Präventiv oder Kurativ?
Die medizinische Perspektive

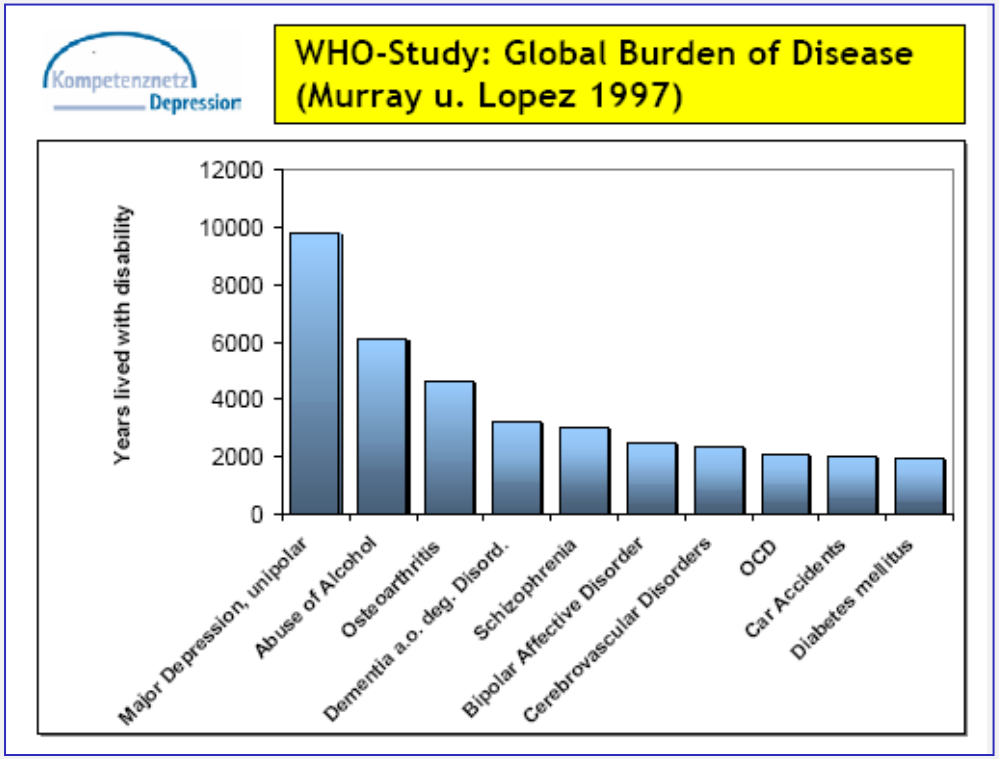
Nur gestresst oder längst krank?

Andreas Spengler, Wunstorf

© Nicht zur Veröffentlichung
Stoffsammlung – handout –
Bewertungen nur im Zusammenhang
mit dem mündlichen Vortrag

Volkskrankheit oder Modethema ?

WHO: Depressive Erkrankung – die Krankheit, die die meisten gesunden Lebensjahre kostet /
Global burden of Disease 1997



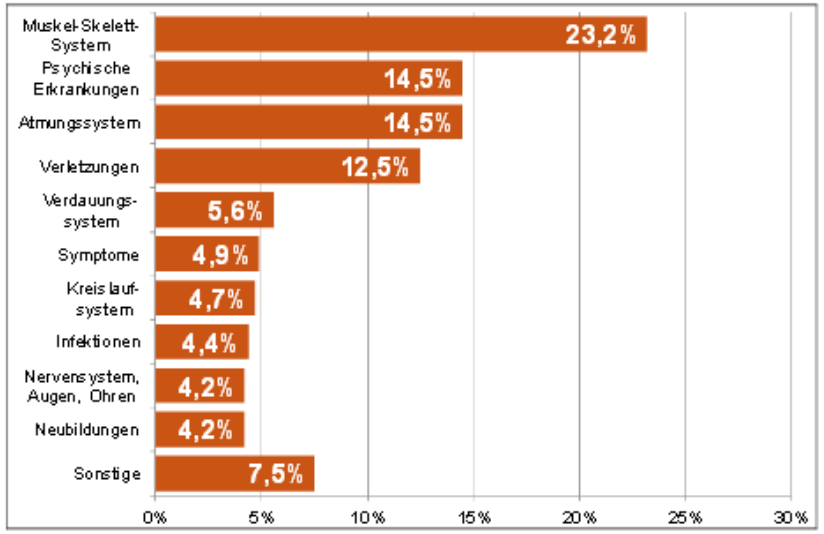
Volkskrankheit oder Modethema ?

Gesundheitsreports großer Krankenkassen:
z.B. DAK 2012

Überdurchschnittlich:
- Frauen
- Ältere
- Gesundheitswesen und Öffentl. Verwaltungen

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Abbildung 13: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

z.B. DAK 2012
Diagnosen:

Wahrscheinlich geht wenigstens ein großer Teil der Zunahme der F-AU-Tage auf eine Verschiebung im Diagnosespektrum zurück.

< zit. nach DAK-Gesundheitsreport 2012 > S. 109

AU-Tagen und AU-Fällen 2012

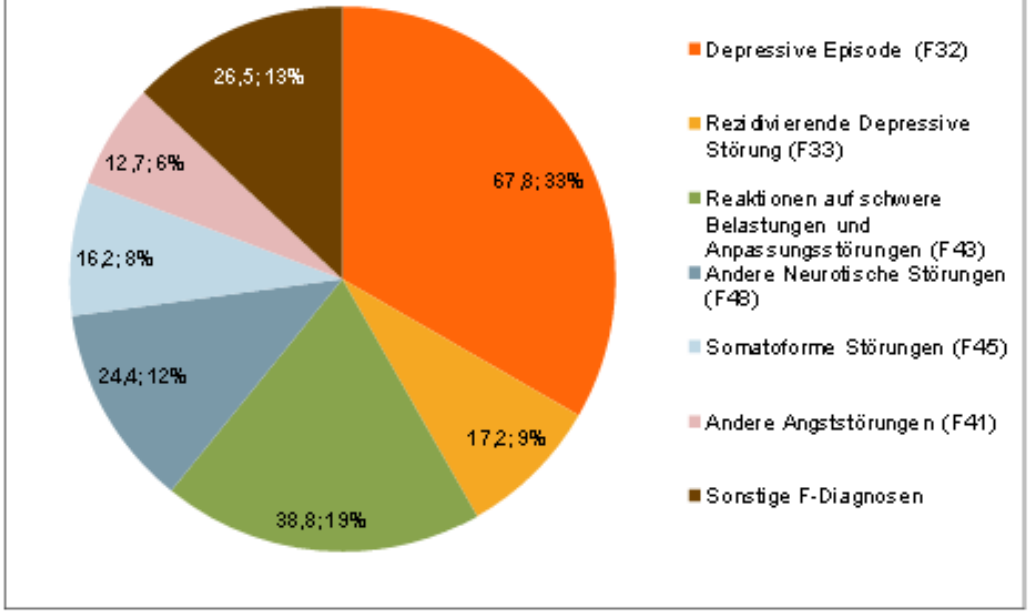
ICD 10	Diagnose	AU-Antell AU-Tage	Antell AU-Fälle
		7,0%	6,4%
		5,0%	10,9%
F32	Depressive Episode	4,8%	1,3%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,8%	1,4%
		1,9%	1,6%
		1,9%	0,6%
		1,8%	4,9%
		1,8%	3,0%
F48	Andere neurotische Störungen	1,7%	0,8%
		1,6%	0,7%
		1,5%	2,6%
		1,5%	0,6%
F45	Somatoforme Störungen	1,2%	0,6%
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,2%	0,2%

Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

z.B. DAK 2012
Diagnosen:

4 Schwerpunktthema: psychische Erkrankungen

Abbildung 25: AU-Tage pro 100 VJ und Anteil der Einzeldiagnosen ("Dreisteller") an den Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen



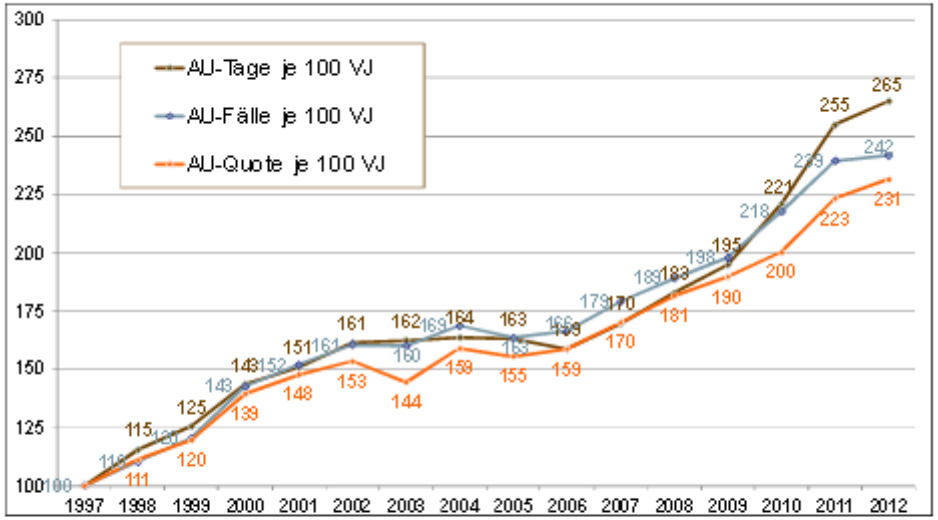
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2012

< zit. Nach DAK-Gesundheitsreport 2012 > S. 37

Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

z.B. DAK 2012
Zunahme

Abbildung 20: Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten (AU) aufgrund psychischer Erkrankungen von 1997 bis 2012

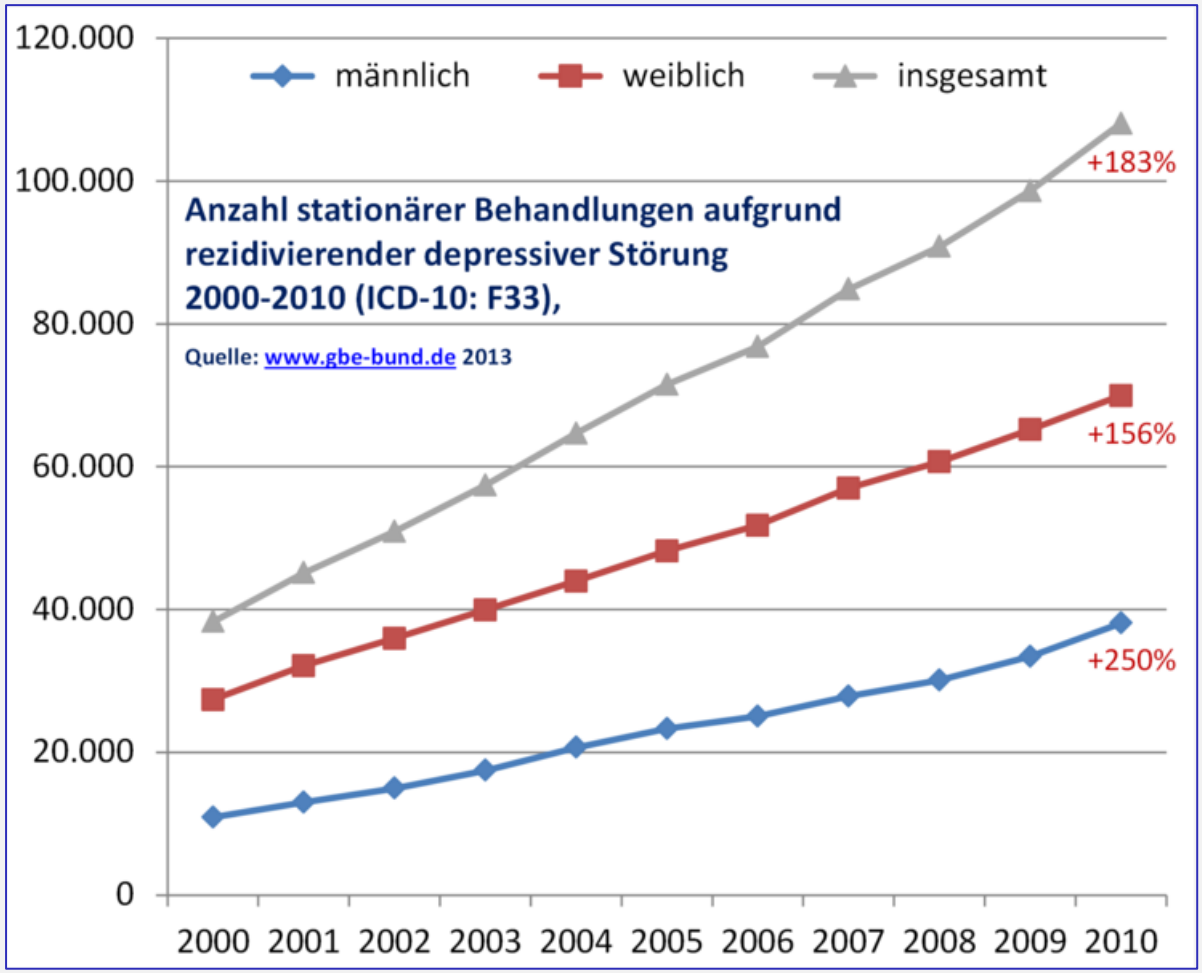


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997-2012. Indexdarstellung: 1997=100

[7] Dabei lässt sich seit 2009 eine Auseinanderentwicklung der Steigerungsraten von AU-Tagen und AU-Fällen beobachten. Möglicherweise gibt es einen Trend dahingehend, dass die (ohnehin schon langen) Falldauern noch länger werden.

< zit. Nach DAK-Gesundheitsreport 2012 > S.

Zum Vergleich:
Zunahme der Behandlungshäufigkeiten im stationären Sektor



Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

DAK 2013: Diskussion

1. Spiegelt der Anstieg der Krankschreibungen aufgrund psychischer Leiden eine tatsächliche Zunahme der Prävalenz dieser Erkrankungen wider?
2. Führt eine verbesserte diagnostische Kompetenz der Hausärzte sowie eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen dazu, dass Ärzte und Patienten eine solche Diagnose eher stellen bzw. zulassen?
3. Welche Rolle spielt die Arbeitswelt hierbei? Haben Belastungen durch Arbeitsverdichtung, Flexibilisierung und Prekarisierung so zugenommen, dass diese (Mit-)Verursacher für das Phänomen der zunehmenden Fehltage wegen psychischer Erkrankungen sind?

Statistiken zum Burn-out-Syndrom sind nur sehr bedingt aussagekräftig

Es ist unklar, ob und wie Hausärzte den Z73-Schlüssel zur Dokumentation eines Burnout-Syndroms verwenden.

Noch im Jahr 2004 spielte das Burnout-Syndrom keine Rolle im AU-Geschehen

Im Jahr 2012 hat das Burnout-Syndrom (genauer: Der Z73-Schlüssel) knapp ein Achtel der AU-Tage einer Depression [ausgemacht]

< zit. Nach DAK-Gesundheitsreport 2012 >

Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

Eine wichtige bevölkerungsrepräsentative Studie ist die "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS) des Robert-Koch-Instituts (Kurth 2012; Hapke et al. 2012a; Hapke et al. 2012b).
Die Zusatzuntersuchung "Psychische Gesundheit" (DEGS-MHS) strebt u.a. eine umfassende und klinisch-diagnostisch differenzierte Erfassung psychischer Störungen an.
Über einen Vergleich mit den Daten des Bundesgesundheitssurveys 1998 (BGS 1998),
bzw. dessen Zusatzmodul "Psychische Störungen" wird auch die Frage geprüft…, ob psychische Störungen zugenommen haben und ob es Veränderungen im Morbiditätsspektrum gegeben hat
(Wittchen et al. 2012; Wittchen/Jacobi 2012). < zit. Nach DAK-Gesundheitsreport 2012 >

http://www.degs-studie.de/

Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)
M.A. Busch, U.E. Maske, L. Ryl, R. Schlack, U. Hapke

In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) wurden von 2008 bis 2011 in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von 7988 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren aktuelle depressive Symptome mit dem „Patient Health Questionnaire“ (PHQ -9) erfasst. Zusätzlich wurden diagnostizierte Depressionen in einem ärztlichen Interview erfragt. Eine depressive Symptomatik (PHQ-9 ≥10 Punkte)
besteht bei 8,1% der Erwachsenen (Frauen 10,2%; Männer 6,1%).
Bei beiden Geschlechtern ist die Prävalenz bei 18- bis 29-Jährigen am höchsten und fällt danach ab. Bei Männern und Frauen mit höherem sozioökonomischem Status besteht seltener eine depressive Symptomatik. Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression beträgt 11,6% (Frauen 15,4%; Männer 7,8%) und ist am höchsten bei 60- bis 69-Jährigen; die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 6,0% (Frauen 8,1%; Männer 3,8%) und ist am höchsten bei 50- bis 59- Jährigen. Bei Frauen, aber nicht bei Männern sinken die Diagnoseprävalenzen mit steigendem sozioökonomischem Status. Die Ergebnisse beschreiben die weite Verbreitung von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland und bestätigen bekannte Zusammenhänge von Depression mit Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status.

http://edoc.rki.de/oa/articles/reTN7kZkaLF1o/PDF/20q1kPfuqFfQ.pdf

Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland.
Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)
U. Hapke , U.E. Maske , C. Scheidt-Nave , L. Bode, R. Schlack, M.A. Busch

Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) wurde von 2008 bis 2011 durchgeführt und umfasste Befragungen, Untersuchungen und Tests. Zielpopulation war die in Deutschland lebende Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren. Insgesamt nahmen 8152 Personen teil. Chronischer Stress wurde erfasst, um seine Auswirkungen auf die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden zu untersuchen. Zur Messung der Stressbelastung wurde die ScreeningSkala des Trierer Inventars zum chronischen Stress der Altersgruppe bis einschließlich 64 Jahre zur Beantwortung vorgelegt (N=5850). Frauen geben mit 13,9% signifikant häufiger eine starke Stressbelastung an als Männer (8,2%). Die Prävalenz starker Stressbelastung nimmt mit steigendem sozioökonomischem Status ab; sie fällt von 17,3% bei niedrigem auf 7,6% bei hohem sozioökonomischem Status. Eine starke Belastung mit chronischem Stress ist besonders häufig (26,2%), wenn eine geringe soziale Unterstützung vorliegt. Menschen mit einer starken Belastung durch chronischen Stress zeigen deutlich häufiger eine depressive Symptomatik, ein Burnout-Syndrom oder Schlafstörungen als Menschen ohne starke Belastung durch chronischen Stress. Die Bedeutung von chronischem Stress als Gesundheitsrisiko wird durch die Daten bestätigt. Das Thema hat somit eine hohe Public-Health-Relevanz.

http://edoc.rki.de/oa/articles/re4jxGWhL5gE/PDF/21xYyCjlzhAzM.pdf

Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

DAK 2013:
Befunde

Aus einer Untersuchung bei Beschäftigten:
< vereinfacht zit. Nach DAK-Gesundheitsreport 2012 >

Rund ein Drittel der Beschäftigten geht trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit,
Über ½ weil die Beschwerden das Arbeiten nicht störten oder noch zuließen, über 2/4 um die Arbeit zu erledigen.
Noch immer in erheblichem Umfang Stigmatisierung psychischer Störungen, aber
Der Anteil derer, die wegen eines psychischen Problems beim Arzt oder Therapeuten Hilfe suchen, hat sich seit 2004 fast verdoppelt.

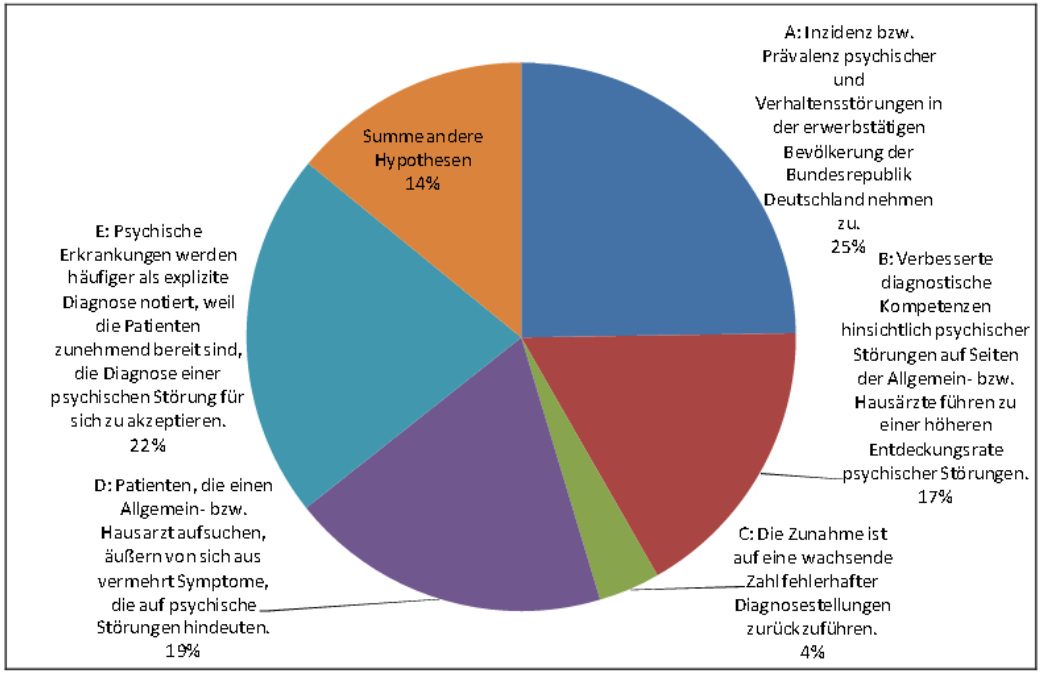
Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

DAK 2013: Befunde

„Die massive Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit trägt zur verstärkten Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema bei – insbesondere das Stichwort 'Burnout'.“

„Der häufigste im Freitext ergänzte Aspekte sind zunehmende Belastungen in der Arbeitswelt und durch den Arbeitsmarkt“

Abbildung 39: Gewichtung von Erklärungen der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen durch Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater



Quelle: Halbstandardisierte Befragung von Hausärzten, Psychotherapeuten und Psychiatern im Jahr 2012. N=17. Ausfüllanweisung: "Bitte bewerten Sie die Bedeutung der nachfolgenden Hypothesen zu den Hintergründen der Zunahme, indem Sie Prozentpunkte vergeben."

< zit. Nach DAK-Gesundheitsreport 2012 > S. 66

Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

DAK 2013: Befunde

2-4 % der Befragten fühlen sich erheblich belastet durch email-Kommunikation.
Fast jeder sechste Beschäftigte wird einmal pro Woche oder öfter außerhalb der Arbeitszeit angerufen.
Die Hälfte bleibt „unbehelligt“.

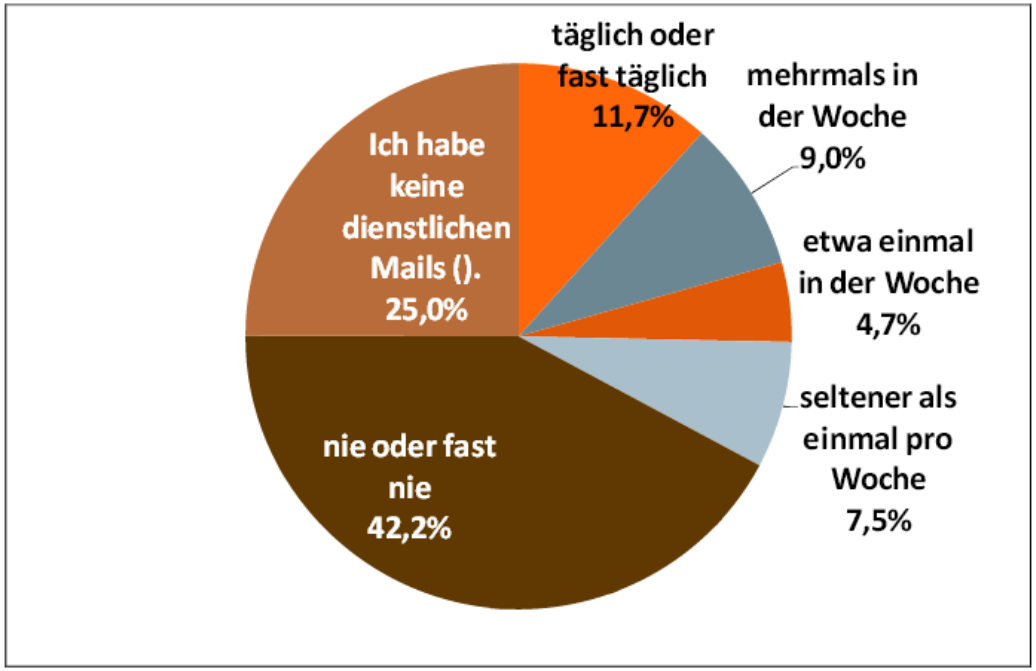
Zu Hause arbeiten 1/10 mehrmals, 1/10 gelegentlich weiter

„Erreichbarkeitsindex“
8 % hoch 16 % mäßig

Diagnose Depression steigt mit hoher Erreichbarkeit auf das Doppelte (24 %)
Nicht aber die AU-Häufigkeit

4 Schwerpunktthema: psychische Erkrankungen

Abbildung 53: Häufigkeit des Lesens dienstlicher E-Mails außerhalb der Arbeitszeit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2012. N=3.078. Fragewortlaut: "Wie häufig lesen Sie außerhalb der Arbeitszeit dienstliche E-Mails?"

20 % der Arbeitgeber akzeptieren Nichterreichbarkeit nicht

< grob zit. Nach DAK-Gesundheitsreport 2012 > S. 84

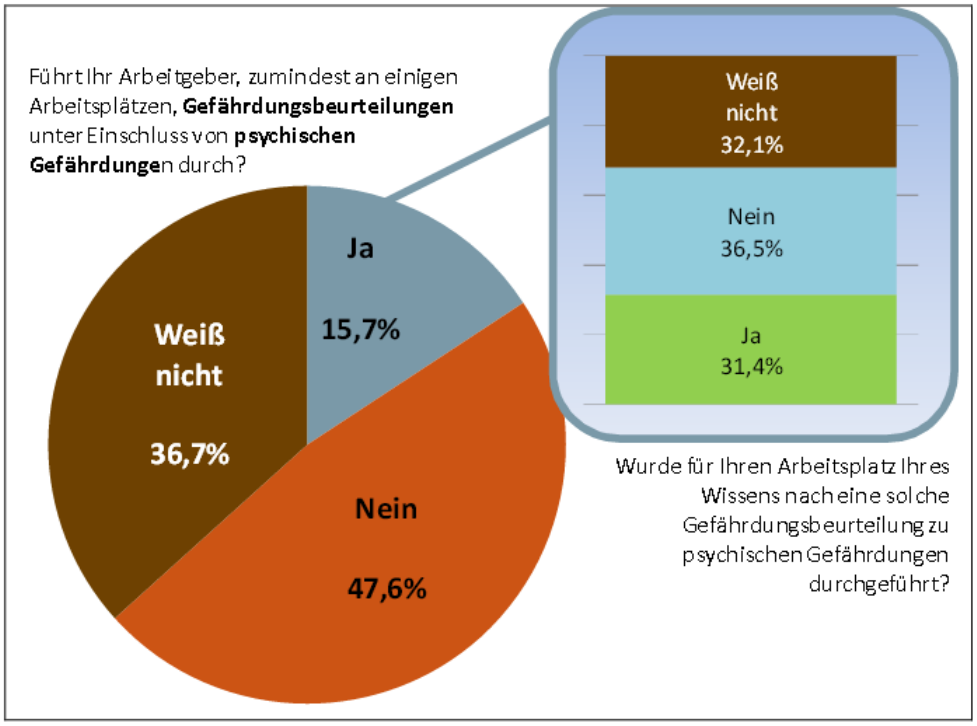
Volkskrankheit oder Modethema ? Genauer hingesehen

DAK 2013: Befunde

5 % geben an, daß eine Gefährdungsbeurteilung die Psychischen Belastungen einbezieht

< grob zit. Nach DAK-Gesundheitsrepor

Abbildung 69: Anteil der Beschäftigten, deren Arbeitgeber eine Gefährdungsbeurteilung unter Einschluss der psychischen Gefährdungen durchführt



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit. N=3.090 (N=487 für die gestapelte Säule rechts in der Grafik)

Zusammenfassung und Schlußfolgerungen DAK 2012 auszugsweise

Strukturelle Aspekte, soziale Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen.

Allerdings hat die Befragung auch gezeigt: Selbst Beschäftigte, die nur ein geringes oder mittleres Maß an Erreichbarkeit angeben, haben häufiger eine psychische Erkrankung als die, die gar nicht erreichbar sind. Insofern ist ständige Erreichbarkeit zwar nicht so häufig wie die Medienberichterstattung suggeriert. Aber sie ist ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen.
Die Befragung hat auch gezeigt: Beschäftigte die angeben, dass ihr Arbeitgeber sich um die psychische Gesundheit der Beschäftigten bemüht, sind seltener von psychischen Erkrankungen betroffen.

Zur Erinnerung: Psychische Belastung, Stress

Zunächst normale Vorgänge

Gleichgewicht Be- und Entlastung

Wichtig ist psychologisch und biologisch, ob kontrollierbarer Stress in unkontrollierbaren Dauerstress übergeht

Daraus folgen negative Entwicklungen

Zur Erinnerung: Krise

Negative oder bedrohliche innere oder äußere Veränderung, die mit den vorhandenen Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen nicht mehr kompensiert werden kann, Handlungsdruck erzeugt und die neue Entscheidungen und Lösungen erfordert

„Gratifikations-Krise“

Siegrist 1996,1999: Modell Krankheitsentstehung

Missverhältnis

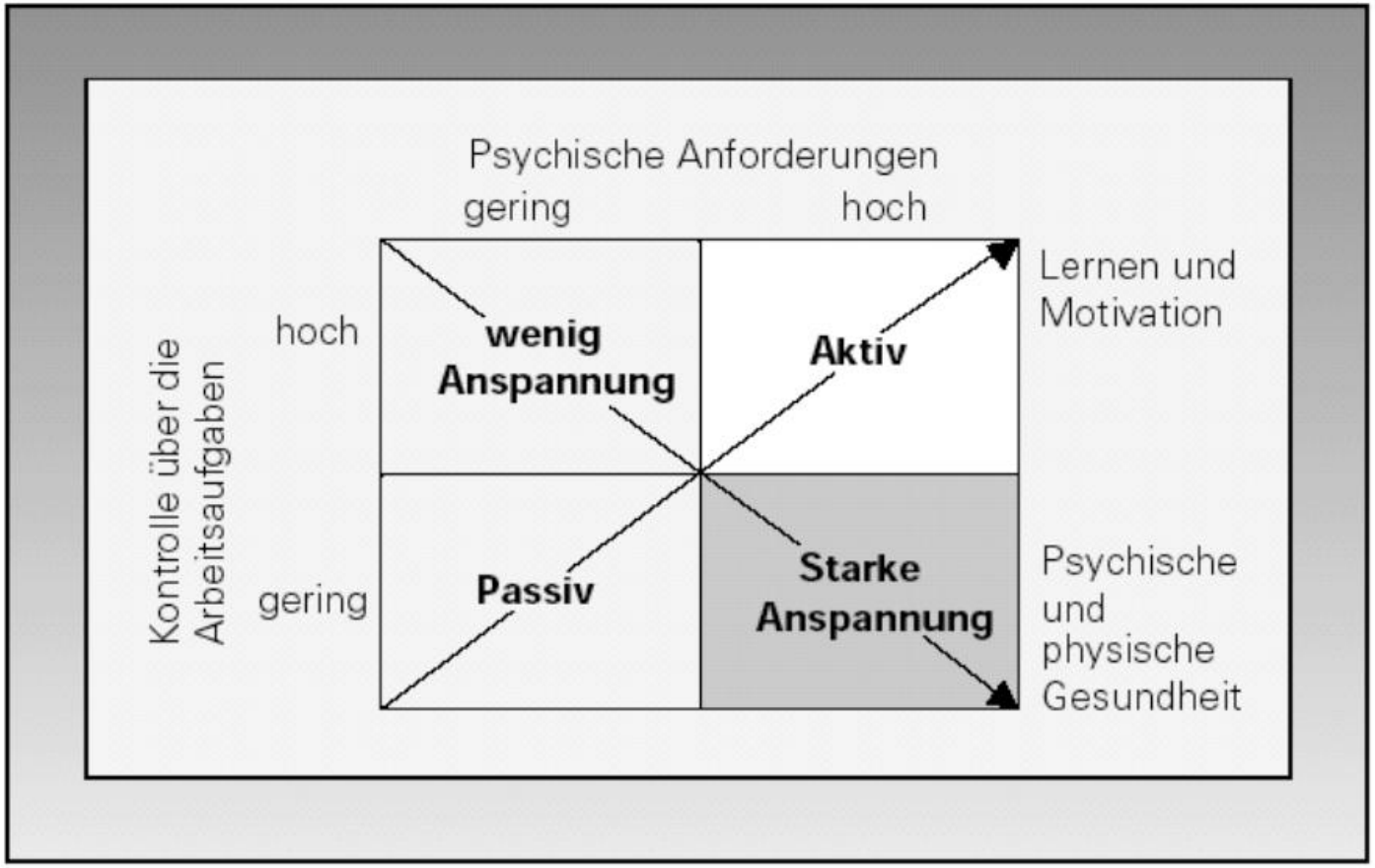
- Verausgabung (geforderte berufliche Leistungen)
- „Belohnungen“:
  - Bezahlung – Wertschätzung
  - Beruflicher Aufstieg .. Arbeitsplatzsicherheit

Persönlichkeit: Gesteigerte Neigung zur Verausgabung (Overcommitment)

Erlebte Gerechtigkeit ?

Erlebte Selbst- und Fremdbestimmung

Job-Demand-Control-Modell
(Karasek, 1979)



Drenth PJD, Thierry H, De Wolff CJ: A Handbook Of Work And Organizational Psychology: Work Psychology. Psychology Press, 2001

Transaktionales Stressmodell
(Lazarus)

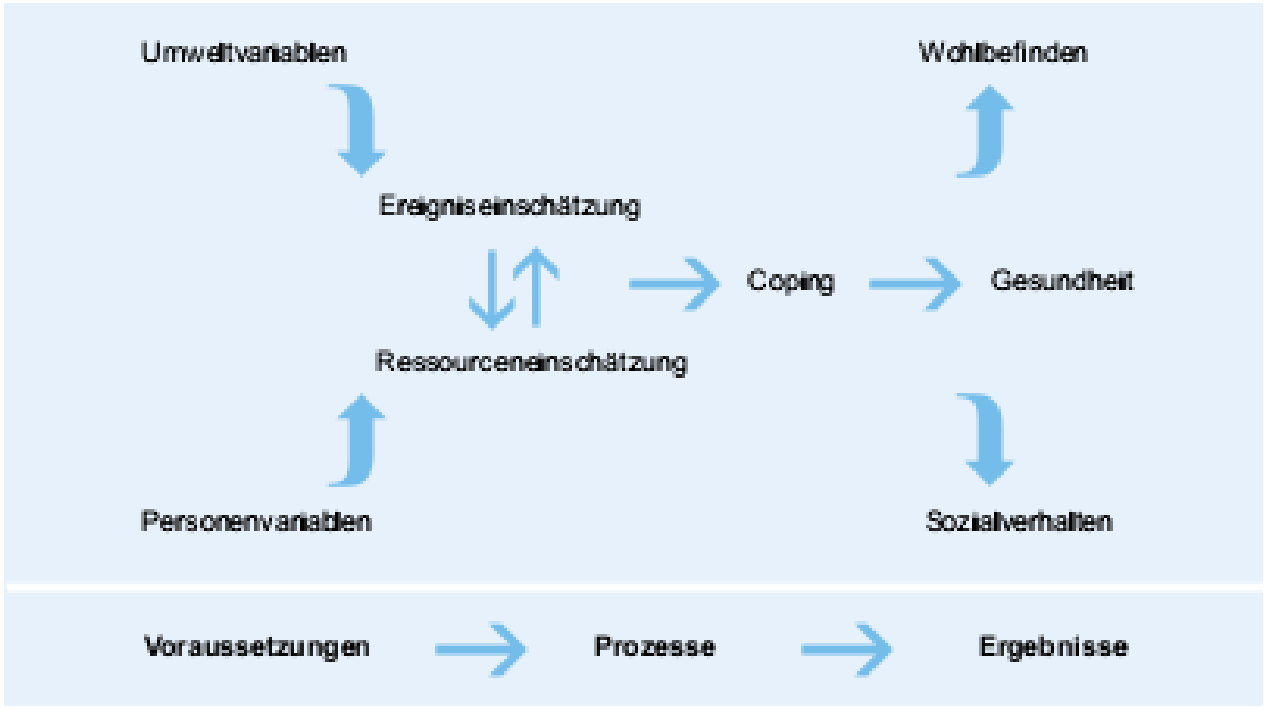
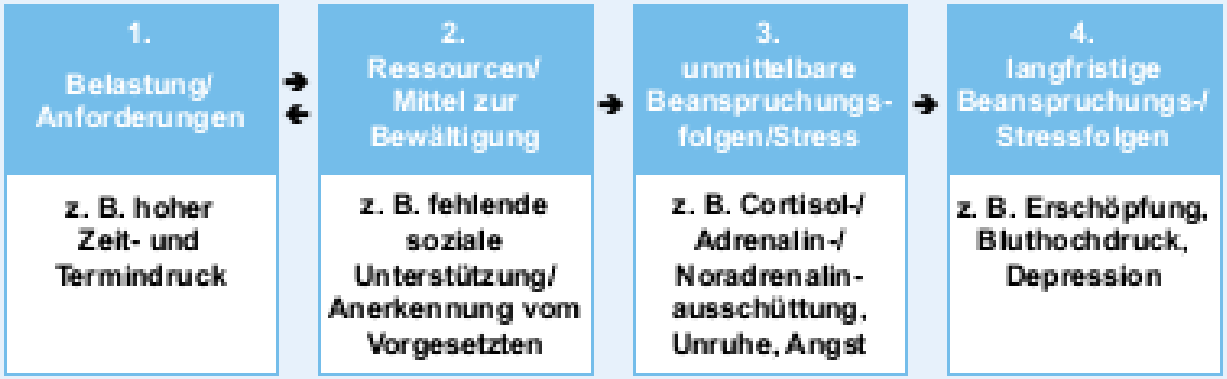


Abb. 3 Das transaktionale Stressmodell nach Lazarus (vgl. Schwarzer, 1996)

Zit.n. Stressreport Deutschland 2012

Entstehung und Folgen von Stress



Zeit- und Termindruck (1), ohne Unterstützung und Anerkennung vom Vorgesetzten (2), löst zunächst eine vermehrte Hormonausschüttung (3) aus, wir werden unruhig, vielleicht auch ängstlich. Im Normalfall ist die Aufgabe, die Anforderung jedoch bald erledigt, der Zeitdruck lässt nach, wir entspannen und erholen uns am Abend, während des Nachtschlafes oder am Wochenende. Bei ständigem Zeit- und Termindruck hält jedoch die Erregungsreaktion an. Dieser dauerhafte hochtourige Zustand führt dann irgendwann zu Erschöpfung und kann Bluthochdruck oder Depressionen (4) nach sich ziehen.

Abb. 5 Vereinfachtes Schema zur Entstehung und den Folgen von Stress

Zit.n. Stressreport Deutschland 2012

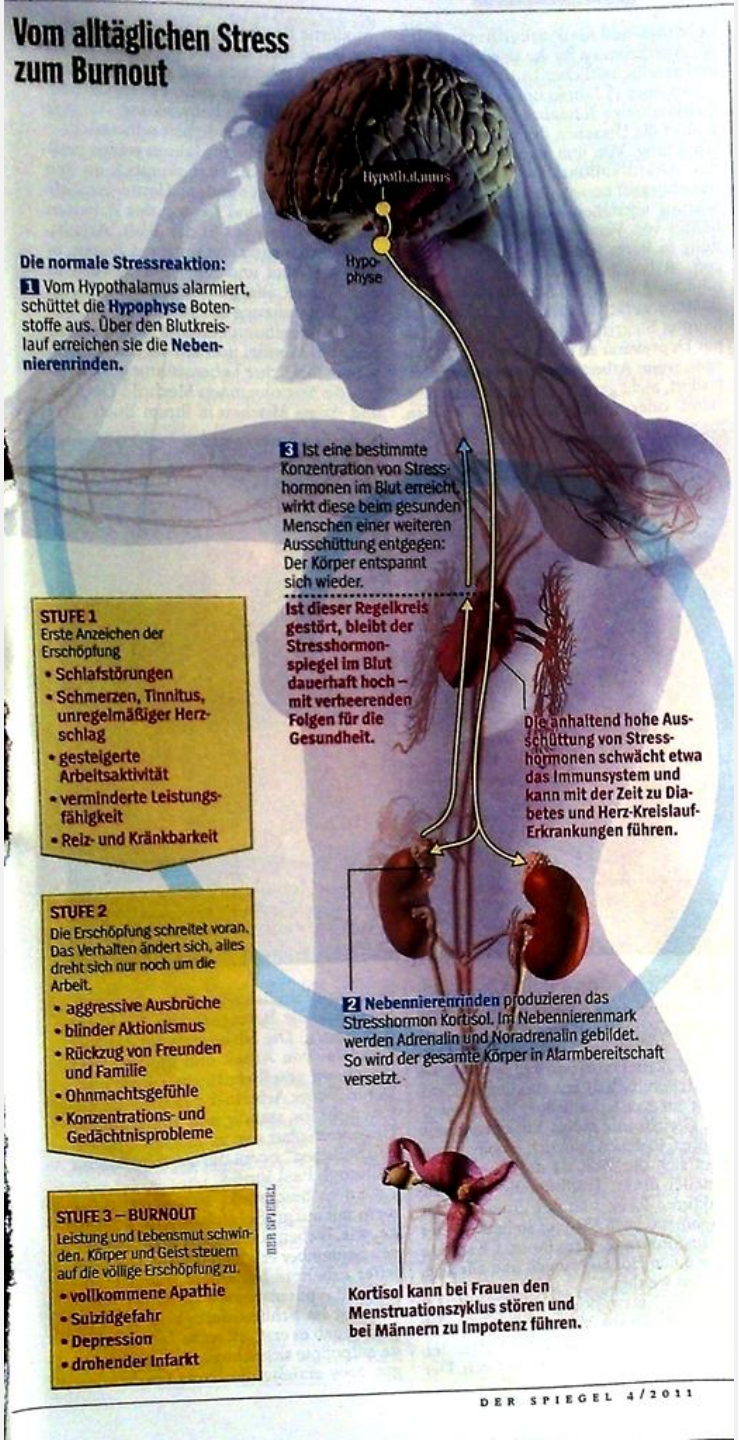
Erklärungsmodelle wie die Gratifikationskrise (Siegrist), das Demand-Control-Model (Lazarus) und andere Stressverarbeitungsmodelle greifen aus ärztlicher Sicht zu kurz, wenn es um Krankheit geht

Streß-System: Biologie

➔Fehlfunktion Streßsystem
chronische Aktivierung

➔Zusammenhang Hormonsystem und Hirnfunktionen

Dauerhafter unbeherrschbarer Stress macht krank
- Depression
- Herz-Kreislauf
- Immunsystem



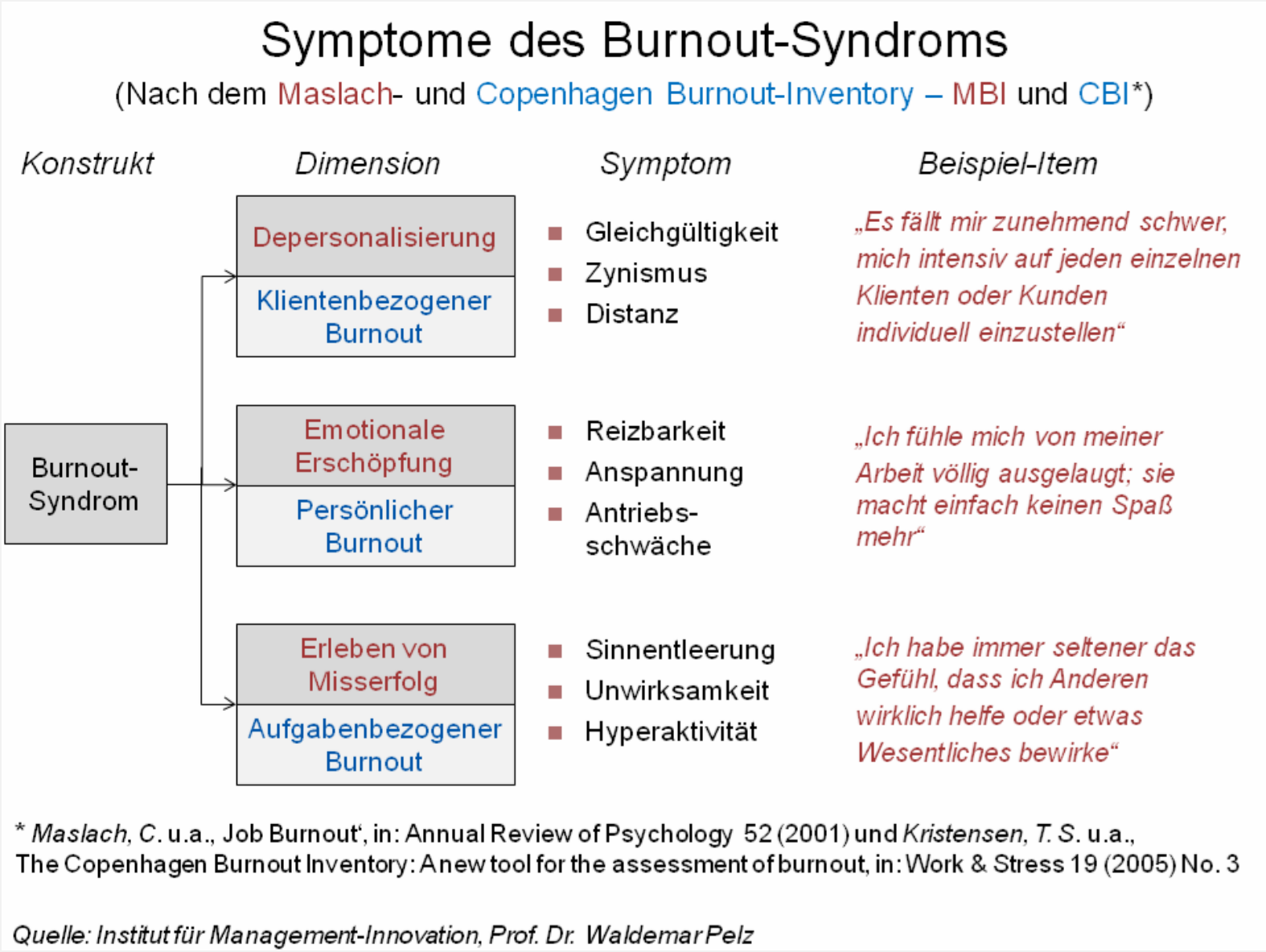
"burnout"

keine Krankheitseinheit oder Diagnose

Zusatzmerkmal ICD-10 Z 73.0 Ausgebranntsein

„burnout“

http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/25/Symptome_des_Burnout-Syndroms.png



"burnout" – fachliche Sicht (DGPPN 2012)

http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/positionspap-1.html

Probleme:

-Gleichstellung von Burnout mit jeglicher Form einer psychischen Krise und Erkrankung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Arbeitsbelastung

- Gebrauch des Begriffs Burnout ersatzweise für Depressionen von arbeitenden Menschen

- Burnout als primäres Problem des Gesundheitssystems

"burnout" – fachliche Sicht (DGPPN 2012)

http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/positionspap-1.html

1. Vorübergehende Arbeitsüberforderung

2. Burnout als längerfristige Arbeitsüberforderung
Erschöpfungsgefühle und andere gesundheitliche -Beschwerden, die mit einem überdauernden Gefühl der Überforderung durch Arbeit auftreten, bedeuten noch nicht das Vorliegen einer Krankheit (ICD-10).
Dabei kann Burnout einen Risikozustand für eine spätere psychische oder körperliche Erkrankung darstellen

3. Burnout-Beschwerden als Auslöser psychischer oder somatischer Erkrankungen !

4. Krankheiten als Ursache burnout-ähnlicher Beschwerden

Pragmatisch: Oft steckt hinter einem schweren „burnout“ längst eine behandlungsbedürftige Depression

Depression: Systematik

Oberbegriff für mehrere Störungsbilder.
Gemeinsame multikausale Störungsdynamik.
Fließende Übergänge.

Biologische Faktoren (Genetik, Vorschäden, somatische Krankheit)
Individuelle psychische Faktoren (Biografie, Persönlicheit,
z.B. neurotische Verarbeitung)
Soziale Faktoren (Beziehungen, u.a. Berufswelt)

Disposition – Auslösung – Verlaufsdynamik

Pragmatisch wichtige Verlaufsformen:

„Erschöpfungsdepression“
Phasische Depression (uni- oder bipolar)
Sog. Altersdepression
Leitsymptom chronische Erschöpfung !

Depression: Diagnostik und Therapie

Je früher und je konsequenter Depressionen erkannt und behandelt
werden, umso effektiver und nachhaltiger die Erfolge.
Auswirkung für die Suizidprävention.
Folgebelastungen und Chancen für Familien.

Schwere Depressionen sind grundsätzlich meist gut behandelbar.
Multimodale Behandlung, Leitlinienorientierung.
Die Praxis hinkt hinter den Möglichkeiten her.
Aber auch Akzeptanzprobleme und begrenzte
langfristige Adhärenz begrenzen die Prävention.
Berufliches Scheitern als Komplikation und Folge.
Gute berufliche Integration als stabilisierender Faktor!

Es muß darauf ankommen, schwere Erkrankungen frühzeitiger zu erkennen und zu erreichen, um effektiver behandeln zu können, dies hilft den Betroffenen, ihren Familien – und auch der Arbeitswelt

Depression: Systematik nach ICD 10

ICD-10-GM Version 2013
http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f30-f39.htm

Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Affektive Störungen (F30-F39)

F32.- Depressive Episode
Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.
Inkl.: Einzelne Episoden von depressiver Reaktion, psychogener Depression, reaktiver Depression (F32.0, F32.1, F32.2)

F33.- Rezidivierende depressive Störung

Depressive Episoden im Rahmen von
F31.-Bipolare affektive Störung

Depression: Systematik nach ICD 10

ICD-10-GM Version 2013
http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f30-f39.htm

F34.-Anhaltende affektive Störungen
F34.0 Zyklothymia
F34.1 Dysthymia < Verläufe, die traditionell als depressive Neurose zugeordnet wurden oder die depressiven Krisen bei Persönlichkeitsstörungen entsprechen >

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
F 40-42 Phobien, Angststörungen, Zwangsstörungen

F43.-Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F43.0 Akute Belastungsreaktion
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
F43.2 Anpassungsstörungen

F44-45, 48 sog. Dissoziative Zustände, Somatoforme Störungen, andere neurotische Störungen

Beachte:

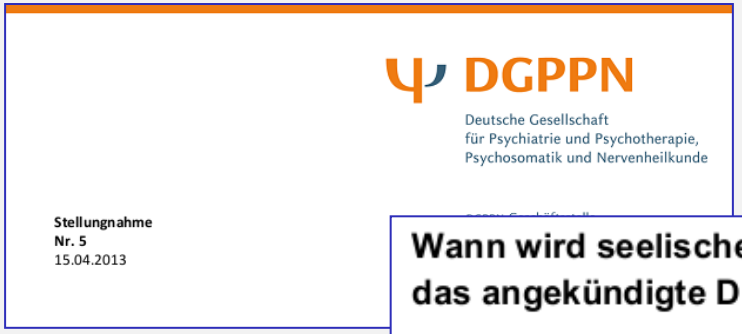
Depressive Störungsbilder bei
Organischen, einschließlich symptomatischer psychischen Störungen (F00-F09)
Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20-F29), z.B. F20.4 Postschizophrene Depression
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
u.a.

Depression: Systematik nach DSM IV

Vereinfacht formuliert, unterscheidet sich die Klassifikation bezüglich depressiver Syndrome bei den Krankheitsbildern nicht wesentlich. Zusammenfassung unter „mood disorders“. Beispiel.

DSM Diagnostic Codes for Depression
Major Depressive Disorder, Recurrent
296.36 In Full Remission
296.35 In Partial Remission
296.31 Mild
296.32 Moderate
296.33 Severe Without Psychotic Features
296.34 Severe With Psychotic Features
296.30 Unspecified Major Depressive Disorder, Single Episode
296.26 In Full Remission
296.25 In Partial Remission
296 21 Mild
296.22 Moderate
296.23 Severe Without Psychotic Features
296.24 Severe With Psychotic Features
296.20 Unspecified

Depression: Systematik nach DSM V



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Stellungnahme
Nr. 5
15.04.2013

Wann wird seelisches Leiden zur Krankheit? Zur Diskussion um das angekündigte Diagnosesystem DSM-V

Anlässlich der bevorstehenden Veröffentlichung des DSM-5 ist eine Debatte um medizinische Klassifikationssysteme entfacht. Die Diagnostik psychischer Erkrankungen wird kritisiert. Aus Sicht der DGPPN sollten Krankheitskonzepte nur dann ausgeweitet werden, wenn dadurch klinisch relevantes Leiden besser als bisher erkannt werden kann. Es wird dafür plädiert, die Zahl der Diagnosen nicht durch neue, leichtere Störungen – für die es zumal gar keine Therapien gibt – zu erhöhen. Andererseits enthält das neue Manual auch notwendige Anpassungen im Diagnosesystem, die auf wissenschaftlichen Fortschritten basieren und nicht grundsätzlich abgelehnt werden sollten.

Soweit absehbar, wendet sich das DSM-5 teilweise gegen den beschriebenen Trend einer Ausweitung psychischer Erkrankungen. Einige Beschwerdebilder, deren Krankheitswert von verschiedenen Interessengruppen nachhaltig postuliert wird, werden nicht in die Diagnoseleiste aufgenommen. Dazu gehören vor allem Risikozustände z. B. für Psychosen/Schizophrenie oder das Burnout-Syndrom. Die DGPPN begrüßt diese Entscheidungen.

Weitere diskutierte Neuregelungen im DSM-5 gehen jedoch in eine andere Richtung und werden aus Sicht der DGPPN kritisch gesehen. Das gilt insbesondere für die Einführungen neuer Krankheitsdiagnosen und für die Verschiebung von diagnostischen Grenzen zwischen „krank“ und „gesund“ (im Sinne einer Ausweitung psychischen Krankseins):

Trauer als Krankheit…
Altersbedingte Leistungseinschränkung als Krankheit…
Kulturabhängig: Alkoholkonsum als Krankheit…
u.a. (Absenkung der Kriterien für ADHS)

Nur „gestresst“ oder längst krank?

Eine Frage des Blickwinkels und der Kontexte

- sich selbst gegenüber < oft keine Erkenntnis krank zu sein >
- gegenüber nahen Angehörigen und Freunden < Beziehungsprobleme, geringe Distanz, mangelnde Einfühlung, Informationsdefizite >
- Beim Hausarzt < indirekte Beschwerden, zunehmende Früherkennung
- Bei Kollegen < indirekte Kommunikation, Rolle Betriebsrat / PV >
- „offiziell im Betrieb“ < Überlagerung mit sozialen betrieblichen Problemen und formalen Zuordnungen, Rollen, Hierarchien, Bedeutung von Präventionsprogrammen und Betriebsarzt >
- Gegenüber sonstigen Behörden, Krankenkassen, Rentenvers.trägern
  < Vermeidung sozialer Kollateralschäden ? >
  < Eigendynamik Behörden >
- Faktor Mensch: Mobbing, Bossing, Erfolgsdruck etc.
- Faktor Mensch: Unterstützungssysteme, Rückhalt

Vertiefung der Diskussion

BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit
http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html

Präventiv oder Kurativ?

„Stress“ ist keine Krankheit und läßt sich nicht durch Verordnungen regulieren. Er ist in einem normalen Rahmen leistungsfördernd.

Stresskontrolle ist individuelles biologisches und psychisches Geschehen, sie hängt von Beziehungen und sozialem Umfeld ab. Erfolgreich beherrschter oder kompensierter Stress stärkt.

Es geht darum, dauerhaften unkontrollierbaren Stress zu vermeiden.
In der Arbeitswelt benötigt dies rechtliche und organisatorische, aber auch individuelle Rahmenbedingungen: „Fairness“.
Gerechtigkeit, Berechenbarkeit, Transparenz, Augenhöhe etc.
Hohe Ausfallquoten sollten ein Alarmsignal für Betriebe sein.

Teufelskreise z.B. im Gesundheitssektor und in best. Behörden

Präventiv oder Kurativ?

Besonders ungünstige individuelle Verläufe, die zum Scheitern beruflicher und Lebensentwürfe führen,
sind eine nicht hinnehmbare statistisch relevante Größe.

Die sozialen Kosten auch für die Betriebe sind hoch und begrenzen letztlich die Wirtschaftlichkeit.

Die Sozialsysteme fangen auf, was die Wirtschaftswelt an „Ausschuss“ hinter sich läßt. Volkswirtschaftlich: Direkte Kosten bilden nur teilweise ab, was an vermeidbaren individuellen Lasten und Belastungen des Gemeinwohls verbleibt.

Früherkennung als erster Schritt von Prävention

http://www.who-5.org/

Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

WHO (Fünf) - FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN ´
(Version 1998)

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen …	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
… war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
… habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
… habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
… habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
… war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Punktberechnung
Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antwortenzustande. Der Rohwert erstreckt sich von 0 bis 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden/niedrigste Lebensqualität und 25 grösstes Wohlbefinden, höchste Lebensqualität bezeichnen.

Den Prozentwert von 0 -100 erhält man durch Multiplikation mit 4. Der Prozentwert 0 bezeichnet das schlechteste Befinden, 100 das beste.

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

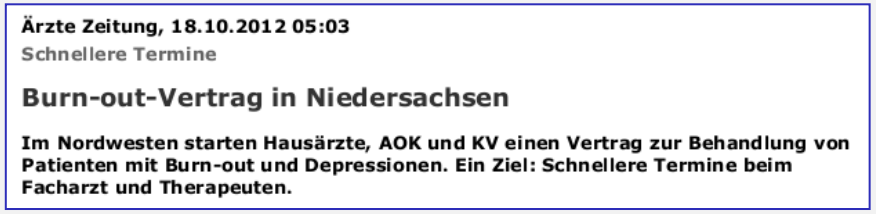
Früherkennung als erster Schritt von Prävention

Depression erkennen: Krankheitsbild und Formen, Symptome, Diagnose…
http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/depression-erkennen.php

Präventiv oder Kurativ?

Das Gesundheitssystem, speziell die Psychiatrie und Psychotherapie leiden unter Auszehrung, Überlastung <Rationierung, Ökonomisierung>
Sie haben inhärente Schieflagen < Zergliederung, Bürokratisierung >

Solidarische Lösungen werden ausgehöhlt < selektive Angebote >



Ärzte Zeitung, 18.10.2012 05:03
Schnellere Termine

Burn-out-Vertrag in Niedersachsen

Im Nordwesten starten Hausärzte, AOK und KV einen Vertrag zur Behandlung von Patienten mit Burn-out und Depressionen. Ein Ziel: Schnellere Termine beim Facharzt und Therapeuten.

Vernachlässigung nicht wirtschaftlich produktiver Menschen.

Gesellschaftliche Alarmsignale

Es ist die hässliche Seite des deutschen Gesundheitssystems: Eine Kasse verweigert einer schwer depressiven Frau Krankengeld und Versicherungsschutz, weil sie nicht rechtzeitig zum Arzt konnte. Solche Fälle häufen sich, sagen Experten.
http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/kassen-bedraengen-psychisch-kranke-a-915323.html

Depression und Burnout: Arbeitnehmer verheimlichen psychische Erkrankungen
Ob Depression oder Burnout: Psychische Krankheiten sind laut einer neuen Studie der dritthäufigste Grund für Fehlzeiten im Job. Doch viele Betroffene kommen trotz des Leidens zur Arbeit - aus Angst.
http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/depression-und-burnout-arbeitnehmer-verheimlichen-krankheit-a-917605.html

Weiter Stigmatisierung psychisch Kranker in der Arbeitswelt, Warnung der BPtK vor Outing
http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55625/Weiter-Stigmatisierung-psychisch-Kranker-in-der-Arbeitswelt
26. August 2013

Präventiv oder Kurativ?

Offene oder verdeckte Vorbehalte gegenüber psychischen Störungen sind verbreitet und wirksam.

Sie behindern effektive Prävention und Behandlung < Präferenzen für „Psychotherapie“,
Verharmlosung durch Begriffe wie „burnout“,
kollektive Noceboeffekte: < Psychopharmaka >

Aufklärung und Information sind begrenzt wirksam.

Vermehrte Offenheit bedeutet höhere Inanspruchnahmezahlen.
Höhere Prävalenzen sind nicht identisch mit höherer Inzidenz.

http://www.buendnis-depression.de/

http://www.deutsche-depressionshilfe.de/

bündnis gegen DEPRESSION | stiftung DEUTSCHE DEPRESSIONS HILFE | kompetenznetz depression Kompetenznetz Depression

Angebote u.a.

Aktionsnetz gegen Depression am Arbeitsplatz

Experten

Aufklärung

Patientenkongress

u.v.a.m.

Deutsche DepressionsLiga e.V.
Thomas Müller-Rörich
Postfach 1151
71405 Schwaikheim

Tel. 07144 70489 50
Mo, Mi, Fr 10 – 13
Do 16 – 19 Uhr

Fax 07144 70489 79

E-Mail: kontakt@depressionsliga.de

www.depressionsliga.de

Deutsche DepressionsLiga e.V. Newsletter 6/2013 vom 20.9.2013

Prof. Dr. med. Andreas Spengler
www.andreas-spengler.de
andreas-spengler@t-online.de

Der Autor arbeitet freiberuflich in ambulanter Privatpraxis.
Haftungsausschluss:
Der Autor gibt keine medizinische Handlungsempfehlung.
Es bestehen keine Interessenkonflikte durch Vertragsbeziehungen oder sonstige Bindungen an einschlägige Pharmahersteller