

## Zufrieden mit der Weiterbildung

„Die meisten jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind grundsätzlich mit den Möglichkeiten und Angeboten ihrer Facharzt-Weiterbildung zufrieden. Sie beklagen aber, dass hohe Arbeitsbelastung, Bürokratie und Überstunden ihren Berufsalltag prägen.“ So fasste Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), die Ergebnisse der ersten Befragungsrunde des Projektes Evaluation der Weiterbildung zusammen. Bei dem Projekt von Bundesärztekammer und Landesärztekammern haben fast 30.000 Ärztinnen und Ärzte im Rahmen einer Online-Umfrage Auskunft über die Situation der Weiterbildung in Deutschland gegeben. Mit der wissenschaftlichen Auswertung der erhobenen Daten wurde die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ) beauftragt, die seit rund 15 Jahren eine entsprechende Umfrage der Schweizer Ärztekammer begleitet.

Die Ergebnisse der Umfrage wurden fachgruppenbezogen in Form von Mittelwerten auf Bundes- und Landesebene dargestellt. Von den Weiterbildungsassistenten waren 100 Fragen zu acht verschiedenen Fragenkomplexen zu beantworten. Der Fragebogen für die Weiterbildungsbeauftragten beinhaltet 39 Fragen. Die Bewertung der einzelnen Fragen wurde überwiegend nach dem Schulnotenkonzept von 1 (trifft voll zu) bis 6 (trifft überhaupt nicht zu) vorgenommen.

Die Globalbeurteilung der Weiterbildungssituation fällt mit 2,54 im Mittel gut aus. Mit Gut (2,13) bewerten die Assistenzärzte auch die Betriebskultur. Grundsätzlich zufrieden sind sie offensichtlich auch mit der Vermittlung von Fachkompetenz (2,52), mit der Entscheidungskultur (2,21), mit der Führungskultur (2,45) und mit der Lernkultur (2,39) an den Weiterbildungsstätten. Dabei weichen die Einschätzungen beim Vergleich der unterschiedlichen Fachrichtungsgruppen im stationären Bereich kaum voneinander ab. Ein Großteil aller Weiterbildungsassistenten (83,5 %) gibt zudem an, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen regelmäßig zu besuchen.

Die Ergebnisse der ersten Befragungsrunde zeigen aber auch, dass der ökonomische Druck den Arbeitsalltag der jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zunehmend bestimmt. Tatsächlich fallen häufig Mehrarbeiten und Überstunden an (91,5 %), welche in 13,9 % gar nicht dokumentiert und in 16,3 % weder durch Freizeit noch durch Bezahlung ausgeglichen werden. Darüber hinaus üben 80 % der Ärztinnen und

## Inhalt

### Praxis

Neues aus der Reisemedizin. Dr. Monika Stichert berichtet von 11. Forum Reisen und Gesundheit des CRM zum Thema „Langzeitaufenthalte“	<b>50</b>
Der Influenza-Wochenbericht des RKI. Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen ist bundesweit in der 10. Woche 2010 konstant geblieben und liegt weiter im geringfügig erhöhten Bereich	<b>53</b>

### Fortbildung

Raucherentwöhnung – ansprechen hilft! Ein Bericht aus dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg	<b>56</b>
Welchen Beitrag kann die psychiatrische Klinik zur beruflichen Integration kranker und behinderter Menschen leisten	<b>60</b>

### Impressum

**64**

Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, Bereitschaftsdienste aus, wobei fast 30 % nie oder sehr selten die Ruhezeiten gemäß Arbeitszeitgesetz einhalten können. Dies ist lediglich bei 7,7 % der Ärztinnen und Ärzte immer gewährleistet. Auch müssen 83,7 % nach Beendigung ihres Bereitschaftsdienstes weiterarbeiten und einer regulären Tätigkeit nachgehen. Gefordert sind auch Ärztekammern und Weiterbildungsstätten, auf eine Optimierung der Bedingungen hinzuwirken. So ergab die Umfrage, dass bei Antritt der Weiterbildung lediglich der Hälfte aller Weiterzubildenden ein strukturierter Weiterbildungsplan vom Weiterbildungsbefugten zur Kenntnis gegeben wird. Auch geben fast 40 % der Weiterzubildenden an, dass keine Lern- bzw. Weiterbildungsziele vereinbart wurden. Die Ärzte beklagen zudem zu geringe Betreuung während der Weiterbildung sowie wenige Möglichkeiten für wissenschaftliches Arbeiten. □

BÄK

# Neues aus der Reisemedizin

11. Forum Reisen und Gesundheit des CRM zum Thema

„Langzeitaufenthalte“ am 12. und 13. 3. 2010 in Berlin



Dr. Monika Stichert

Das 11. Forum Reisen und Gesundheit befasste sich mit den wichtigsten Aspekten der Gesundheitsvorsorge für Langzeitaufenthalte im Ausland. Die Firma Siemens rechnet mit 1.300,- – 1.500,- € Ausfallkosten pro Tag für einen qualifizierten Mitarbeiter im Ausland. Zu den Risikogruppen zählen laut Prof. Dr. Hatz aus Österreich vor allem die Migranten auf Heimatbesuch (VFR – Visiting friends and relatives), die das Risiko zu erkranken falsch einschätzen, da sie in diesen Gegenden früher gelebt haben. Hinzu kommen aber auch Expatriates, Backpacker, Entwicklungshelfer, Praktikanten und z. B. PJ'ler. VFR's haben meistens weniger Geld, teilweise besteht Angst vor offiziellen Stellen, so dass sie seltener Informationen vor der Reise einholen. Es bestehen Sprachbarrieren und sie erhalten häufig auch Fehlinformationen durch ihre Freunde, oder es kommt zu einer überstürzten Abreise, da ein naher Verwandter verstorben ist. Während der Reise unterliegen die VFR's einem erhöhten Risiko zu erkranken, da sie häufig nicht-touristische Orte bereisen, also Orte, die eine einfache Gesundheitsinfrastruktur und ein höheres Infektionsrisiko beinhalten. Sie benutzen häufiger unsichere Wasserquellen und essen häufiger Mahlzeiten an hygienisch unsicheren Orten („zu Hause“, lokale Restaurants). Nach der Rückkehr stellen wir fest, dass VFR's 7 – 10 x häufiger eine Malaria erleiden.

Dr. von Laer vom Auswärtigen Amt erklärte, dass die Hilfe für Deutsche im Ausland rechtlich über § 5 und § 6 des Konsulargesetzes geregelt wird: Wer im

Ausland einem Landsmann in Not begegnet, ist ihm gegenüber in jedem Fall zur Hilfe verpflichtet, egal was das Ortsrecht sagt. Er nannte als Beispiel, dass es auf manchen Kontinenten Länder gibt, die jede Erste Hilfe von Laien bei Verkehrsunfällen gesetzlich untersagen: Wer hilft, gilt automatisch als Mitverursacher des Unfalls!



Die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung nach G35 – Med. Vorsorge bei Arbeitsaufenthalt im Ausland – ist laut ArbMedVV weiterhin eine Pflichtuntersuchung. Die Ermächtigung nach G35 entfällt und die Untersuchung kann durch Betriebs-/Arbeitsmediziner und Tropenmediziner erfolgen. Hierzu ist aber eine besondere Qualifikation erforderlich; allerdings ist der Erwerb der Qualifikation unklar. Zwischenzeitlich werden aber entsprechende Kurse angeboten. Alternativ muss ein Arzt/Ärztin mit speziellen Fachkenntnissen hinzugezogen werden.

Die Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft hat seit zwei Jahren spezielle Empfehlungen zur Malariaphylaxe

bei Langzeitaufenthalt ausgegeben, da man weiß, dass die Compliance, kontinuierlich eine Malariaphylaxe durchzuführen, bei längerem Aufenthalt sinkt. Empfohlen wird deshalb zunächst zu Beginn (ca. 3 Monate) eine Prophylaxe einzunehmen. In der Zeit sollte dann die Umgebung des Wohn-

hauses mückensicher gemacht werden und man sollte wissen, wo man sich bei Auftreten einer Malaria behandeln lässt. Außerdem sollte speziell die Regenzeit mit vermehrtem Mückenaufkommen mittels Prophylaxe abgedeckt werden. Die Wahrscheinlichkeit der Malaria steigt bei längerer Exposition, allerdings steigt auch die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei längerer Einnahme, so dass

die genannte Empfehlung einen Kompromiss darstellt. Wirklich wichtig ist die konsequente Expositionsprophylaxe!

Inzwischen wird auch die Mitnahme eines Malariaschnelltests empfohlen, da die Diagnostik durch den Test in den meisten Fällen besser ist als die Diagnostik vor Ort und der Test sensitiver als der „dicke Tropfen“ ist. Die WHO hat die verschiedenen auf dem Markt erhältlichen Schnelltests untersucht (s. Malaria Rapid Test Performance Results of WHO product testing of malaria RDTs: Round 1 (2008), WHO Genf, 2009). Der Schnelltest „Malaria Now“ macht sogar einen Unterschied zwi-

schen der Malaria tropica und der Malaria tertiana, wie PD Dr. Jelinek darlegte. Herr Dr. Volkmer verwies noch einmal auf den „World Malaria Report“ der WHO von 2009, wonach die Fallzahlen zwischen 2000 und 2008 in 38 Ländern um > 50 % zurückgegangen sind, darunter auch in 9 afrikanischen Ländern südlich der Sahara. Weitere 5 asiatische Länder melden einen Rückgang zwischen 25 % und 50 %. Diese Entwicklung basiert vorwiegend auf Kontrollmaßnahmen am Menschen und am Überträger, teilweise auch auf klimatischen oder ökologischen Veränderungen. Prof. Dr. Hatz wies daraufhin, dass Malariafälle gehäuft in Stresssituationen auftreten, z. B. 3–4 Wochen nach der Afrikareise, so dass bei Migranten mit bestehender Semi-Immunität auch nach dieser Zeit daran gedacht werden muss. In diesen Fällen kann sich eine Malaria auch ohne Fieber hinter Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit verbergen.

Zunehmend wird aber die Hochland-Malaria in Ostafrika beobachtet, da im zentralen Hochland von Kenia die Durchschnittstemperatur in der Zeit von 1989 (17 °C) bis 2009 (19 °C) um 2 °C durch Klimaerwärmung angestiegen ist. Das hat nicht nur zu einer dramatischen Abnahme der Schneehöhe auf dem Mount Kenya und dem Kilimanjaro, sondern auch zu einer Zunahme der Malaria tropica bei Einheimischen um einen Faktor 7 geführt. Die Malariaerkrankung trifft dabei im Hochland auf Menschen ohne belastbare Immunität. Die Minimaltemperaturen zur Entwicklung der Malariaparasiten liegen für *P. vivax* bei 16 °C und für *P. falciparum* bei 18 °C. Hierdurch finden wir die Überträger der Malaria bis in Höhen von 2.000 bis 2.500 Metern, wo es sie früher nicht gab. Die Temperaturerhöhung hat sich genau in den Bereich hinein bewegt, den das Plasmodium falciparum als Minimum für seine Entwicklung benötigt.

Herr Dr. Volkmer wies auch eindringlich darauf hin, dass die Expositionsprophylaxe unverzichtbar ist, auch im Hinblick auf andere arthropodenüber-

tragene Erkrankungen. Sie ist relativ einfach durchführbar, fast ohne Risiko, billig und wirksam. Bei konsequenter Anwendung rechnet man mit einer Reduzierung des Übertragungsrisikos für Malaria um 90 %!

Herr Knappik ging auf die sog. „Stand-by-Medikation“ als notfallmäßige Selbstbehandlung ein, die nur gegeben werden soll, wenn bei einer malariaverdächtigen Erkrankung kein Arzt erreichbar ist. Aktuell kommt außer den drei bekannten Substanzen ein neues Kombinationspräparat aus Artemether und Lumefantrin hinzu, das für die Behandlung der Malaria tropica geeignet ist. Die fixe Kombination von Dihydroartemisinin + Piperaquine wurde unter dem Namen Eurartesim® des italienischen Herstellers Sigma Tau, Pomezia/Düsseldorf, zur europäischen Zulassung eingereicht und wird wohl gegen Ende dieses Jahres auf dem Markt sein. Bei Kontakt mit Eisen erfolgt die Bildung freier Radikale, die den Parasiten innerhalb von 36 Stunden vernichten. Die Patienten sind nach ca. 2 Tagen fieber- und beschwerdefrei. Von Vorteil wird das vergleichsweise simple Dosierungsschema mit nur 3 Verabreichungen (0, 24, 48 h) und eine von Nahrungsmitteln unabhängige Resorption sein. Artemisininpräparate sind im Moment die wichtigste Waffe im weltweiten Kampf gegen die Malaria, insbesondere in Afrika. Um Resistenzen zu verhindern, empfiehlt die WHO seit 2001, dass Artemisinin-Präparate nur in fixen Kombinationen mit Präparaten eingesetzt werden, die lange Haltbarkeitszeiten haben.

Was immer wieder ein Problem darstellt sind Arzneimittelfälschungen (Fakes). Der Anteil am Arzneimittelmarkt weltweit liegt im Mittel zwischen 7 % und 10 % (WHO), regional (Afrika) teilweise bis zu 50–70 %. Die Art der Fälschungen ist unterschiedlich; teilweise findet sich überhaupt keine wirksame Substanz (60 %), teilweise besteht eine falsche Dosis oder Zusammensetzung (33 %). Besonders betroffen sind die Malaria-mittel, nicht nur im Einzelhandel, sondern auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst und in Krankenhäusern.

Im Handel vor Ort sind die genuinen von den nachgemachten Packungen oft nicht zu unterscheiden. Den Behörden der betroffenen Länder ist es bisher nicht gelungen, diese infame, offensichtlich aber einträgliche Form der Kriminalität zu unterbinden. Betroffen sind natürlich in erster Linie die Einheimischen.

Für Reisende, die mit diesem Problem beruflich zu tun haben, gibt es in Deutschland von einer gemeinnützigen Initiative ein sog. „Minilab“, das mit Hilfe einfacher Teste in der Lage ist, Tabletten auf ihren Gehalt an wirksamer Substanz zu überprüfen – inzwischen für mehr als 50 essential drugs, vor allem Malariamittel und Antibiotika. Reisende sollten laut Herrn Dr. Volkmer der Verlockung, Medikamente im Ausland billig einzukaufen, nicht erliegen. Das gilt besonders auch für Langzeitaufenthalte. Entsprechende Ratschläge gehören heute in jede reisemedizinische Beratung.

### Tipps für Reisende:

- Medikamente möglichst vor der Reise zu Hause kaufen, Einfuhrbestimmungen beachten
- Kauf im Ausland nur in einer Apotheke (Großstadt) nie auf Märkten oder bei fliegenden Händlern
- Niemals unkonfektionierte Arzneimittel kaufen, wie z. B. lose Tabletten, abgefüllte Tropfen, Säfte, Salben
- Auf unbeschädigte Originalverpackung mit Angabe von Substanz, Warenzeichen, Chargennummer, Hersteller, Verfallsdatum und Lagerungshinweisen achten
- Notfalls Arzneimittel importieren

Ein weiterer interessanter Vortrag kam von Dr. Albie de Frey aus Südafrika, der die Situation in seinem Heimatland anlässlich der Fußballweltmeisterschaft darstellte. Von den 9 Austragungsorten liegen nur 2 (Polokwane (Provinz Limpopo) und Nelspruit (Provinz Mpumalanga)) am Rande des endemischen Malariagebietes. Die Hauptübertragungssaison für Malaria ist in Südafrika

zwischen Oktober und Mai. Der WM-Termin fällt nicht in diese Zeit.

Für Besucher der Spiele in Polokwane und Nelspruit reicht daher Mückenschutz und ein Arztbesuch bei Fieber zur Vorbeugung aus. Die Chemoprophylaxe wird ggf. nur für touristische Weiterreisen ins Malariagebiet erforderlich.

An weiteren übertragbaren Krankheiten, mit denen in Südafrika gerechnet werden muß, finden sich infektiöse Kinderkrankheiten wie die Masern, Tetanus, Neue Influenza H1N1, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Hepatitis A/B, Tollwut, HIV/AIDS, Tuberkulose, das Afrikanische Zeckenbiss-Fieber und die Schistosomiasis (Bilharziose).

Die Fußball-Weltmeisterschaft 2010 wird während der südafrikanischen Winter-Grippe-Saison stattfinden. Es ist zu erwarten, dass der pandemische Influenza Typ A(H1N1) („Schweinegrippe“) die Mehrzahl der Infektionen 2010 verursachen wird. Die Impfstämme der saisonalen Grippe für die Wintersaison in der südlichen Hemisphäre sind:

- A/California/7/2009-H1N1 [„Neue“ H1N1]
- A/Perth/16/2009-H3N2
- B/Brisbane/60/2008 (<http://www.nicd.ac.za>). Allerdings ist der entsprechende Impfstoff in Europa nicht erhältlich und müsste in Südafrika verimpft werden.

Die Republik Südafrika gilt als Polio-frei. Es gab seit 1989 keine Infektionen mehr durch den Wildtyp. Südafrika bleibt aber gefährdet durch importierte Polioviren, weshalb Reisende geimpft sein sollten.

Bezüglich der Meningokokkenmeningitis sollte die quadrivalente Impfung gegen ACWY in Erwägung gezogen werden, da sporadische Fälle auftreten (insgesamt in 2009 ca. 450 Fälle).

Eine Gelbfieberimpfung ist für Reisende aus Europa so lange nicht erforderlich, wie nicht durch von Gelbfieber betroffene Länder gereist wird, z. B. bei Zwischenlandung in Kenia.

Nicht empfohlen für Südafrika wird eine Impfung gegen Typhus und Cholera.



Allerdings ist ein bestehender KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ ein Muss. Eine adäquate Behandlung erfolgt in den privaten Kliniken, die Barzahlung bzw. Kreditkartenzahlung erwarten. Eine notfallmäßige Evakuierung ist nicht erforderlich, wohl aber möglicherweise eine Rückführung nach Krankheit oder Verletzung.

Bezüglich der Tollwut berichtete Herr Dr. de Frey, dass es insgesamt in 2009 fünfzehn bestätigte Fälle von Tollwut beim Menschen gab. Eine präexpositionelle Impfung sei nicht nötig, Hilfe sollte aber auf jeden Fall in einem privaten Hospital gesucht werden.

Herr PD Dr. Jelinek berichtete im Zusammenhang mit Tollwut noch über eine prospektive Studie, in der 813 Reisende, die länger als einen Monat ohne Tollwutimpfung verreist waren, nachverfolgt wurden. 1,6 % der Reisenden erlebten einen tollwutverdächtigen Kontakt zu 60 % mit Hunden und zu 40 % mit Affen. Die Inzidenz lag bei 2,66 / 1000 Reisenden, der Median der Verletzung war nach 5 Wochen und nur 31 % erhielten eine PEP vor Ort.

Herr Dr. Wichmann vom RKI berichtete über den Masern-Ausbruch in NRW 2006. Es wurden 1.749 Fälle gemeldet, davon 80 % ungeimpft. Insgesamt wurden 15 % hospitalisiert, 7 %

wegen einer Pneumonie, und es kam zu 4 Todesfällen. In Duisburg führte die Epidemie zu 2.854 Schul- und 300 Arbeitsfehltagen. Gründe für „nicht geimpft“ waren, dass die Eltern es vergessen hatten (36 %) oder es abgelehnt haben (28 %). In 17 % der Fälle wurde die Impfung von Hausarzt abgelehnt. Die Impfeffektivität in Duisburg lag bei:

- 1 Impfdosis:  
98,1 % (95 %CI: 92 – 100 %)
- 2 Impfdosen:  
99,4 % (95 %CI: 97 – 100 %).

Herr PD Dr. Jelinek berichtete über den Schluckimpfstoff Cholera / ETEC (Dukoral®). Es handelt sich dabei um einen weitgehend nebenwirkungsfreien Totimpfstoff, der eine protektive Effektivität gegen Cholera von 85 % für 2 Jahre und eine protektive Effektivität gegen LT-ETEC von 67 % für 9 Monate zeigte. Es kommt also insgesamt zu einer protektiven Effektivität gegen Reisedurchfall von 23 – 42 %. Auch alle weiteren aufgeführten Studien zeigen die Effektivität dieser Impfung, so dass sie empfohlen werden sollte. Herr Prof. Dr. Kollaritsch führte auf, dass Dukoral am wirksamsten in Afrika ist (Durchfälle wurden um 10 – 57 % gesenkt). Er berichtete in dem Zusammenhang auch darüber, dass Patienten mit Giardiaserkrankung vor allem über rezidivierende unregelmäßige Stühle und Blähungen klagten und zumeist erst Wochen nach der Reise den Arzt aufsuchten.

Prof. Dr. Niedrig berichtete, dass inzwischen alle 4 Serotypen von Dengue-Fieber weltweit verbreitet sind. In letzter Zeit würden vermehrt Fälle aus Afrika berichtet. Als Nachweis käme im Frühstadium für Dengue und Chikungunya die PCR in Frage, ab dem 8. Tag sollte der Nachweis über IgG- und IgM-Bestimmung erfolgen.

Insgesamt war es wieder eine sehr interessante und informative Fortbildungsveranstaltung. Im nächsten Jahr wird es am 11. und 12. März 2011 über das Thema „Last Minute Reisen“ gehen. □

Dr. Monika Stichert

# Influenza-Wochenbericht

Buda S, Wilking H, Schweiger B, Buchholz U, Köpke K, Haas W und die AGI-Studiengruppe<sup>1</sup>

Kalenderwoche 10 (06. 03. bis 12. 03. 2010)

## Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist bundesweit in der 10. KW 2010 konstant geblieben und liegt weiter im geringfügig erhöhten Bereich.

Die Positivenrate im NRZ liegt in der 10. KW 2010 bei 27 % (sechs von 22). Der Vertrauensbereich liegt zwischen 10 % und 51 %.

Insgesamt wurden dem RKI bis zum 16. 03. 2010 (15:00 Uhr) 225.975 Fälle von Neuer Influenza A/H1N1 übermittelt, darunter 29 Fälle für die 10. KW 2010. Insgesamt wurden 246 Todesfälle im Zusammenhang mit Neuer Influenza A/H1N1 gemeldet.

Die geringfügig erhöhte ARE-Aktivität wird zurzeit nicht durch eine erhöhte Influenza-Aktivität, sondern wahrscheinlich durch andere Erreger akuter respiratorischer Erkrankungen verursacht.

## Die Ergebnisse im Detail

### Akute Atemwegserkrankungen (ARE)

Der Praxisindex als Maß für die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen ist bundesweit in der 10. KW im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben und liegt im geringfügig erhöhten Bereich. Die Werte in manchen AGI-Regionen schwanken etwas.

Der Verlauf der Praxisindexwerte für Deutschland und die AGI-Regionen in der aktuellen Saison und in den beiden Vorsaisons ist abrufbar unter: <http://influenza.rki.de/> > Diagramme.

<sup>1</sup> Die Mitglieder der AGI-Studiengruppe sind aufgeführt unter: <http://influenza.rki.de/Studiengruppe.aspx>

AGI-Großregion AGI-Region	Praxisindex* (bis 115 entspricht der ARE-Hintergrund-Aktivität)					
	5. KW	6. KW	7. KW	8. KW	9. KW	10. KW
<b>Süden</b>	135	152	158	156	137	130
Baden-Württemberg	133	148	166	149	133	137
Bayern	138	155	151	163	141	124
<b>Mitte (West)</b>	123	137	140	139	128	129
Hessen	118	145	126	151	119	157
Nordrhein-Westfalen	122	126	133	133	139	113
Rheinland-Pfalz, Saarland	129	141	163	134	126	119
<b>Norden (West)</b>	147	142	131	131	113	111
Niedersachsen, Bremen	130	141	119	132	115	123
Schleswig-Holstein, Hamburg	164	143	143	131	112	100
<b>Osten</b>	136	138	129	115	106	122
Brandenburg, Berlin	172	161	152	130	122	133
Mecklenburg-Vorpommern	111	143	116	89	79	104
Sachsen	155	161	127	133	122	143
Sachsen-Anhalt	128	120	135	105	103	125
Thüringen	113	103	113	119	104	106
<b>Gesamt</b>	136	143	139	138	125	126

Bemerkung: Bitte beachten Sie, dass nachträglich eingehende Meldungen die Werte in den Folgewochen noch verändern können.

Tab. 1: Praxisindex in den vier AGI-Großregionen und den zwölf AGI-Regionen Deutschlands von der 5. KW bis zur 10. KW 2010

Die Werte der **Konsultationsinzidenz** sind in allen Altersgruppen im Vergleich zur Vorwoche zurückgegangen bzw. gleich geblieben.

### Influenzavirus-Nachweise im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (NRZ)

In der 10. KW 2010 wurden im NRZ in sechs der 22 eingesandten Sentinelproben Influenza-Viren nachgewiesen, und zwar ausschließlich Neue Influenza A/H1N1-Viren (Tab. 2). Die Positivenrate im NRZ liegt in der 10. KW 2010 bei 27%. Der Vertrauensbereich liegt zwischen 10 % und 51 %. Bei grippetypischen Symptomen sollte differentialdiagnostisch auch an andere Erreger akuter Atemwegserkrankungen gedacht werden.

### Charakterisierung der Influenzaviren

Seit Zirkulation der Neuen Influenzaviren wurden im NRZ insgesamt 2.158 Neue A/H1N1-Viren in Bezug auf ihre antigenen und/oder genetischen Eigenschaften untersucht. Darunter befinden sich 1.698 Neue A/H1N1-Viren, die seit Oktober 2009 isoliert wurden. Diese A/H1N1-Viren reagieren sehr gut mit dem Immunserum gegen den im pandemischen Impfstoff enthaltenen Stamm A/

\* Praxisindex 116 bis 135: geringfügig erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 136 bis 155: moderat erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex 156 bis 180: deutlich erhöhte ARE-Aktivität; Praxisindex > 180: stark erhöhte ARE-Aktivität

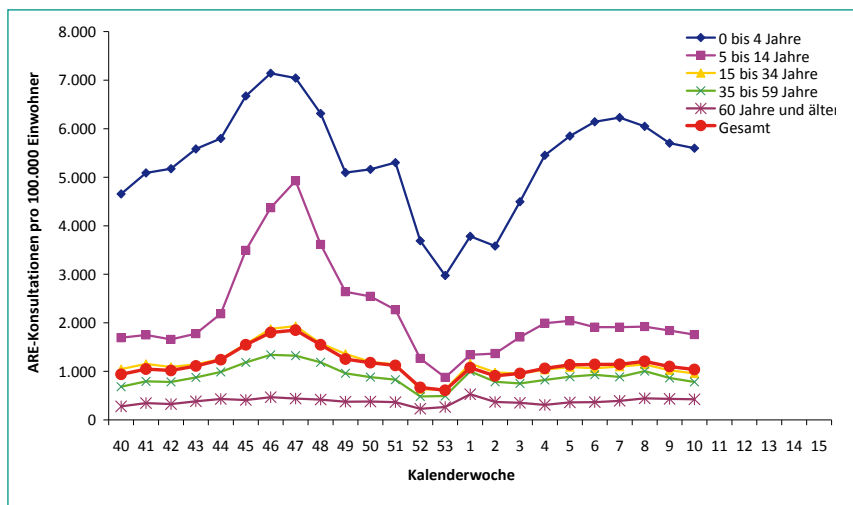


Abb. 1: Werte der Konsultationsinzidenz in verschiedenen Altersgruppen in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe (Saison 2009/10)

California/7/2009 und belegen somit eine enge Verwandtschaft mit dem Impfstamm.

Die genetische Analyse des Hämagglutinin(HA)-Gens zeigt, dass diese Viren zwei große Gruppen international zirkulierender Viren repräsentieren, die wiederum verschiedenen Subgruppen zugeordnet werden können. Eine dieser beiden Gruppen (Gruppe B) ist durch die Aminosäuresubstitution S203T gekennzeichnet. Seit Oktober wurden ausschließlich Neue A/H1N1-Viren mit dieser Substitution isoliert.

Insgesamt entfallen etwa 84 % aller seit April 2009 analysierten Neuen A/H1N1-Viren auf diese Gruppe. Das einzige bisher isolierte Influenza B-Virus repräsentiert die Victoria-Linie und ist somit dem aktuellen Impfstamm B/Brisbane/60/2008 sehr ähnlich, der auch wieder im Impfstoff für 2010/11 enthalten sein wird. Die drei bisher isolierten A/H3N2-Viren reagieren gut mit den Immunsereen gegen die Referenz-

stämme A/Brisbane/10/2007, weisen aber eine größere Ähnlichkeit mit dem Stamm A/Perth/16/2009 auf, der Neuen A/H3N2-Komponente im Impfstoff für die Saison 2010/11.

**Resistenzanalyse**

Bisher wurden im NRZ insgesamt 1.495 Neue Influenzaviren (A/H1N1) hinsichtlich ihrer Sensitivität gegenüber den Neuraminidaseinhibitoren Oseltamivir und Zanamivir genotypisch und/oder phänotypisch untersucht. Bei 1.487 (99,5 %) dieser Viren waren keine bekannten Resistenzmutationen nachweisbar. Die untersuchten Virusisolate wiesen ebenfalls einen sensitiven Phänotyp auf. Gegenüber Amantadin waren alle 959 analysierten Viren resistent. Bisher liegen Daten zu acht Oseltamivir-resistenten Influenzaviren vor, die jedoch sensitiv gegenüber Zanamivir sind.

Von der WHO wurden seit April 2009 bis zum 12. März 2010 insgesamt 264 Oseltamivir-resistente Neue A/H1N1-

Viren erfasst. Bisher kam es nur in einigen wenigen Fällen zur Übertragung von resistenten Neuen Influenzaviren. Über die Entstehung Oseltamivir-resistenter Viren wurde vor allem bei Immunsupprimierten, aber auch bei Personen unter Prophylaxe berichtet. Alle Oseltamivir-resistenten Viren zeigten sich sensitiv gegenüber Zanamivir.

**Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz**

Bis zum 16.03.2010 (15:00 Uhr) wurden für die 10. KW 29 Fälle von Neuer Influenza A/H1N1 übermittelt. Außerdem wurde zwei Nachweise von Influenza B und zwei nicht subtypisierte Influenza A-Nachweise übermittelt. Insgesamt wurden 225.975 Fälle bis zum 16.03.2010 an das RKI übermittelt (Einzelfälle und aggregierte Fälle).

Bis zum 16.03.2010 (15:00 Uhr) sind 246 Todesfälle an das RKI übermittelt worden, 78 % der Fälle (193 von 246) waren jünger als 60 Jahre (Tab. 3). Von den 228 Todesfällen, bei denen Angaben zum Vorliegen von Risikofaktoren ausgewertet werden können, hatten 195 (86 %) einen Risikofaktor und damit eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen schweren Krankheitsverlauf (Abb. 3).

**Daten aus der Pandemischen Influenza Krankenhaus Surveillance (PIKS)**

Bei der Pandemischen Influenza Krankenhaus Surveillance (PIKS) werden Daten von Erkrankungsfällen und Todesfällen mit laborbestätigter Neuer

Kalenderwoche	53	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Gesamt ab 24. KW 2009
Anzahl eingesandter Proben	25	51	49	63	56	53	49	46	37	30	22	3.451
davon negativ	13	41	35	53	42	44	45	44	34	27	16	2.273
A/H3N2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
A/H1N1 (saisonal)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A/H1N1 neu	12	9	14	10	14	9	4	2	3	3	6	1.175
Influenza B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anteil Influenzapositive (%)	48	20	29	16	25	17	8	4	8	10	27	34

Tab. 2: Anzahl der bisher im NRZ im Rahmen des Sentinels identifizierten und subtypisierten Influenzaviren. Wegen des Auftretens der Neuen Influenza A/H1N1 werden die Nachweise ab der 24. KW 2009 aufsummiert

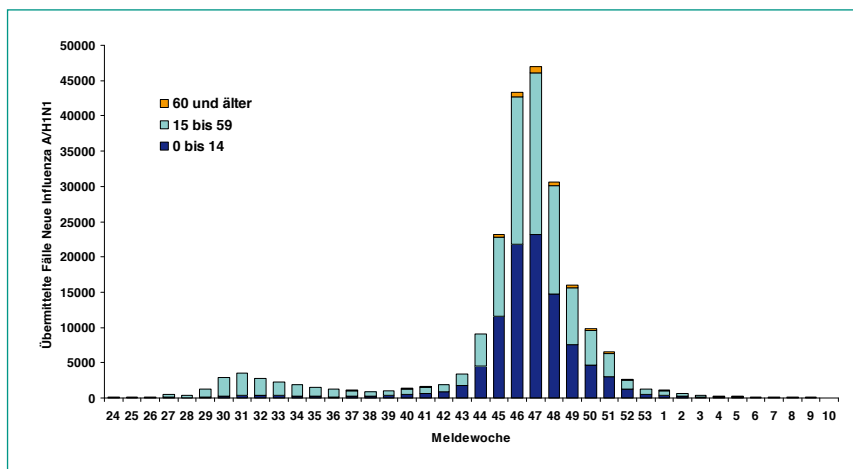


Abb. 2: Anzahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten Fälle (Einzelfälle und aggregiert übermittelte Fälle) von Neuer Influenza A/H1N1 nach Meldewoche, 24. KW 2009 bis 10. KW 2010 in drei Altersgruppen (Datenstand: 16.03.2010).

Influenza A/H1N1-Infektion im Krankenhaus sowie auf den Intensivstationen erhoben ([http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/PIKS/PIKS\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/PIKS/PIKS_node.html)). Von der 49. KW 2009 bis zur 10. KW 2010 beteiligten sich wöchentlich zwischen 11 und 25 Krankenhäuser, die mit ihrem Einzugsbereich schätzungsweise 1,4 % bis 2,7 % der deutschen Bevölkerung abdecken (Stand: 16.03.2010, 15:00 Uhr).

Auf der Ebene des **gesamten Krankenhauses** war der Anteil neu aufgenommener A/H1N1 Patienten niedrig (0,0 % bis 0,4 %). Im Durchschnitt nahm der Anteil an A/H1N1-Neuaufnahmen pro Woche um 18 % ab (Inzidenz-Raten-Verhältnis: 0,82; 95 % CI: 0,70-0,95). In der 10. KW war keiner der 6.747 neu aufgenommenen Patienten Influenza A/H1N1-positiv. Bei keinem von 109 Todesfällen wurde Influenza A/H1N1 nachgewiesen.

Auf den **Intensivstationen** lag der Anteil neu aufgenommenener A/H1N1 Patienten zwischen 0,0 % und 1,8 %. Im Durchschnitt nahm der Anteil an A/H1N1-Neuaufnahmen pro Woche um 23 % ab (Inzidenz-Raten-Verhältnis: 0,77; 95 % CI: 0,64-0,94). Der Anteil der A/H1N1-Patiententage betrug 0,3 % bis 5,0 %; davon entfielen fast alle (> 90 %) auf beatmungspflichtige A/H1N1-Patienten. In der 10. KW war keiner der 449 neu aufgenommenen Patienten Influenza A/H1N1-positiv. Insgesamt 7 der 2.406 (0,3 %) Patiententage waren A/H1N1-Patiententage, alle davon betrafen beatmungspflichtige Patienten.

### Internationale Situation

#### Ergebnisse der europäischen Influenza-Surveillance durch EISN

Die pandemische Erkrankungswelle hat ihren Höhepunkt in ganz Europa über-

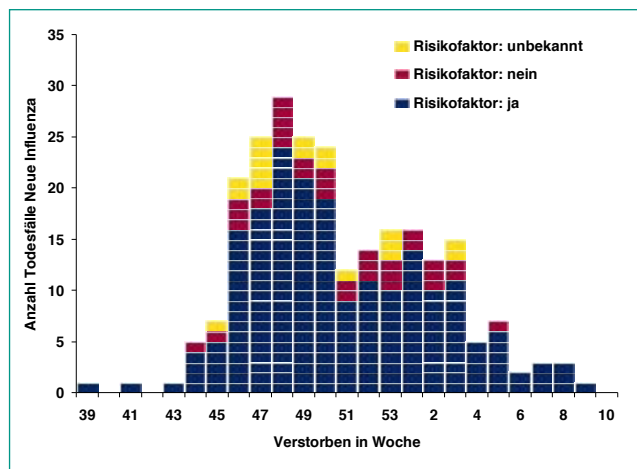


Abb. 3: Anzahl übermittelter Todesfälle in Zusammenhang mit Neuer Influenza A/H1N1 nach Vorliegen von Risikofaktoren und Kalenderwoche (n=246; Datenstand: 16.03.2010)

Altersgruppe	Anzahl Todesfälle	Mortalität
0 bis 1	6	0,44
2 bis 4	4	0,19
5 bis 14	18	0,23
15 bis 34	42	0,22
35 bis 59	127	0,41
60 und älter	49	0,23
<b>Gesamt</b>	<b>246</b>	<b>0,30</b>

Tab. 3: An das RKI übermittelte kumulative Anzahl der Todesfälle und Mortalität durch Neue Influenza A/H1N1 nach Altersgruppe (Fälle pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe) Datenstand: 16.03.2010

schritten. Für die 9. KW 2010 wird aus allen teilnehmenden Ländern (27) eine niedrige Influenza-Aktivität bzw. Aktivität im Hintergrundbereich gemeldet. Insgesamt wurden in der 9. KW 425 Sentinelproben registriert, von denen 20 (4,7 %, Vorwoche: 5,8 %) Influenza-positiv waren. Weitere Informationen zur europäischen Situation erhalten Sie auf den Internetseiten des ECDC (European Centre for Disease Control and Prevention) unter: <http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN/Pages/home.aspx>

Das ECDC veröffentlichte am 08.03.2010 eine Vorausschau für die weitere epidemiologische Entwicklung des Neuen A/H1N1-Virus. Es wird als wahrscheinlich angenommen, dass das Neue Influenzavirus A/H1N1 weiter zirkulieren wird und auch kleinere Ausbrüche können nicht ausgeschlossen werden, jedoch wird eine weitere Frühjahr-Sommer-Welle als unwahrscheinlich angesehen. Für die kommende Saison wird erwartet, dass das Neue Virus A/H1N1 dominant sein wird. Abrufbar unter:

[http://ecdc.europa.eu/en/press/news/Lists/News/ECDC\\_Dispatch.aspx?List=32e43ee8-e230-4424-a783-85742124029a&ID=346&RootFolder=%2Ffen%2Fpress%2Fnews%2FLists%2FNews](http://ecdc.europa.eu/en/press/news/Lists/News/ECDC_Dispatch.aspx?List=32e43ee8-e230-4424-a783-85742124029a&ID=346&RootFolder=%2Ffen%2Fpress%2Fnews%2FLists%2FNews)

# Raucherentwöhnung – Ansprechen hilft!

Wenn Sie einen Raucher fragen, ob er mit dem Rauchen aufhören möchte, werden Sie in der Regel eine positive Antwort erhalten. Zumindest wird die Ambivalenz gegenüber dem eigenen Rauchverhalten mit großer Wahrscheinlichkeit deutlich werden. Nach den Daten des International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC) bedauern es 78 % der deutschen Raucher, jemals mit dem Rauchen angefangen zu haben, 25 % wollen in den nächsten 6 Monaten aufhören und 43 % wollen irgendwann in der Zukunft aufhören. Dass Rauchen gesundheitsschädlich ist und die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung chronischer Erkrankungen wie beispielsweise Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf- oder auch Krebserkrankungen vervielfacht, ist auch Rauchern bekannt. Der Tabakkonsum hat im letzten Jahrzehnt dank der Bemühungen von Gesundheitsinstitutionen und einer zunehmend kritischen Presse deutlich an Akzeptanz verloren. Rauchfreie Arbeitsplätze, öffentliche Einrichtungen und Verkehrsmittel und eine mittlerweile großenteils rauchfreie Gastronomie helfen Rauchern, ihr Verhalten nicht nur aus gesundheitlichen Gründen zu überdenken.

Es hat sich gezeigt, dass der ärztliche Rat oder der Rat durch eine andere Pro-

fession im Bereich der Gesundheitsversorgung für Raucher oft ein entscheidender Anstoß zum Aufhören ist. Das regelmäßige Ansprechen des ohnehin für den Raucher zumeist dissonant erlebten Themas und ggf. das Angebot und die Durchführung von Kurzinterventionen hat sich als äußerst effektiv im Hinblick auf das Erreichen langfristiger Abstinenz erwiesen.

## Epidemiologie

Die zunehmende öffentliche Diskussion und Wahrnehmung der Gesundheitsgefahren des Rauchens und Passivrauchens ist neben der Erhöhung der Tabaksteuern sicherlich ein wesentlicher Faktor für den Rückgang der Raucheranteile in den letzten Jahren.

Rauchen ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, bestimmte Krebserkrankungen und Typ 2 Diabetes. Rauchen verursacht bis zu 90 % aller Lungenkrebstodesfälle und ist die Hauptursache für die Entwicklung von chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Raucher haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Schlaganfälle wie Nichtraucher.

Das ganze Ausmaß der Erkrankungs- und Sterberisiken lässt sich mit der so-

genannten tabakattributablen Mortalität verdeutlichen. Die Ermittlung des tabakattributablen Risikos erfolgt auf der Basis der Anteile der Raucher und ehemaligen Raucher und deren relativem Risiko, an tabakassoziierten Erkrankungen zu versterben. Auf der Datenbasis der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes in Relation zu den bekannten Sterberisiken wurden für Deutschland für das Jahr 2007 107.000 tabakattributable Sterbefälle berechnet, darunter ein hoher Anteil von Krebstodesfällen sowie Todesfällen infolge kardiovaskulärer und Atemwegserkrankungen. Demnach sind insgesamt etwa 13 % aller Todesfälle in Deutschland auf das Rauchen zurückzuführen.

Entsprechend der hohen Morbiditäts- und Mortalitätslast sind auch die direkten und indirekten Kosten des Rauchens im Gesundheitssektor immens. Während die direkten Kosten die aufgewendeten Leistungen infolge tabakbedingter Folgeerkrankungen und der damit im Zusammenhang verbrauchten Güter wie Arzneimittel, medizinische Dienstleistungen wie Operationen und Rehabilitationsmaßnahmen erfassen, bilden die indirekten Kosten beispielsweise die infolge Arbeitsunfähigkeit aufgrund tabakbedingter Folgeerkrankungen entstandenen Produktivitätsausfälle ab. Die entsprechend dieser Definition ermittelten direkten Kosten des Rauchens betragen im Jahr 2007 in Deutschland 8,6 Milliarden Euro und die indirekten Kosten sogar 24,89 Milliarden Euro. Insgesamt betragen also direkte und indirekte Kosten rund 34 Milliarden Euro. Dieser Wert stellt sogar eher noch eine untere Grenze der Schätzung dar, da Faktoren wie die Einschränkung der Lebensqualität von Betroffenen und ihrer Familien hierbei nicht berücksichtigt wurden.



Abb. 1: Raucheranteil in der Altersgruppe 25–69-jähriger Männer und Frauen.  
Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum: Tabakatlas Deutschland 2009



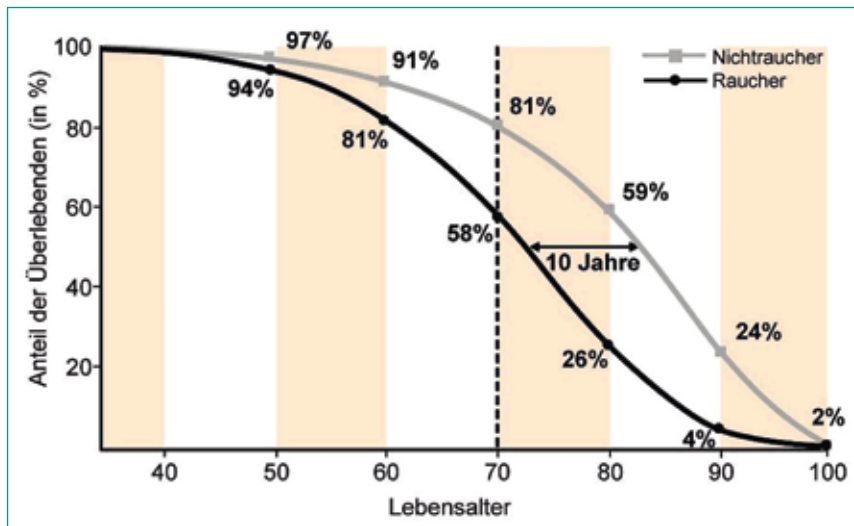


Abb. 2: Mortalität und Lebenszeitverlust bei Rauchern.  
 Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Gesundheit fördern- Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, Heidelberg 2002

### Inhaltsstoffe und deren Wirkung

Tabakrauch ist ein komplexes Giftgemisch aus über 4.800 verschiedenen Substanzen. Darunter finden sich zahlreiche giftige und krebserzeugende Stoffe. Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat die verfügbaren Daten der unabhängigen International Agency for Research on Cancer (IARC) und der MAK-Kommission der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG) zusammen geführt und etwa 90 Substanzen des Tabakrauchs gelistet, die krebserregend sind oder im Verdacht stehen, Krebs zu erzeugen. Manche dieser Substanzen entstehen erst durch die chemischen Prozesse infolge der Verbrennung des Tabaks. Auch werden Zusatzstoffe dem Tabak beigemischt, wie beispielsweise Menthol, was die Inhalationstiefe verstärkt, oder auch Ammoniumverbindungen, die den freien Nikotinanteil im Tabakrauch erhöhen. Dem Tabak zugesetzte Aromen dienen außerdem dazu, negative Geschmackssensationen und unerwünschte Wirkungen wie Übelkeit, Atemwegsreizungen etc. zu mindern. Die genannten Beimischungen führen letztlich dazu, dass sich das Abhängigkeitspotential erhöht, weil aversive Reize im Zusammenhang mit dem Rauchen gemildert und positive Emp-

findungen verstärkt oder in ihrem Auftreten beschleunigt werden.

### Pharmakologie und Abhängigkeitsentwicklung

Bis zu 60 % der Raucher entwickeln bei regelmäßigem Konsum eine Tabakabhängigkeit. Um den Prozess der Abhängigkeitsentwicklung verstehen zu können, müssen die neuropsycho-

logischen Effekte des Rauchens berücksichtigt werden. Das bivalente Wirkungsspektrum des Nikotins mit seiner einerseits stimulierenden und andererseits sedierenden (und sogar anxiolytischen bis antidepressiven) Wirkung verankert im Suchtgedächtnis eine positive Erwartungshaltung in Bezug auf den Effekt des Rauchens. Die kurzfristige, substanzstimulierte Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit, verbunden mit einer positiven Stimmungsmodulation, wird oft als angenehm und spannungsreduzierend empfunden und schließlich infolge der Abhängigkeitsentwicklung vom Raucher zur Wiederherstellung der eigenen Ausgeglichenheit benötigt. Dem gegenüber wird das Absinken des Nikotinspiegels vom Organismus mit unangenehmen Entzugserscheinungen wie Anspannung, Gereiztheit oder Unruhe, Konzentrations- und Schlafstörungen bis hin zu dem Gefühl des Neben-Sich-Stehens oder depressiven Zuständen beantwortet. Rauchverlangen stellt sich ein, das Auffüllen der Nikotinspeicher wird zur Notwendigkeit, um die unangenehme Befindlichkeit zu beenden und sich wieder „normal“ bzw. ausgeglichen zu fühlen.

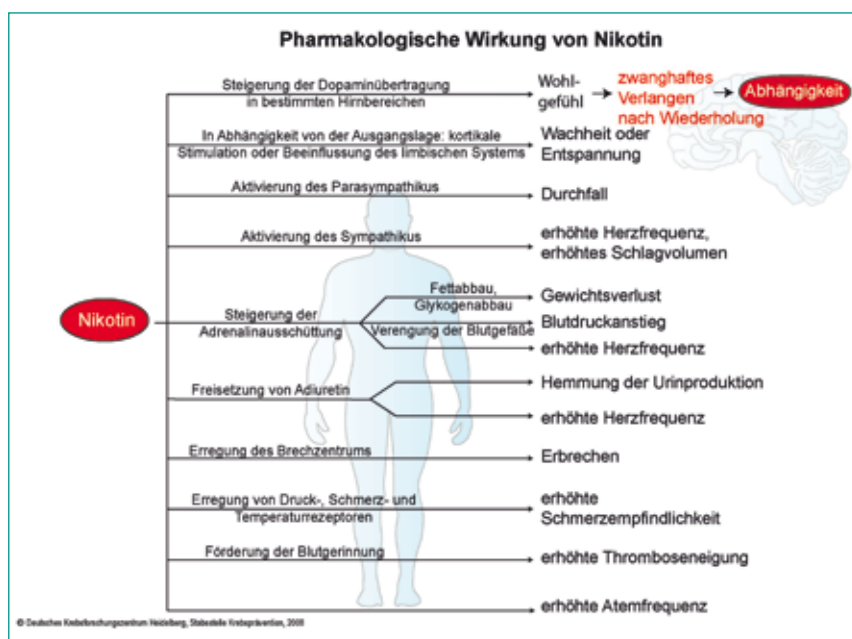


Abb. 3: Pharmakologische Wirkung von Nikotin.  
 Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Nikotin. Pharmakologische Wirkung und Entstehung der Abhängigkeit, Heidelberg 2008

Die Toleranzentwicklung für Nikotin setzt sehr schnell ein, es kommt einerseits zu einer Desensibilisierung der nikotinergeren Acetylcholinrezeptoren und in der Folge zu einer Erhöhung der Rezeptordichte, andererseits zu neuroadaptiven Veränderungen im dopaminergen System. Durch das schnelle Anfluten des Nikotins und seine nachhaltige Wirkung auf den Hirnstoffwechsel ist es in seinem Abhängigkeitspotential dem Heroin oder Kokain vergleichbar. Die Diagnose der Nikotinabhängigkeit erfolgt nach den Kriterien von ICD-10 oder DSM-IV bzw. auch über psychologische Testverfahren wie den Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA), der wichtige Dimensionen der Tabakabhängigkeit erfasst und mit biochemischen Prädiktoren wie CO-Gehalt der Ausatemluft oder Cotininspiegel hoch korreliert. Der Fagerström-Test erfasst über eine Selbstbeurteilungsskala nikotinrelevante Suchtkriterien und ermöglicht neben der Diagnosestellung auch die graduelle Einschätzung der Nikotinabhängigkeit. Das Verfahren besteht aus sechs Items, anhand derer der Schweregrad der Abhängigkeit ermittelt wird.

### Leicht umsetzbare Minimal- und Kurzinterventionen

Die Leitlinie der deutschen Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und die amerikanische Leitlinie enthalten beide die Empfehlung, dass Ärzte alle Patienten bei Konsultationen regelmäßig zu ihrem Rauchverhalten befragen und bei Rauchern einen Rauchstopp anregen sollten. Es empfiehlt sich, den jeweiligen Rauchstatus zu dokumentieren.

Die ärztliche Kurzintervention wurde in Neuseeland seit 2007 vom Gesundheitsministerium offenbar mit gutem Erfolg auf alle Gesundheitsberufe erweitert. Die neue neuseeländische Leitlinie zur Tabakentwöhnung propagiert den sogenannten „ABC-Approach“. Ziel dieses Ansatzes ist, durch das Anraten des Rauchverzichts und den Hinweis auf verfügbare Behandlungsmöglichkeiten

Aufhörversuche anzuregen. Es wird ein differenziertes Vorgehen in drei Schritten Ask, Brief advice und Cessation angeregt. Während alle im Gesundheitswesen Tätigen (Gemeindeschwestern, Physiotherapeuten, Krankenschwestern, Ärzte, Zahnärzte, Psychologen und Psychiater, Suchtberater etc.) aufgerufen sind, ihre Patienten auf ihr Rauchverhalten einerseits anzusprechen und andererseits kurze Hinweise im Hinblick auf die Planung und Durchführung eines Rauchstopps zu geben, wird die Entwöhnungsberatung (Cessation) von speziell dazu ausgebildeten Fachkräften durchgeführt.

Es handelt sich dabei gewissermaßen um eine Reduzierung des in den amerikanischen Leitlinien propagierten und in die AWMF Leitlinie übernommenen Modells der 5 A's (Ask, Advise, Assess, Assist und Arrange), wonach zunächst das Abfragen des Rauchstatus (Ask), dann das Anraten des Rauchverzichts (Advise) und wiederholt das Erfragen der konkreten Aufhörbereitschaft (Assess) erfolgen soll, bevor schließlich die konkrete Unterstützung beim Rauchverzicht (Assist) und eine anschließende Nachbetreuung arrangiert (Arrange) werden soll.

Folgt man dem **transtheoretischen Modell** der Stadien der Verhaltensänderung von Prochaska, so können in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft unterschiedliche therapeutische Interventionen erfolgen. Bereits die Aufforderung zum Rauchverzicht hat bemerkenswerter Weise einen signifikanten Effekt auf die Durchführung von Aufhörversuchen bzw. auf das Erreichen langfristiger Abstinenz. Es ist durchaus sinnvoll, die Ausstiegsbereitschaft von Rauchern zu ermitteln, sie zum Ausstieg zu motivieren und ggf. konkrete Unterstützung bei der Umsetzung des Rauchverzichts anzubieten bzw. auf Hilfsangebote wie Beratungstelefone, Entwöhnungsgruppen oder Selbsthilfematerialien zu verweisen. Bei ehemaligen Rauchern sollte die Abstinenzmotivation bekräftigt und die erreichte Rauchfreiheit gewürdigt werden. Rückfälle und erfolglose

Rauchstopp-Versuche sollten nach Möglichkeit näher analysiert bzw. auf typische Rückfall-Trigger und -Dynamiken hin untersucht werden. Im Rahmen verhaltenstherapeutischer Interventionen sollte auf ein gezieltes Erkennen und verbessertes Management von Risikosituationen hingearbeitet werden.

Sofern zum aktuellen Befragungszeitpunkt noch keine Aufhörmotivation besteht (Prochaska, **Phase der Absichtslosigkeit**) der Raucher sich noch nicht bzw. unzureichend mit der Problematik des Rauchens auseinander gesetzt und noch keine Veränderungsabsicht entwickelt hat, sollte auf die grundsätzliche aber vor allem auch individuelle Gesundheitsgefährdung durch das Rauchen, also das individuelle Risikoprofil, ebenso wie auf Unterstützungsmöglichkeiten beim Rauchstopp hingewiesen werden.

Sobald sich ein Raucher mit dem eigenen Rauchverhalten auseinander zu setzen und dieses zu problematisieren beginnt, befindet er sich nach dem Modell von Prochaska et al. in der **Phase der Absichtsbildung**. In dieser Phase hat es sich als förderlich für den Prozess der Entscheidungsfindung und anschließenden Umsetzung des Rauchverzichts erwiesen, auf konkrete Unterstützungsmöglichkeiten und positive Abstinenzwahrscheinlichkeiten bei ernsthaften Rauchausstiegsversuchen hinzuweisen. Befindet sich ein Raucher bereits in der **Vorbereitungsphase** oder auch der **Aktionsphase** entsprechend dem Prochaskaschen Modell, können konkrete Handlungsempfehlungen für die Bewältigung von Entzugssymptomen und Risikosituationen im Sinne der verhaltenstherapeutischen Vermittlung von Problemlösestrategien entlastend und unterstützend für den Betroffenen sein. Maßnahmen zur rauchfreien Bewältigung von Anspannungs- und Stresssituationen, Versuchungssituationen, sozialer Verführung oder Belohnungswünschen sind individuell auszuarbeiten, zu erproben und weiter zu entwickeln. Die Förderung der Bemühungen zur Aufrechterhaltung der Abs-

tinenz und die fortgesetzte Anpassung der Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe entsprechend der individuellen Erfahrungen des Patienten sollten in der sogenannten **Erhaltungsphase** erfolgen. Das Thematisieren und Durchspielen individuell relevanter Risikosituationen ist dabei ebenso wichtig wie eine funktionale Verhaltensanalyse (Wozu dient das Rauchen in welchem Fall?), das Verinnerlichen bewährter Bewältigungsstrategien und die Festigung bisheriger Bewältigungskompetenzen.

Sofern die Aufhörtmotivation noch unzureichend gegeben ist, kann auch mit den sogenannten 5 Rs (**R**elevanz, **R**isiken, **R**ewards, **R**oadblocks, **R**epetition) zur Strukturierung des Beratungsprozesses gearbeitet werden, die in aktuellen Behandlungsleitlinien als weitere Methode zur Kurzintervention angeregt werden. Zunächst einmal geht es dabei darum, dem Patienten die **Relevanz** des Problems aufzuzeigen, die individuellen **Risiken** zu benennen und schließlich die Vorteile (Therapiebaustein „**Rewards**) eines Rauchverzichts zu verdeutlichen. Dabei sollte auch auf Bedenken des Patienten eingegangen und mögliche Hindernisse (englisch „**Roadblocks**“) wie Versagensängste, Befürchtungen von Gewichtszunahme, Angst vor Entzugserscheinungen oder frühere Misserfolge sowie Maßnahmen zu deren Überwindung angesprochen werden. Die Abstinenzempfehlung wie auch der Hinweis zur möglichen effektiven Überwindung von Hindernissen sollte wiederholt erfolgen (Therapiebaustein „**Repetition**“).

### Nikotinsubstitution und medikamentöse Behandlung

Da die Entzugssymptomatik bei den meisten aufhörwilligen Rauchern entweder dazu führt, dass sie gar nicht erst einen Rauchstopp-Versuch unternehmen oder aber rückfällig werden, ist eine Nikotinsubstitution grundsätzlich in Erwägung zu ziehen, sofern keine Kontraindikation besteht. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass eine Kombination aus Niko-

tinsubstitution bzw. medikamentöser Therapie und Verhaltenstherapie zu signifikant höheren Ausstiegsquoten führt als nur eine dieser therapeutischen Methoden allein. Dies gilt allgemein für den durchschnittlichen Raucher. Allerdings gibt es Subgruppen von Rauchern,

die infolge beispielsweise psychischer Erkrankung wie Depressionsneigung oder starker Abhängigkeit deutlich erschwerte Ausstiegsbedingungen haben. Für diese Subgruppen erscheint eine störungsspezifisch angepasste Therapie erfolgversprechender als standardisierte Behandlungsangebote, beispielsweise längerfristige, ausreichend hoch dosierte Nikotinsubstitution sowie zusätzliche Vermittlung störungsspezifischer Coping-Strategien bei depressiven Rauchern. Während sich im Allgemeinen die sogenannte Schlusspunktmethode, also der Rauchverzicht ab einem definierten Zeitpunkt, als beste Aufhörstrategie erwiesen hat, ist bei den genannten Subgruppen auch die Möglichkeit einer Reduzierung des täglichen Zigarettenkonsums als probates Mittel mit dem langfristigen Ziel des kompletten Rauchausstiegs zu erwägen.

Für die Nikotinsubstitution bieten sich je nach Störungsbild verschiedene Darreichungsformen an. Bei stark abhängigen Rauchern beispielsweise ist neben der ausreichenden Nikotinsubstitution die Entkopplung von Konsumzwang und Nikotinwirkung ein wichtiger Aspekt der Behandlung, was am besten durch die Anwendung von Nikotinplastern gewährleistet ist. Diese sind seit kurzem in Deutschland auch in höheren Abgabedosen bis zu 25 mg pro Pflaster erhältlich. In Dänemark durchgeführte Studien haben gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit für Langzeitabstinenz sich infolge der Höherdosierung der Nikotinsubstitution erhöht. Gelegentlich auftretende, anderweitig nicht zu bewältigende Verlangensattacken können durch (ggf. zusätzlich zum Pflaster verabreichte) Bedarfsmedikation mit schneller anflutenden Nikotinpräparaten wie Kaugummi oder Lutschtablette überbrückt werden.

Die beiden in Deutschland zugelassenen Medikamente Bupropion und Vareniclin sollten nicht gänzlich unerwähnt bleiben. Das 1988 in den USA ursprünglich als Antidepressivum entwickelte Bupropion hemmt die Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin und mildert dadurch die mit dem Nikotinentzug normalerweise verbundenen negativen Stimmungszustände, während der Wirkstoff Vareniclin als partieller Agonist der nikotinergen ACh-Rezeptoren diesen Rezeptortyp besetzt hält und die Nikotinwirkung direkt am Rezeptor imitiert. Würde der Raucher, bei dem sich daraufhin zumindest kein neurobiologisch begründetes Rauchverlangen mehr entwickelt, dennoch rauchen, würde sich infolge des Rauchens nicht der erwartete „Belohnungseffekt“ einstellen. Die Wirksamkeit beider Medikamente als Anti-Craving Substanzen ist belegt. Allerdings sollte die Verschreibung gut abgewogen werden, da die Nebenwirkungsprofile beider Substanzen von Erniedrigung der Krampfschwelle bis zu depressiven Verstimmungen die Verwendbarkeit deutlich einschränken. Außerdem weisen sie gegenüber der weniger nebenwirkungsreichen Nikotinsubstitution nur geringfügig höhere Erfolgsraten im Hinblick auf eine Langzeitabstinenz auf.

### Aufhörtmotivation anregen und weiter vermitteln

Die vielfältigen Arbeitsaufgaben in der Praxis lassen nicht immer genügend Raum für die Realisierung grundsätzlich wichtiger Präventionsanliegen. In Bezug auf das Thema Rauchen zeigt die Kosten-Nutzen-Analyse deutlich, dass der geringe Aufwand des Abfragens des Rauchstatus bereits unter Umständen kognitive Dissonanz in diesem Punkt verdeutlichen und eine Veränderungsbereitschaft beim Raucher anstoßen kann. Bereits Minimalinterventionen von wenigen Minuten Gesprächsdauer haben einen deutlichen Einfluss auf die Aufhörtquoten. Bei zeitlich limitierten Möglichkeiten der Intervention emp-

fiehlt es sich, Patienten mit entsprechendem Bedarf an intensiverer Beratung oder sogar Therapie an qualifizierte Entwöhnungsexperten weiter zu vermitteln.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf der Website [www.anbieter-raucherberatung.de](http://www.anbieter-raucherberatung.de) eine Datenbank zusammengestellt, auf der, nach Postleitzahlenbezirken geordnet, Anbieter von Raucherentwöhnungskursen und unterschiedlichen Einzelentwöhnungsverfahren gelistet sind.

#### Rauchertelefon des DKFZ:

Telefon: 0 62 21-42 42 00  
Rauchertelefon für Krebspatienten des DKFZ:  
Telefon: 0 62 21-42 42 24  
Mo–Do 14.00–17.00 Uhr

#### BZgA Beratungstelefon:

Telefon: 0 18 05-31 31 31  
Mo–Do 10.00–22.00 Uhr  
Fr–So 10.00–18.00 Uhr

Die Raucherberatungstelefone des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bieten ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern qualifizierte Entwöhnungsberatung an.

Das Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums bietet auch einen Beratungsservice für in Gesundheitsberufen Tätige an, die sich mit ihren fachspezifischen Fragestellungen direkt telefonisch oder aber per Mail ([rauchertelefon@dkfz.de](mailto:rauchertelefon@dkfz.de)) an suchttherapeutisch ausgebildete Psychologische Psychotherapeutinnen wenden können. □

Dipl. Psych. A. Albrecht  
Psychologische Psychotherapeutin LPK-BW  
Deutsches Krebsforschungszentrum  
Heidelberg

#### Literaturhinweise

- [1] AWMF Leitlinie (2006): Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“ ICD-10:F 17.xx
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (2008) MAK- und BAT-Werte-Liste 2008, Maximale Arbeitsplatzkonzentrationen und Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte; Mitteilung 44. Wiley-VCH, Weinheim
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.): Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit, Heidelberg und Berlin 2005
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Tabakatlas Deutschland 2009, S. 29
- Fiore, MC, Bailey, WC, Cohen, SJ et al. (2008) Treating Tobacco Use and Dependence: Update. U.S. Department of Health and Human Services.

- Heatherington, T. F., Koziowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O.: The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit. J. Addict* 86 (1991), 1119–1127
- IARC Monographs Volumes 1–99, overall evaluations of carcinogenicity to humans, last update 28.04.08, available online at: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/crthalllist.php>
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin (IFT-Berichte Bd. 167). München: IFT Institut für Therapieforchung
- [2] Nervenarzt 2009, DOI 10.1007/s00115-009-2744-y, Batra, A., Friederich, H.M. & Lutz, U., Therapie der Nikotinabhängigkeit, Springer Medizin Verlag

## Der Beitrag der psychiatrischen Klinik

zur beruflichen Integration psychisch kranker und behinderter Menschen

### Einführung

Der Anteil der durch psychische Krankheiten verursachten Arbeitsunfähigkeitstage, wie auch die Zahl deswegen notwendigen Frühberentungen zeigen, dass die Konsequenzen psychischer Erkrankungen auf die berufliche Integration über die Bedeutung für den betroffenen Menschen hinaus eine erhebliche gesellschaftliche Bedeutung haben. Sicherlich hat in den letzten Jahren die Stigmatisierung psychisch Kranker abgenommen. Dadurch werden psychisch Krankheiten auch häufiger als solchen benannt, sodass die gegenwärtigen Zahlen ein etwas realistischeres Bild vermittelt. Psychisch Krankheiten sind häufig und dauern vielfach auch länger an, als somatische Krankheiten. Zudem ist die Gefahr der Chronifizierung über alle seelischen Krankheiten hinweg gegeben. Gegen eine verbreitete Annahme nimmt dagegen die Zahl psychischer Krankheiten nicht zu. Es gibt aber viele Hinweise, dass die gegenwärtigen Anforderungen in der Arbeitswelt Auswirkungen auf die Auslösung und die

Dr. Ewald Rahn  
Stellv. Ärztlicher Direktor  
der LWL Klinik Warstein,  
Chefarzt der Abteilung  
Allgemeine Psychiatrie  
der LWL-Kliniken  
Warstein und Lippstadt



Folgen psychischer Erkrankungen haben. Die Öffentlichkeitswirksame Suizidwelle in großen französischen Firmen (Renault, France Telecom) ist ein jüngstes Beispiel für diesen Zusammenhang. Angesichts der Bedeutung des Problems ist natürlich zu fragen, wie auf diese Entwicklung angemessen reagiert werden kann und wie der Beitrag der psychiatrischen Klinik bei der Lösung der Probleme aussehen kann.

### Ausgangspunkt

Die Aufgabenstellung der klinischen psychiatrischen Versorgung hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. Die Behandlungszyklen sind

deutlich kürzer geworden (ca. 30 Tage im Durchschnitt), das Spektrum der behandelten Erkrankungen hat sich verändert (in Richtung Depression und Persönlichkeitsstörungen) und die Behandlungsmöglichkeiten haben sich erweitert. Dadurch sind die Aufgaben in der klinischen psychiatrischen Versorgung komplexer geworden. Dies betrifft auch die Fragen der beruflichen Integration. Dies gilt nicht alleine in Bezug auf die unterschiedlichen psychischen Erkrankungen (Depression, Suchterkrankung, Psychose), sondern auch für die beruflichen Laufbahnzyklen (Schule, Berufsfindung, Ausbildung, Karriere, Beendigung der beruflichen Laufbahn). Die Wechselwirkung zwischen Krankheitsfaktoren und psychosozialen Anforderungen im Beruf sind Grund dafür, dass eine erfolgreiche Therapie der psychischen Erkrankung alleine noch kein Garant für eine ebenso erfolgreiche berufliche Reintegration sein muss. Daher ist die Entwicklung spezifischer Techniken zur Rehabilitation und Reintegration erforderlich, zumal es auch in der Arbeitswelt erheblichen Veränderungen der Anforderungsprofile gegeben hat.

### Welche Strategien haben sich als effizient erwiesen?

Lange Zeit spielte in der psychiatrischen Versorgung die Behandlung von Psychosen eine zentrale Rolle. Die berufliche Integration dieser Zielgruppe ist insgesamt nur für einen kleineren Teil der Betroffenen möglich (ca. 30%). Die Integrationsraten haben sich auch unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht wesentlich verbessert. Es ist nicht verwunderlich, dass in diesem Bereich die Schaffung von Nischenarbeitsplätzen nach wie vor im Vordergrund steht (Was im Hinblick auf die Lebensqualität auch berechtigt ist). Die Transferraten etwa von Arbeitsplätzen im Bereich beschützter Werkstätten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sind aber sehr niedrig. Dies zeigt, dass die Schaffung von Schutz- und Schonräumen die Reintegration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht erleichtert. Ebenso unbefriedigend bleiben die

Trainingsstrategien, den vielen psychisch Kranken gelingt nach dem Training oft nicht, die Trainingsergebnisse in ihren beruflichen Alltag zu übertragen. So ist es nicht verwunderlich, dass Praxiserprobungen, etwa im Rahmen der Arbeits- und Belastungserprobung, oft zuverlässiger die Reintegration unterstützen. Daraus hat sich das Prinzip „First place, then train“ entwickelt. Ohnehin scheint die Beratung bei der beruflichen Reintegration eine gewichtige Rolle zu spielen, wobei die Beratung umso erfolgreicher eingesetzt werden kann, umso näher sie am möglichen Arbeitsplatz angesiedelt ist, also eine echte Begleitung darstellt (Supported employment). Der einfacher Fähigkeits- Anforderungsvergleich reicht als Grundlage für eine gezielte Platzierung in der Regel nicht aus, weil die Leistungsfähigkeit und noch mehr die Leistungsbereitschaft eines Betroffenen stark von motivationalen Faktoren abhängig sind, die sich im Spannungsfeld zwischen Anforderungshöhe und eingeräumter Gestaltungsspielraum beschreiben lassen. Dabei spielen bei dem Erfolg einer Strategie die Aktivierung von Ressourcen eine entscheidende Rolle, ebenso wie Übernahme von Eigenverantwortung und Eigeninitiative. Dies muss beim Arbeitstraining mehr noch bei der Beratung des Betroffenen berücksichtigt werden. Daraus resultieren spezifische Beratungstechniken (etwa motivierende Gesprächsführung u. ä.). Dadurch bekommen auch psychotherapeutische Strategien ein höheres Gewicht. Gegenwärtig noch nicht abzuschätzen ist der Nutzen der Hirnforschung und der Neuropsychologie für die berufliche Rehabilitation. Gesichert ist der Einfluss exekutiver Funktionen auf die Leistungsfähigkeit, denn in der Arbeitswelt ist planerisches Handeln, Impulskontrolle und die Modifikation von Verhalten fortlaufend gefordert. Die Bedeutung der exekutiven Funktionen verändert möglicherweise in der Zukunft den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik und des neuropsychologischen Trainings. Insgesamt müssen also bei der beruflichen Integration verschiedene Ebenen berücksichtigt werden. Aus diesem Grunde erfolgen die Hilfen

multiprofessionell und wenn möglich in Rahmen eines koordinierten Vorgehens aller Beteiligten (Integrierte Rehabilitation). Die Hilfen müssen aber nicht nur angemessen sein, sie sollten auch zeitgerecht erfolgen. Die Folgen längerfristiger Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit zeigen, dass die Länge der Latenz bis zum Einsetzen der Hilfe die (Re)integrationschancen verschlechtert. So kommen gegenwärtig die stationären Behandlungen psychischer Erkrankungen im Hinblick auf die berufliche Integration oft zu spät, weil die Zeit der Desintegration zu diesem Zeitpunkt die Motivation der Betroffenen bereits zu weit in Richtung Vermeidung und Resignation verschoben hat.

### Welche Arbeitsbedingungen tragen zur Auslösung psychischer Erkrankungen bei, oder stellen Barrieren für die Integration dar?

Eine weiterhin populäre Vorstellung belastender Arbeitsbedingungen stellt das Konzept der Erschöpfung (Burn Out) dar. Erschöpfung stellt sich ein, wenn fortlaufend die -Arbeitsanforderungen das Leistungsvermögen des Arbeitenden übersteigt und damit die Arbeit nicht mehr als erfolgreich wahrgenommen wird. Zentraler Ausdruck der Erschöpfung ist ein zunehmendes Gefühl der Hilflosigkeit, oft getarnt hinter Sarkasmus und Klagsamkeit. Ein weiteres Konzept beleuchtet die Folgen von Feindseligkeit am Arbeitsplatz (Mobbing Konzept). Feindseligkeit kann kurzfristig aktivierend sein, führt auf lange Sicht aber zur Inaktivität und zum Rückzug und beeinträchtigt dann erheblich die Arbeitsleistung. Feindseligkeit erzeugt die basalen Reaktionen Kampf und Flucht. Wird beides unterdrückt, entsteht ein hohes Krankheitsrisiko. Die langfristige Arbeitsmotivation (Hingabebereitschaft) ist maßgeblich von einer ausgewogenen Gratifikation (nicht nur in Form materieller Zuwendung oder Erfolges) abhängig. Kommt es hier längerfristig zu einem Missverhältnis leidet zunächst die Motivation, später entstehen auch hier Krankheitsrisiken (Modell der Gratifikationskrisen). Nach wie vor stellen Stressreaktionen das Verbindungs-

glied zwischen den Arbeitsbedingungen und der individuellen Reaktion des Individuums dar. Stressreaktionen sind eng mit den persönlichen Erfahrungen verknüpft und wurzeln in individuell angelegten Mustern und Schemata. Hierbei ist die emotionale Bewertung wichtig. Psychisch Kranke oder für eine psychische Erkrankung disponierte Personen zeigen hier oft Auffälligkeiten, zumal fast alle psychischen Erkrankungen zu Veränderungen in diesem Bereich führen. Meist leidet das wichtige Gefühl der Sicherheit.

### Welche Rolle spielt die psychiatrische Klinik

In der Tradition der Sozialpsychiatrie hat die Integration in die Arbeitswelt in der psychiatrischen Klinik immer schon einen etwas höheren Stellenwert als in anderen Bereichen der Medizin, auch weil viele psychisch Kranke in diesem Bereich immer schon besonders große Schwierigkeiten hatten. Die Veränderungen in der Arbeitswelt und auch die anderen Zielgruppen stellen jedoch auch die psychiatrische Klinik vor neue Herausforderungen. Die in der Klinik vorhandene Kompetenz wird dabei nur nutzbar gemacht werden können, wenn die daraus entwickelten Angebote in eine Gesamtkonzeption eingebunden werden. Nur so können die Hilfen koordiniert, zeitgerecht und gezielt eingesetzt werden. Dabei werden sicherlich eine Reihe von (etwa institutionelle) Barrieren zu überwinden sein.

### Grundidee des Kompetenz-Zentrum für Integration

Vor allem die Vielfalt der Probleme und die Komplexität der Fragestellungen war in der LWL Klinik Warstein nun Ausgangspunkt, das Angebot in der Klinik grundsätzlich zu überdenken und zu modifizieren. Auf diese Art und Weise entstand in der Klinik das Kompetenz-Zentrum Integration (kurz KomZI). Zunächst sollte mit dem KomZI die Kompetenz der Klinik in der Frage berufliche (Re)integration gebündelt und damit die Multiprofessionalität

gesichert werden. Gebündelt wurden die Funktionen Beratung, Begleitung, ein spezifisches psychotherapeutisches Angebot, Arbeitsdiagnostik, Arbeitstraining, neuropsychologische Diagnostik und Therapie und Kooperation mit anderen Hilfen und Trägern. Das Ziel war die Koordination der einzelnen Kompetenzen prozessorientiert im Rahmen von Programmen zu organisieren. Diese Programme werden dazu anhand von arbeitsbezogenen Fragestellungen zu Modulen zusammengefasst. Projektiert wurden die Module:

- Motivation zur Arbeit
- Überwindung längerfristiger Arbeitslosigkeit
- Klärung der Erwerbsfähigkeit
- Wiedereingliederung
- Berufliche Neuorientierung
- Berufliche Orientierung
- Überwindung von Arbeitsstörungen
- Prävention

Im folgenden soll die Entwicklung und die zentralen Fragen und Erfahrungen mit einzelnen Modulen erläutert werden.

### Motivation zur Arbeit

Aktives Handeln ist nach wie vor einer der wichtigsten Garanten psychischer Gesundheit, schützt vor Funktionsverlust und Chronifizierung und beugt sozialer Desintegration vor. Die Fähigkeit und Bereitschaft zu arbeiten ist auch heute ein wichtiges Feld auf dem aktives Handeln gefördert und aufrecht erhalten werden kann. Es gibt dazu wenig funktionierende Alternativen. Nicht arbeiten bedeutet daher für viele sozialer Rückzug und Inaktivität. Nun finden heute eine Reihe von Zielgruppen keinen selbstverständlichen Zugang zur Arbeit. Das sind ein zunehmende Zahl von jungen Leuten, die hohe Hürden beim Zugang zum Arbeitsmarkt zu überwinden haben, die aber auch motivational nicht ausreichend ausgestattet sind, oder in Subkulturen hineinwachsen, oft begleitet mit Drogenkonsum. Die Betroffenen sind meist nicht in der Lage, verschiedene Alternativen emotional zu priorisieren und können in der Folge keine ausreichende und nachhaltige Motivation aufbauen. Außerdem sind

Wahrnehmungsfertigkeiten, die der Erfahrungsbildung nutzen, nicht ausreichend vorhanden. Diese Zielgruppe muss daher lernen, Entscheidungen zu treffen, Erfahrungen auszuwerten und eine stabile Motivation aufzubauen. Übungen und Verhaltensexperimente sind hilfreich, müssen aber noch durch psychotherapeutische Elemente (etwa im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung) ergänzt werden. Zentrales Element ist hier das Fertigkeitstraining, etwa im Umgang mit Stress, emotionalen inneren Zuständen und Verbesserung der sozialen Kompetenz. Bewährt hat sich bei dieser Zielgruppe, die Hilfe in einen Coaching Prozess einzubetten mit eindeutigen Bezugspersonen. Für die Nachhaltigkeit ist auch wichtig, dass die Aktivierung kontinuierlich ist und auch durch ambulante Hilfen aufrecht erhalten wird.

Eine andere Zielgruppe für dieses Modul sind Phänomene die an anderer Stelle als chronisches Krankheitsverhalten beschrieben worden sind. Dabei kommt es zu einem zunehmenden Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten. Die Erwartungen an die Gesundheit sind dabei zu hoch (vollkommene Abwesenheit von Symptomen), bei eher passiven eigenen Lösungskonzepten. Die Betroffenen warten so auf die Heilung, nehmen dabei zahlreiche medizinischen Hilfen in Anspruch, fühlen sich aber zunehmend gekränkt und hilflos. Bei dieser Zielgruppe muss im Rahmen des Hilfe an die Verbesserung des Selbstwertgefühls gearbeitet werden. Es geht darum wieder mehr Zutrauen in die eigenen Stärken und Fähigkeiten zu bekommen. Zudem müssen die Erwartungen und Ziele realistischer werden und Ängste vor Versagen abgebaut werden. Es geht dabei auch um die Vermittlung von Erfolgserlebnissen, wobei dem Einsatz des eigenen Körpers viel Beachtung geschenkt werden muss.

### Überwindung längerfristiger Arbeitslosigkeit

Die Reintegrationschancen auf den Arbeitsmarkt sinkt mit der Dauer der Arbeitslosigkeit rapide ab. Arbeitslosig-

keit erhöht die Wahrscheinlichkeit von einer Vielzahl von Erkrankung, wie auch psychische Erkrankungen oft bei der Entstehung von Arbeitslosigkeit beteiligt sind. Bei längerfristiger Arbeitslosigkeit verändert sich das Verhalten der Betroffenen. Arbeitslosigkeit wird quasi gelernt, was dann zu einer der Haupthindernissen für die Reintegration werden kann. Diese Phänomene erschweren auch den Beratungs- und Betreuungsprozess im Rahmen der Träger des Arbeitslosengeldes II (ARGE). Ein wichtiges Bindeglied für dieses KomZI Modul ist daher die enge Kooperation mit den regionalen ARGE, mit denen es feste Kooperationsverträge gibt. Kernelement dieser Kooperation sind Fortbildung für die Berater der ARGE und Sprechstunden von Mitarbeitern der Klinik für die Klienten der ARGE. Die bisherigen Erfahrungen bestätigen, dass bei den Klienten ein überdurchschnittlich hohe Zahl psychische Erkrankungen haben, vor allem Suchterkrankungen, aber auch Depressionen, somatoforme Störungen und Angsterkrankungen. Bei vielen psychisch kranken Klienten kommt es zu Schwierigkeiten bei der Kooperation und dem Durchhalten von Maßnahmen. Zentrales Anliegen des Angebotes der Klinik ist es daher, die Eigeninitiative der Betroffenen zu stärken, etwa durch Hilfen bei dem Management des Tagesablaufes und der Arbeitsstellensuche. Die Betroffenen sollen sich mit Ihren Ressourcen und Fähigkeiten beschäftigen und sich nicht als weitgehend passive Empfänger von Leistungen und Maßnahmen verstehen. Auch soll das Interesse an der Arbeitswelt, der lokalen Beschäftigungssituation und möglichen Tätigkeitsfeldern aufrecht erhalten werden. Ein weiteres Element ist die Bearbeitung der Problematik Arbeitslosigkeit in psychotherapeutischen Gruppen. Auch in diesem Modul bewährt sich das Coaching, ebenso eine differenzierte Leistungsdiagnostik.

### Klärung der Erwerbsfähigkeit

In diesem Modul nimmt die Diagnostik eine zentrale Rolle ein, wobei sich gerade hier der multiprofessionelle Ansatz be-

währt. Diagnostik findet in diesem Sinne als neuropsychologische Diagnostik statt aber auch im Rahmen konkreter Beobachtungen bei der Arbeit und bei berufsspezifischen Aufgaben und bei der der nervenärztlichen Untersuchung. Viele unserer Patienten kommen in die Klinik bereits mit einer vorgefassten Meinung zu ihrer Erwerbstätigkeit. Manche haben bereits Rentenanträge gestellt oder haben sogar einen länger andauernden Rentenantragsverfahren hinter sich. Andere sind jedoch noch ambivalent, meist jedoch sehr verunsichert im Hinblick auf ihre zukünftige Arbeitstätigkeit. In den meisten Fällen liegen Gratifikationskrisen vor. Die vorherrschende Haltung ist Verbitterung, gelegentlich sogar Resignation. Bei einer solchen Konstellation reicht es natürlich nicht aus, Leistungsdiagnostik zu betreiben. Es geht auch um eine Bilanzierung der Erwerbsgeschichte, die Betrachtung und das Abwägen von Erwartungen. All dies muss eingebettet sein, in eine Lebensplanung inklusive der Berücksichtigung der familiären Kontextes. Gegenwärtig werden insbesondere von den Rentenversicherern höhere Hürden für die Frühberentung aufgebaut. Viele Betroffene geraten dabei zwischen die Fronten der unterschiedlichen Kostenträger, wobei unterschiedliche Definitionen über die Integrationsvoraussetzungen eine Rolle spielen. In der Praxis zeigt sich, dass diese Hürden das Problem alleine nicht wirklich lösen. Vor allem wird durch lang andauernde Rentenantragsverfahren sehr viel Schaden angerichtet und auch Kosten verursacht. Die komplex und multiprofessionell angelegte Diagnostik dieses Moduls soll daher dazu beitragen, ein möglichst realistisches Bild über die Fähigkeit eines Individuums zu bekommen, auf die vorhandenen Leistungsressourcen zurück zu greifen.

### Wiedereingliederung

Gerade im Rahmen der Depressionsbehandlung hat sich gezeigt, wie wichtig eine sorgfältig vorbereitete Wiedereingliederung der Betroffenen in den Arbeitsprozess ist. Eine der Gründe da-

für ist, dass auch nach Verschwinden der Symptomatik bei vielen die Belastungsfähigkeit noch eingeschränkt ist. Auch wird die Wiedereingliederung von Seiten der Arbeitgeber und noch mehr der Arbeitskollegen oft von einer gewissen Skepsis begleitet. Viele Betroffene fühlen sich dann beobachtet, werden misstrauisch und vermeidend. Zentrales Element der Wiedereingliederung ist daher ein Beratungsprozess, bei dem die unterschiedlichen Aspekte der Wiedereingliederung zu Sprache kommen. Bei vielen lohnt sich eine stufenweise Wiedereingliederung im Rahmen der Arbeits- und Belastungs-erprobung, wobei auch hier oft Hilfe durch Berater wichtig ist. Die Betroffenen müssen sich darüber hinaus auch wappnen, wie sie ihre Krankheiten kommunizieren und mit welchen Mitteln gegen eventuell vorhandene Mythen angegangen werden kann.

### Berufliche Orientierung, berufliche Neuorientierung

Es ist mitunter erschreckend, dass gerade junge Patienten keinerlei Vorstellungen haben, wie ihre berufliche Laufbahn aussehen könnte. Vielfach fehlen sogar basale Informationen über die Arbeitswelt. Deren Komplexität erfordert aber ein zielgerichtetes selbständiges Handeln, weil ansonsten keine Orientierung möglich ist. Auch eine berufliche Neuorientierung, wenn sie notwendig wird, ist heutzutage nicht mehr einfach, vor allem wenn die Weiterbeschäftigungschancen beachtet werden. Zentraler Ansatzpunkt in diesen beiden Modulen ist daher die Förderung einer beruflichen Identität, zumindest die Beschreibung eines persönlichen Profils. Selbstverständlich gehören zu diesem Modul Elemente der Stellenrecherche, das Bewerbertraining und die Erprobung im Rahmen von Praktika. Gerade diese Module erfordern zudem eine Vernetzung durch nachsorgende Institutionen, etwa im Rahmen von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. Selbstverständlich ist natürlich eine sorgfältige Leistungsdiagnostik, die auch in diesem Falle multiprofessionell angelegt ist.

## Arbeitsstörungen

Viele der Patienten und Klienten zeigte bereits vor der Erkrankung Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten, insbesondere bei der sozialen Kompetenz, der Arbeitsorganisation und der Arbeitskontinuität. Dabei spielen die oben beschriebenen Konstellationen eine Rolle, etwa Überforderung, Verbitterung, Feindseligkeit etc. Die Bewältigung dieser Anforderungen und die Realisierung der dazu notwendigen Veränderungen bei der eigenen Haltung und im Verhalten erfordert vordringlich eine psychotherapeutische Intervention und eine zielgerichtete sozialpädagogische Beratung. Die Interventionen erfolgen hauptsächlich im Gruppensetting, wobei Elemente der Selbsthilfe einfließen. Dieses Angebot formiert in der Klinik und der Ambulanz je nach Zielgruppe unter verschiedenen Begriffen (Zielfindungsgruppe, Arbeitsstörungsgruppe etc.). Die Konzentration auf die berufliche Tätigkeit hat sich sehr bewährt und hat im Sinne des Empowerment Gedankens einen großen Einfluss auf das Erschließen von Ressourcen, die Verbesserung des Selbstbildes und den Abbau von Aversionen im Hinblick auf die Wiederaufnahme der Arbeit.

## Prävention

Dieses Modul ist als Element des betrieblichen Gesundheitsmanagement gedacht und als Element der universellen und selektiven Prävention. Die Schnittstelle für die Maßnahmen zu selektiven Prävention sind sicherlich die Integrationsfachdienste und die arbeitsmedizinischen Dienste der Betriebe. In der Zukunftsprojektion müssen allerdings noch eine Reihe von methodischen Fragen geklärt werden, etwa ob in der Prävention überhaupt Strategien sinnvoll sind, die ursprünglich im kurativen Bereich entwickelt wurden. Gegenwärtig läuft in der Klinik dazu ein Projekt mit einer berufsvorbereitenden Schule, bei dem der Umgang mit Emotionen Thema ist. Dabei mussten selbstverständlich aus dem Programm (das als Unterrichtsfach konzi-

piert ist) alle Verweise auf Pathologie entfernt werden.

Die Bündelung der Ressourcen der Klinik zur beruflichen Rehabilitation scheint aufgrund der bisherigen Erfahrungen zu einem deutlichen Kompetenzzuwachs zu führen. Schon bald ließen sich in diesem Rahmen einige Fragen herausarbeiten, die bei der Integration psychisch Kranker von zentraler Bedeutung sind. Außerdem hat sich die Methodenvielfalt bewährt, die auch die Einführung neuer spezifischer Angebote ermöglicht. Auf diese Weise kann es gelingen, die Rolle eines konstruktiven Beitrag zur Lösung der zahlreichen Probleme zuleisten. Nicht zuletzt ist das KomZI ein Ansatz, der die Organisationsentwicklung der Klinik vorantreibt und die Vernetzung mit anderen Angeboten und gesellschaftlichen Bereichen entwickeln hilft. Es bleibt zu hoffen, dass es perspektivisch gelingen wird, die Position psychisch Kranker in der Arbeitswelt zu verbessern. □

Dr. Ewald Rahn

## Impressum ASUpraxis

### ASUpraxis – Der Betriebsarzt

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

### Chefredaktion

J. Dreher (verantwortlich)

### Redaktion dieser Ausgabe

Dr. med. R. Hess-Gräfenberg

Dr. med. J. Petersen

Dr. med. M. Stichert

### 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

# Hautschutz Kongress in Essen

Etwa 600 Mediziner, Sicherheitsingenieure sowie Vertreter der Berufsgenossenschaften und der Gewerbeaufsicht werden anlässlich des 10. Internationalen Hautschutztages am 8. und 9. Juni 2010 im Congress Center Essen erwartet. Erstmals findet der größte Fachkongress auf dem Gebiet des beruflichen Hautschutzes nicht mehr in Krefeld, sondern in der Kulturhauptstadt Essen statt.

Mit dem Ortswechsel nach Essen soll noch mehr Interessenten als bisher die Teilnahme ermöglicht werden. Ziel des Internationalen Hautschutztages ist der Austausch von Informationen und Forschungsergebnissen zwischen Experten aus ganz Europa. Veranstaltet wird die Tagung von einem wissenschaftlichen Beirat und dem Geschäftsgebiet STOKO Skin Care der Evonik Stockhausen

GmbH. Wissenschaftlicher Leiter des Hautschutztages ist der Dermatologe Prof. Dr. Sawko W. Wassilew. Schwerpunkt des Kongresses ist die Verhütung von beruflich bedingten Hautkrankheiten. Der erste Veranstaltungstag widmet sich vor allem praxisorientierten Themen und richtet sich an Sicherheitsfachleute, Sicherheitsingenieure und Präventionsbeauftragte. Auf dem Programm stehen zum Beispiel eine kritische Bewertung über Informationsquellen zum Hautschutz im Internet sowie ein Vortrag zum aktuellen Thema Händedesinfektion. Am zweiten Tag werden die Mediziner angesprochen. Es geht um Duftstoffallergien sowie Hautbelastungen durch UV-Licht. □

Kontakt: Organisationsbüro KMB Media, Info@kmb-media.de oder [www.internationaler-hautschutztage.de](http://www.internationaler-hautschutztage.de)