	(Laif, Kira, etc)	Lichtempfindlichkeit der Haut, Allergien	Abschwächung der Wirkung aller anderen Antidepressiva sowie der „Pille“

Mirtazapin eignet sich besonders bei schwerer depressiver Ein- und Durchschlafstörung.

Johanniskraut-Präparate sollten wegen der sehr hohen Wechselwirkungsrate zurückhaltend verwendet und nur bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden eingesetzt werden. Hier erübrigt sich aber häufig eine medikamentöse Therapie. Die

Patienten sollten aktiv darauf hingewiesen werden, dass durch eine zusätzliche Selbstmedikation mit Johanniskraut die Wirkung der Antidepressiva und anderer Medikamente abgeschwächt wird. Insbesondere kann die Wirkung der „Pille“ beeinträchtigt werden.

Benzodiazepine eignen sich generell nicht zur Depressionsbehandlung, kön-

nen aber in der Initialphase kurzfristig zur Sedierung und Spannungslösung sinnvoll sein (z. B. Diazepam, Bromazepam, Oxazepam). Bei der Verwendung von Lorazepam (Tavor) ist Vorsicht geboten, da dies zu Beginn einer Behandlung durch eine starke Angstlösung und einem Verlust der Impulskontrolle suizidalen Handlungen Vorschub leisten kann.

Psychotherapie-Verfahren bzw. -Methoden	Ziele	Interventionen	Gegenanzeigen
Psychiatrische (Psycho-) Therapie	Akuttherapie, ggf. Krisenintervention, Differentialdiagnostik, Differentialtherapie, Aufstellen Gesamtbehandlungsplan, Vermittlung Krankheitskonzept, (was ist eine Depression und wie kann man sie behandeln?), Abschätzung der Suizidalität, Indikation für Arbeitsunfähigkeit, stationäre Behandlung, Rehabilitation?	Erstkontakt i. d. R. mindestens 30 Min., danach bis zum Abklingen der Akutphase mehrfach pro Woche Kurz-Kontakte 10–20 Min. zur Therapiekontrolle und stadienspezifischen Therapieanpassung	keine
Psychoedukation	Aufklärung, Vermittlung von Faktenwissen über die Ursachen, den Verlauf, die Erkrankung; Entwicklung von Prophylaxestrategien, Austausch mit anderen Betroffenen	modularer systematischer Aufbau, i. d. R. 10–12 Sitzungen zu 60–90 Min., meist in Gruppen, auch für Angehörige	Wahnhafte Depression, akute Suizidalität
Tiefenpsychologische Verfahren	Bei Vorliegen innerpsychischer, depressionsauslösender und -unterhaltender Konflikte	Als ambulante Kurz- (bis 25 Sitzungen) oder Langzeittherapie (bis 100 Sitzungen bei tiefenpsychologischer, bis 240 Sitzungen bei analytischer Therapie), Sitzungsdauer 50 Min., auch als Gruppentherapie mit 100 Min. Dauer	Wahnhafte Depression, akute Suizidalität
Verhaltenstherapie	Erkennen, Verbesserung der depressiven Gedankenmuster	Als ambulante Kurz- (bis 25 Sitzungen) oder Langzeittherapie (bis 80 Sitzungen). Auch als Gruppentherapie	Wahnhafte Depression, akute Suizidalität
Störungsspezifische Psychotherapie-Methoden z.B. Interpersonelle Psychotherapie IPT, Traumatherapie	IPT: Identifikation und Bearbeitung interpersoneller, depressionsauslösender Belastungen Traumatherapie: Erarbeiten von Bewältigungsstrategien spezifischer Psycho-Traumata	Modularer manualisierter Aufbau, 12–20 Einzelsitzungen Standardisierter Ablauf, „Safety first“	Wahnhafte Depression, akute Suizidalität
Kunsttherapie, Tanztherapie	Nonverbaler, vertiefender Zugang im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzeptes	Meist im Rahmen stationärer oder rehabilitativer Therapie	Wahnhafte Depression, akute Suizidalität

Neuroleptika können bei der Behandlung des depressiven Wahns sowie schwerer depressiver Schlafstörungen mit zerhacktem Schlaf, Früherwachen und Zwangsgrübeln sinnvoll sein.

Rezidivierende sowie schwere und wahnhafte depressive Störungen, bipolare Störungen sowie psychische Erkrankungen mit mehrwöchiger Ar-

beitsunfähigkeit gehören in die Hände eines Psychiaters. Hier ist oft ein differenzierter Behandlungsplan mit der Kombination medikamentöser, psychotherapeutischer und psychoedukativer Maßnahmen erforderlich. Nach der Remission kann oft der Hausarzt die Weiterbehandlung übernehmen.

Psychotherapeutische Behandlung

Leichte bis mittelschwere depressive Erkrankungen sind gut psychotherapeutisch angebar und remittieren oft auch spontan innerhalb von 6 Wochen bis 3 Monaten.

Keine Depressionsbehandlung kommt ohne psychotherapeutische Interventionen aus.

Bei Ersterkrankungen stehen zunächst das klinische Management mit empathischer Akzeptanz, Entlastung von Schuld- und Versagensgefühlen, Abklärung eventueller somatischer Ursachen, Abschätzung der Suizidalität, evtl Krankschreibung oder stationäre Einweisung, die Vermittlung eines Krankheits- und Behandlungskonzeptes in anfänglich häufigeren Kontakten, Aufklärung und Psychoedukation sowie die Einbeziehung der Angehörigen und der Aufbau von Prophylaxe-Strategien auf dem Plan. Sobald die Akut-Phase vorbei und eine gewisse Stabilität eingetreten ist, können verschiedene Psychotherapie-Verfahren in Frage kommen.

Sonstige Therapieverfahren:

Auf die sonstigen Therapieverfahren wie Elektrokrampftherapie, Lichttherapie oder Schlafentzug sowie die Behandlung der Bipolaren Störung soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden.

Tipps für die Wiedereingliederung

▪ Stufenweise Wiedereingliederung

Die Wiedereingliederung in den Beruf gelingt häufig besser, wenn sie zeitlich gestaffelt erfolgt, z. B. 2 Wochen lang 3 Stunden täglich, 2 Wochen 5 Stunden, dann wieder voll arbeitsfähig. Ein entsprechendes Vorgehen wird zwischen Patient, Arzt, Arbeitgeber und Krankenkasse gemäß § 74 SGB V vereinbart.

Schwerbehinderte haben einen Rechtsanspruch auf stufenweise Wiedereingliederung, hier gilt sie als ein Teil der Rehabilitation. Bei nicht Schwerbehinderten ist der Arbeitgeber nach § 84 SGB IX gesetzlich verpflichtet, den Anspruch zu prüfen und muß nachweisen, wenn er dem Beschäftigten unter den vorgeschlagenen Bedingungen keine Arbeit anbieten kann.

Der Patient gilt in der Zeit der Wiedereingliederung als arbeitsunfähig und bezieht weiter Krankengeld. Diese Maßnahme kann während der Laufzeit nach den Bedürfnissen des Patienten

und nach Maßgabe des Arztes verlängert, verkürzt oder in der Tätigkeitsanforderung variiert werden. Das ist auch bei Teilzeitkräften möglich und sinnvoll.

▪ Integrationsfachdienst

Wenn bereits eine Schwerbehinderung besteht, kann auch ein Integrationsfachdienst bei der Wiedereingliederung oder generell für berufsbegleitende Hilfen am Arbeitsplatz hinzugezogen werden. Die Arbeit der Integrationsfachdienste ist im SGB IX gesetzlich geregelt und soll Menschen mit Behinderung bei der Teilhabe am Arbeitsleben unterstützen, die eine personalintensivere Betreuung bei der Wiedereingliederung benötigen. Der Gesetzgeber nennt als Zielgruppe ausdrücklich Menschen mit einer sogenannten geistigen oder psychischen Behinderung oder mit einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung.

▪ Allgemeine Regeln für die Wiedereingliederung

Hilfreich ist es, wenn der Arbeitsmediziner grundsätzlich das Gefühl vermittelt, dass er depressive Erkrankungen ernst nimmt und „rein somatischen“ Erkrankungen gleichstellt. Der Patient sollte eine klar begrenzte Aufgabenteilung haben, die auch in der geplanten Arbeitszeit zu erledigen ist. Er sollte die Möglichkeit haben, Aufgaben bei schneller Ermüdbarkeit abzubrechen oder zu pausieren, ohne dass die Kollegen dadurch unter Druck geraten und ihm bewusst oder unbewusst signalisieren: Du lässt uns hier im Stich, bleib doch bitte länger.

Hierzu empfiehlt es sich, die Rahmenbedingungen der Wiedereingliederung im Kollegenkreis zu erklären und darauf hinzuweisen, dass der erkrankte Kollege noch krank geschrieben ist, aber trotzdem in den Betrieb kommt. □

*Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, 1. Vorsitzende des BVDP*

Online-Arztbibliothek

Mit der Arztbibliothek steht nicht nur den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ein Online-Portal zur Verfügung, mit dessen Hilfe sie sich gezielter informieren können in Zeiten der Informationsüberflutung liefert dieser Service zuverlässige und aktuelle Fakten. Eine effiziente Recherche bedeute für Ärzte letztlich auch mehr Zeit für ihre Patienten, so der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Andreas Köhler. Entwickelt hat das Internetangebot das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der KBV.

Das Online-Nachschlagewerk bietet ausgewählte Behandlungsleitlinien, Praxishilfen und Patienteninformationen. Ebenso verfügbar sind Cochrane-Reviews und aktuelle Evidenzberichte. Weiterhin erhält der Nutzer Zugang zur Onliner-Datenbank der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin sowie zu Richtlinien und Gesetzesquellen. Die Experten des ÄZQ stellten die Informationen zusammen und prüften sie auf Relevanz für die vertragsärztliche Versorgung sowie auf Qualität und Vertrauenswürdigkeit. Das Angebot wird laufend erweitert. Erreichbar ist der Service über www.arztbibliothek.de/ □

BÄK will neue Gebührenordnung

Die Bundesärztekammer arbeitet mit Hochdruck an einer neuen Gebührenordnung für Ärzte GOÄ. „Wir sehen gute Chancen, sowohl die private Krankenversicherung als auch das Bundesgesundheitsministerium von unserem Vorschlag überzeugen zu können“ sagt Franz Gadomski, der Präsident der Ärztekammer des Saarlandes und Vorsitzender der Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer. □

MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IN DER ARBEITSWELT

Symposium der Bundesärztekammer und des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit

am Dienstag, den 6. Oktober 2009
10.00 – 17.00 Uhr
im Haus der Bundesärztekammer, Berlin



**Aktionsbündnis
Seelische Gesundheit**



VERANSTALTUNGSORT:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

ANSPRECHPARTNER:

Bundesärztekammer
Dr. Annegret Schoeller
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
Tel.: 030 / 400 456-452
annegret.schoeller@baek.de

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit
Dipl.-Pol. Wiebke Ahrens M.A.
Reinhardtstraße 14, 10117 Berlin
Tel.: 030 / 240 477-124
koordination@seelichegesundheit.net

ANMELDUNG

Bitte melden Sie Ihre Teilnahme bis zum 25. September 2009 bei uns an. Die Anmeldung erfolgt online unter: www.bundesaerztekammer.de
Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmerzahl begrenzt ist. Es wird keine Teilnahmegebühr erhoben.

FORTBILDUNGSPUNKTE

Die Ärztekammer Berlin hat die Veranstaltung mit 7 Fortbildungspunkten anerkannt. Bitte bringen Sie ggf. Ihren Barcode mit.

10.00 Uhr	EINLEITUNG Moderation: Dr. Udo Wolter, Bundesärztekammer (BÄK)
	Begrüßung und Einführung Dr. Udo Wolter, Bundesärztekammer (BÄK) Ausgangspunkt: Beschluss des 109. Deutschen Ärztetags Dr. Cornelia Goesmann, Bundesärztekammer (BÄK) Gemeinsam gegen Ausgrenzung Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit Psychische Erkrankungen – Prävalenz und Diagnosen Prof. Dr. Dr. Frank Schneider, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Psychische Erkrankungen im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft Prof. Dr. Andreas Weber, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)
11.15 Uhr	KAFFEEPAUSE
11.30 Uhr	BLOCK 1
	ABBAU DER DISKRIMINIERUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IM BETRIEB Moderation: Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit Diskriminierung von psychisch erkrankten Menschen am Arbeitsplatz – Erfahrungen und Konzepte Leonore Julius, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) Hilfe für Betroffene durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz? Dr. Annegret Schoeller, Bundesärztekammer (BÄK)
12.45 Uhr	MITTAGSPAUSE
13.30 Uhr	BLOCK 2
	BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG / STÄRKUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT Moderation: Prof. Dr. Stephan Letzel, Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) Kennzahlen zur psychischen Gesundheit – Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Praxis Prof. Dr. Holger Pfaff, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche – psychische Gesundheit im Betrieb Dettef Glomm, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) Betriebliche Gesundheitsförderung zur Stärkung der psychischen Gesundheit in der Praxis Dr. Joachim Stork, Audi AG
15.05 Uhr	KAFFEEPAUSE
15.20 Uhr	BLOCK 3
	BETRIEBLICHE WIEDEREINGLIEDERUNG VON PSYCHISCH ERKRANKTEN MENSCHEN Moderation: Dr. Wolfgang Panter, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) Erfolgreiche betriebliche Wiedereingliederung von psychisch erkrankten Menschen Andreas Kernchen, Antistigma Düsseldorf Kooperation des Betriebsarztes mit anderen Akteuren in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation Dr. Rolf Hess-Gräfenberg, Deutsche Post AG Die Rolle des niedergelassenen Arztes bei der beruflichen Wiedereingliederung Dr. Bernhard van Treeck, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) Nordrhein
16.55 Uhr	TAGUNGSRESUMEE Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit
17.00 Uhr	ENDE DER VERANSTALTUNG

A. Weber - G. Hörmann (Hrsg.)

Psychosoziale Gesundheit im Beruf

Fragestellung

Gesundheit hat neben der körperlichen und seelischen immer auch eine soziale Dimension. Gesundheit im Beruf kann heute nicht mehr isoliert von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren betrachtet werden. Sie beinhaltet somit mehr als den Schutz vor chemischen, physikalischen und biologischen Gefahrstoffen oder die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Der Mensch als soziales Wesen wird trotz fortschreitender Technisierung und Rationalisierung in Unternehmen und Organisationen unersetzbar bleiben. Wie ist mit Arbeit umzugehen in einer Gesellschaft, die sich permanent verändert? Welche Wirkungen können Globalisierung, Wertewandel, Mobilität und neue IT-Techniken auf die Gesundheit haben? Diesen Themen nimmt sich das neu erschienene Werk von Weber und Hörmann an und schließt damit eine bisher vorhandene Lücke sehr fundiert und umfassend.

Inhalt

Entsprechend der bio-psycho-sozialen Dimension von Gesundheit gibt das interdisziplinäre Werk einen Überblick über Risiken und Ressourcen, die aus den zwischenmenschlichen Beziehungen in der modernen Arbeitswelt herühren. Über potentiell krankmachende psychosoziale Belastungen wird prägnant informiert. Die Verfasser legen Wert darauf, mögliche Gesundheitsgefährdungen zeitnah erkennen zu können und einer adäquaten Intervention zuzuführen.



Gentner Verlag

Stuttgart, 1. Auflage 2007,
ISBN 978-3-87247-660-9,
gebunden, 624 Seiten,
Ladenpreis: € 68,00

Das Buch verfolgt daneben den Zweck, den Lesern Wege und Chancen einer erfolgreichen Bewältigung beruflicher Anforderungen aufzuzeigen und auf diese Weise Gesundheit und Wohlbefinden positiv zu beeinflussen.

Nach einer sehr gut fundierten Einführung in die Thematik werden berufsbezogenen psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen systematisch abgehandelt. Beispielhaft sei genannt: Stress und Krankheit, Burnout, Konflikte und Gewalt am Arbeitsplatz, Mobbing, Depressive Störungen, Angst am Arbeitsplatz, Arbeitssucht, Erholungsfähigkeit u. v. m.

Ein weiteres Hauptkapitel befasst sich mit Ressourcen und Risiken. Der Focus liegt hier auf Betriebsklima, Arbeitszufriedenheit, Motivation und Organisation.

Danach wird sehr ausführlich auf die Wirkungen der Neuen Arbeitswelt eingegangen (von beruflicher Mobilität über Telearbeit bis zum Thema Geschlecht und Arbeitswelt).

Nach einigen Ausführungen zur Differentialdiagnostik beschäftigt sich das

Buch ausführlich mit Prävention und Intervention.

Ein Anhang rundet das Werk ab.

Herausgeber und Autoren

Professor Weber vertritt als Facharzt für Arbeitsmedizin, als wissenschaftlicher Geschäftsführer eines Reha-Instituts und als apl. Professor an der Universität Erlangen-Nürnberg ebenso wie Professor Hörmann als Leiter einer Forschungsstelle an der Universität Bamberg sowohl medizinische als psychologische und pädagogische Aspekte gleichermaßen und das außerordentlich glaubwürdig, umfassend und profund.

Fast 50 renommierte Autoren haben dazu beigetragen, dass nicht nur ein Überblick, sondern ebenso ein hervorragendes Nachschlagewerk entstanden ist. In der Summe ein außerordentlich lesenswertes Buch, ein multiprofessionelles Werk mit eigenem Profil, das Mainstream auch kritisch hinterfragt. □

Prof. Dr. Kurt Landau

Vorzug für die offene Rationierung

Der Versorgungsbedarf steigt, die finanziellen Mittel aber bleiben begrenzt. Der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt führen zu einer Expansion der Gesundheitsausgaben, während die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kontinuierlich sinken. Deshalb fordert die Ärzteschaft seit langem, dass sich die Gesellschaft ernsthaft mit der Frage auseinandersetzt, wie sie mit der Mittelknappheit in Zukunft umgehen will.

Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Politik nicht länger die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens leugnet und endlich Verantwortung für die bereits stattfindenden heimlichen Rationierungen übernimmt. „Wenn Rationierungen unvermeidlich sind, dann ist offenen Rationierungen der Vorzug zu geben“ erklärte Prof. Dr. jur. Christian Katzenmeier, Direktor des Instituts für Medizinrecht der Universität Köln. Eine Priorisierung medizinischer Leistungen verteile die knappen finanziellen Ressourcen auf die Belange, die sich im gesellschaftlichen, ethischen und politischen Diskurs als besonders wichtig herausgestellt hätten. □

Saisonale Influenzaimpfung besonders wichtig

Angesichts der A/H1N1-Pandemie droht derzeit aus dem Blickfeld zu geraten, dass auch die jährlich auftretende Influenza in diesem Winter wieder um sich greifen wird. Die Prävention dieser saisonalen Influenza mittel Impfung sollte nicht vernachlässigt werden – sie ist wegen der drohenden Gefahr einer Entstehung hochpathogener Mischvarianten sogar besonders wichtig und sollte daher konsequent umgesetzt werden. Dies forderten namhafte Experten bei einer Pressekonferenz des Impfstoffherstellers Novartis

Behring in Frankfurt. Die jeder Jahr auftretende saisonale Influenza stellt für besonders gefährdete Gruppen ein erstes Risiko dar, erinnerte Professor Peter Wutzler, Direktor des Instituts für Virologie und Antivirale Therapie der Universität Jena. „Das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Influenza-A-Virusstämme bringt zunehmend die Gefahr, dass es zu einer Vermischung der Erbinformationen der Erreger kommt und ein neuer hochpathogener Virustyp entsteht.“ □

dr

AQUIK macht Qualität in der Praxis transparent

Qualität als wettbewerbsbestimmende Größe gewinnt auch im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Um Qualität messen, analysieren und bewerten zu können, sind valide Instrumente notwendig. Solche Instrumente zu entwickeln, war das Ziel des Projekts „AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Als Ergebnis steht ein erstes Set mit 48 Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung zur Verfügung. Dieses Set wird durch bereits in Anwendung befindliche Indikatoren der Disease-Management-Programme ergänzt. Von AQUIK profitieren die Niedergelassenen, weil sie gespiegelt bekommen, wie gut sie schon sind und was sie verbessern können. Die Patienten profitieren von Transparenz und Vergleichbarkeit – so die KBV.

Das Projekt fokussiert auf Qualitätsindikatoren mit Relevanz für die vertragsärztliche Versorgung, die international bereits genutzt werden. Die Indikatoren wurden von Fachexperten bewertet und in ausgewählten Arztpraxen getestet.

Eine Broschüre mit den detailliert dargestellten Ergebnissen des AQUIK-Projekts ist jetzt erschienen. Mehr über www.kbv.de □

Impressum

ASUpraxis – Der Betriebsarzt
ASUpraxis ist ein regelmäßiges Special für Betriebsärztinnen / Betriebsärzte und redaktioneller Bestandteil der Zeitschrift *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU)*

Chefredaktion

J. Dreher (verantwortlich)

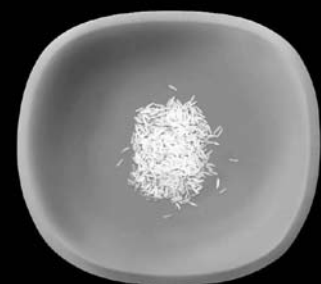
Medizinische Redaktion

Dr. med. A. Bahemann
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg
Prof. Dr. M. Kentner
Dr. med. J. Petersen
Dr. med. A. Schoeller
Dr. med. M. Stichert
Dr. med. M. Vollmer
Prof. Dr. med. A. Weber

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Jürgen Dreher
Musberger Straße 50
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11-74 23 84
Fax: 07 11-7 45 04 21
Mobil: 0 15 20-1 74 19 49
E-Mail: Juergen.Dreher@online.de

Weniger ist leer.



Postbank Köln
500 500 500
Blz 370 100 50

Brot
für die Welt