

Am besten hat in der Gesamtsicht der Befragungsergebnisse der Begriff „Überlastungsekzem“ abgeschnitten. Das „Abnutzungsekzem“ gibt zwar die lang andauernden und häufig wiederholten Einwirkungen besser wieder, vermittelt aber schlecht die Assoziation an chemische Stoffe. Das irritative Ekzem führt zwar zur Assoziation chemischer Stoffe, hat aber Nachteile hinsichtlich lang andauernden und häufig wiederholten Einwirkungen.

Die Bezeichnung subtoxisch kumulatives Handekzem hat einen beschreiben-

den Charakter. „Überlastung“ in dem Begriff Überlastungsekzem drückt im Vergleich dazu auch eine Bewertung aus. Dieser Anteil kann jedoch das Präventionsanliegen, geeignete Maßnahmen rechtzeitig durchzuführen, durchaus fördern.

Mit den dargestellten Studienergebnissen ist ein erster Schritt getan, dass man sich auf einen präventionsauglichen Begriff einigt. Weitere Schritte sind noch notwendig, z. B. die Überlegung, ob bei unterschiedlichen Berufsgruppen ein unterschiedlicher Sprachge-

brauch zu erwarten ist mit der Folge, dass unterschiedliche Begriffe bevorzugt werden. Dies war in dem befragten Kollektiv nicht zu erheben.

Nach einer bundesweiten Hautkampagne in den Jahren 2007 / 2008 und einer Weiterführung des Hautthemas als ein Schwerpunkt der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie wäre es schon ist zu wünschen, dass einer der zentralen Krankheitsbegriffe nicht nur auf „Fachchinesisch“ sondern auch mit einem verständlichen Begriff kommuniziert werden kann. □

5. Fall-Konferenz – Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz –

„Aus der Praxis für die Praxis“

Eine Kooperation des Düsseldorfer Bündnisses gegen Depression und der Ärztekammer Nordrhein

Am 26.01.2011 hat erneut die inzwischen schon fest etablierte 5. Fallkonferenz im LVR-Klinikum stattgefunden. An diesem Tag referierte Herr Dr. Ludger Pastoors, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Düsseldorf, über das Thema: **„Beratung und Hilfe bei psychischen Krisen“**. Das Düsseldorfer Bündnis gegen Depression ist, wie schon berichtet, eine Initiative der in der psychiatrischen Versorgung tätigen Institutionen und Organisationen.

Herr Dr. Pastoors verwies darauf, dass es ganz wichtig ist, den Betroffenen ein basales Beziehungsangebot zu bieten. Es sollte dabei abgefragt werden: „Wie dringlich ist eine Intervention?“, „Was ist los?“ und „Was war der Auslöser für die Krise?“. Dabei ist es hilfreich, zwischen ruhigen Krisen und virulenten Krisen mit starker Affektspannung zu unterscheiden.

Im Vordergrund steht aber einfach **„Zuhören“**. Die Gefährdung muss abgeklärt werden und wir sollten uns keineswegs scheuen, die Suizidalität anzusprechen. Alleine durch das Benennen würde die akute Gefährdung reduziert, meinte Herr Dr. Pastoors. Es ist oft interessant zu erfragen, ob ein Suizid bereits in der Vorgeschichte versucht wurde. Hilfreich ist auch die Frage: „Welche Hobbys haben Sie?“

Meistens kommen die Betroffenen dann in Schwingungen und sind wieder erreichbar und man bindet sie an die Realität. Wichtig ist eine Reizabschirmung und das „Herunter triggern“ der Situation.

Dann sollten Hausarzt oder Angehörige, so eben möglich, eingeschaltet werden. Das Ziel ist eine ärztliche Abklärung und mögliche Therapie. Wenn ein Betroffener oder eine Betroffene weitergeschickt wird, sollte zuvor immer ein konkreter Termin vereinbart worden sein.

Ist kein anderer erreichbar, dann sollte der Sozialpsychiatrische Dienst der Gemeinde eingeschaltet werden. In einer akuten Situation, etwa bei Suizidalität kann auch das Ordnungsamt eingeschaltet werden; auch ein Betriebsarzt kann ein Psych-KG Verfahren einleiten. Die Zuständigkeiten im Psych-KG richten sich nach dem Aufenthaltsort. Die Interventionsmöglichkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes richtet sich dagegen nach dem Wohnort, was problematisch ist in Fällen, in denen der Patient nicht dort arbeitet, wo er wohnt.

Als Einweisungsdiagnose muss immer eine psychiatrische Diagnose vorliegen, aus der eine akute Fremd- oder Eigengefährdung hervorgeht. Die Einweisung ist nur möglich, wenn die Gefährdung nicht anders abzuweisen ist.

Die einweisende Behörde ist das Ordnungsamt. Dies benötigt dazu ein ärztliches Attest, z. B. mit der Diagnose: „Anpassungsstörung mit akuter Gefährdung“. Das Ordnungsamt kann die Einweisung allerdings auch ablehnen. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat keine Möglichkeit zu behandeln, wobei natürlich akut vieles möglich ist. Die Krisenintervention liegt ansonsten beim hinzugezogenen Notarzt. Es war wieder einmal ein von Allen begrüßter kollegialer Austausch, der viermal pro Jahr stattfindet. Die 6. Fallkonferenz „Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz“ ist für den 7. April 2011 geplant. An diesem Tag wird der leitende Betriebsarzt Dr. Reifferscheid das Konzept der integrierten Versorgung der Firma Henkel, das gemeinsam mit der BKK Essanella implementiert wurde, vorstellen und die betrieblichen Mental Health-Programme zur Primär- und Sekundärprävention psychischer Erkrankungen im Unternehmen präsentieren. Interessierte Kolleginnen und Kollegen können sich auch für weitere Termine bei der Geschäftsstelle des Bündnisses gegen Depression, Frau Dr. Toeller viktoria.toeller@lvr.de, anmelden. □

Dr. Monika Stichert