

Editorial

Psychische Gesundheit im Betrieb

Der Arbeitswelt kommt bei der Vermeidung psychischer Erkrankungen eine Schlüsselrolle zu. Der Wandel hin zu modernen Dienstleistungs- und Wissensgesellschaften erhöht die Anforderungen an Arbeitnehmer. Arbeitsprozesse werden beschleunigt, die Ansprüche an Eigenverantwortung, Flexibilität und Mobilität nehmen zu. Diese Entwicklungen können die psychische Gesundheit der Menschen belasten. Auswirkungen sind bereits deutlich sichtbar: Psychische Erkrankungen sind immer häufiger Ursache für Fehlzeiten und Frühverrentungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. In Deutschland gingen im Jahr 2010 fast 10 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsstage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf psychische Erkrankungen zurück. Dies belastet nicht nur die betroffenen Menschen, sondern auch die Unternehmen und die Sozialversicherungen. Nicht nur die Versorgungskosten zur Behandlung von psychischen Erkrankungen sind hoch. Auch wirtschaftliche und soziale Verluste, beispielsweise durch eingeschränkte Produktivität am Arbeitsplatz, führen zu einem betriebs- und volkswirtschaftlichen Schaden.

In Deutschland führen insbesondere große Betriebe Betriebliche Gesundheitsförderung auf freiwilliger Basis und auf eigene Kosten durch. Sie haben zudem die Aufgabe Erkrankungen – auch psychische Erkrankungen – durch die Arbeit durch Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention abzuwenden. Doch nicht jeder Betrieb besitzt die finanziellen und personellen Kapazitäten für die betriebliche Gesundheitsförderung. Vor allem kleine und mittelständische Firmen sind auf die Vernetzung mit überbetrieblichen Akteuren angewiesen, die sie dabei unterstützen.

Zudem sind die gesetzlichen Krankenkassen durch den § 20 Sozialgesetzbuch V zur betrieblichen Gesundheitsförderung verpflichtet. Mittlerweile investieren sie pro Jahr 40 Millionen Euro in diese Aufgabe. Dabei verfolgen sie insbesondere das Ziel, individuelle Fähigkeiten zur Bewältigung von Stress und zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung zu stärken. Die Qualität der Arbeitsbedingungen bietet zugleich die Möglichkeit, die gesundheitlichen Kompetenzen der Beschäftigten zu stärken.

Die Strukturen für Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt können Mithilfe der Experten im Betrieb – den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten – durch Kooperationen zwischen den Betrieben und den Sozialversicherungsträgern unterstützt werden.

Inhalt

Editorial

Psychische Gesundheit im Betrieb **33**

Praxis

Erste Influenzapandemie des 21. Jahrhunderts – Was haben wir gelernt? **34**

Aspekte zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen
Psychoseprävention **39**

Subtoxisch kumulatives Handekzem – wie bitte? **42**

5. Fall-Konferenz –
Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz –
„Aus der Praxis für die Praxis“ **46**

Berufstätig mit Rheuma **47**

Industrieinformationen

RÖMER APOTHEKE jetzt ISO 9001 zertifiziert **48**

Impressum

48

In dieser Ausgabe wird auf die Erfassung von psychischen Erkrankungen in Form einer Checkliste „Checkliste zur Früherkennung (Altersgruppe 18 – 40 Jahre)“ durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte eingegangen. Psychische Erkrankungen sind nach wie vor tabuisiert und viele stehen ratlos davor. Diese Checkliste ist eine sehr gute Methode, psychischen Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und anhand dieses Erhebungsinstrumentes den Beschäftigten zu helfen, z. B. Kontakt zu dem Hausarzt oder zu einem Psychotherapeuten aufzubauen. Sie ist für die eigene Nutzung herunterladbar unter www.asu-praxis.de.

Beispielhaft wird auch eine wichtige Kooperation des Düsseldorfer Bündnisses gegen Depression und der Ärztekammer Nordrhein vorgestellt. Diese Fallkonferenzen geben Betriebsärztinnen und Betriebsärzten die Möglichkeit sich zu dieser Thematik sektorübergreifend weiterzubilden. Diese Fallkonferenzen laden zur Nachahmung ein.

Es gibt viel zu tun – wir sind auf dem Weg.

Dr. Annegret Schoeller

Erste Influenzapandemie des 21. Jahrhunderts – Was haben wir gelernt?

National und international besteht die Aufgabe, sich auf eine Influenzapandemie vorzubereiten. Die Ärzteschaft hat sich dazu bekannt, im Pandemiefall alle Anstrengungen zu unternehmen, um die ambulante und stationäre ärztliche Versorgung der Patienten soweit wie möglich zu gewährleisten. Eine besondere Herausforderung ist der Umstand, dass die Bekämpfung einer Influenzapandemie im Rahmen der Regelversorgung stattfinden soll und damit finanzielle und haftungsrechtliche Fragen für Ärztinnen und Ärzte zu klären sind. Die Bundesregierung musste hierfür gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen sowie die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen und im Arbeitsschutz festschreiben und klären, wer die Kosten für die Vorbereitung einer Pandemie und die Behandlung der Patienten mit dem damit verbundenen ärztlichen Mehraufwand übernimmt. Die Betriebe, die die Chance wahrgenommen haben, sich auf eine Pandemie vorzubereiten, haben sich von Betriebsärzten beraten lassen und sich nach betriebsspezifischen Pandemieplänen auf eine Pandemie vorbereitet und mit persönlichen Schutzmaßnahmen bevorratet. Auf diese Art und Weise waren sie vorbereitet, die H1N1 Influenzapandemie je nach Pandemiephase der WHO im Betrieb zum Schutze der Beschäftigten zu bekämpfen.

Mit dem Ausrufen der Pandemiestufe 6 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Juni des Jahres 2009 wurden internationale Maßnahmen gegen die Influenza A (H1N1) ergriffen. In Deutschland zeigten sich einige Probleme bei der Bekämpfung des A-(H1N1)-Virus. Eine nicht einheitliche Risikokommunikation auf allen Ebenen

hat die Bevölkerung, aber auch Ärztinnen und Ärzte verunsichert. Die gesammelten Erfahrungen müssen eine Grundlage zur Optimierung der zukünftigen Pandemiebekämpfung auf Bundes- wie auch Landesebene bilden.

Epidemiologie der H1N1-Influenzapandemie 2009

Die erste Pandemie dieses Jahrhunderts war die sogenannte „Schweinegrippe“. Die Influenzapandemie-Warnphase 6 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 11.06.2009 international ausgerufen. Die Pandemiewarnstufe 6 bedeutete auch für die Bundesrepublik, dass intensive Maßnahmen von Bund und Ländern sowie gesamtgesellschaftlich zur Eindämmung einer Pandemie gemäß dem nationalen Pandemieplan getroffen werden mussten. Die Initialphase der Präventionsstrategie in Deutschland hatte das Ziel, mittels umfassender Infektionsschutzmaßnahmen möglichst alle Fälle zu erfassen, um eine autochthone Verbreitung zu verzögern. Erst im Juli 2009 kam es in Deutschland dann zu steigenden Fallzahlen, jedoch anders als in anderen europäischen Ländern mit einer zunächst nur geringen Zahl autochthoner Infektionen. Ab dieser Zeit wurden die Infektionsschutzmaßnahmen auf vulnerable Gruppen begrenzt. Nachdem im August 2009 die wöchentlichen registrierten Meldungen zunächst wieder sanken, stiegen die Fallzahlen ab Oktober 2009 zuerst in Süddeutschland erneut an und erreichten Anfang November deutschlandweit einen Höhepunkt mit bis zu 45.000 neu gemeldeten Fällen pro Woche. Auch die im Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) gemessene Influenzaaktivität



Kontakt

Dr. med. Annegret E. Schoeller
FÄ für Arbeitsmedizin / Umweltmedizin
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
im Dezernat V
Bundesärztekammer, Berlin

überschritt im Oktober erstmals den Bereich der Hintergrundaktivität und bestätigte das Bild einer pandemischen Welle mit autochthoner Übertragung und messbarer Krankheitslast auf Bevölkerungsebene.

Mit Beginn dieser Welle wurden die Infektionsschutz- und Surveillancemaßnahmen im Wesentlichen auf die Empfehlungen reduziert, die auch bei saisonaler Influenza Gültigkeit haben. Im Oktober 2009 begann die Influenzakampagne gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009 in Deutschland. Ab Anfang Dezember ging die Aktivität von akuten Atemwegserkrankungen bundesweit stark zurück. Insgesamt wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) bis März 2010 über 220.000 Fälle von pandemischer Influenza (H1N1) 2009 übermittelt. Die wahre Anzahl der Infizierten dürfte jedoch um ein Vielfaches höher gelegen haben. In Deutschland wurden über 250 Todesfälle im Zusammenhang mit einer nachgewiesenen Infektion mit pandemischer Influenza (H1N1) 2009 erfasst. Im Gegensatz zur saisonalen Influenza war die Mortalität bei Säuglingen und den Erwachsenen zwischen 35 und 59 Jahren mit rund vier Todesfällen pro einer Million Einwohner nahezu doppelt so hoch wie in anderen Altersgruppen. Vorläufige Schätzungen des Robert Koch-Institutes gehen davon aus, dass Infektionen mit pandemischer Influenza (H1N1) 2009 in der Herbstwelle 2009 1,8 bis 3,5 Millionen zusätzliche Arztbesuche in Deutschland verursachten, was im

mittleren Bereich saisonaler Influenzawellen der vergangenen drei Jahre liegt (0,3 bis 0,5 Millionen).

Aufgrund der Dauer des Infektionsgeschehens und der Intensität der getroffenen Maßnahmen kann der Zeitraum vom Bekanntwerden des neuen Influenzavirus bis zur ersten pandemischen Welle und der zugleich begonnenen Impfkampagne als eine der größten Herausforderungen der vergangenen Jahrzehnte für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bewertet werden.

Die WHO hat am 10.08.2010 die Pandemiewarnstufe 6 auf 5 zurückgestuft. Die Rückstufung durch die WHO würde im Normalfall bedeuten, dass die Pandemieimpfstoffe ihre Zulassung verlieren. Dies ist aber nicht der Fall, da das Committee for Medicinal Products for Human Use und die EU-Kommission im Juli und August 2010 die Indikation erweitert und somit die Anwendung der Pandemieimpfstoffe zugelassen haben. Die Indikation lautet: „Prophylaxe einer Influenza verursacht durch das A-(H1N1)-V-2009-Virus“. Diese Informationen sind auf der Homepage des Paul-Ehrlich-Institutes (PEI) veröffentlicht worden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eventuelle Impfstoffrestbestände in den Arztpraxen ohne haftungsrechtliche Probleme verimpft werden können, auch wenn sich die Ständige Impfkommission (STIKO) im Epidemiologischen Bulletin vom 09.08.2010 gegen den Einsatz des Pandemieimpfstoffes ausgesprochen hat, da ein H1N1-Impfstoff bereits im saisonalen trivalenten Impfstoff vorgesehen ist.

Evaluation der Bekämpfung der H1N1-Influenzapandemie in Deutschland

Die Influenzapandemie H1N1-V-2009 ist nunmehr bewältigt. Es war eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, diese Influenzapandemie zu bekämpfen. Es besteht die Notwendigkeit, aus dem Krisenmanagement zu lernen. Deswe-



gen erfolgten im Jahr 2010 auf unterschiedlichsten institutionellen Ebenen Bestandsaufnahmen und Evaluationen zur Influenzapandemie. Die Bestandsaufnahme auf Bundes- und Landesebene und aus Sicht der Ärzteschaft sah wie folgt aus:

Es wurde festgestellt, dass die Entscheidung zur Deeskalation, d. h. zur Reduzierung und Vereinfachung von Maßnahmen, zu spät fiel. So wurde z. B. die bereits am 02.05.2009 eingeführte Meldepflicht für Verdachtsfälle erst am 14.11.2009 aufgehoben. Öffentlicher Gesundheitsdienst und Ärzteschaft hätten für einen Wechsel der Maßnahmen mehr Vorlaufzeit benötigt, und die Strategien hätten über die im Epidemiologischen Bulletin beschriebenen Strategieveränderungen hinaus durch kurze Botschaften an die Öffentlichkeit besser verständlich gemacht werden müssen. Zudem dürfen in einer Influenzapandemie keine neuen Surveillanceinstrumente eingesetzt werden, da sie nicht so schnell etabliert werden und keine verlässlichen Daten liefern können. Sie sind somit nicht effektiv etablierbar.

Der hohe medizinische Standard und die labordiagnostischen Kapazitäten in

Deutschland haben vermutlich zur Vermeidung von Todesfällen beigetragen. Es wurde aber deutlich, dass es bei einer etwas länger andauernden Influenzawelle zu Engpässen in der intensivmedizinischen Versorgung, insbesondere bei der Beatmung der Patienten, gekommen wäre. Ferner wurde die Zusammenarbeit des ÖGD mit der niedergelassenen Ärzteschaft als nicht ausreichend tragfähig eingeschätzt. Die Zusammenarbeit des ÖGD mit den Ärztekammern, den Apothekerkammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen wurde hingegen als gelungen herausgestellt.

Das Beratungsgremium „Influenzakkommission für den Pandemiefall“ des RKI hat während der Pandemiebekämpfung im Rahmen von Telefonkonferenzen gearbeitet und hat das Robert Koch-Institut und Paul-Ehrlich-Institut fachlich unterstützt. Ein Dilemma liegt darin, dass einerseits die Meinungsführerschaft beim Bund liegt und andererseits die finanzielle und exekutive Verantwortung bei den Bundesländern und Kommunen. Nach wie vor existieren keine Strukturen, die koordinierende Funktionen bundesländerübergreifend möglich machen. Positiv war, dass

der Impfstoff sehr zeitnah vorhanden war und grundsätzlich sich jeder impfen lassen konnte. Der Impfstoff erwies sich zudem als sicher, verträglich und in etwa so rasch verfügbar wie in den Szenarien der Pandemieplanung angenommen.

Die Verwendung eines adjuvantierten Impfstoffes, eine rasch erfolgte EU-Zulassung und die Auslieferung in Zehnerdosen führten zu einer Verkürzung der Zeit bis zur Impfstoffauslieferung gegenüber üblichen saisonalen Influenzaimpfstoffen. Die Entscheidung zum Umfang der Impfstoffbestellung musste zu einem Zeitpunkt getroffen werden, als weder die Impfempfehlung beschlossen noch die Anzahl der pro Person erforderlichen Impfdosen endgültig festgelegt, noch die Impfbereitschaft der Bevölkerung verlässlich vorhergesehen werden konnte. Das finanzielle Risiko bezüglich der zu bestellenden Impfstoffmenge konnte entgegen den Erwartungen politischer Entscheidungsträger letztlich weder durch die internationalen Empfehlungen der WHO-Gremien noch durch die wissenschaftlichen Einschätzungen der Bundesbehörden oder durch die Befragung der Bevölkerung verlässlich eingegrenzt werden. Verträge mit Impfstofflieferanten müssen in Zukunft flexibler verhandelt und abgeschlossen werden.

Die Empfehlungen zur Impfung der Bevölkerung wurden aufgrund der klinischen und epidemiologischen Eigenschaften der pandemischen Influenza (H1N1) 2009 im Rahmen einer risikoorientierten Empfehlung der STIKO festgelegt und nicht, wie ursprünglich im Pandemieplan vorgesehen, als staatlich vorzunehmende Priorisierung nach Altersjahrgängen. Es zeigte sich aber, dass die Geschäftsordnung der STIKO für eine derart komplexe und zugleich kurzfristige Impfempfehlung nicht geschaffen ist. Es lag nicht in der Zuständigkeit der STIKO, Empfehlungen zur Dosierung zu geben oder Zielgruppen zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung zu priorisieren. Diese Aspekte wurden separat vom Robert Koch-Institut und Paul-Ehrlich-



Institut bzw. den Landesbehörden ergänzt. Somit stellt sich die Frage, ob die Zuständigkeiten der STIKO und der Pandemiekommission besser an diese Anforderungen angepasst werden sollten. Die Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A (H1N1) (Influenzschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung – ISchGKVLV), in Kraft getreten am 19.08.2009, sah im § 1 (1) „Leistungspflicht“ vor, dass die Krankenkassen nach § 4 des SGB V für Versicherte die Kosten tragen für Schutzimpfungen gegen die erstmals im Jahr 2009 pandemisch aufgetretene Influenza A (H1N1) (...). Zu den von den Krankenkassen zu übernehmenden Kosten gehören insbesondere Sachkosten und Kosten für Aufklärung der zu impfenden Person, Verabreichung des Impfstoffes und medizinische Dokumentation. Vorrangig sollen Versicherte geimpft werden, die folgenden Gruppen angehören: (...) 3. Personen, die in Krankenhäusern, Arzt- und Zahnarztpraxen, Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege, Einrichtungen der stationären Rehabilitation, Apotheken, im Rettungsdienst, im Kranken-

transport, in Gesundheitsämtern oder in nach den §§ 16 und 28 bis 31 des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Behörden tätig sind, sowie 4. Beschäftigte der Vollzugspolizeien und der Berufsfeuerwehren. Sofern Schutzimpfungen freiwillig vom Arbeitgeber veranlasst werden, darf die Krankenkasse nur die Sachkosten übernehmen.

Dies bedeutet, dass besondere Risikogruppen vom Betriebsarzt im Betrieb bevorzugt geimpft werden sollten. Leider durfte die Krankenkasse nur die Sachkosten übernehmen. Dies ist nicht einsehbar, da auch die betriebsärztliche Leistung, die Durchführung der Impfung honoriert werden muss. Schließlich geht es hier insbesondere um Bevölkerungsschutz (und nicht in erster Linie um Arbeitsschutz), für den das Bundesministerium für Gesundheit zuständig ist. Auf jeden Fall zeigt dieses Gesetz, dass Betriebsärzte bei der Pandemiebekämpfung eine große Rolle einnehmen. Diese Rechtsverordnung, in der die Krankenkassen zur Übernahme der Impfstoffkosten verpflichtet wurden, wurde zu spät erlassen. Die Verzögerung hat wiederum die Verhandlung zwischen Ländern, Kostenträgern und Ärzten zum Abschluss

einer Impfvereinbarung beeinträchtigt. Zudem wurde im Nachhinein deutlich, dass diese Verordnung Details zu regeln versucht hat, die die STIKO-Empfehlung nicht vollständig übernommen hat. Aufgrund der geringfügigen Unterschiede entstand eine Verwirrung bei der Ärzteschaft und in der Öffentlichkeit. Auch war es ungünstig, dass ein Richtwert für die Kostenerstattung gegeben wurde, weil das die Verhandlung der Kassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen erschwert hatte. Der Sachverhalt wurde zusätzlich verkompliziert, indem die Verhandlungen über die Kostenerstattung nicht bundeseinheitlich, sondern jeweils zwischen den einzelnen Bundesländern und den jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen geführt wurden. Dies führte zu unterschiedlichen Abrechnungsregelungen innerhalb Deutschlands und somit zu Unmut in Teilen der Ärzteschaft. Auch ein Problem war, dass der Pandemieimpfstoff in Besitz der Länder war mit der Folge, dass er nicht im Handel erhältlich war.

Unstrittig ist, dass Eindosenampullen besser zu handhaben sind als die im Herbst 2009 verwendeten Zehnerampullen, insbesondere, wenn nicht in zentralen Impfstellen, sondern über niedergelassene Arztpraxen geimpft wird. Damit wäre dann die Notwendigkeit eines Thiomersal-Zusatzes nicht mehr gegeben. Vor allem die Schwierigkeiten in niedergelassenen Praxen, nicht immer acht bis zehn Impfungen für die Verwendung einer Zehnerampulle organisieren zu können, hat vielfach dazu geführt, dass impfwillige Patienten später oder überhaupt nicht geimpft wurden.

Von Seiten der Länderbehörden war zwar sichergestellt, dass etwaige Schadensersatzansprüche im Rahmen von Impfschäden nicht gegenüber dem impfenden Arzt, sondern gegenüber der beauftragenden staatlichen Institution geltend gemacht werden müssen, allerdings war dieser Sachverhalt bei den impfenden Ärztinnen und Ärzten so gut wie nicht bekannt, sodass gegen-

sätzliche öffentliche Äußerungen diesbezüglich zu Verunsicherungen und Skepsis gegenüber dem Pandemieimpfstoff beitrugen.

Bezüglich der Impflogistik blieb die jeweilige Rolle der niedergelassenen Ärzte einerseits und des ÖGD andererseits lange unklar. Zuständigkeiten wurden regional sehr unterschiedlich und offenbar nicht überall für beide Seiten befriedigend geregelt. Anders als in der Pandemieplanung vorgesehen, erfolgte eine Indikationsimpfung aufgrund individueller Risikoabwägungen, was für eine Impfung durch Hausärzte sprach und nicht für eine Massenimpfung durch den ÖGD. Die Durchführung einer Priorisierung der Impfung bestimmter Funktionsträger der Gesellschaft, wie z. B. Beschäftigte in der gesundheitlichen Primärversorgung, Polizei oder Beschäftigte in Entsorgungsfirmen, ist von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kaum einforderbar. Sie gehen nach medizinischen Kriterien vor.

Der hohe Informationsbedarf von Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit erwies sich als eine Herausforderung für alle Ebenen. Eine große Herausforderung war die Vermittlung von Entscheidungen und Unsicherheiten gegenüber der Öffentlichkeit. Ein Problem der Kommunikation war, dass sowohl bei Fachleuten als auch in der Öffentlichkeit der Begriff der Pandemie mit der Vorstellung einer Großschadenslage verknüpft war. Stattdessen entwickelte sich überraschend ein Pandemiegeschehen, das bislang gegenüber der saisonalen Influenza keine deutlich höhere Krankheitslast in der Bevölkerung erkennen ließ. Der Informationsbedarf war nicht immer proportional zur jeweiligen aktuellen gesundheitlichen Bedrohung. Das Robert Koch-Institut hat diesen Bedarf unter anderem durch umfassende, täglich aktualisierte Lageberichte bedient. Bund, Länder und Kommunen, Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen haben ebenfalls Hotlines eingerichtet und auf ihren Internetseiten Informationen zur Verfügung gestellt.

Ansätze für künftige Verbesserungen

Für ein mögliches Auftreten künftiger Pandemien erscheinen bezüglich der Konzeption, der Strukturen, der Koordination und der Kommunikation für die zukünftige Pandemieplanung die im Folgenden aufgeführten Verbesserungsansätze relevant zu sein und sollen bei künftigen Auswertungen durch die jeweiligen zuständigen Institutionen auf lokaler, Landes- und Bundesebene sowie im internationalen Kontext aufgegriffen werden.

Der Pandemieplan soll deutlicher die lageabhängige statt die phasenabhängige Maßnahmenanpassung berücksichtigen. Es sollten die Vor- und Nachteile von Impfstofflieferungen in Mehrfachdosen sorgsam abgewogen und eine weitere mögliche Staffelung der Lieferkapazitäten geprüft werden. Die Umsetzbarkeit einzelner Infektionsschutzmaßnahmen sollte – insbesondere bezüglich des Arbeitsschutzes in der ambulanten medizinischen Versorgung – kritisch überprüft werden. Die Rolle der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut im Pandemiefall sollte im Hinblick auf Funktion, Mandat und Kapazität neu definiert werden.

Es sollte im Hinblick auf die Geschäftsordnung und Zusammensetzung der Pandemiekommission am Robert Koch-Institut ein Anpassungsbedarf geprüft werden. Zumindest aber sollte die Information über die Rolle und Arbeitsweise derselben verbessert werden. Ferner sollte geprüft werden, wie im Pandemiefall ethische Aspekte besser in die Politikberatung eingebracht werden können, wie z. B. die Zuteilung verknappter medizinischer Ressourcen. Es wäre denkbar, einen „Pandemierat“ einzurichten, der diese Aufgabe übernimmt. Mitglieder sollten Ärzte, Ethiker, Epidemiologen, Theologen, Juristen etc. sein.

Der öffentliche Gesundheitsdienst sollte stärker in die Lage versetzt werden, Impfkampagnen durchzuführen oder zu koordinieren. Dabei ist aber

ein erheblicher Personalbedarf zu decken. Systeme für eine schnelle und zuverlässige Information klinisch tätiger Ärzte sollten etabliert werden. Zur besseren Einschätzung der Krankheitslast sollte eine Mortalitätsüberwachung eingerichtet werden. Ein Sentinel zur Erfassung schwerer Infektionskrankheiten sollte etabliert werden, z. B. ein Krankenhaussentinel. Ein im Pandemiefall handhabbares Monitoring zur Belastung der medizinischen Versorgungsstrukturen und des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollte geschaffen werden. Kurzfristig durchführbare Studien zur Messung epidemiologischer Parameter sollten fest eingeplant und mit Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Ärzteschaft umgesetzt werden. Die Ergebnisse sollten zeitnah verfügbar gemacht werden.

Rechtliche Regelungen, wie die Rechtsverordnung zum Impfen und andere Regelungen zur Kostenerstattung, sollten so frühzeitig wie möglich abgeschlossen und für verschiedene Szenarien vorbereitet sein. Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten auch in der aktuellen Lage früher in die Entwicklung und Vermittlung öffentlicher Empfehlungen eingebunden werden. Es sollte geprüft werden, ob koordinierende Funktionen im Falle eines bundesländerübergreifenden Infektionsgeschehens von öffentlicher Bedeutung künftig anders geregelt werden könnten. Gemeinsam beschlossene Strategien sollten zwischen den Bundesländern auch einheitlich umgesetzt werden.

Die Kommunikation sollte ihrer Bedeutung entsprechend einen höheren Stellenwert im Pandemieplan erhalten, langfristig angelegt und angemessen finanziert werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst und die niedergelassenen Ärzte sollten regional und gemeinsam die Erfahrungen besonders in den Bereichen Koordination und Kommunikation aufarbeiten. Ferner ist es wichtig, der Ärzteschaft und dem öffentlichen Gesundheitsdienst besser zu vermitteln, dass Surveillance-

maßnahmen auch zur Erstellung und Validierung von Präventionsempfehlungen erforderlich sind. Medizinisches Personal und Pflegepersonal sollten über die reine Informationsübermittlung hinaus in einem sachlichen Meinungsbildungsprozess vom Sinn öffentlicher Impfempfehlungen überzeugt werden. Entscheidungsprozesse und Sachzwänge der Behörden sollten vorausschauender und transparenter kommuniziert werden. Betriebsärzte sollten besser in das Impfregime der Länder eingebunden werden und im Hinblick auf Vergütung ihrer Impfleistung den Hausärzten gleichgesetzt werden.

Landesärztekammern, Berufs- und Fachverbände sollten nicht nur bezüglich behördlicher Empfehlungen ihre Kompetenz einbringen, sondern auch bezüglich der öffentlichen Stellungnahmen ihrer Sprecher wissenschaftliche Maßstäbe sicherstellen. Strategieanpassung sowie Verschärfung wie auch Deeskalation von Maßnahmen sollten den Betroffenen und der Öffentlichkeit verständlicher und vorausschauender angekündigt und erläutert werden. Entscheidungsprozesse zur Impfstoffbestellung und Verfahren zur Impfstoffzulassung sollten transparenter kommuniziert werden. Bereits bestehende Regelungen bezüglich Schadensersatzansprüchen und Entschädigungsleistungen im Falle von Impfschäden sollten besser kommuniziert werden. Moderne Kommunikationsforen sollten zur Früherkennung von Fehlinformationen und zur Verbreitung wichtiger Informationen stärker genutzt werden. Entwickelte Informationsmaterialien, wie Broschüren, Plakate, Anzeigen und Filmspots, sollten frühzeitiger und breiter eingesetzt werden.

Es bleibt auch Aufgabe der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte festzustellen, was ist gut im Betrieb gelaufen, was verlief schlecht und wie und was kann besser gemacht werden – denn die nächste Pandemie kommt bestimmt – und womöglich zeigt sie einen gefährlicheren Verlauf.

Ausblick

Die H1N1-Influenzapandemie von 2009 hat alle mit der Pandemie befassten Institutionen und Personen auf allen Ebenen vor große Herausforderungen gestellt, obwohl sie im Vergleich zu früheren Pandemien milde verlief. Die Fachkräfte in der medizinischen Versorgung, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Betriebsmedizin und in den Bundesbehörden waren durch ihr Engagement in der Lage, gewisse planerische, strukturelle und kommunikative Herausforderungen und Defizite zu kompensieren.

Aber es wurde deutlich, dass diese Kompensationsmechanismen bei einer anders gearteten epidemiologischen Lage leicht an ihre Kapazitätsgrenzen geraten können. Es hat sich gezeigt, dass ein wirksamer und verträglicher Pandemieimpfstoff wenige Monate nach dem Auftreten eines neuen Influenzavirus verfügbar sein kann, wenngleich zu Beginn mit Knappheit zu rechnen ist. Auch die Organisation der Verteilung des Impfstoffes und die Einbeziehung der Ärzteschaft müssen unter Nutzung bestehender Strukturen vereinfacht werden. Das Geflecht von Zuständigkeiten ist in Deutschland derart komplex, dass die Verhandlungs- und Entscheidungsprozesse in Bezug auf Impfstofflogistik und Impfkostenersatzung auch für Situationen wie im Herbst 2009 vorbereitet sein müssen.

Allgemein müssen Kenntnis und Verständnis der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit bezüglich der Ziele, des Nutzens und der Risiken von Impfungen und Infektionsschutzmaßnahmen gefördert werden. Kommunikation über getroffene und geplante Entscheidungen und Maßnahmen müssen einheitlicher, transparenter und vorausschauender betrieben werden. Wichtig ist, aus dieser Pandemie zu lernen und danach die Maßnahmenplanung auszurichten, um im Rahmen einer nächsten Pandemie das Vertrauen der Bevölkerung aufrechtzuerhalten und deren Gesundheit wirksam zu sichern. □

Dr. med. Annegret Schoeller

Aspekte zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen

Psychoseprävention



Dr. Elisabeth Streit

Durch psychische Erkrankungen bedingte Krankschreibungen und Berentungen nehmen zu mit Kosten von fast 1 % des Bruttoinlandsproduktes. Insbesondere um ungünstige Krankheitsverläufe zu verhindern ist hier ein rascher Therapiebeginn und möglichst sogar Prävention sehr wichtig. Es gibt bereits Präventionsprogramme für psychische Erkrankungen, z. B. zur Förderung der sozialen Kompetenz bei Depressionen sowie studienbegleitet für Psychosen.

In den letzten 10 Jahren entstanden eine Reihe von **Früherkennungszentren**, spezialisiert auf das Erkennen von Frühformen psychotischer Erkrankungen. Deren, in Studien als prädiaktiv erkannte Kriterien sollen hier vorgestellt werden, sowie eine **Checkliste** ERiraos Early Recognition Inventory, erarbeitet von dem Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim und dem FETZ Köln (www.fetz.org) i. R. des Kompetenznetz Schizophrenie für ein erstes Screening, welche über www.asu-praxis.de heruntergeladen werden kann.

Die Checkliste wurde für Allgemeinärzten und Beratungsstellen als Selbstbeurteilungsfragebogen entwickelt um erste Hinweise für das Bestehen von Frühsymptomen zu erhalten. In 15 Fragen zur psychischen Befindlichkeit lassen viele zunächst eher depressive Verstimmungen vermuten und weniger als die Hälfte haben Psychose hinweisenden Charakter. Nach Drogenkonsum, Leistungsknick, Rückzug und positiver Familienanamnese wird nicht gefragt, aber dies könnte als zusätzliche Risikokonstellationen in einem Gespräch erfragt werden. So kann eine gute Trennung von Gesunden zu psychisch Kranken erreicht werden mit unspezifischem Hinweis auf ein erhöhtes Psychoserisiko, dessen Benennung aber unbedingt erst nach einer differenzierten Diagnostik an spezialisierten Stellen erfolgen sollte.

Die Bedeutung der Betriebsärzte gewinnt in der allgemeinen Krankheitsprophylaxe zunehmend an Beachtung, im Selbstverständnis, u. a. mit dem Ansatz der Schulung von Führungskräften in Hinblick auf die Seelische Gesundheit, aber auch als Zielgruppe der Öffentlichkeitsarbeit der Früherkennungszentren um für die auf eine Psychose hinweisenden Frühsymptome zu sensibilisieren.

Betriebsärzte sehen häufig psychische Belastungen durch stärkere Arbeitsverdichtung, Schichtarbeit, mangelnde Wertschätzung durch Vorgesetzte und wenig Selbstbestimmtheit. Bei Menschen mit Psychosen kann hinzukommen, dass Schwierigkeiten bestehen Gedanken, Wünsche und Gefühle anderer zu verstehen, sodass es hilfreich sein kann Vorgesetzte auf eine sorgfältige Kontrolle der Ausdrucksweise, z. B. Gebrauch von Ironie hinzuweisen um Missverständnisse und Ängste zu vermeiden.

Bei den Arbeitnehmern kann, durch die Erfassung von berufsbedingten Stressoren, aber auch allgemeinen gesundheitlichen Risikofaktoren oft über Jahre hinaus eine gezielte Beratung mit primärprophylaktischer Wirkung möglich werden bei Bevölkerungsgruppen, die u. U. sonst nicht zum Arzt gehen würden, insbesondere jüngere Menschen, Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status. So kann bei dem Auftreten von Frühsymptomen eine rechtzeitige Weitervermittlung an spezialisierte Zentren erfolgen, sei es zum Cardiologen bei einer Angina Pectoris oder bei psychischen Störungen an Psychiater oder Früherkennungszentren. Viele Betriebsärzte kennen die Schwierigkeit bei schon akuten psychotischen Krisen mit Handlungsbedarf, aber Krankheitsuneinsichtigkeit an Versor-

gungseinrichtungen zu vermitteln und oft muss dann der Weg über den Sozialpsychiatrischen Dienst oder Polizei/Ordnungsamt gegangen werden. Ein vorangegangener positiver Beratungskontakt könnte im Krankheitsfall die Bereitschaft Therapieangebote zu nutzen verbessern.

Früherkennung kommt vor allem für psychotische Erkrankungen in Betracht, die schleichend beginnen und langfristig eine besonders ungünstige Prognose aufweisen. Dies gilt insbesondere für schizophrene Störungen

Die **Schizophrenie** ist nach der WHO die am 5. häufigste zur dauerhaften Behinderung führende Erkrankung, noch vor kardiovaskulären Erkrankungen oder Diabetes. Mit einer Lebenszeitprä-

ERIRAOS - Early Recognition Inventory
Checkliste zur Früherkennung (Altersgruppe 18 – 40 Jahre)

Die Beantwortung der folgenden 15 Fragen dient der rechtzeitigen Erkennung eines erhöhten Risikos für bestimmte psychische Störungen. Bitte kreuzen Sie das rechte Kästchen an, wenn die Frage irgendwann während der letzten 12 Monate zutreffend ist. Diese Seite endet mit einer allgemeinen Frage zum Verlauf im vergangenen Jahr.

Datum: _____

1	Sind Sie schwelgerischer oder einzelgängerischer geworden? Haben Sie sich von anderen Personen zurückgezogen?	ja/zu	<input type="checkbox"/>
2	War Ihre Stimmung über Wochen hinweg depressiv (bedrückt, traurig, melancholisch, niedergeschlagen, verzweifelt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Hatten Sie einen schlechten Schlaf (Schwierigkeiten beim Einschlafen, Durchschlafen, frühes Aufwachen)? Hatte Ihr Appetit oder Ihr sexuelles Interesse nachgelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sind Ihre Bewegungen oder das Sprechen und Denken deutlich langsamer geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Hat Ihre gefühlmäßige Anteilnahme nachgelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Hat Ihre Ausdauer, Motivation oder Qualität in Schule, Studium, Beruf, bei der Arbeit/tauche, deutlich nachgelassen? Kam es zu Leistungseinbußen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Mussten Sie andauernd über bestimmte Dinge nachhaken? (die z.B. Gewalt, sexuelle Themen oder körperliche Veränderungen als Inhalt hatten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hatten Sie Schwierigkeiten, den Kontakt mit anderen Menschen noch genauso gut aufzunehmen und aufrecht zu erhalten wie früher? Fühlten Sie sich trotz des Wunsches nach Kontakt unsicher, verunsichert, beängstigt als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wurden Ihre Interessen oder Ihr Verhalten von anderen Menschen manchmal als merkwürdig empfunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Hatten Sie häufiger als früher den Eindruck, dass andere Sie hereinkommen, ausnutzen oder betrügen wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Fühlten Sie sich häufig nervös, unruhig oder angespannt? Gerieten Sie dadurch auch manchmal über Kleinigkeiten mit anderen in Streit? Sind Sie aktiver als sonst, so dass die Meinung entstehen konnte, mit Ihnen stimme etwas nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Kommt Ihnen manchmal Ihre gewohnte Umgebung verändert oder unwirklich und fremd vor? Oder hatten Sie das Gefühl, nicht Sie selbst, sondern unwirklich oder sich fremd zu sein, z.B. beim Blick in den Spiegel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Hatten Sie sich mit ungewöhnlichen, geheimnisvollen oder übernatürlichen Dingen oder Themen beschäftigt? (z.B. religiöse oder esoterische Themen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Stimmt etwas mit Ihrem Denken nicht? (Gedankengänge werden plötzlich von anderen Gedanken unterbrochen oder gestört; Gedanken werden manchmal aus dem Kopf entzogen; die eigenen Gedanken strahlen aus; andere Menschen können Ihre Gedanken lesen; Gedanken werden in Ihren Kopf gebracht, die nicht Ihre eigenen sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Nehmen Sie manchmal Menschen oder Dinge in Ihrer Umwelt verändert wahr? (Sahen, hörten, spürten, rochen oder schmeckten Sie manchmal Dinge, die andere nicht wahrnehmen konnten, für die sich aber auch keine natürliche Erklärung finden ließ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Fühlen Sie sich phasenweise von anderen ganz besonders beobachtet, verfolgt oder bedroht? Versucht irgendwann, Ihnen absichtlich Schaden zuzufügen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat sich die als "zutreffend" angekreuzte Symptomatik im vergangenen Jahr insgesamt eher...

...verschlimmert? ...nicht verändert? (bitte den zutreffenden Pfeil ankreuzen) ...verbessert?

V SR 0100 LVR

Checkliste auf Sie zutreffend...
 In Früherkennungszentren und Therapiezentren können Sie Hilfe bekommen. Bitte geben Sie bitte an, ob Sie in einem dieser Zentren Hilfe bekommen möchten. Bitte geben Sie bitte an, ob Sie in einem dieser Zentren Hilfe bekommen möchten. Bitte geben Sie bitte an, ob Sie in einem dieser Zentren Hilfe bekommen möchten.

Wiederbar (Teil / Punkte): _____

psychologisch behandelt? JA NEIN

Wird in der Regel nicht mehr gegeben.

Adresse / Kontakt des Früherkennungszentrums
 Telefonnummern
 E-Mail über www.fetz.org oder info@fetz.org

V SR 0100 LVR

Download: www.asu-praxis.de

valenz von ca. 1 % erhalten Schizophrenen aufgrund des frühen Erkrankungsalters (in der Regel 18–35 Jahre) und aufgrund des bei mindestens einem Drittel der Erkrankten chronischen Verlaufs eine besondere Bedeutung.

10 % der Betroffenen suizidieren sich in den ersten beiden Jahren der Erkrankung und viele Betroffene werden gar nicht erst berufstätig und geraten ins gesellschaftliche Abseits mit überproportional hoher Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit und stark reduzierten sozialen Kontakten.

In der **Psychoseprävention** ist es in den letzten Jahren gelungen klinische Beratungs- und Handlungsempfehlungen zu formulieren anhand einer auf Risikoanzeichen beruhenden Früherkennung. Die Kriterien der Psychoseprävention, als indizierte Prävention wurden auf der Grundlage von in prospektiven Studien als prediktiv erkannten, klinisch feststellbaren Anzeichen formuliert.

Früherkennung, Prediktion geht der Prävention voraus!

Ein, wie wir sagen „erhöhtes Psychoseerisiko besteht dann“ immer unter Beachtung der verbleibenden Möglichkeit, dass ca. 30 % der Betroffenen fälschlich als risikobehaftet angesehen werden. Dies erfordert einen besonders sensiblen Umgang in der Beratung, auch hinsichtlich einer Stigmatisierung und evt. Therapienebenwirkungen.

In retrospektiven Studien, insbesondere der ABC-Studie 1987 wurden prodromale Symptome bei $\frac{3}{4}$ der an Psychose Erkrankten erhoben, wobei diese ca. 5 Jahre noch nichtpsychotischer Ausprägung waren. In diesem Zeitraum began schon der soziale Abstieg der später als schizophren diagnostizierten Menschen, sodass die richtige Deutung der Frühsymptome, gerade in niederschweligen Institutionen weichenstellend sein kann für eine differenzierte Diagnostik und einen Kontakt zu Versorgungseinrichtungen, damit schnell nach dem Auftreten von psychotischen Symptomen adäquat behandelt werden kann. Zwischen den ersten schon psychotischen Symptomen und einer neuroleptischen Therapie verstrich meist

noch ein Jahr. Retrospektiv erwies sich die Dauer einer unbehandelten Psychose als ungünstiger Prädiktor für den weiteren Verlauf der Erkrankung.

Da es aber, anders als bei einer Präkanzerose prospektiv kein Prodrom gibt, also viele Frühsymptome nicht zwangsläufig in eine Psychose münden, sondern oft in die häufigeren Erkrankungen wie Angststörungen, depressive oder somatoforme Störungen, sollte, auch um eine Stigmatisierung zu vermeiden im Vorfeld vor der Überweisung an einen Psychiater oder ein Früherkennungszentrum immer von einer Abklärung von psychischen Erkrankungen gesprochen werden (also ohne den Begriff der Psychose zu verwenden).

Andererseits kann gegen die Stigmatisierungsgefahr bei zunächst als falsch positiv Eingeschätzten mit verständlichen Vorbehalten gegenüber der Psychosefrüherkennung angeführt werden, dass für die deutlich höhere Anzahl derer mit Psychoseerisiko dann das Dilemma der verzögerten Behandlung besteht mit Übergängen von über 20 % nach 12 Monaten und 70 % nach 9 Jahren und das Stigma einer dann bestehenden Psychose als ungleich höher anzusehen ist. Außerdem sind die Betroffenen ja bereits bei der Vorstellung im Früherkennungszentrum meist psychisch belastete Ratsuchende und sind als solche bereits in der Gesellschaft und in der Selbstwahrnehmung häufig schon stigmatisiert.

Auch sahen in einer Untersuchung zur Dauer der unbehandelten Psychose Kollegen des Kölner Fetz bei einer langen Dauer, also verzögertem Therapiebeginn häufiger zusätzliche Angaben über depressive Verstimmungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Körperwahrnehmungsstörungen als bei Verläufen mit raschem Therapiebeginn, sodass zumindest in Betracht gezogen werden sollte, dass sich bei solchen Beschwerden zusätzlich Zeichen eines erhöhten Psychoseerisikos entwickeln können und zunächst überlagert werden.

Wir sehen in der Praxis eine eher große Akzeptanz durch die Angehörigen und Betroffenen, mit oft subjektiv schon deutlich belastenden Beschwerden, de-

ren individuelle Behandlung in der Beratung immer mit Beachtung findet auch wenn sich kein erhöhtes Psychoseerisiko in der Früherkennungstestung herausstellt. Zudem wird eine Diagnosestellung oft als eher entlastend empfunden, da dann durch die Beratung Be- und Selbsthandlungskonzepte vermittelt werden. Manchmal anhand eines Synapsenmodells um veränderte neurochemische Transmitterzustände auf der Informationsverarbeitungsebene zu vermitteln, wodurch viele Frühsymptome im Ansatz erklärt werden können, aber auch mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Copingmodell, welches auch in der Rezidivprophylaxe erprobt ist. Es wird erklärt, wie ein angeborenes Psychoseerisiko, genetisch oder durch Geburtskomplikationen (Vulnerabilität) durch Stressreduktion und Drogenabstinenz, sowie verbesserte Bewältigungsstrategien abgemildert werden kann. Medikamentöse Therapiemöglichkeiten werden ebenso vorgestellt, wie kognitive Verhaltenstherapie, Ergotherapie (cogpack) zur Verbesserung der kognitiven Leistungen und an manchen Stellen ist auch die Teilnahme an der Therapiestudie PREVENT möglich, in welcher doppelblind, randomisiert überprüft wird, inwiefern Verhaltenstherapie gegenüber einer niedrig dosierten Neuroleptie überlegen sein könnte den Übergang in eine Psychose vorzubeugen oder zu verzögern. Es gibt positive Berichte über den Einsatz von omega-3-Fischöl.

Die Kriterien, die auf ein erhöhtes Psychoseerisiko hinweisen:

Klinisch hat es sich bewährt von psychosefernen und psychosenahem Prodrom zu sprechen. Damit ist auch eine stufenweise Therapieempfehlung verbunden von zunächst psychotherapeutischen Interventionen und bei dem Auftreten von psychoseähnlicher Symptomatik auch Neuroleptie.

Diese Einteilung aus dem KNS, Kompetenznetz Schizophrenie vereint die Studienkriterien der maßgeblichen Forschungsgruppen mit aktuell vier Gruppen:

- I Basissymptome
- II abgemilderte (attenuierte) psychotische Symptome
- III kurze und selbstlimitierte psychotische Symptome (Blips, brief limited psychotic symptoms) und
- IV Genetisches Risiko plus Funktionsabfall

Psychosenahes Erleben, welches über Wochen in **abgemildeter Form (APS)** oder **kurz und vorübergehend auftritt (BLIPS)** (Stunden bis wenige Tage) mit unbegründetem Misstrauen bis zu Verfolgungswahn, Wahrnehmungsstörungen (Hören von Geräuschen, optische Verzerrungen) oder erschwerten oder bizarren Denkleistungen. (langsames, unterbrochenes oder verworrenes Denken, Überzeugung, die Gedanken können gelesen oder beeinflusst werden) stellt einen hohen Risikofaktor für einen Übergang in eine Psychose dar.

Wenn derartige Symptome aber schon seit Jahren immer wieder bestanden und somit eher der Persönlichkeit des Betroffenen zuzuordnen sind, tragen Sie nur zur Psychoseprädiktion bei, zusätzliche Konstellationen wie eine positive Familienanamnese besteht.

Psychoseferne Symptome sind solche, die noch nicht einer Psychose ähneln, und zum Teil unspezifisch als „Konzentrationsstörung“ von den Betroffenen benannt werden, aber die bei genauer Diagnostik (in den Zentren über die SPI-A, Schizophrenia Proneness Instrument Adult Version) zu den **Basissymptomen** gehören, welche von Huber als selbsterlebte Störungen vor allem des Denkens, der Sprachleistung und der Wahrnehmung, aber auch des Affektes und der Motorik beschrieben werden und sich insbesondere wenn sie die Kognition und Wahrnehmung (optisch, akustisch) betreffen als sehr prädiaktiv herausgestellt haben.

Gerade wenn emotional neutrale Denkabläufe als sich einschiebend, wiederkehrend, schneller oder blockiert beschrieben werden stellt dies ein kognitives Geschehen dar in Abgrenzung zum Grübeln bei affektiven Störungen. Auch Eigenbeziehungserleben gehört hierher,

also wenn man schnell Äußerungen der Umgebung auf sich bezieht. Insgesamt haben Basissymptome eine Rate der falsch-positiven Vorhersage von unter 10 %, wenn diese von geschulten Ratern erhoben werden.

Ein genetisches Risiko wird nur dann als erhöhtes Psychoserisiko angesehen, wenn sich in den letzten Monaten das **psychosoziale Funktionsniveau deutlich verschlechtert** hat und/oder andere Prodromalsymptome bestehen.

Substanzmissbrauch

Cannabis kann Psychosen auslösen und daher muss dieser Risikofaktor mit berücksichtigt werden. Auch wenn sich keine Vorhersage für eine drohende schizophrene Ersterkrankung ableiten lässt muss Alkohol und Drogenkonsum in der Frühdiagnostik immer angesprochen werden, da Substanzmissbrauch immer die Prognose verschlechtert und besondere Behandlungskonzepte erfordert.

Frühe affektive Auffälligkeiten wie Nervosität, Depressivität, Ängste, Energielosigkeit, Selbstzweifel und sozialer Rückzug werden von Menschen mit Schizophrenie häufig als erste Symptome berichtet, sind aber bis auf einen Leistungseinbruch zu unspezifisch um für die Psychosevorhersage in Betracht zu kommen.

Neurobiologische und neurokognitive Befunde der Risikopatienten zeigen funktionelle und zum Teil auch morphologische Auffälligkeiten, aber bis auf eine Ausschlussdiagnostik (im EEG und MRT) kommen diese Verfahren in der klinischen Praxis zur Vorhersage der Psychosewahrscheinlichkeit nicht zum Einsatz.

Fazit für die Praxis:

Derzeit bilden klinische Anzeichen (Psychopathologie und soziales Funktionsniveau) zusammen mit der Familienanamnese die wichtigsten Informationsquellen in der Abschätzung eines Psychoserisikos. Die Prädiktionskriterien der Früherkennungszentren sind

als valide erprobt und ergänzen sich bei kombiniertem Vorliegen.

Für die Zukunft wird eine weitere Optimierung der Vorhersage des individuellen Risikos angestrebt, insbesondere, da die für den weiteren Verlauf entscheidenden sozialen Defizite bereits vor Beginn der ersten psychosenahen Symptome bestehen, bislang aber erst nach deren Auftreten eine neuroleptische Behandlung unter Abwägung der Nebenwirkungen gerechtfertigt erscheint.

Da die indizierte Prävention im Gegensatz zu einer diagnosegesicherten Behandlung immer auf einer Risikowahrscheinlichkeit beruht sind ethische Bedenken nicht unberechtigt und eine voreilige Gabe von Neuroleptika sollte auch vermieden werden um eine fachärztliche Diagnostik nicht zu erschweren. Es sei angemerkt dass in Zukunft möglicherweise die Diagnose eines APS-Syndroms i. S. eines abgeschwächten psychotischen Syndroms gestellt werden könnte laut Stimmen im Vorfeld der Einführung des DSM 5, wenn bei durch die Beschwerden beeinträchtigten Ratsuchenden ein erhöhtes Psychoserisiko festgestellt wird.

Es gilt im *Fazit* wie vor 10 Jahren bei Herrn Hambrecht: Nichtpsychiater sollten immer dann hellhörig werden, wenn sich junge Erwachsenen unerwartet und ohne erkennbare Ursache zurückziehen, einen Leistungseinbruch erleiden und über bislang unbekannte Konzentrations- und Denkstörungen berichten. Wenn dann noch eine positive Familienanamnese besteht sollten nicht erst psychotische Symptome bis zu einer fachärztlichen Überweisung abgewartet werden. □

Dr. Elisabeth Streit

Literatur:

Ärzteblatt 10 / 2010, Artikel die unsere Bibliotekarin Frau A. Hinsche-Böckenholt fand in der Literatursuche zum Thema Early detection, Prävention und Schizophrenia und ERtraos. Herr S. Ruhrmann schickte seine Artikel aus 2009 / 2010 auf Anfrage freundlicherweise zu und ist zusammen mit Herrn A. Bechdorf aus dem FETZ Köln unser Ansprechpartner bei Fragen im KNS zur Früherkennung.

Subtoxisch kumulatives Handekzem – wie bitte?

Seit Jahrzehnten bestehen intensive Bemühungen um die Prävention von Hauterkrankungen. Auf Initiative der DGUV fand zusätzlich 2007 und 2008 eine deutschlandweite Hautkampagne statt. Sie hatte zum Ziel, große Bevölkerungskreise auf die Hautproblematik aufmerksam zu machen. Im Anschluss daran wurde das Hautthema einer der Schwerpunkte bei der GDA (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie). Die Aufmerksamkeit sollte geweckt sein, wie sieht es am Arbeitsplatz aus?

Was ist bei Hautveränderungen am Arbeitsplatz wichtig?

Wer eine Botschaft aussendet, der möchte, dass diese Botschaft nicht nur ankommt, sondern auch verstanden wird. Wenn man die Botschaft vermitteln will, dass die Prävention von Hauterkrankungen intensiviert werden soll, dann muss man vor allen Dingen sagen, um welche Hauterkrankungen es sich handelt und was im Vorfeld als Prävention zu unternehmen ist.

Bei den meisten Hautproblemen am Arbeitsplatz handelt es sich um Ekzeme der Hände; andere Lokalisationen sind wesentlich seltener. Zwei Gruppen dominieren bei den Fällen. Die eine Gruppe sind die zahlenmäßig nicht so bedeutsamen allergischen Handekzeme, die andere Gruppe sind Ekzeme nach chronischer Irritation – die subtoxisch-kumulativen Handekzeme. Letztere entstehen häufig durch „nicht akut irritierende Substanzen“, die bei ständig wiederholter Einwirkung über einen längeren Zeitraum hinweg schließlich doch zu einem Handekzem führen können.

Die Frage ist: Wie werden die beiden führenden Diagnosen für Hauterkrankungen am Arbeitsplatz von der Allgemeinbevölkerung verstanden, werden sie richtig verstanden?

Wer weiß was?

Über Allergien wird sehr viel veröffentlicht, nicht nur in Fachzeitschriften, sondern auch in der Tagespresse. Bei der weiten Verbreitung des Fremdwortes Allergie wird davon ausgegangen, dass es von den meisten Menschen auch verstanden wird. Man kann sich leicht selbst davon überzeugen. Dazu muss man sich nur bei Tageszeitungen die Seiten mit Informationen aus Wissenschaft und Technik ansehen. Man benutzt dort das Fremdwort Allergie, ohne es zu übersetzen bzw. ohne eine deutsche Umschreibung.

Anders ist die Situation beim subtoxisch kumulativen Handekzem. In der Bevölkerung kann man wesentlich mehr mit dem Begriff allergisches Handekzem als mit einem subtoxisch kumulativen Handekzem anfangen. Das überrascht nicht, denn über subtoxisch kumulative Handekzeme war in der Vergangenheit auch vergleichsweise sehr wenig in der Presse zu finden.

Ein weiterer Grund mag darin bestehen, dass von Hautärzten eine Vielzahl von Begriffen für den gleichen Sachverhalt verwendet wird. Sichtet man Hautarztberichte, so kann man schon nach kurzer Zeit auf z. B. 50 verschiedene Formulierungen zur gleichen Diagnose stoßen. Für den Nichtdermatologen ergibt sich ggf. die Frage, ob ein subtoxisch kumulatives Handekzem etwas anderes ist als ein kumulativ subtoxisches Handekzem, ob sich ein kumulativ-toxisches Handekzem, ob sich ein chronisch-toxisches Handekzem davon unterscheiden und ob man bei letzteren andere Präventionsmaßnahmen zu ergreifen hat? Der medizinische Laie wird mit einer derartigen Begriffsvielfalt leicht überfordert beziehungsweise abgeschreckt.



Kontakt

Dr. P. Kleesz
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel
und Gastgewerbe
Dynamostraße 7–9
68165 Mannheim

Fragestellung

„Subtoxisch kumulatives Handekzem“ oder vergleichbare Fachbegriffe sind nicht geeignet für die Kommunikation am Arbeitsplatz. Man muss sich nur vorstellen, wie lange es dauert, bis derartige Begriffe dem Vorgesetzten flüssig über die Lippen gehen und welches Gesicht der Empfänger der Botschaft voraussichtlich dabei machen würde. Da man den Sachverhalt aber allgemein verständlich darstellen muss und die Botschaft in den Betrieben ankommen und verstanden werden soll, wird ein verständlicher, allgemein akzeptierter Begriff benötigt. Für das subtoxisch kumulative Handekzem gibt es im Alltag bereits eine Reihe von Begriffen, wie z. B. Abnutzungsekzem, Erschöpfungsekzem, (chronisches) Irritationsekzem, degeneratives Ekzem. Bislang hat keiner davon die Führungsrolle übernommen und sich gegenüber den anderen durchgesetzt. Es ist nicht nur die Frage welcher Begriff von den Betroffenen am besten akzeptiert wird. Man muss darüber hinaus auch die Frage stellen, ob der Sachverhalt mit dem jeweiligen Wort auch „richtig“ übermittelt wird. Ein Fehler bei der Informationsübermittlung könnte beim „Sender“ auftreten, dass er nicht die richtigen Worte für seine Botschaft wählt. Es könnte aber auch passieren, dass die richtigen Worte

beim „Empfänger“ falsch verstanden bzw. falsch interpretiert werden.

Befragung

Im Herbst 2007 wurde unsererseits eine Online-Befragung durchgeführt. Die Motivation zur Teilnahme an der Befragung wurde durch eine Gewinnverlosung gestärkt. Innerhalb der vorgegebenen Zeitspanne wurden 448 Rückmeldungen erhalten.

Kollektiv: 202 (45%) waren Männer und 244 (55%) waren Frauen. (Bei 2 Teilnehmern fehlte die Angabe zum Geschlecht.)

Altersgruppe:	Häufigkeit
Jünger als 18 Jahre	22 (5%)
18 – 29 Jahre	92 (21%)
30 – 39 Jahre	202 (45%)
40 – 49 Jahre	90 (20%)
50 – 59 Jahre	33 (7%)
60 – 69 Jahre	7 (2%)

Tabelle 1: Altersverteilung des Kollektivs

Die Begriffe, die abgefragt werden sollten wurden vom damaligen Ärzteteam der Hautbetreuung der BGN in Mannheim ausgesucht. Die Fragen mussten selbsterklärend sein, weitere Hilfestellungen / Auskünfte wurden von dem Team nicht gegeben. Das Einstellen auf der homepage der BGN erfolgte im Geschäftsbereich Prävention.

Die Befragung enthielt zwei Teile, die nacheinander zu beantworten waren. Im ersten Teil wurde nach der Akzeptanz der Begriffe gefragt und welche Vorstellungen mit den Begriffen verbunden werden. Im zweiten Teil wurde der Sachverhalt für das subtoxisch kumulative Ekzem kurz dargelegt und gefragt, welcher Begriff dies wohl am besten wiedergibt. Es gab die Möglichkeit, auf einem zusätzlichen Freitextfeld Ausführungen in freier Form aufzuschreiben. Die Auswertung erfolgte extern.

Befragungsergebnisse:

Rangfolge der Akzeptanz:

Bei der Bewertung der Begriffe durch die befragten Personen werden das

Überlastungsekzem und das irritative Ekzem am besten bewertet. Das irritative Ekzem wird zwar am häufigsten auf Platz 1 gesetzt, es findet sich aber auch deutlich häufiger „am anderen Ende“ der Bewertung wieder, d. h. es wird als nicht so gelungen betrachtet.

schen durchaus unterschiedliche Assoziationen auslösen. Damit läuft man auch Gefahr bei der Wahl bestimmter Worte, dass man häufiger missverstanden wird.

Insgesamt geben lediglich 26 (6%) der Teilnehmer an, den Begriff „subtoxisch-

	Häufigkeit 1	Häufigkeit 2	Häufigkeit 3	Häufigkeit 4	fehlende Angabe	Mittelwert
Überlastungsekzem	135 (30%)	136 (30%)	78 (17%)	55 (12%)	44 (10%)	2,1
Irritatives Ekzem	162 (36%)	100 (22%)	48 (11%)	90 (20%)	48 (11%)	2,2
Abnutzungsekzem	80 (18%)	144 (32%)	82 (18%)	97 (22%)	45 (10%)	2,5
Erschöpfungsekzem	27 (6%)	116 (26%)	100 (22%)	155 (35%)	50 (11%)	3,0
Degeneratives Ekzem	29 (7%)	53 (12%)	80 (18%)	212 (47%)	74 (16%)	3,3

Tabelle 2: Rangfolge der Begriffe bei den Befragten

Bei einer Auswertung getrennt nach Männern und Frauen schneiden das Abnutzungsekzem und vor allem das Erschöpfungsekzem und das degenerative Ekzem ebenfalls deutlich schlechter bei der Akzeptanz ab.

kumulatives Ekzem“ zu kennen. Die verschiedenen „Übersetzungen“ sind allerdings auch nicht unproblematisch. Jede freie Assoziation eines Teilnehmers wurde in ihrer Gesamtheit danach bewertet, ob sie stimmig mit der Defi-

	Männer N = 202	Frauen N = 244
Überlastungsekzem	2,1	2,1
Irritatives Ekzem	2,3	2,0
Abnutzungsekzem	2,4	2,5
Erschöpfungsekzem	2,9	3,0
Degeneratives Ekzem	3,2	3,3

Abb. 2: Mittelwerte wie in Tabelle 1 nach Geschlechtern getrennt

Fast zwei Drittel (N = 285; 64%) fänden es gut einen der fünf Begriffe zu verwenden. 39 (9%) fänden dies nicht gut, 107 (24%) ist es egal und bei 17 (4%) lag hierzu keine Angabe vor.

Richtigkeit der Assoziation:

Für die Bewertung der einzelnen Begriffe ist es jedoch nicht nur wichtig, ob die Betroffenen einen Begriff eher annehmen, es ist auch sehr wichtig, ob sie ihn auch „richtig“ verstehen. Geläufige Worte können bei verschiedenen Men-

tion des „subtoxisch kumulativen Ekzems ist. (Tabelle 3) Hierfür wurde sie einer der folgenden fünf Gruppen zugeordnet:

1. Sehr gut mit der gewünschten Definition übereinstimmende Assoziation
2. Übereinstimmende, aber z. T. lückenhafte Assoziation
3. Falsche Assoziation
4. Falsche Assoziation (da psychische Verursachung)
5. Keine Assoziation

	Abnutzungsektzem	Überlastungsektzem	Irritatives Ektzem	Erschöpfungsektzem	Degeneratives Ektzem
1. Sehr gut mit der gewünschten Definition übereinstimmende Assoziation	90 (36 %)	98 (39 %)	58 (23 %)	59 (24 %)	28 (11 %)
2. Übereinstimmende, aber z. T. lückenhafte Assoziation	89 (36 %)	75 (30 %)	87 (35 %)	67 (27 %)	41 (16 %)
3. Falsche Assoziation	42 (17 %)	20 (8 %)	62 (25 %)	38 (15 %)	132 (53 %)
4. Falsche Assoziation (da psychische Verursachung)	2 (1 %)	49 (20 %)	4 (2 %)	62 (25 %)	2 (1 %)
5. Keine Assoziation	28 (11 %)	9 (4 %)	40 (16 %)	25 (10 %)	48 (19 %)

Tabelle 3: „Richtigkeit der Assoziationen“ bei den einzelnen Begriffen

Wenn man fragt, was ist die Vorstellung ist, die der Betroffene mit jedem der angebotenen Begriffe verbindet und ob das in Übereinstimmung mit dem subtoxisch kumulativen Ektzem ist, dann zeichnet sich ein Vorsprung der Begriffe „Abnutzungsektzem“ und „Überlastungsektzem“ ab. Die „falsche Assoziation“ psychischer Ursachen führt dazu, dass das Abnutzungsektzem nicht noch stimmiger bewertet wird.

Freie Assoziationen:

Ein weiterer Gesichtspunkt wird in Tabelle 4 deutlich. Hierzu wur-

den die 448 freien Assoziationen zu den Begriffen Abnutzungsektzem, irritatives Ektzem und Überlastungsektzem ausgewertet. 58 Teilnehmer gaben bei allen Begriffen „nichts“ oder Unsinn an. Sie wurden nicht einbezogen.

Das Abnutzungsektzem wird mit häufigen oder lang anhaltenden Reizungen assoziiert, die häufig durch Reibung oder immer die gleichen Bewegungsabläufe gekennzeichnet sind.

Das Überlastungsektzem wird wie das Abnutzungsektzem mit häufigen oder

lang anhaltenden Reizungen assoziiert. Hierbei werden jedoch weniger mechanische Ursachen angegeben als vielmehr der Kontakt mit belastenden chemischen Einwirkungen. Zusätzlich wird häufig eine psychische Komponente genannt.

Das Irritative Ektzem wird häufig mit einer allergischen Reaktion auf den Kontakt mit einem bestimmten Stoff assoziiert.

Das Erschöpfungsektzem wird vor allem mit einer psychischen Ursache in Verbindung gebracht. Man macht etwas solange, bis man erschöpft ist.

	Abnutzungsektzem	Degeneratives Ektzem	Erschöpfungsektzem	Irritatives Ektzem	Überlastungsektzem
Ursachenzuschreibungen:					
Lange oder häufige Reizung	142	35	98	33	149
Belastende chemische Einwirkungen	42	24	35	139	82
Mechanische Ursache	99	1	11	9	33
Feuchtigkeit	24	11	12	18	33
Psychisch	2	2	120	5	98
Ausprägungen:					
Ausschlag, Allergie	23	19	26	64	40
Wunde, Entzündung	22	22	15	28	23
Trockene Haut	29	17	18	11	16
Verfärbungen	22	13	17	29	26
Verlauf:					
Reversibel, Temporär	3	33	6	10	7
Irreversibel	6	74	2	9	1
Sonstiges:					
Bezug zu Arbeit/Beruf	29	5	16	5	34

Tabelle 4: der kategorisierten Nennungen innerhalb der freien Assoziationen von 390 Teilnehmern

Beim degenerativen Ekzem denken die Befragten insbesondere an den Verlauf. Entweder wird damit ein dauerhafter ernster Verlauf oder das Gegenteil, ein Ekzem welches sich gerade zurückbildet assoziiert.

Ein Bezug zum Arbeitsplatz wird nur in wenigen Fällen genannt, dann jedoch deutlich häufiger beim Abnutzung- und Überlastungsekzem als bei den anderen Begriffen.

Diskussion

Erschöpfungsekzem und degeneratives Ekzem haben im Vorfeld bei der Richtigkeit bereits schlechter abgeschnitten. Es wird nachfolgend daher nicht mehr darauf eingegangen.

Das Abnutzungsekzem wird viel mit lang andauernden oder häufig wiederholten Einwirkungen assoziiert. Weiterhin wird von einer insbesondere mechanischen Reizung ausgegangen. Ein Abnutzungsekzem wird vergleichsweise oft als irreversibel eingeschätzt. Dahingegen werden belastende chemische Einwirkungen relativ selten assoziiert.

Das Überlastungsekzem wird ebenfalls relativ häufig mit lang andauernden oder häufig wiederholten Einwirkungen assoziiert, allerdings nicht so häufig wie das Abnutzungsekzem. Bezüglich auslösender Ursachen werden beim Überlastungsekzem sowohl belastende chemische Einwirkungen als auch mechanische Reizungen genannt.

Beim irritativen Ekzem werden die wenigsten Assoziationen berichtet. Hier werden insbesondere belastende chemische Einwirkungen genannt. Dagegen scheint die zeitliche Einordnung sowohl bei Entstehung als auch bei der Dauer eher kurz zu sein. Außerdem wird das irritative Ekzem am häufigsten mit einer Allergie assoziiert.

Bei der Auswahl des am besten geeigneten Begriffes wird man zunächst sicher Anforderungen an die die Übereinstimmung von gesendeten und empfangenen Botschaften stellen. Ein Begriff, wenn er „kumulativ“ widerspiegelt,

sollte sowohl die Vorstellung einer längeren Zeitschiene erzeugen als auch das Bild einer wiederholten Einwirkung. Bei der Wiedergabe von „subtoxisch“ kann man es als ungünstig ansehen, wenn chemische Aspekte bei ihm nicht anklingen.

In der Gesamtsicht ist das Überlastungsekzem der Begriff, der bei den vorliegenden Daten im Mittel vergleichsweise gut abschneidet. Er hätte noch besser abgeschnitten, wenn es nicht den Teil „Falsche Assoziation (da psychische Verursachung)“ geben würde. Formal ist die Bewertung als falsch sicher gerechtfertigt. Mit der Diagnose „subtoxisch kumulatives Handekzem“ liegt offensichtlich eine stoffliche, mechanistische Sichtweise zugrunde; psychische Ursachen werden bei dieser Begriffswahl nicht als relevant für die Manifestation eines Handekzems angesehen. Somit ist es legitim, einen Begriff, der andere (psychische) Ursachen vermittelt, im Sinne einer Übersetzung unter „nicht richtig“ zu zählen.

Wenn man das Formale verlässt, stellt sich die Frage, ist es denn gerechtfertigt, psychische Aspekte völlig auszugrenzen? Wenn man das bejaht, könnte die falsche „Übersetzung“ psychische Ursachen beim Überlastungsekzem sogar besser die Realität widerspiegeln als die dermatologische Diagnose subtoxisch kumulatives Ekzem.

Ein weiterer Gesichtspunkt spricht für das Überlastungsekzem. Subtoxisch kumulativ ist mehr beschreibend. „Überlastend“ ist eine Wertung, die darüber hinaus geht. Eine Überlastung ist ein „Zuviel“. Ist diese Wertung nicht zutreffender?

Beim subtoxisch kumulativen Ekzem werden Einwirkungen angeschuldigt, die nicht durch eine akut irritierende Wirkung auffallen. Es wird sprachlich vermittelt, dass diese oft als harmlos eingeschätzten Einwirkungen auf Dauer eben doch die Ursache für Hautveränderungen sind.

Die Vorstellung einer Überlastung beurteilt weniger den Arbeitsplatz sondern versetzt sich mehr in die Position

der Haut. Über einen längeren Zeitraum hinweg immer wieder vorkommende Einwirkungen auf die Haut führen schließlich dazu, dass es der Haut „zuviel“ wird. Diese Wertung kann man auch als die zutreffende ansehen im Vergleich zu subtoxisch kumulativ. Die Beurteilung des Effektes auf die Haut dürfte von dem Betroffenen am Arbeitsplatz eher als „richtig“ empfunden werden. (Ihn interessiert die Theorie zu stress and strain, Belastung und Beanspruchung wenig).

Daneben ist eine Überlastung sprachlich eine gute Rechtfertigung für die Einleitung von Präventionsmaßnahmen. Schließlich sollen die Beteiligten zu geeigneten Präventionsmaßnahmen motiviert werden.

Im Betrieb ist der Begriff subtoxisch kumulatives Ekzem nicht geeignet und sollte durch einen verständlicheren ersetzt werden. Eine Reihe von Argumenten spricht hierbei für das Überlastungsekzem. Die damit verbundene Wertung kann sich zusätzlich positiv auf die Präventionsbemühungen auswirken.

Zusammenfassung

Die am häufigsten auftretende Hauterkrankung am Arbeitsplatz ist das subtoxisch kumulative Handekzem. Bei der Information von Betroffenen über die Bedeutung der Handekzeme sind dieser Fachausdruck nicht verständlich. Es trägt auch nicht zur Akzeptanz bei, wenn für denselben Sachverhalt zahlreiche genauso schlecht verständliche Synonyme benutzt werden. Umso wichtiger ist es, dass die häufigste Diagnose in verständlicher Form übermittelt und auch richtig verstanden wird.

Zu fünf verständlicheren Begriffen, „Übersetzungen“ wurden die Antworten derer ausgewertet, die mit diesen Worten am Arbeitsplatz konfrontiert werden, die die Botschaft verstehen sollen. Wichtige Gesichtspunkte sind einerseits die Akzeptanz eines Begriffes andererseits die Übereinstimmung zwischen dem was ausgesagt wird und dem was „ankommt“.

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 präventionstauglichen 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 Vorgesichte 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 Essanelle 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

Berufstätig mit Rheuma

RheumaPreis 2011 – Bewerbungszeitraum beginnt

Menschen mit entzündlichem Rheuma können sich erneut um den RheumaPreis bewerben. Bereits zum dritten Mal werden Beispiele gesucht und ausgezeichnet, bei denen Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam ihren Weg gefunden haben, Arbeitskraft und aktive Teilhabe von Menschen mit Rheuma zum Gewinn aller Beteiligten zu erhalten. Berufstätige und ihre Arbeitgeber, die sich dabei ideenreich und beispielgebend engagiert haben, zeichnet die Initiative RheumaPreis mit dem mit 3.000 Euro dotierten RheumaPreis aus. Interessierte erhalten unter www.RheumaPreis.de weitere Informationen.

In Deutschland haben 1,5 Millionen Menschen eine entzündlich-rheumatische Erkrankung, viele von diesen sind im erwerbsfähigen Alter. Berufstätig mit Rheuma – die Preisträger der letzten beiden Jahre haben eindrucksvoll unter Beweis gestellt, was möglich ist: „Rheuma hindert nicht zwangsläufig an der Berufstätigkeit. Es ist oft nur eine Frage des Umgangs mit der Erkrankung durch die Betroffenen selbst und ihr Umfeld“, sagt Preisträgerin Silke Hüser aus Bremen. Sie hat von ihrem Arbeitgeber eine Karrierechance als Geschäftsführerin im Groß- und Außenhandel erhalten und konnte über die rheumagerechte Ausstattung ihres Büros mitentscheiden. Das ist allerdings nicht selbstverständlich, noch immer scheidet heute jeder fünfte Betroffene innerhalb von drei Jahren nach der Diagnose Rheuma aus dem Arbeitsleben aus. Die Vereinbarkeit von Beruf und Rheuma aufzuzeigen, ist das zentrale Anliegen des von zehn Partner-Organisationen getragenen RheumaPreis. „Für viele Menschen mit Rheuma ist der Beruf ein wichtiger Lebensinhalt und sogar Teil der Krankheitsbewältigung. Unser Ziel ist es deshalb, zu mehr Offenheit im Umgang mit Rheuma am Arbeitsplatz anzuregen und so die beruflichen Chancen von Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zu ver-



Die Preisträgerinnen 2010 Silke Hüser, Stefanie Gerhardt und Hella Tietz haben bewiesen, dass Berufstätigkeit und Rheuma gut vereinbar sind. © Initiative RheumaPreis / Stefan Wernz

bessern“, erklärt Prof. Christof Specker, Rheumatologe und Sprecher der Kooperativen Rheumazentren in der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Partner beim RheumaPreis. „Vielfach ist noch immer nicht bekannt, dass Rheuma auch jüngere Menschen betrifft, die noch am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn stehen“, betont Ludwig Hammel von der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e. V., die seit Jahresbeginn die Initiative unterstützt. „Deshalb ist es umso wichtiger, mit den positiven Beispielen der Preisträger zu zeigen, dass auch mit Rheuma im Beruf viel erreicht werden kann.“ Dies macht anderen Mut und regt zum Nachahmen an – mit großem Erfolg: So verdoppelte sich die Zahl der Bewerber schon im zweiten Jahr der Ausschreibung. Die Berufstätigkeit von Menschen mit Rheuma zu erhalten, ist auch im Interesse des Arbeitgebers, weiß Dr. Stefan Simianer, Medical Director beim Gesundheitsunternehmen Abbott, Wiesbaden, das zu den Initiatoren zählt. „Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels ist es für Unternehmen maßgeblich, das wertvolle Know-how von Mitarbeitern zu erhalten“, sagt Simianer. „Mit dem RheumaPreis möchten wir daher auch Arbeitgeber

motivieren, mehr Flexibilität zu wagen und Angestellten mit Rheuma durch gezielte Anpassungsmaßnahmen einen Verbleib im Unternehmen zu ermöglichen – zum beiderseitigen Vorteil.“

Bis zum 30. Juni 2011 bewerben

An der Ausschreibung teilnehmen können Berufstätige mit entzündlichem Rheuma, damit sind auch Teams und Freiberufler sowie Hausfrauen / Mütter und Hausmänner / Väter ausdrücklich angesprochen. Zur Teilnahme ist eine schriftliche Bewerbung bis zum 30. Juni 2011 erforderlich, in der die Bewerber die Ausgangssituation, die Wege zur Veränderung und die erreichte Verbesserung beschreiben. Eine unabhängige Jury aus Mitgliedern der RheumaPreis-Partner entscheidet über die Auszeichnungen. Die Preisverleihung findet im Herbst 2011 statt. Die Ausgezeichneten erhalten ein Preisgeld in Höhe von 3.000 Euro, die Arbeitgeber eine Anerkennung für ihr bemerkenswertes Engagement für Arbeitnehmer mit Rheuma. □

Weitere Informationen und Bewerbungsmodalitäten unter www.RheumaPreis.de

RÖMER APOTHEKE jetzt ISO 9001 zertifiziert

Die dem Firmenverbund der GPK zugehörige BtoB-Versandapotheke RÖMER APOTHEKE ist mit dem Qualitätszertifikat nach ISO 9001 ausgezeichnet worden. Die Kunden aus den arbeitsmedizinischen Fachkreisen profitieren ab sofort von der Einhaltung höchster Qualitätsanforderungen bei der Belieferung von Arztpraxen und Institutionen mit Arzneimitteln durch die RÖMER APOTHEKE. Das Zertifikat wurde von der QS Quality Service Zürich AG ausgestellt.

„Uns ist ein großer, wichtiger Schritt gelungen“, freut sich der GPK Vertriebs- und Marketingleiter Eckart Rinck, „durch die ISO-Zertifizierung wird unsere Prozess- und Versorgungsqualität weiter gesteigert. So können wir noch deutlicher als bisher mit einem professionellen Serviceangebot und unserem günstigen Preis-Leistungsniveau punkten.“ RÖMER APOTHEKE und GPK wollen durch die Zertifizierung neuen wie bestehenden Kunden zeigen, dass Verlässlichkeit und Qualität im Firmenverbund an erster Stelle stehen.

Die GPK betreibt das große Fachportal www.gpk.de und gilt als erfahrener Dienstleister für Arbeitsmediziner, Be-



triebsärzte, Werkärzte und arbeitsmedizinische Institutionen. Das wertschöpfende GPK-Know how konzentriert sich auf maßgeschneiderte Lösungen, Kostentransparenz und Einsparungen im Beschaffungsmanagement. Ziel ist der vereinfachte, effiziente und auf die Zukunft ausgerichtete Einkauf von Impfstoffen, Arzneimitteln und Praxisbedarf. □

Impressum ASUpraxis

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

Online-Archiv:
www.asu-praxis.de

Chefredaktion
M. Wochner (verantwortlich)

Redaktion
Dr. med. U. Hein-Rusinek
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg
Dr. med. A. Schoeller
Dr. med. M. Stichert

Anschrift für Manuskripteinsendung:
Redaktion ASUpraxis
Alfons W. Gentner Verlag
Forststraße 131
70193 Stuttgart
E-Mail: asu@gentner.de

Kontakt:

GPK mbH
Gesellschaft für medizinische
Prävention und Kommunikation
Vertriebs- und Marketingbüro
Karlsruher Straße 88
76139 Karlsruhe
Telefon: 07 21-6 80 28 36
Fax: 07 21-6 80 27 14
E-Mail: kontakt@gpk.de
www.gpk.de

5. SYMPOSIUM HÖHENPHYSIOLOGIE UND PRAXIS

Eine Tradition muss fortgesetzt werden!

Wann: 2. 9. – 4. 9. 2011

Wo: Ausbildungszentrum der Bundespolizei
auf der Kührointalm im Königssee Nationalpark
am Watzmann bei Berchtesgaden
Schirmherrschaft: Deutsche Gesellschaft für Reise-,
Migratons- und Tourismusmedizin (DGRMT e. V.)

Einladung und Call for Abstracts

Praxisteil: Geführte Bergtouren, 31. 8. – 2. 9. 2011

Symposium: 2. 9. – 4. 9. 2011

Wissenschaftler, Praktiker und Akteure aus den Bereichen
Medizin, Sport, Physiologie, Ergonomie, Polizei,
Militär, Bergrettung sowie Bergsteiger und Bergführer
herzlich aufgefordert, ihre Beiträge einzureichen.
Die Kongresssprache ist Englisch.

Abstracts an: tkuepper@ukaachen.de
(Deadline: 31. 5. 2011). Publikation: Alle Abstracts und
ausgewählte Vorträge werden in Med Sport publiziert
(MedLine gelistet, Impact-Faktor erwartet)

Detaillierte Informationen unter: www.dgrmt.de