DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DR. IRIS HAUTH
PRÄSIDENTIN DGPPN

Psychische Krankheiten sind kein Tabu mehr

37. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

01. Juni 2015 in Berlin

St. Joseph Krankenhaus

Alexianer
ST. JOSEPH-KRANKENHAUS
BERLIN-WEISSENSEE

Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

347 Betten- inkls 84 Tagesklinikplätze, 26 Betten-Reha; 40 Betten Neurologie plus 34 Plätze TWG, PIA, MVZ, 2 Seniorenpflegeheime

Agenda

1. **Häufigkeiten und Relevanz von psychischen Erkrankungen**
2. DSM V & ICD 10 – „Ab wann beginnt die Krankheit“
3. Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland
4. Behandlungsmethoden / Leitlinien
5. Anti-Stigma

STEIGENDE MEDIALE AUFMERKSAMKEIT FÜR PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

DGPPN

Deutsche Presseberichte zum Stichwort „psychische Krankheit“

2008: 3.628 Artikel
2010: 5.088 Artikel
2012: 6.683 Artikel

+ 84 %

Quelle: www.genios.de

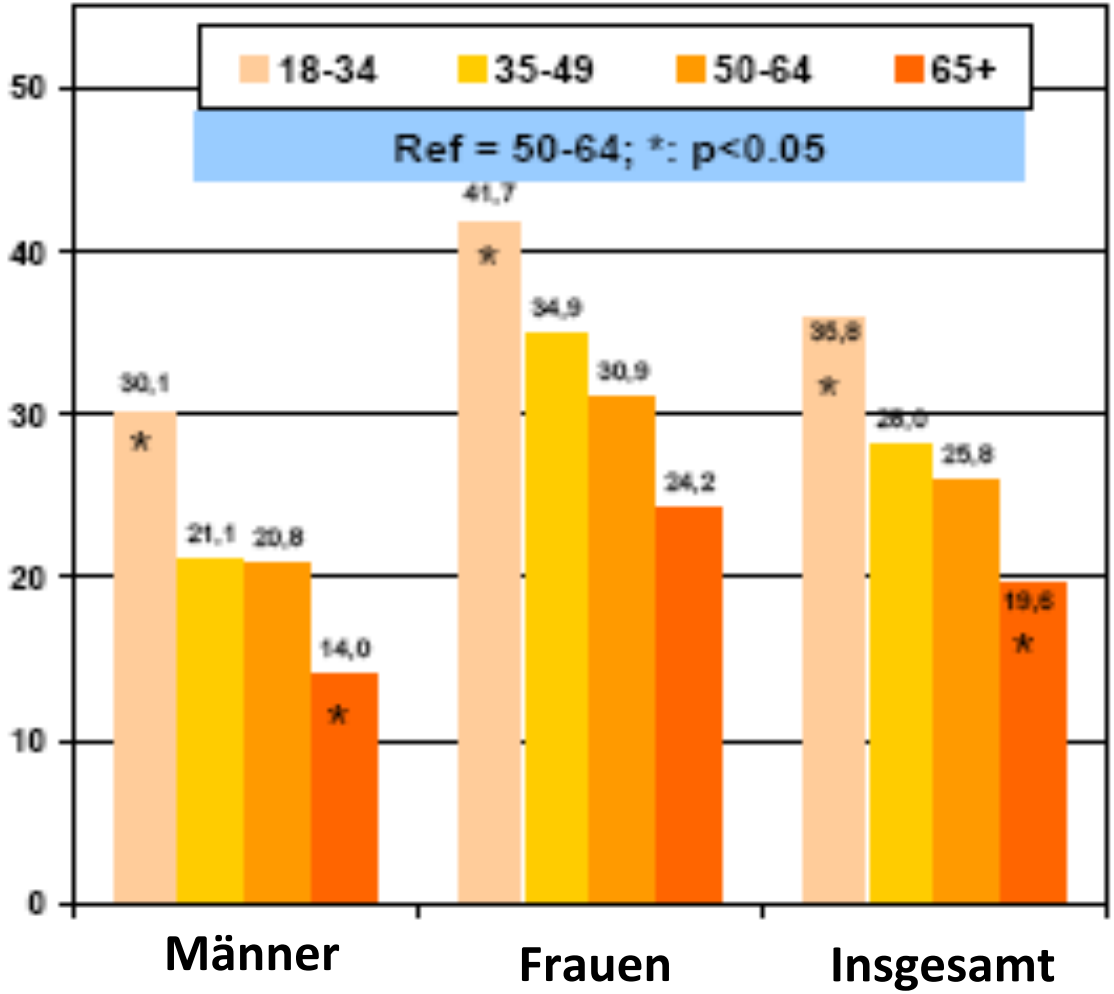
ERSTE ERGEBNISSE DEGS MENTAL HEALTH

Computergestützte Interviews mit 5.318 Personen im Alter 18 bis 79 Jahre – repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung.

Quelle: RKI, Degs-Symposium, 2012

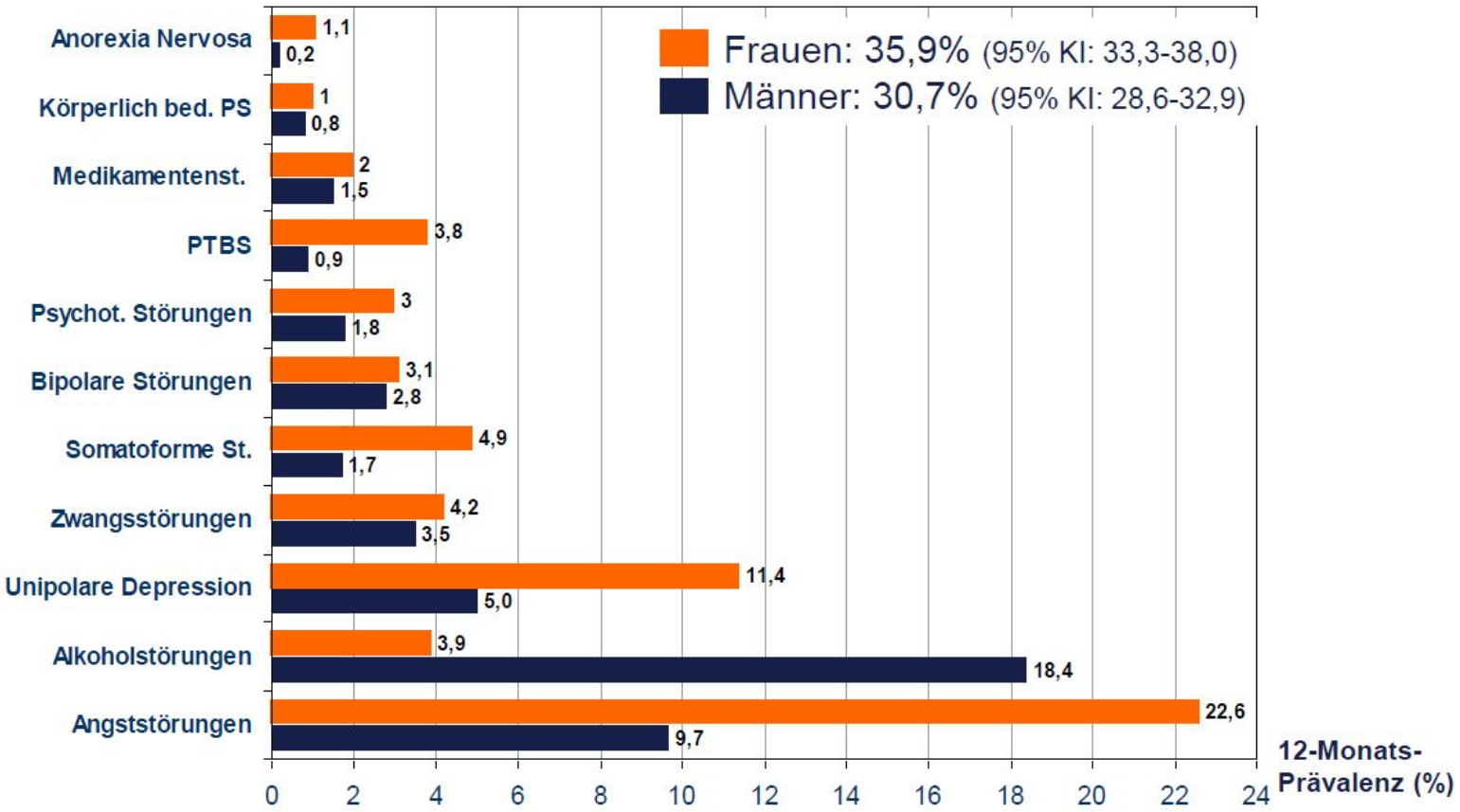
12-MONATS HÄUFIGKEITEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

DGPPN



Quelle: Jacobi et al., DEGS 2010/11

12-MONATSPRÄVELENZ NACH GESCHLECHT

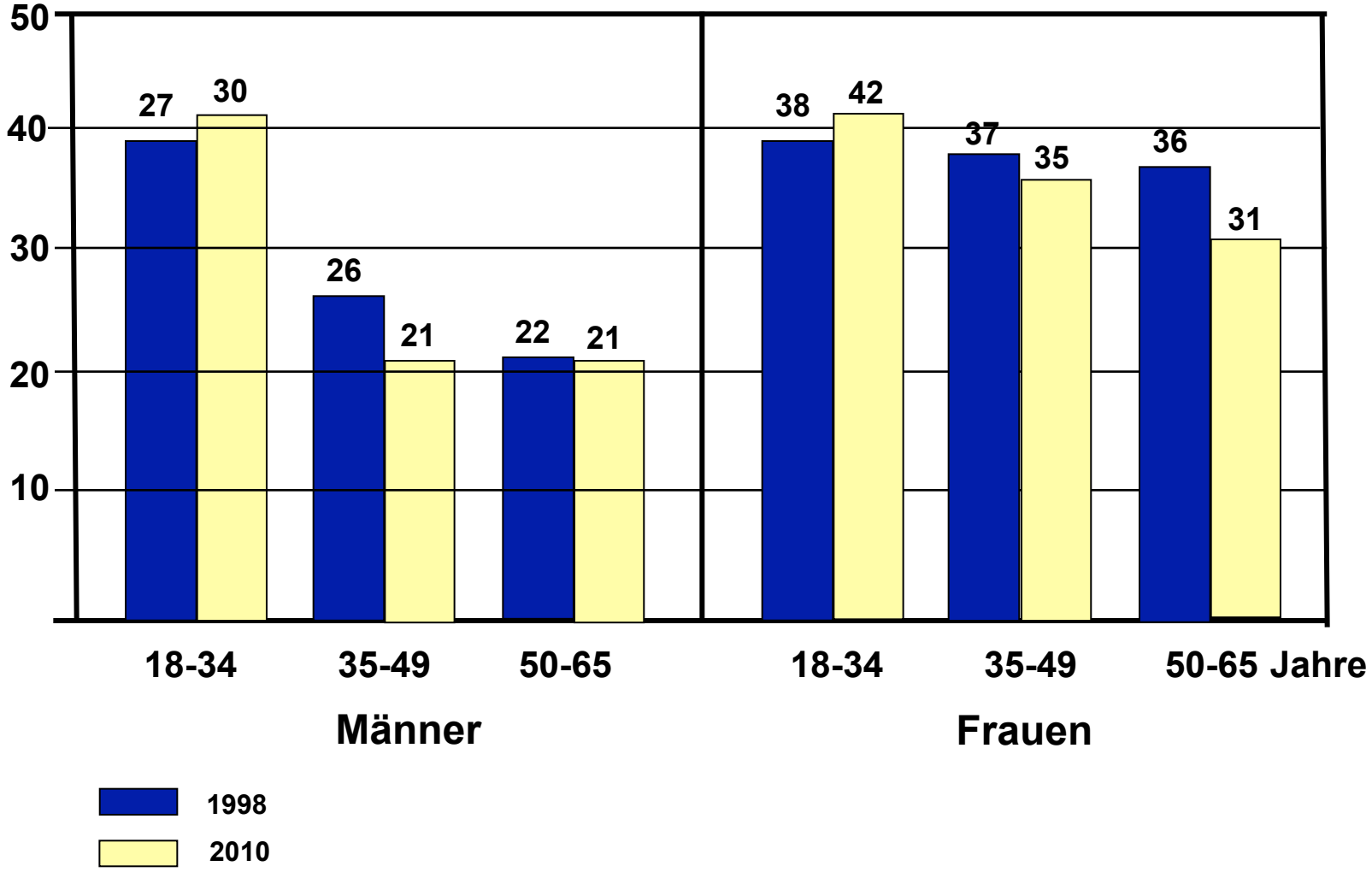


Quelle: RKI, DegsM Symposium, 2012

BLEIBT DIE HÄUFIGKEIT PSYCHISCHER STÖRUNGEN KONSTANT?

- NACH GESCHLECHT UND ALTER

DGPPN

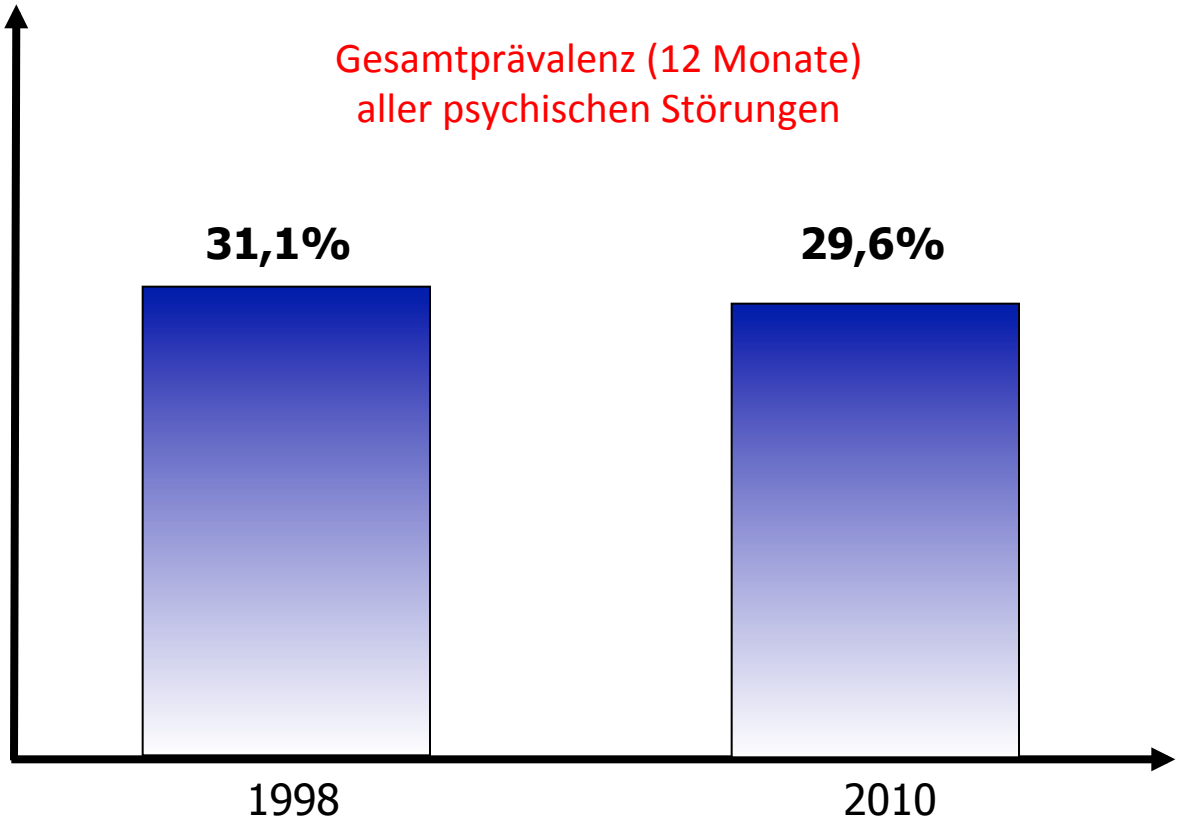


Quelle: Jacobi et al. 2004, DEGS 2010

NEHMEN PSYCHISCHE STÖRUNGEN IN DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG (18-65 JAHRE) IN DEUTSCHLAND ZU?

DGPPN

Ergebnisse der Deutschen Gesundheitssurveys 1998, 2010



Keine signifikante Veränderung

DGPPN

GESTIEGENER HILFEBEDARF*?

Wie viel Prozent der Betroffenen einer psychischen Störung (12-Monatsprävalenz) standen wegen ihrer Beschwerden im Kontakt zum Gesundheitssystem?

	BGS 98	Degs 1
18-34	**31,8 %**	**36,3 %**
35-49	**44,8 %**	**44,1 %**
50-65	**38,6 %**	**43,9 %**
Gesamt	**38,2 %**	**42,9 %**

→ Leichter Anstieg um ca. 12 %

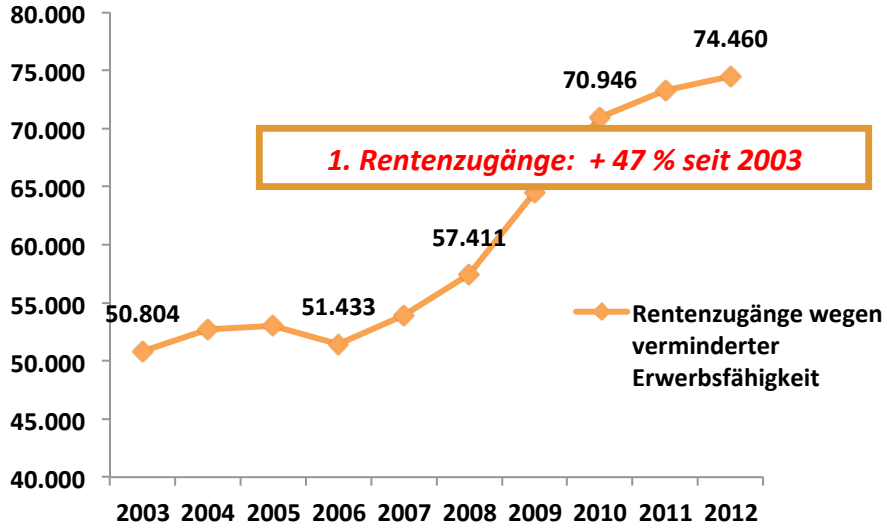
→ Deutlich moderater als prozentuale Steigerungen von psychischen Erkrankungen aus den Routinedaten/ Berichten der Krankenkassen

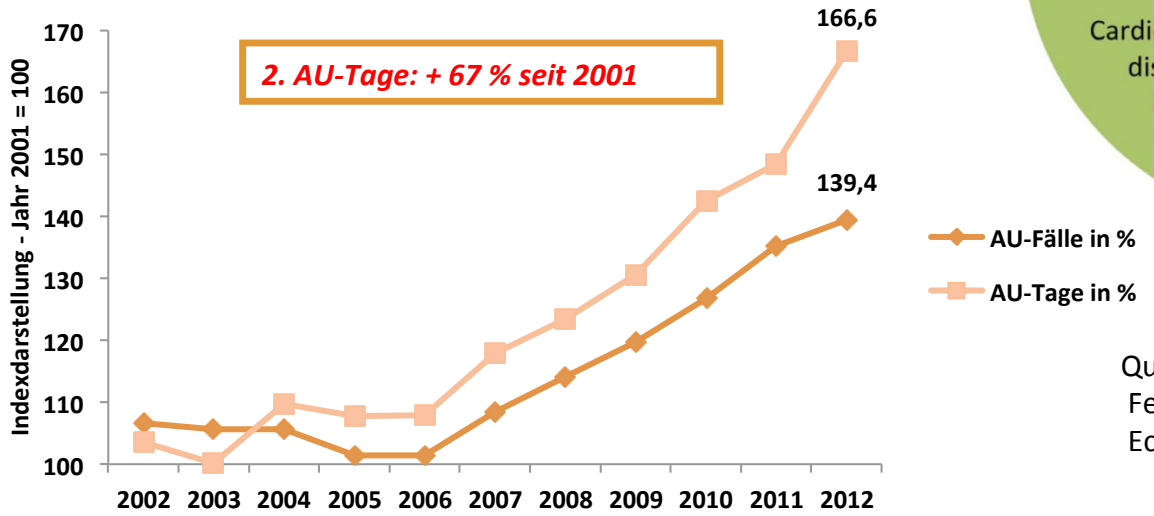
*Vergleich mit Angaben aus dem Bundesgesundheitssurvey 1998/99 (BGS 98) eingeschränkt, da Erhebungsmethoden und Stichprobenkriterien variieren (z.B. Altersgruppe 18-65), vertiefende Analysen folgen.

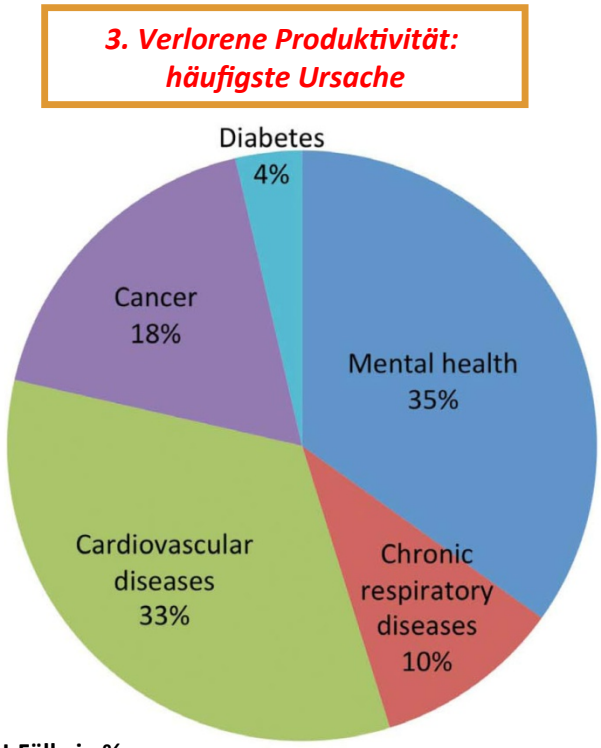
Quelle: Mack et al (in press)

3 ARGUMENTE FÜR EINE PRIORISIERUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

DGPPN





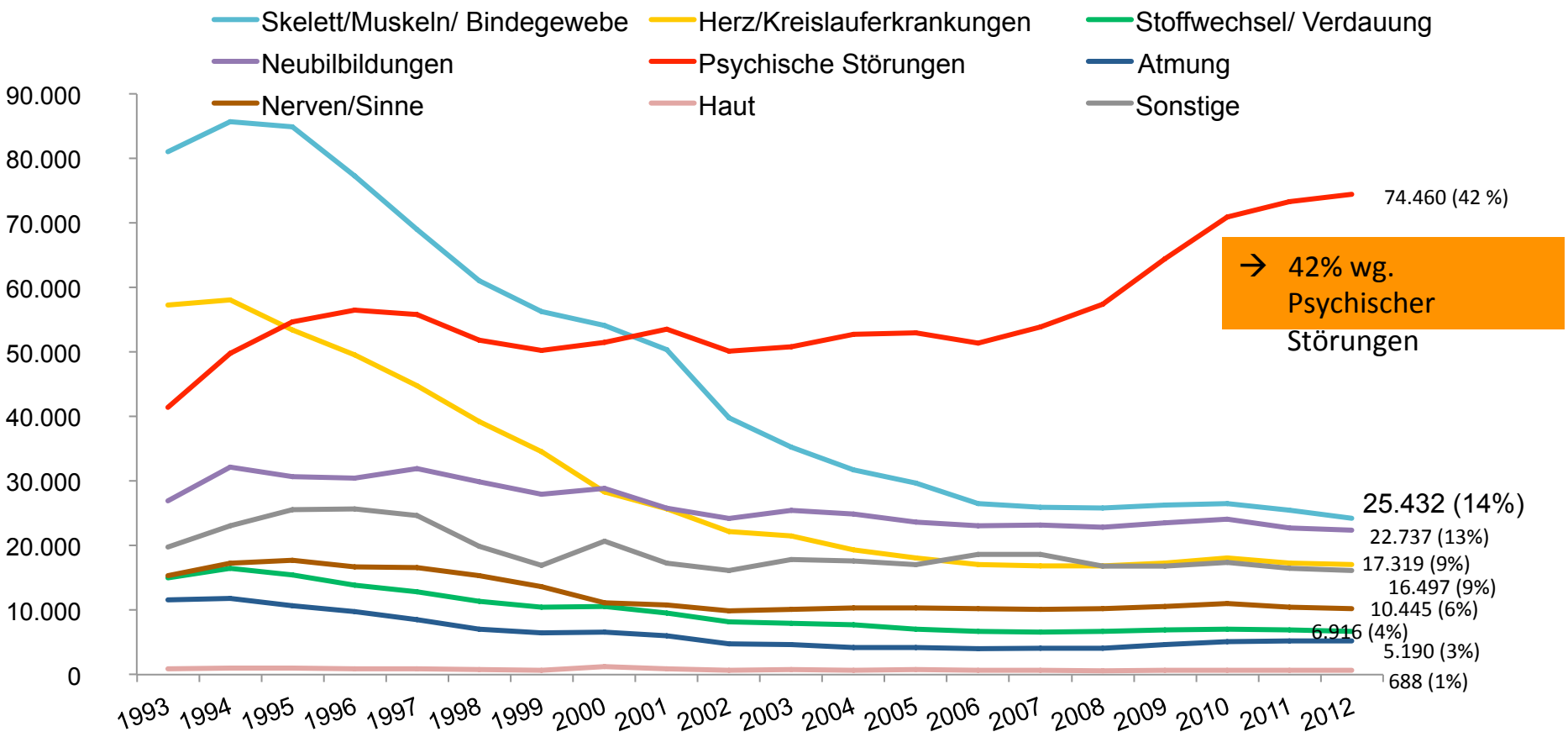


Quellen: gbe-Bund 2013, AOK Fehlzeiten-Report 2013, World Economic Forum-/ Harvard-Report 2011

ERWERBSUNFÄHIGKEIT WEGEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

DGPPN

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Diagnosegruppen 1993 - 2012



Quelle: Statistik der deutschen Rentenversicherung (2011)

GRÜNDE FÜR MEHR BEHANDLUNGSBEDARF

- **Psychische Erkrankungen haben laut RKI Gesundheitssurvey nicht zugenommen**

- Aber: Hilfesuchverhalten, Behandlungsbedarf hat sich gesteigert

- Mögliche Gründe:

- Veränderte Diagnosepraxis
- Aufholen zum aktuellen Erkenntnisstand
- Wirkung von Antistigmakampagnen und medialer Präsenz psychischer Erkrankungen
- Verschiebung innerhalb des Krankheitsspektrums von körperlichen zu psychischen Erkrankungen

- Mehr Aufmerksamkeit für psychische Gesundheit

DGPPN

Agenda

1. Häufigkeiten und Relevanz von psychischen Erkrankungen
2. **DSM V & ICD 10 – „Ab wann beginnt die Krankheit“**
3. Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland
4. Behandlungsmethoden / Leitlinien
5. Anti-Stigma

Kernsymptomatik psychischer Erkrankungen betreffen:

Selbsterleben, Fühlen, Denken, Wollen, Handeln, Selbstbestimmen

Zentrales Behandlungsziel:
Achtung, Erhalt und Unterstützung der Selbstbestimmung

WAS MACHT EINE PSYCHISCHE KRANKHEIT AUS?

1. Symptome und Beschwerden des Erlebens, der Kognition/des Denkens und/oder Verhaltens
2. Subjektives Leiden und/oder selbst-/fremdschädigendes Verhalten
3. Funktionelle Einschränkungen im Alltag, Freizeit, Beruf
4. Fehlende Möglichkeiten der Selbstregulation

RELEVANZKRITERIEN FÜR KRANKHEITEN

Funktionelle Einschränkungen

- Inanspruchnahme durch subjektives Leiden
- Medizinischer Hilfebedarf
- Verlust von Lebensqualität, Arbeits- und Genussfähigkeit, alltags-erschwert

Krankheitsfolgen

- Mortalität / Sterblichkeit (z. B. Suizid in Komorbidität mit somatischer Erkrankung
- Chronizität / Rezidive
- Folgekrankheiten (z. B. Diabetes / Herz-Kreislauf)
- Berufs- / Erwerbsunfähigkeit
- Produktionsausfall
- Gesamtgesellschaftliche Kosten

DGPPN

SYMPTOME PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Ambiguität
Identitätszweifel
Leeregefühl
Bindungsunfähig
Selbstschädigung

Hemmung
Agitation
Selbstwertzweifel
Depressivität
Suizidalität
Maniform

Angstanfälle
Erwartungsangst
Vermeidung
Übermäßige Sorgen
Phobien

Aggressivität
Regelverletzung
belohnungsresistent

Empathiemangel

Suszeptibilität
Egozentrik
Wutanfälle
Narzissmus
Beziehungsstörung

Hypersensitivität
Argwohn
Halluzinationen
Wahn
Kognitionsstörung

Autismus
Stereotype
Entwicklungsstörung
Kommunikations-
störung

Impulsivität
Kontrollverlust
Süchtiges Verlangen
Vernachlässigung

Hemmung
Agitation
Selbstwertzweifel
Depressivität
Suizidalität
Maniform
Ambiguität
Identitätszweifel
Leeregefühl
Bindungsunfähig
Selbstschädigung
Angstanfälle
Erwartungsangst
Vermeidung
Übermäßige Sorgen
Phobien
Hypersensitivität
Argwohn
Halluzinationen
Wahn
Kognitionsstörung
Suszeptibilität
Egozentrik
Wutanfälle
Narzissmus
Beziehungsstörung
Aggressivität
Regelverletzung
belohnungsresistent
Empathiemangel
Impulsivität
Kontrollverlust
Süchtiges Verlangen
Vernachlässigung
Autismus
Stereotype
Entwicklungsstörung
Kommunikations-
störung

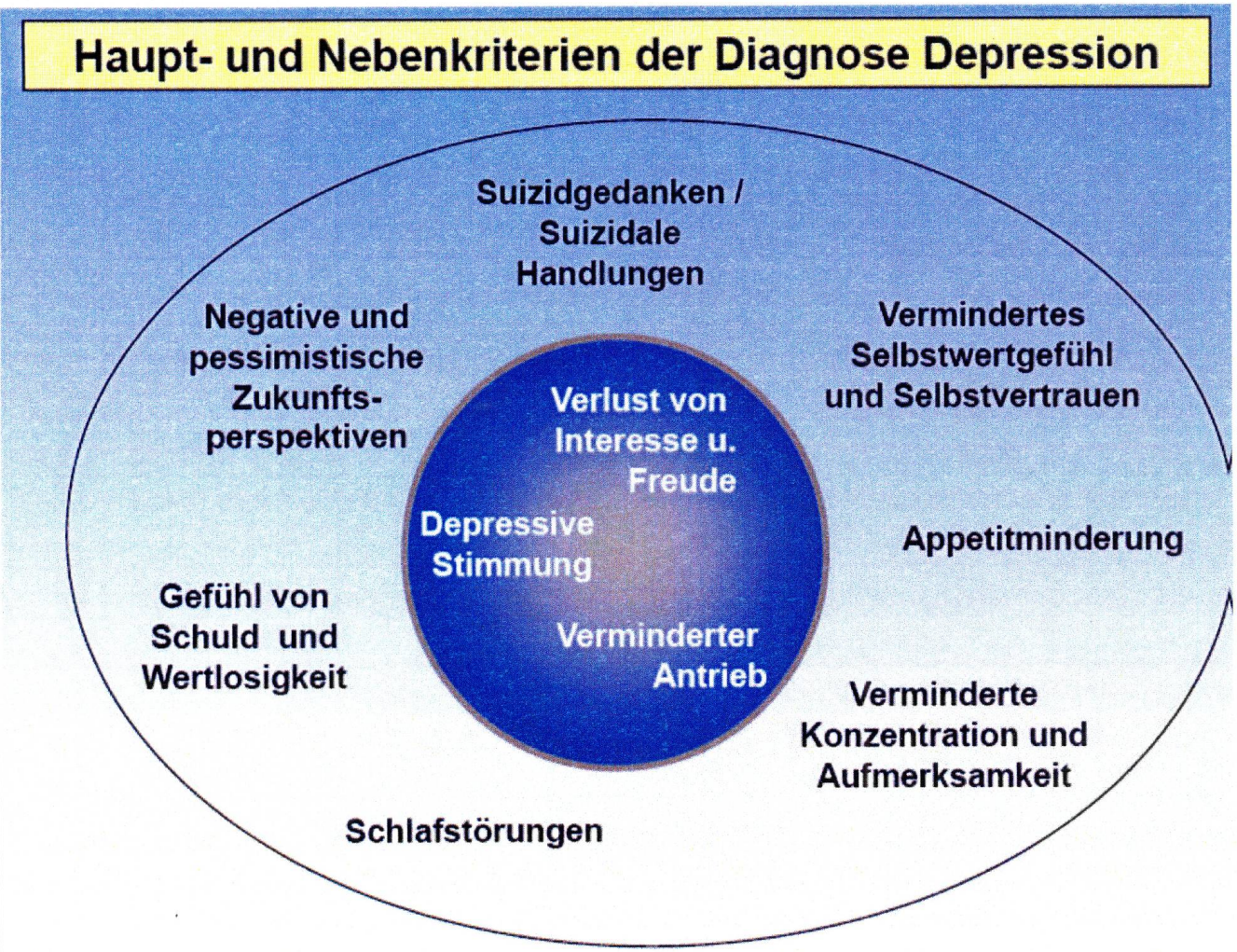
Hemmung
Agitation
Selbstzweifel
Suizidalität
Maniform
Affektive Störung
Ambiguität
Identitätszweifel
Leere
Gefühl
Bindungsunfähig
Selbstschädigung
Borderline Persönlichkeits-störung
Angstanfälle
Erwartungsangst
Vermeidung
Übermäßige Sorgen
Phobien
Panikstörung Phobien
Hypersensitivität
Argwohn
Halluzinationen
Wahn
Kognitionsstörung
Psychose Schizophrenie
Suszeptibilität
Egozentrik
Wut
Narzissmus
Beziehungsstörung
Persönlichkeits-störung
Aggressivität
Regelverletzung
belohnungsresistent
Empathiemangel
Antisoziale Persönlichkeit
Impulsivität
Kontrollverlust
Süchtiges Verlangen
Vernachlässigung
Suchtkrankheiten
Autismus
Stereotype
Entwicklungsstörung
Kommunikations-störung
Autismus

BESONDERHEITEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

- Psychische Störungen umfassen ein breites Spektrum an Leidenszuständen und sind meist extreme Ausprägung an sich normalen Erlebens (z.B. übersteigerte Angst oder Traurigkeit).
- **Diagnostisch muss weitgehend auf subjektiv-verbale Indikatoren sowie Beobachtung des offenen Verhaltens zurückgegriffen werden.**
- **Abwesenheit einfacher Laborparameter sowie eindeutiger Ätiologie (Krankheitsursachen).**
- Aber: Nach wie vor Problem der „ja oder nein - Entscheidung“ trotz kontinuierlicher Übergänge (theoretisch ungelöst).

Quelle: Jacobi & Barnikol: 18. DGPPN Hauptstadtsymposium

WIE WERDEN DIAGNOSEN GESTELLT?



ICD: 2 Kernsymptome + mind. 2 weitere

DSM: 2 Kernsymptome und mindestens drei weitere

+ Zeitkriterien, Ausschluss- bzw. Differentialdiagnosen

KRITIK DSM V

Kritikpunkte

Einführung von neuen, nicht empirisch überprüften psychischen Störungen ohne ausreichende Daten zu Prävalenz, Reliabilität und Validität führe zu einer „Hyperinflation“ von Diagnosen psychischer Störungen.

Quelle: Frances & Nardo, Br J Psych 2013; 203:1-2

DEFINITION „PSYCHISCHE STÖRUNGEN“
(DSM V, P. 20)

DGPPN

- Syndrom, das durch eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung im Denken, der Emotionsregulierung oder im Verhalten charakterisiert ist.
- Dysfunktion der psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozesse, die der psychischen Funktionsfähigkeit zugrunde liegen.
- Üblicherweise mit erheblichen Leiden oder mit Behinderungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Aktivitäten verbunden.

Quelle: Jacobi & Barnikol: 18.DGPPN Hauptstadtsymposium

DEFINITION „PSYCHISCHE STÖRUNGEN“
(DSM V, P. 20)

DGPPN

- Eine **erwartbare oder kulturell akzeptierte Reaktion** auf einen alltäglichen Stressor oder auf einen Verlust (z. B. Tod einer geliebten Person) stellt **keine psychische Störung** dar.

- **Sozial abweichendes Verhalten** (z. B. in politischer, religiöser oder sexueller Hinsicht) sowie Konflikte, die in erster Linie zwischen dem Individuum und der Gesellschaft bestehen, sind **keine psychischen Störungen** (falls die Abweichung oder der Konflikt nicht aus einer psychischen Dysfunktion im betroffenen Individuum resultiert).

Quelle: Jacobi & Barnikol: 18.DGPPN Hauptstadtsymposium

AUSWEITUNG VON KRANKHEITSDIAGNOSEN? DIE DISKUSSION UM DSM V

DGPPN

DSM-5

- Medikalisierung sozialer Probleme?
- Pathologisierung normaler individueller Entwicklungs- und Alterungsprozesse?
- Finanzielle Interessen der Pharmaindustrie?

VERÄNDERUNGEN ZU DSM V

DSM-5

Es gibt nicht mehr Diagnosen!

Aber: die Krankheitsschwelle wurde an manchen Stellen gesenkt.

AUSWEITUNG VON DIAGNOSEN

Positiv:

- Frühe Krankheitsstadien können besser erforscht, erkannt und behandelt werden.
- Hilfeleistungen werden in früheren Krankheitsstadien von den Krankenkassen finanziert.

Negativ:

- Verfrühte Diagnosen können Stigmatisierung und Stress beim Patienten auslösen.
- Die verstärkte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen kann eine Überlastung des Gesundheitssystems zur Folge haben
- Ressourcen für schwer u. chronisch erkrankte Menschen erhalten!

WAS IST KEINE PSYCHISCHE STÖRUNG?

- Nicht jeglicher negativer psychischer Zustand (z.B. Stresserleben, Niedergeschlagenheit) hat Krankheitswert!
- Beispiel Trauer: zunächst einmal gesunde Reaktion
- „abweichendes“/ „sonderbares“ Verhalten
- Arbeitslosigkeit, Schulversagen
- „Un-Glück“
- Problematische „Mode-Diagnosen“, die eigentlich gar keine offiziellen Diagnosen sind (z.B. Burnout, Boreout, Internet Addiction Disorder)

Quelle: Jacobi & Barnikol: 18.DGPPN Hauptstadtsymposium

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, NR. 88, DIENSTAG, 16. APRIL 2013

DGPPN

Trauer ist keine Krankheit

Deutsche Psychiater warnen vor Überdiagnostik

HERAUSFORDERUNG

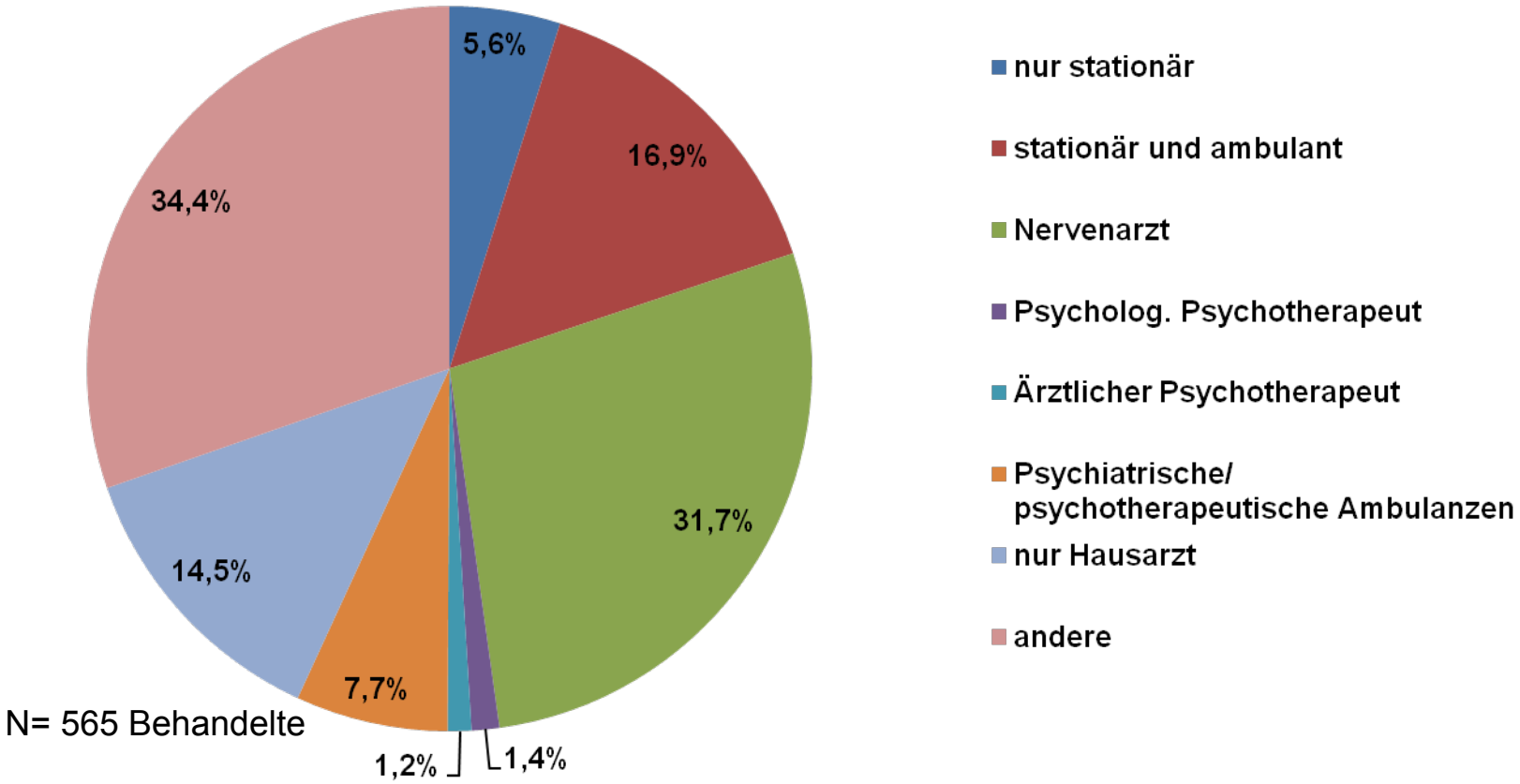
- Möglichkeit einer Diagnose und Behandlung sollte nicht mit deren Notwendigkeit verwechselt werden.
- Betroffene dazu ermutigen, nicht bei immer geringeren Anlässen das professionelle Hilfesystem in Anspruch zu nehmen.
- Natürliche Entwicklungs- und Anpassungsprozesse fördern, Selbstregulation und Resilienz.
- SELBSTHILFE !

Agenda

1. Häufigkeiten und Relevanz von psychischen Erkrankungen
2. DSM V & ICD 10 – „Ab wann beginnt die Krankheit“
3. **Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland**
4. Behandlungsmethoden / Leitlinien
5. Anti-Stigma

AMBULANTE VERSORGUNGSSTRUKTUREN

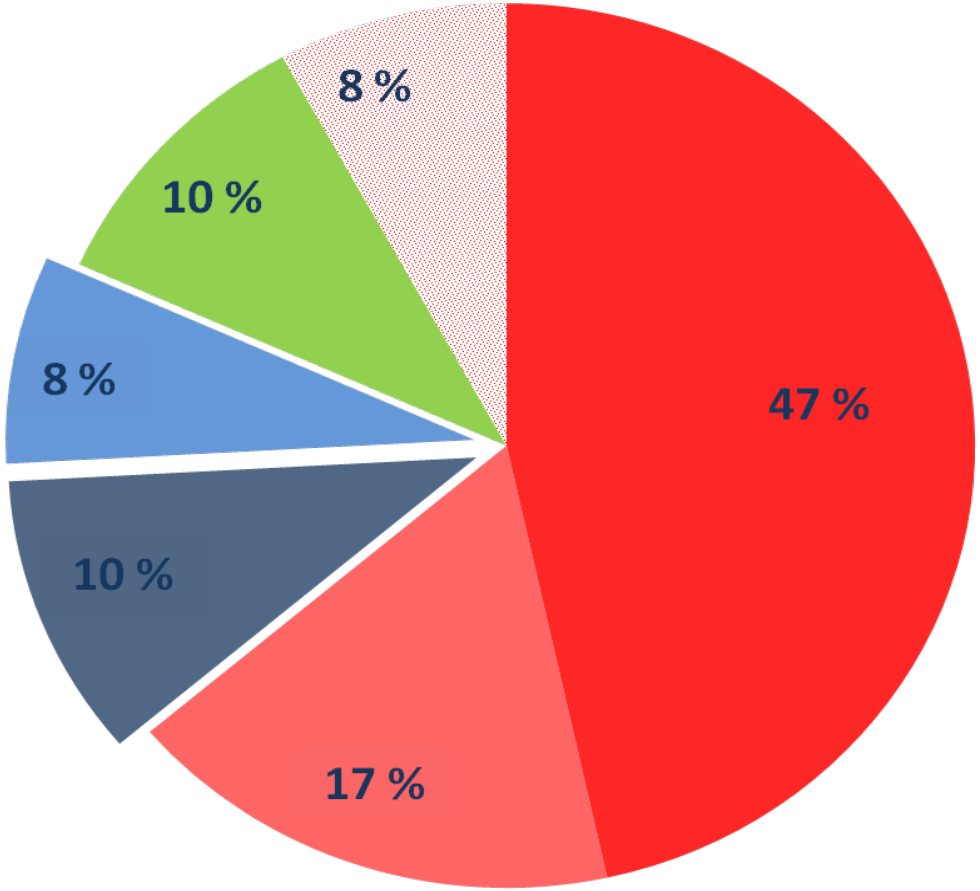
Wo werden psychisch kranke Menschen behandelt?



Quelle: Bundesgesundheitssurvey 1998, Wittchen und Jakobi 2001

AMBULANTE VERSORGUNGSSTRUKTUREN

An der vertragsärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Fachgruppen (ohne Hausärzte)



- 13.500 Psychol. PT
- 5.000 Ärztl. PT
- 3.000 Psychiater
- 2.200 Nervenärzte (nur überwiegend psychiatrisch / psychotherapeutisch tätige NÄ)
- 3.000 Psychosomatik Zusatzbezeichnung Psychotherapie/ Psychoanalyse
- 2.300 andere FÄ mit

PT=Psychotherapeut/innen; FÄ=Fachärzt/innen

Σ = 29.000 Akteure

DGPPN

KOMPLETT ZERSPLITTERTES FINANZIERUNGSSYSTEM

Niedergelassener Psychiater – SGB V

Tagesklinik – SGB V

Beschäftigung, Tagesstätten, Zuverdienst

Ambulanter Soziotherapie – SGB V

Betreutes Wohnen

Hausarzt – SGB V

Rehaklinik SGB VI

Beratungsstellen

Facharzt

Psychologischer Psychotherapeut

Ambulante Rehabilitation – SGB V & VI

Sozialpsychiatrischer Dienst

Psychiatrische Klinik – SGB V

Ärztlicher Psychotherapeut

Ambulante Pflege – SGB V

Berufliche Reha SGB IX

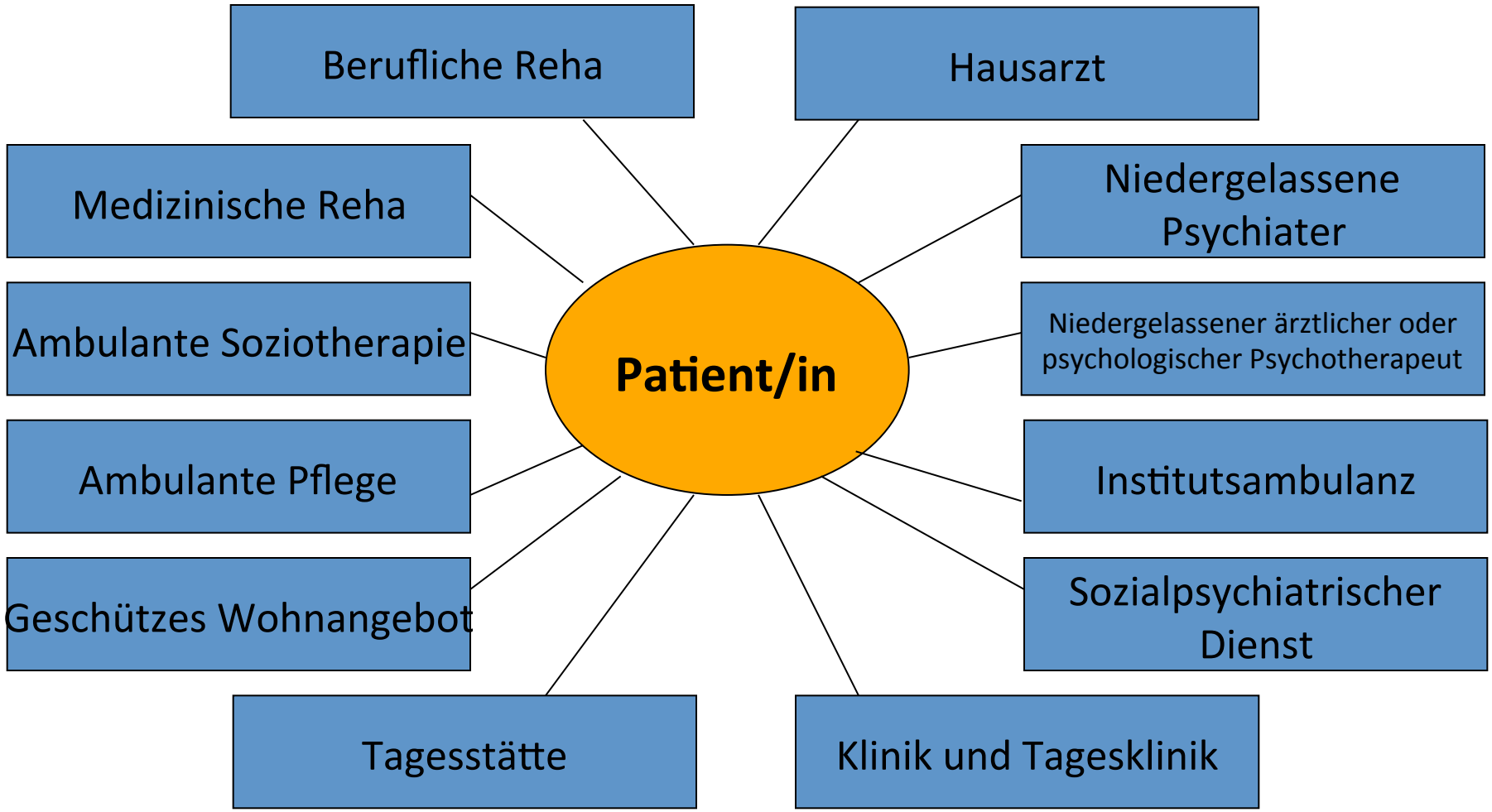
Institutsambulanz SGB V

Eingliederungshilfe SGB XII

Bild: Shutterstock (Anatoly Maslennikov)

KOORDINATION, KOOPERATION, CASEMANAGEMENT NOTWENDIG

DGPPN



Empfehlung der Expertenkomission der Bundesregierung 1988:

In jeder Versorgungsregion ist der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in Angriff zu nehmen

Agenda

1. Häufigkeiten und Relevanz von psychischen Erkrankungen
2. DSM V & ICD 10 – „Ab wann beginnt die Krankheit“
3. Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland
4. **Behandlungsmethoden / Leitlinien**
5. Anti-Stigma

NATIONALE UND INTERNATIONALE LEITLINIEN AM BEISPIEL SCHIZOPHRENIE

DGPPN

Im deutschsprachigen Raum:

- S3-Leitlinie Schizophrenie
- S3-/ NVL Leitlinie Depression
- S3- Leitlinie Demenz
- .....Angst, Zwang, Abhängigkeitserkrankungen
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (2013)

Internationale Guidelines:

- American Psychiatric Association (APA)-Leitlinie
- Leitlinie des Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
- National Institute for Clinical Excellence: The NICE Guideline

EMPFEHLUNG FÜR SELBSTHILFE IN DEN LEITLINIEN

DGPPN

*„Förderung eines nachhaltigen Behandlungserfolges durch Einbindung der Betroffenen in eine **Selbsthilfegruppe**. “ (S3-LL Screening und Diagnostik alkoholbezogener Störungen)*

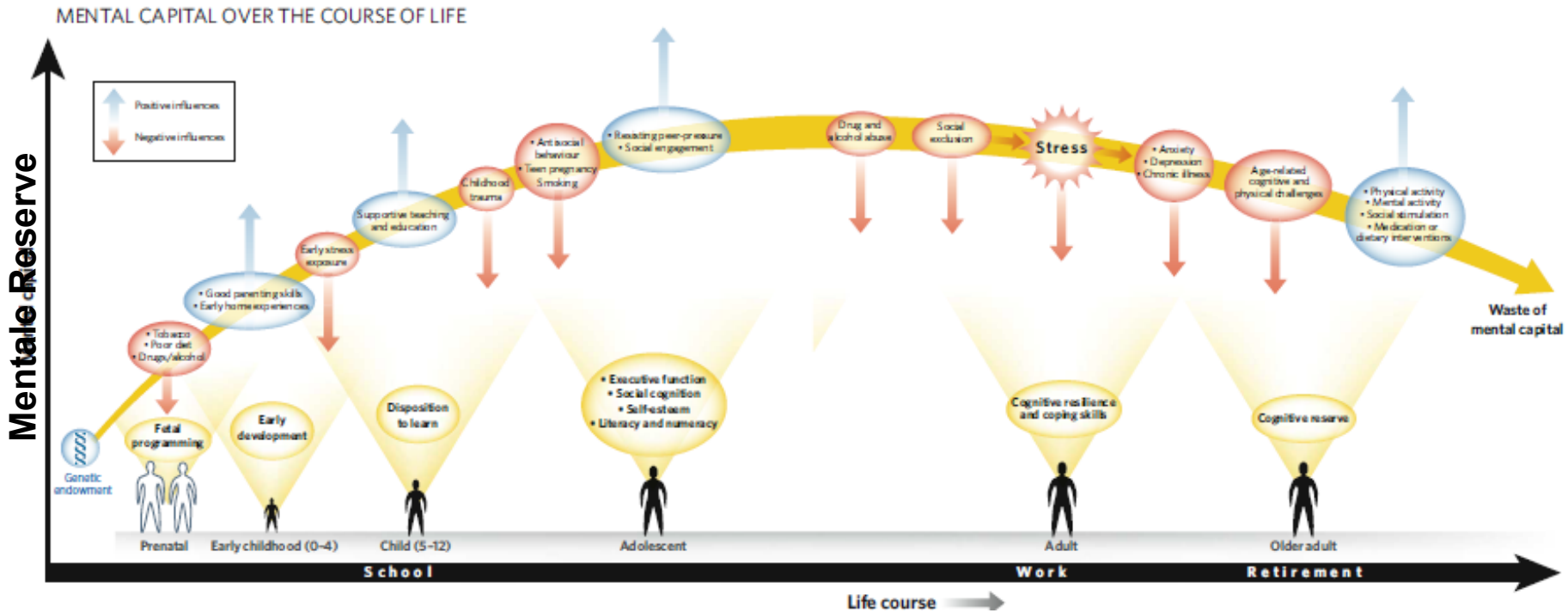
„Ratgeber und Manuale müssen leicht verständlich und qualitativ hochwertig sein. “ (S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen)

*„Patienten und Angehörige sollen über **Selbsthilfe-** und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden. “ (S3-LL Depression)*

*„**Selbsthilfe** im gesamten Behandlungsprozess unterstützen. “ (S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psych. Erkrankungen)*

ENTWICKLUNG DES ÜBER DIE LEBENSSPANNE: ALTERSSPEZIFISCHE STRESSBEZOGENE RISIKEN, SCHUTZFAKTOREN, GENETISCHE DISPOSITION

DGPPN



Lebenslauf

Quelle: Beddington et al., 2008

DGPPN

UMGEBUNGSBEZOGENE RISIKOFAKTOREN

Infektion

Geburts-komplikationen

Kindliche

Vernachlässigung

Träumen

Lebensereignisse

Soziale Exklusion

Migrantenstatus

Aufwachsen in Großstädten

Niederer Sozialstatus

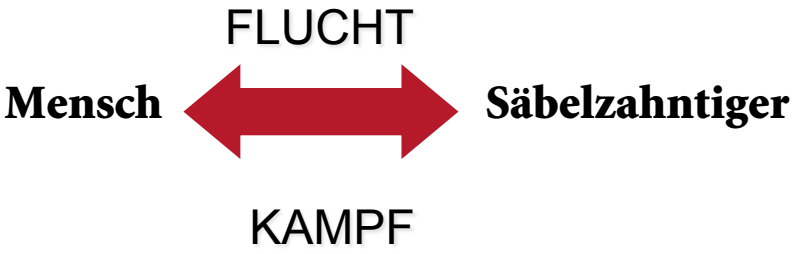
Psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz

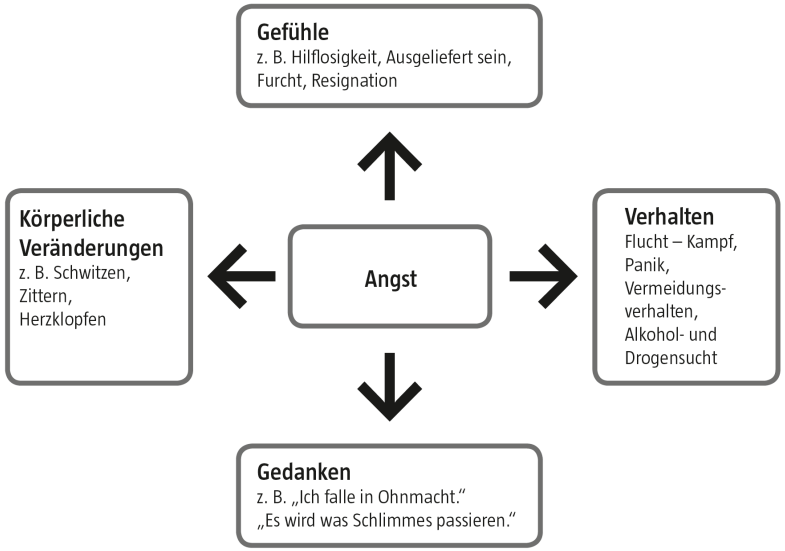
Cannabis

Methamphetamine

ANGST IST (ÜBER)LEBENSNOTWENDIG

„Wenn einer keine Angst hat, hat er keine Phantasie“
Erich Kästner (1899–1974), deutscher Schriftsteller





- Angst als „Urinstinkt“
- Angst als Alarm- und Bereitstellungssystem
- primär eine sinnvolle & Lebenserhaltende Reaktion
- Angst hat mehrere Facetten
- Menschen unterscheiden sich im Erleben und Bewerten von Angst

ANGSTERKRANKUNGEN - FALLBEISPIEL

„ »Ich erlebe beinahe täglich das Gleiche beim Einkaufen, Bus fahren oder im Kino: Schwindelgefühle, Herzrasen, ein Gefühl der Kurzatmigkeit, Hitzewallungen. Natürlich war ich schon bei vielen Ärzten. Von der Schilddrüse bis zum Herz ist alles in Ordnung. Als mir dies zum ersten Mal geschah, dachte ich zunächst an einen Herzinfarkt; ich saß im Auto und fuhr über eine Schnellstraße, plötzlich spürte ich Beklemmung in der Herzgegend, mein Herz stolperte, ich bekam Schmerzen in der Brust, schwitzte und meine Hände wurden taub. Ich dachte, jetzt ist es aus mit mir! Im Krankenhaus sagten die Ärzte, dass mein erhöhter Puls nur ein Ausdruck von Stress sei. Von dort an hatte ich Angst. Was ist los mit meinem Herz? Werde ich verrückt? Jeder Arzt sagte mir immer das Gleiche: ›alles in Ordnung‹. Das ist jetzt 8 Jahre her. Seither habe ich mich immer mehr von meinen Freunden zurückgezogen, und wenn ich aus dem Haus gehe, habe ich immer eine Wasserflasche und mein Handy dabei und im Kino setze ich mich neben den Ausgang« (Martin, 38 Jahre)… “

ANGSTSTÖRUNGEN: BIO-PSYCH-SOZIALE FAKTOREN

DGPPN

Schüchtern, schreckhaft, vermeidend, „Neurotizismus“

—

Instabile Zwischenmensch-liche Bindungen, Verlust von Eltern

Genetisch

—

„Lernen am Modell“ (der Eltern)

Ängstlichkeit

+

Chronische Belastung

—

Unlösbare Konflikte

—

Unkontrollier-bare Bedrohung

Angststörung

Chronifzierung, Vermeidungsverhalten, Erwartungsangst

Depression

UNTERSCHIEDLICHE ANGSTERKRANKUNGEN

- **Generalisierte Angststörung**
  die Symptome der Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrere Wochen

- **Panikstörung mit oder ohne Platzangst (Agoraphobie)**
  Wiederholte Panikattacken, die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind und spontan auftreten (d.h. nicht vorhersagbar sind)
  Mit Agoraphobie : Angst vor Situationen, in denen man von anderen beobachtet oder bewertet werde kann (Menschenmengen, öffentliche Plätze)

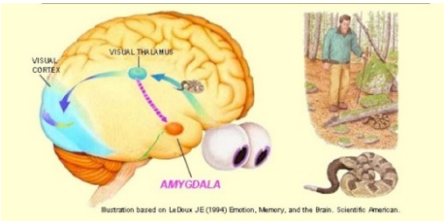
- **Phobische Störung (situations-und Objekt gebunden)**
  Angst vor Situationen, in denen man sich von anderen beobachtet oder bewertet fühlt („soziale Phobie“)
  Angst vor einzelnen Dingen, wie zum Beispiel vor Spritzen, Spinne, Höhe usw. („spezifische Phobie“)

ANGST IM GEHIRN: ÜBERAKTIVITÄT DER AMYGDALA

DGPPN

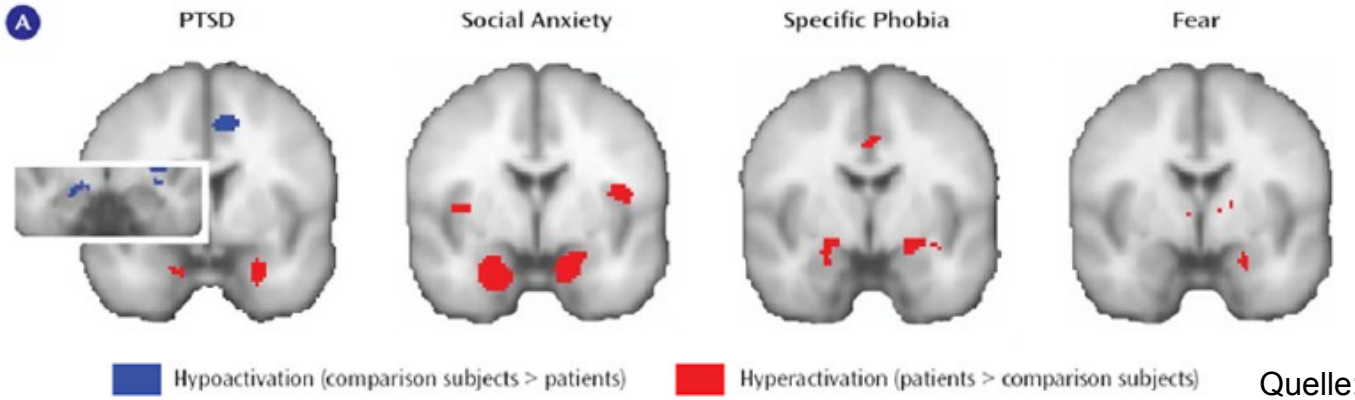
Amygdala → Entstehung von Angst

emotionales Bewerten und Wiedererkennen von Situationen & Analysieren möglicher Gefahren



Amygdala-Aktivität bei Angsterkrankungen

Überaktivität (Hyperaktivität) bei Angsterkrankungen



Quelle: Etkin & Wagner, 2012

Angst reduzieren durch dämpfende Wirkung auf Amygdala

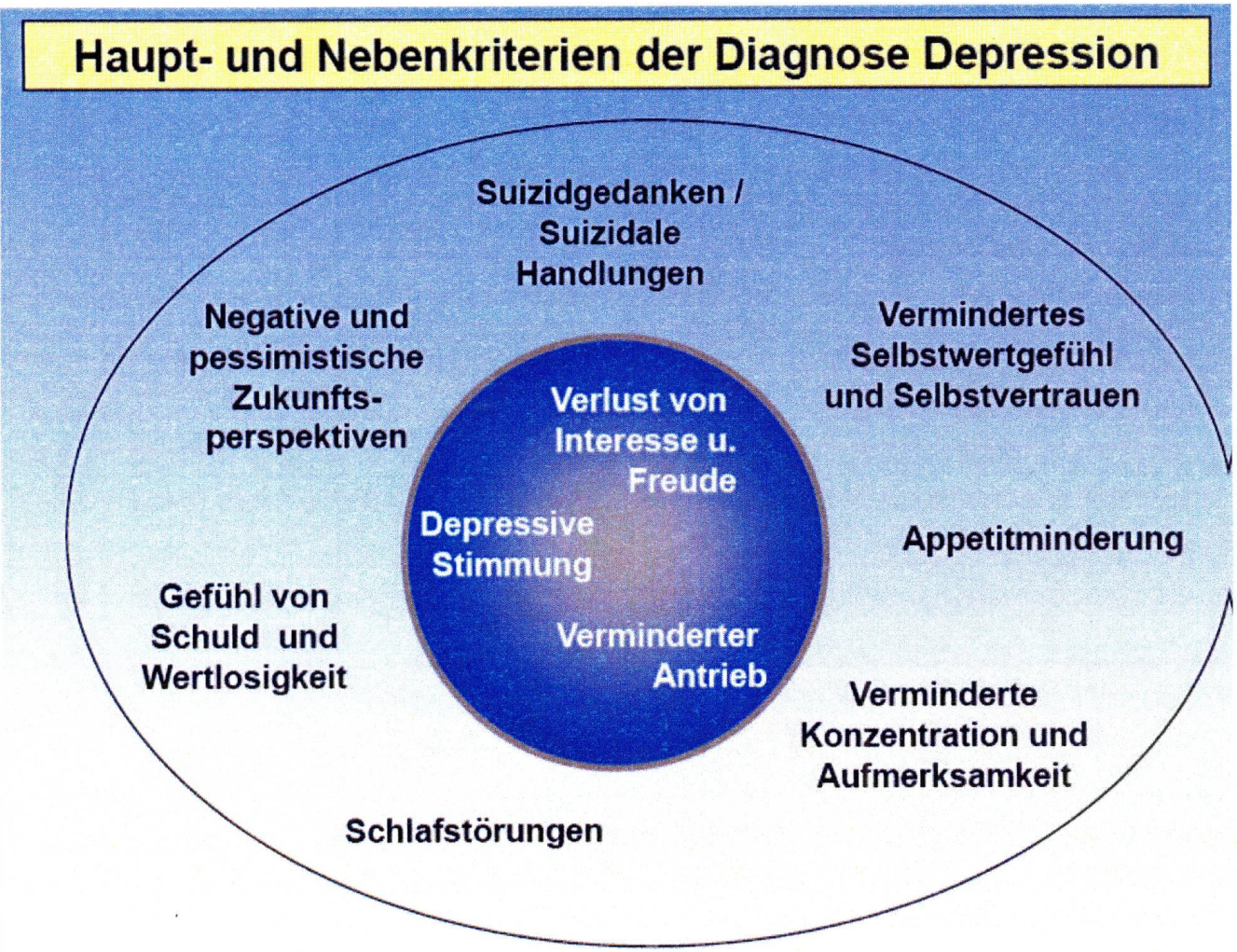
Durch top-down Stimulation → Idee der Expositionstechniken

BEHANDLUNG VON ANGSTERKRANKUNGEN

„Es gehört Mut dazu, sich einer Angst zu stellen und sie auszuhalten“ Hoimar von Ditfurth (1921–1989) Arzt und Publizist

- **Psychotherapie**
  - Konfrontations- und Expositionstechnik
  - Systematische Desensibilisierung
  - Kognitive Verhaltenstherapie
- **Medikamentöse Therapie**
  - Antidepressiva
  - Anxiolytika
- **Weitere Therapieansätze**
  - Entspannungsverfahren
  - Stressmanagement

WIE WERDEN DIAGNOSEN GESTELLT?



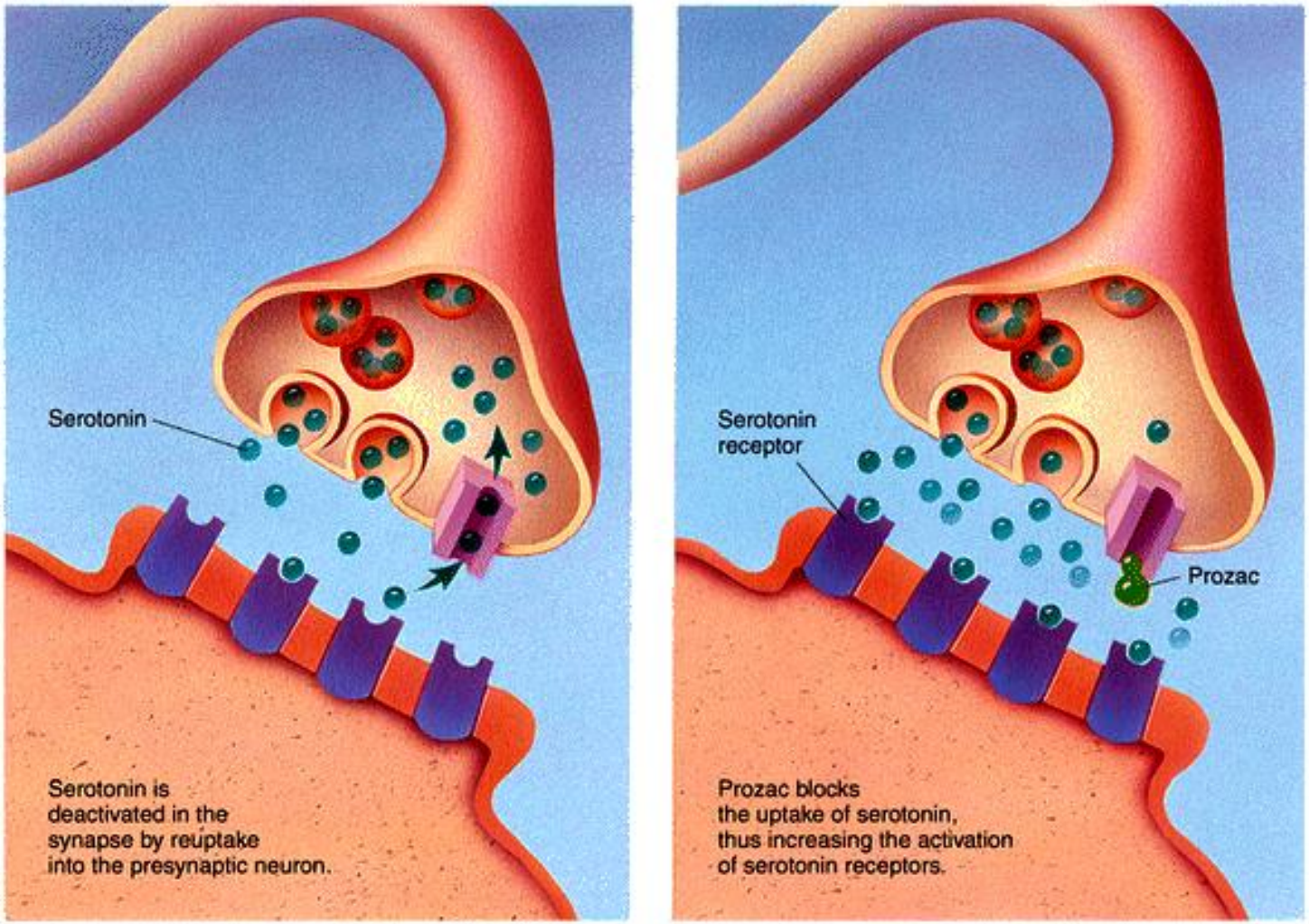
ICD: 2 Kernsymptome + mind. 2 weitere

DSM: 2 Kernsymptome und mindestens drei weitere

+ Zeitkriterien, Ausschluss- bzw. Differentialdiagnosen

KLASSISCHE BIOLOGISCHE MODELLVORSTELLUNG DER DEPRESSION SEROTONINDEFIZIT UND DESSEN KORREKTUR

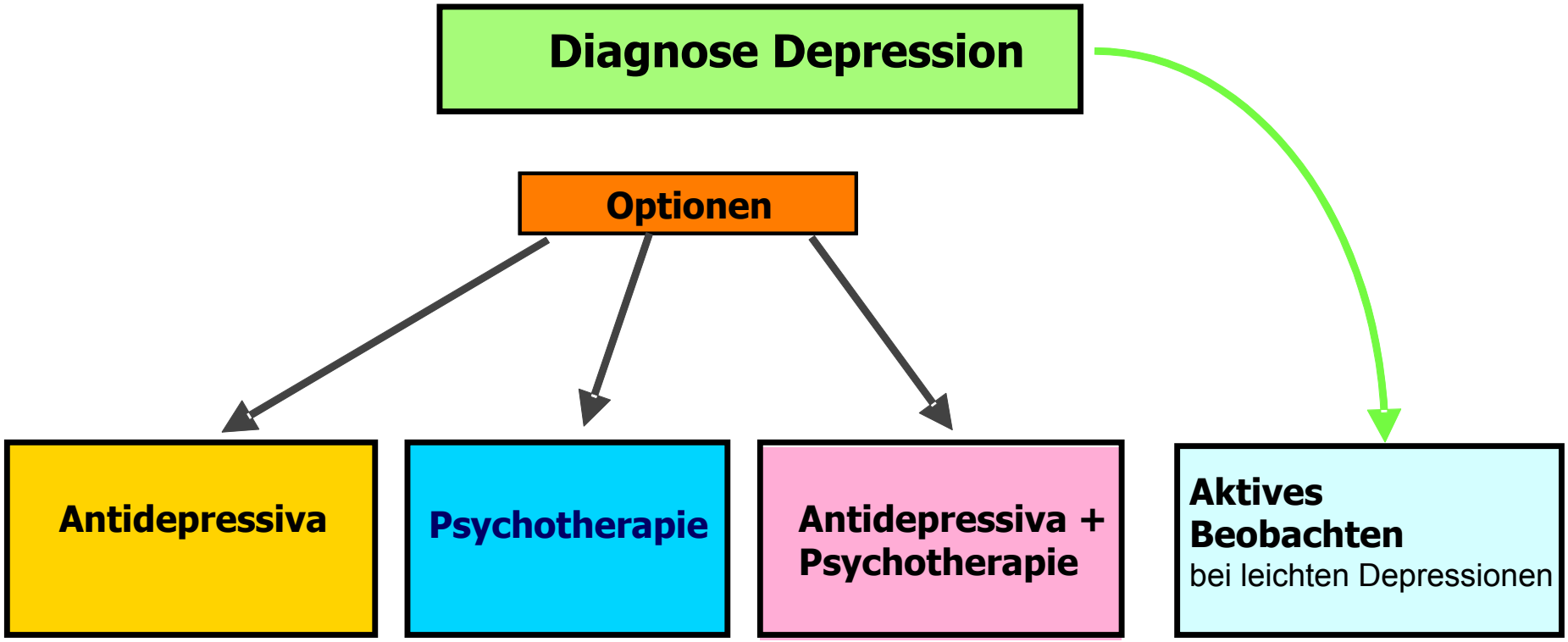
DGPPN



(Quelle: http://www.driesen.com/ssrireuptake.jpg)

EVIDENZBASIERTE BEHANDLUNGSALTERNATIVEN DEPRESSIVER ERKRANKUNGEN (NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE)

DGPPN

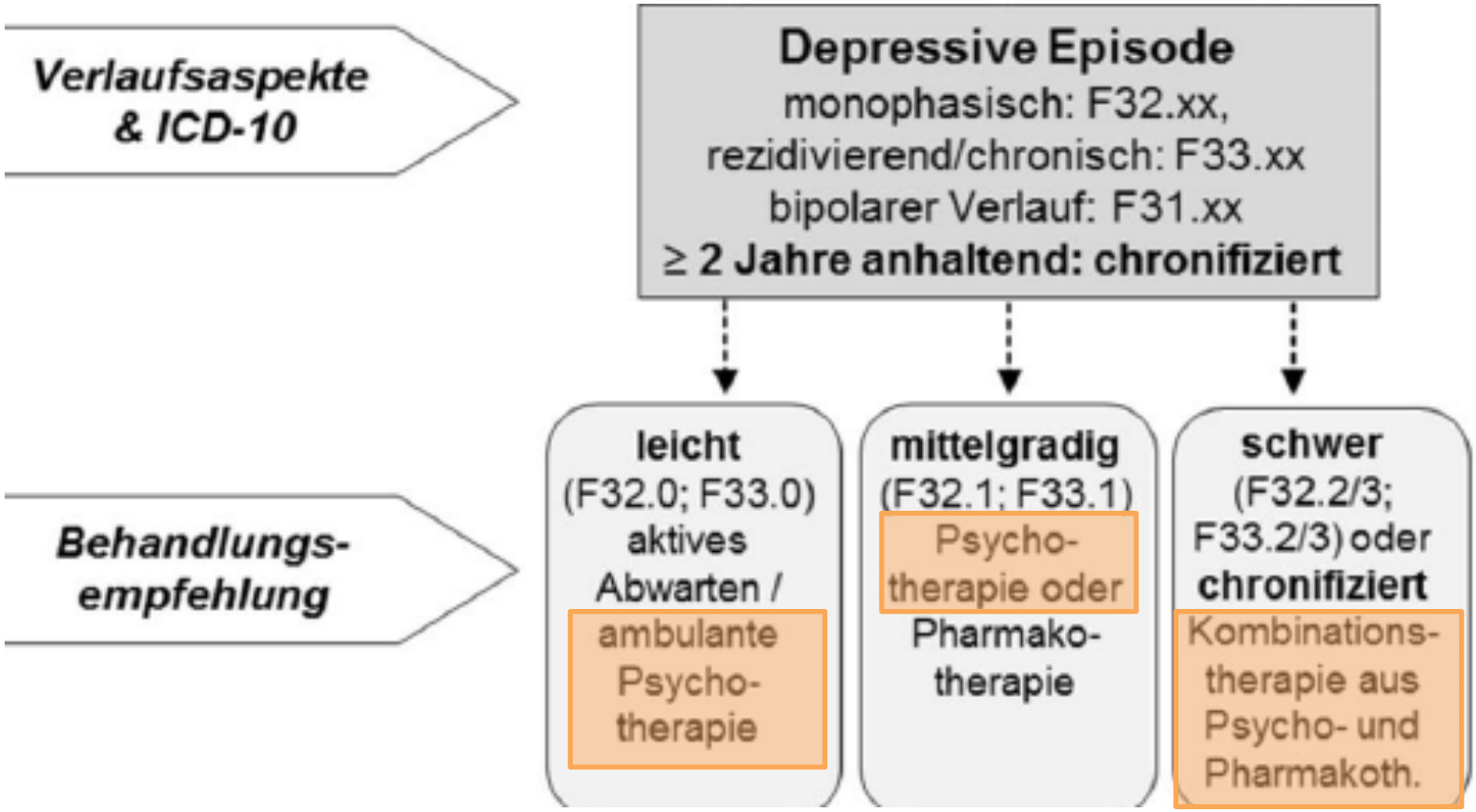


+ Wiedereingliederungsmanagment nach AU

(Arbeitsunfähigkeit)

Quelle: AWMF äzq

DGPPN



Quelle: S3-Leitlinie, Depression (2009)

„BURNOUT“ AM ARBEITSPLATZ

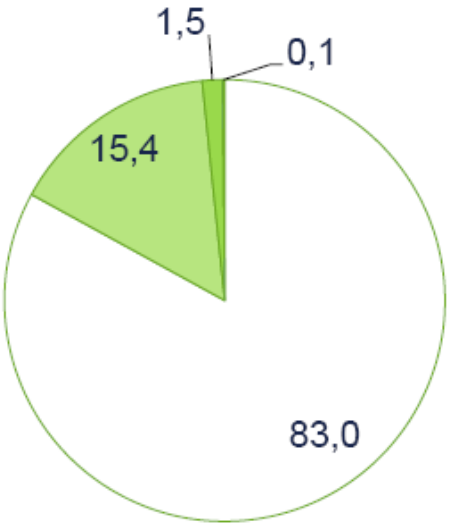
Beobachtbare Frühwarnsymptome

- **Sozialer Rückzug bei früher gut Integrierten**
- **Veränderte emotionale Reaktionsmuster:**
  - erhöhte Reizbarkeit
  - häufiger werdende Tränenausbrüche oder
  - scheinbare Teilnahmslosigkeit, Pokerface
- **Nachlassendes Engagement bis hin zu allgemeinem Negativismus und Sarkasmus**
- **Sinkende Effektivität, zum Beispiel unnötige Überstunden**

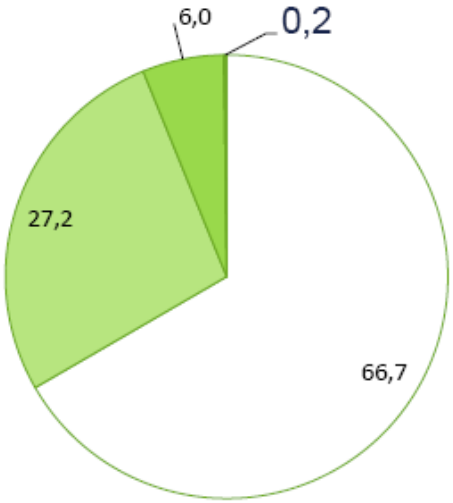
STRESSBELASTUNG BEDINGT PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNG

DGPPN

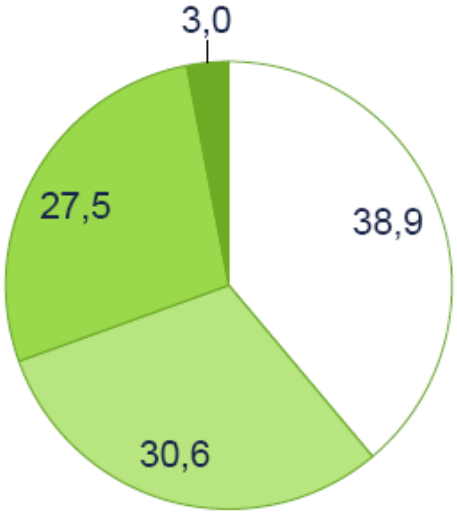
Unterdurchschnittlich bis durchschnittlich



Überdurchschnittlich



Stark



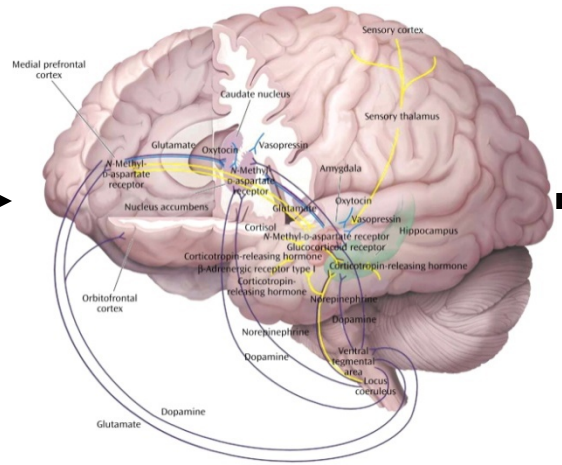
Quelle: Deutscher Gesundheitssurvey 2010/11, RKI

Anteil der Betroffenen:

- 1 **Depressionssyndrom**
- 2 **„Burnout-Syndrom“**
- 3 **Schlafstörungen**
- **Keine der 3 Beeinträchtigungen**

RISKANTE ARBEITSBEDINGUNGEN
-DAUERSTRESS
-STRESSASSOZIIERTE KRANKHEITEN?

DGPPN



negative Emotionen

Maladaptive Stressreaktionen, “Burnout“

stressassoziierte Erkrankungen

ARBEITSÜBERLASTUNG – BURNOUT – DEPRESSION

Arbeitsüberlastung
Vegetative Stresssymptome,
Erschöpfung, nicht erholsamer Schlaf

andauernde Überforderung

Burn-out-Risikozustand (Z73)
Emotionale Erschöpfung,
kritische Distanz zur Arbeit,
Leistungsminderung, vegetative Stresssymptome

Chronifizierter Stress

Leistungseinschränkung

3. Folgekrankheiten
z.B. Depression, Angst-erkrankungen, Medikamentenabhängigkeit, Tinnitus, Hypertonie, (+ Z 73.0)

4. Somatische und psychische Erkrankungen
z.B. Multipe Sklerose, Krebs, beginnende Demenz, Psychose

DGPPN

GESTUFTE VERSORGUNG

I Gesundheits-förderung

Edukation

II Überlastungs-erkennung

Gefährdungsbeurtei-lung psychischer Belastung
Individuelle Überlastungsanzeigen

III Individuelle Unterstützung

Psychosoziale Beratungsdienste und Betriebsärzte für krankheits-gefährdete Mitarbeiter

IV Gestufte Versorgung

Für erkrankte Mitarbeiter

Hausärzte
⇩
Fachärzte/ Psychotherapeuten
⇩
Akutkliniken
⇩
Rehakliniken

V Wieder-Eingliederung

Rekonvaleszenter Mitarbeiter (z.B. Hamburger Modell)

Schnittstelle: Betriebsarzt x Versorgungssystem

Agenda

1. Häufigkeiten und Relevanz von psychischen Erkrankungen
2. DSM V & ICD 10 – „Ab wann beginnt die Krankheit“
3. Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland
4. Behandlungsmethoden / Leitlinien
5. **Anti-Stigma**

DGPPN

Soziale Distanz - Veränderungen über zwei Dekaden in Deutschland (1990- 2011)

Befragung zum Wunsch nach sozialer Distanz/Abgrenzung von Menschen mit psychischer Erkrankung

Antwortkategorie "würde ablehnen.."	Schizophrenia			Major depression		
	1990	2011	Veränderung	1990	2011	Veränderung
Als Nachbar	19	29	10	16	15	−2
Zusammen arbeiten	20	31	11	15	18	3
Einem meiner Freunde vorstellen	39	53	15	33	37	3
Für einen Job empfehlen	44	63	18	40	45	5
Ein Zimmer vermieten	46	58	13	37	35	−2
In meine Familie einheiraten	56	60	5	52	41	−11
Für Kinder sorgen	67	79	12	58	62	−4

Quelle: Angermeyer et al., 2013

AUFKLÄRUNG UND INFORMATION GEGEN STIGMA

DGPPN

- Prävention psychischer Erkrankungen bedeutet insbesondere Aufklärung über Frühwarnzeichen, Symptome, passende Hilfsmöglichkeiten

Aktionsbündnis
Seelische Gesundheit

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit ist eine bundesweite Initiative, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit. Zu den rund 80 Mitgliedsorganisationen zählen die Selbsthilfeverbände der Betroffenen und Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Verbände aus den Bereichen Psychiatrie, Gesundheitsförderung und Politik.

DGPPN KONGRESS 2015

25. – 28. November 2015 | CityCube Berlin

Der Mensch im Mittelpunkt:
Versorgung neu denken

WWW.DGPPN.DE

Alexianer
ST. JOSEPH-KRANKENHAUS
BERLIN-WEISSENSEE

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Der Vortrag ist redaktionell bearbeitet. Einige Abbildungen wurden entfernt. DAG SHG, 2015