

Editorial

Alternative für junge Ärzte:

Präventionsexperte statt „Standardmediziner“

Auch in diesem Jahr bietet der Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) mit seiner viel beachteten Aktion docs@work spannende Einblicke in die Arbeitsmedizin und will Nachwuchs finden, der die Gesundheitswelt wirksam präventiv mitgestaltet. „Mit der Aktion wollen wir junge Mediziner für die Arbeitsmedizin begeistern“, sagt Dr. Wolfgang Panter, Präsident des Berufsverbandes.

Bereits im letzten Jahr ist dies bei der docs@work-Premiere erfolgreich und nachhaltig geglückt. Zwei der acht Wettbewerbsteilnehmer haben inzwischen eine Weiterbildung im Gebiet „Arbeitsmedizin“ begonnen, die anderen haben die Arbeit als Betriebs- und Werksarzt fest im Blick – als spannende und familienfreundliche Alternative zur Anstellung als Kassenarzt oder den unregelmäßigen Arbeitszeiten im Krankenhaus. „Allein schon wegen der demografischen Entwicklung ist die Arbeitsmedizin ein Fach mit Zukunft, außerdem innovativ, breit aufgestellt und interessant. Wer sich unserem Bereich zuwendet, hat gute berufliche Aussichten“, ist sich Dr. Panter sicher.

Wie im letzten Jahr begleitet das Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) docs@work mit einer Befragungsstudie und unterstützt diese Aktion finanziell. Die Finalteilnehmer werden zu ihren Erwartungen, Eindrücken und Erfahrungen interviewt – vor und kurz nach der Aktion sowie ein halbes Jahr später.

Ziel erreicht: Die docs@work-Kandidaten des letzten Jahres gaben an, dass sie vor dem Projekt nur wenig über Betriebsmedizin wussten. Danach hatten sie ein konkretes Bild, was die Welt der Arbeitsmedizin zu bieten hat. Den stärksten Eindruck hinterließen die Unternehmen mit ihren unterschiedlichen Praxisinhalten, die positive und sinnvolle Arbeit der „Hausärzte ganzer Firmen“ und die alltagsnahen Einblicke in die Arbeitswelt, darunter auch für die Teilnehmer Unerwartetes wie Beratungen zu psychischen Problemen.

Wie läuft die Aktion ab? Approbierte Ärztinnen und Ärzte, die über die Arbeitsmedizin als Karrierechance nachdenken, sind eingeladen, sich **bis zum 31. Juli 2010** für das Abenteuer Arbeitsmedizin zu bewerben. Von allen Bewerbern werden acht Mediziner für docs@work ausgewählt, die in Zweierteams in vier Unternehmen unterschiedlichster Branchen in der Region Ulm wechselnde Arbeitsbedingungen und Gesundheitsfragen erwartet. Dabei steht ihnen der jeweilig leitende Betriebsarzt zur Seite.

Inhalt

Editorial

Auch in diesem Jahr startet der VDBW eine Aktion, die jungen Ärztinnen und Ärzten Einblick in die spannenden Inhalte der Arbeitsmedizin geben soll. Mehr dazu von Dr. Vollmer **81**

Praxis

Die betriebliche Gesundheitsvorsorge ist Thema der Zukunft. Aus der Sicht der Sportwissenschaft schreibt Lothar Jux **82**
Die psychischen Belastungen und deren Folgen in der neuen Arbeitswelt. Über eine entsprechende Fachtagung in ad Münstereifel berichtet Gernot Keuchen **84**

Fortbildung

Was ist eine Borderline-Störung? Lesen Sie den Bericht von Frau Dr. med. Christa Roth-Sackenheim **89**
Coaching – Unterstützung im Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten **92**

Impressum

96

Durch die Aktion erhalten die Teilnehmer einen unvergleichlichen Einblick in das Berufsfeld des Betriebs- und Werksarztes. Im Gepäck haben müssen die Kandidaten: Lust auf Arbeitsmedizin und drei Tage Zeit. Das beste Team erhält den docs@work-Award 2010, eine Auszeichnung und Gutscheine für ärztliche Fortbildungen.

Wann und wo? docs@work findet am Mittwoch, den 6. Oktober, und Donnerstag, den 7. Oktober bei weltbekannten Unternehmen wie der Fa. Voith AG, der Paul Hartmann AG, den Wieland-Werken und dem Ulmer Theater in Ulm und Umgebung statt. Die Teilnehmer werden unmittelbar nach dem Wettbewerb zum Deutschen Betriebsärzte-Kongress 2010 eingeladen, um am 8. Oktober 2010 im Congress Centrum Ulm ihre Erfahrungen im Plenum mit anschließender Preisverleihung vorzustellen. Bewerben bis zum 31. Juli 2010 online unter www.vdbw.de/docs@work

Dr. med. Michael Vollmer

„Beschäftigte zu gesunder Lebensweise motivieren“

– Aus dem Blickwinkel der Sportwissenschaft –

Die Weisheit: „Bewegung ist die beste Medizin!“ (wenn die Dosis stimmt) ist bekannt und wird gerne mit dem Spruch „Sport ist Mord:“ gekontert. Der daraus gefolgerten These, dass Breitensport dann Massenmord sei, fehlt allerdings jegliche Grundlage. In den sechziger Jahren begann die bis heute andauernde Etablierung der Sportmedizin. Vielfältige Kausalitäten zwischen Bewegungs- und Trainingsreizen und den Auswirkungen auf unser Organsystem konnten seit dem durch Studien belegt und in der Trainingslehre und -wissenschaft genutzt werden. Trotzdem genießt die Sport- und Bewegungstherapie verglichen mit der „Rezept orientierten Schulmedizin“ ein Schattendasein. Im Medizinstudium spielt sie bis heute keine Rolle. Einen anderen Lebensstil zu verordnen ist offensichtlich nicht oder nur sehr schwer möglich oder es birgt für den behandelnden Arzt die Gefahr des Akzeptanz- bzw. Kunden- / Patientenverlustes.

Ist der Ansatz deshalb falsch oder hat das System, das ohne die konsequente Mitwirkung des Kunden und Patienten auskommen muss, vielleicht strukturelle Fehler?

Bewegungsmangel ist längst als Risikofaktor anerkannt und die Konsequenzen sind vielen bewusst. Betrachtet man die Gruppe der „Muskel- und Skeletterkrankungen“, mit einem hohen Anteil Rückenerkrankungen, wird das Potenzial der Bewegungs-, Sport- und Trainingstherapie deutlich. Auch dort, wo gute ergonomische Verhältnisse vorzufinden sind und die körperlichen Belastungen, z. B. in Form von regelmäßigen Hebe-Tragebelastungen gering sind, leiden viele Beschäftigte unter entsprechenden Beschwerden und Krankheitsbildern.

Bewegungsmangel und fehlender Ausgleich neben dem Beruf dürften zentrale Ursachen sein. Aus tausenden von Rückentests, die mit Hilfe des Back Checks by Dr. Wolff im Rahmen von Gesundheitstagen und Testreihen erhoben wurden, wissen wir: Das Kraftniveau ist bei vielen Menschen mangelhaft. Unter Berücksichtigung der Faktoren Alter, Geschlecht, Größe und Gewicht fehlt es häufig an Grundkraft. Und bei denen, die über ein hohes Kraftpotenzial verfügen, ist oft eine muskuläre Dysbalance erkennbar. Hier ist entweder die Kraft der Bauchmuskulatur im Verhältnis zur Rückenmuskulatur zu schwach oder zu stark. Beides gilt als ungünstig und fördert Beschwerden im Rückenbereich. Als optimal gilt ein Kraftverhältnis der Bauch- zur Rückenkraft von: 100 zu 130 beim Mann und 100 zu 150 bei der Frau.

Die im Test ermittelte Kraft der Bauchbeuger wird gleich 100 % gesetzt. Die Rückenkraft, gemessen durch eine Rückenextension, sollte dann 30 bzw. 50 % über diesem Wert liegen. Unabhängig davon, ob das gemessene Niveau über oder unter den Referenzwerten liegt. Bei einer entsprechenden Diskrepanz ist die Muskelharmonie das erste Trainingsziel. Kraft hat aber eine größere Bedeutung als weniger oder keine Rückenbeschwerden zu haben. Auch gut gebildete Mitarbeiterkreise wissen meistens nicht wie wichtig der Faktor Kraft ist. So belegen Studien der Sporthochschule Köln, dass 75 % der Manager unter einem erheblichen Kraftverlust der großen Muskelgruppen leiden. Die Sarkopenie wurde bisher als Alterserscheinung betrachtet, betrifft aber auch viele Manager mittleren Alters – auch solche, die (nur) regelmäßig Ausdauersport betreiben (Prof. Ingo Froböse, DSHS Köln).



Kontakt

Lothar Jux
Hermann-Löns-Straße 81a
51469 Bergisch Gladbach
Telefon: 0 22 02-94 06 22
Fax: 0 22 02-94 06 23
E-Mail: info@he-consult.de
www.he-consult.de

Ein ausreichendes Kraftniveau und eine entsprechende Muskelmasse schützt und entlastet die Gelenke, stabilisiert und sichert Bewegungsabläufe, trägt zu einer hohen, sich deutlich langsamer abbauenden Knochenmasse bei, ist Grundlage für einen hohen Energieverbrauch und schützt damit auch vor Übergewicht. Nicht ohne Grund ist Krafttraining bzw. der Aufbau von Muskelmasse ein wichtiger Bestandteil des Bewegungstrainings bei Übergewicht. Muskeln verbrennen Energie / Fett.

Auch um die Ausdauerleistungsfähigkeit ist es nicht allzu gut bestellt. Ausdauersport ist zwar in den Führungsetagen der am häufigsten betriebene Ausgleichsport, in der Gesamtbetrachtung ist die Ausdauerleistungsfähigkeit aber mangelhaft ausgebildet. In über 500 Ausdauer-tests mit Auszubildenden der Altersgruppe von 17 bis 21 Jahre konnte das belegt werden. Über 70 % der Getesteten erreichten ein ausreichendes und mangelhaftes Leistungsniveau. Betrachtet man die Effekte von regelmäßigen, ausdauernden, dynamischen Bewegungsformen mit einem Mindestbelastungsanspruch, dann muss man feststellen: Die Notwendigkeit der längeren Lebensarbeitszeit passt nicht zum Leistungsniveau der Betroffenen.

Ein Mindestmaß an körperlicher Fitness ist aus Sicht der Sportwissenschaft eine Grundvoraussetzung, um den phy-

Anpassungseffekte durch Ausdauersport (in Anlehnung an Stipping, Berg, Keul bei Wessinghage 1987)	
Ausschüttung von Stresshormonen	↓
dämpfender Einfluss auf das vegetative Nervensystem	↑
Fließeigenschaften des Blutes	↑
Herzschlagvolumen	↑
Herzfrequenz	↓
Blutdruck	↓
Sauerstoffverbrauch des Herzmuskels (verbesserte Herzökonomie)	↓
Lungenvolumen (aerobe Kapazität)	↑
Sauerstoffausnutzung in der Muskelzelle (Mitochondrien = Kraftwerke in der Muskelzelle steigern ihren Wirkungsgrad)	↑
Wirksamkeit von Insulin (→ Dosisreduzierung)	↑
Milchsäure-/Laktatproduktion bei gegebener Leistung	↓
Fettsäureverbrennung	↑
positive Beeinflussung des Gesamt-Cholesterinspiegels:	↓
HDL-Spiegel	↑
LDL-Spiegel	↓
Regenerationsfähigkeit / Stressresistenz	↑
Immunabwehr (u. a. Atemwegserkrankungen – „Grippe“)	↑

sischen und psychischen Belastungen des modernen Arbeitslebens in allen Hierarchieebenen gerecht zu werden. Ein hohes Kraftpotenzial ist ebenso wie ein gutes Ausdauervermögen alleine nicht gleich zu setzen mit Fitness. Fitness beschreibt eine vielseitige Resilienz in unterschiedlichen Belastungssituationen und ist auch das Ziel aller sportlichen Maßnahmen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Das schließt nicht aus, thematische Schwerpunkte im einen oder anderen Bereich zu setzen.

Wie kann man Mitarbeiter zu einem aktiven, gesundheitsorientierten Lebensstil motivieren?

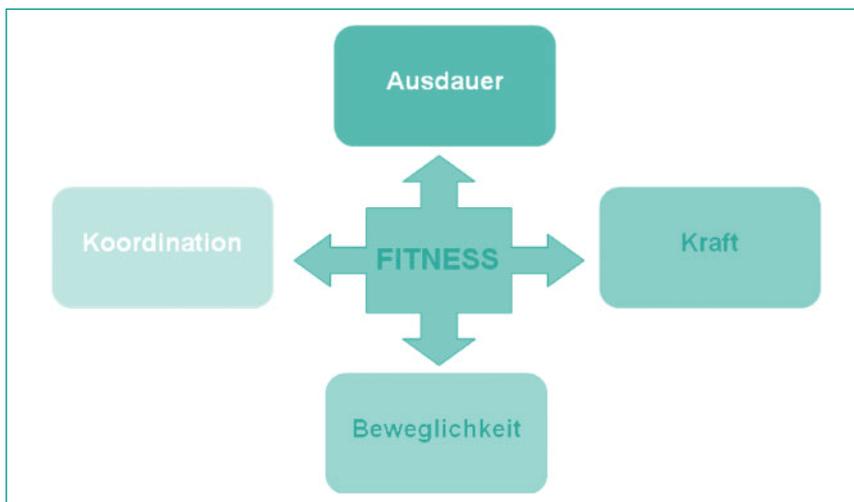
Wer hier erfolgreich handeln will braucht ein paar Eigenschaften: Glaubhaftigkeit, Ausdauer, Kreativität, Überzeugungskraft und Engagement. Glaubhaftigkeit: Ein übergewichtiger, kurzatmiger Vorgesetzter, der jede Treppe meidet und ständig gestresst wirkt, wird es schwer haben, Mitarbeiter von der Notwendigkeit der körperlichen Aktivität zu überzeugen. Ausdauer: Ist man auf der Ebene der Entscheider noch so von einer Maßnahme überzeugt, muss sie nicht in

allen Ebenen und Bereichen positiv aufgenommen werden. Hier braucht man Ausdauer und eine „Charmante Penetranz“. Kreativität: Viele Betriebe und Institutionen sind auf arbeitsplatznahe Bewegungsangebote nicht eingerichtet. Trotzdem kann man fast überall Gruppenangebote umsetzen und zur Teilnahme motivieren. Kreativität, Kompetenz und Erfahrung sind die Schlüsselqualifikationen. Überzeugungskraft und Engagement: Eine Führungskraft überzeugt man mit anderen Argumenten und Motiven als

einen Facharbeiter oder angeleiteten Mitarbeiter. Die „Verpackung“ der Botschaft ist also genauso wichtig wie ihr Inhalt. Einfache Beispiele:

- Keine Zeit ist ein schlechtes Argument! Alle haben Zeit wenn es ihnen schlecht geht (Leidensdruck).
- Übergewicht ist kein kosmetisches, sondern ein gesundheitliches Problem.
- Ihr Auto und ihren Garten pflegen sie und geben dafür Geld aus – warum pflegen Sie Ihren Körper (Ihr Organ-system) nicht?
- Durch dynamische Bewegungen (im Idealfall Ausdauersport) sollen pro Woche 1.500 bis 2000 Kalorien zusätzlich verbraucht werden (1 Stunde Joggen in mittlerem Tempo verbraucht 600 bis 900 Kalorien, abhängig von Gewicht, Geschlecht und Laufgeschwindigkeit), um den Folgen des Bewegungsmangel vorzubeugen.
- Auch die Intensivierung von Alltagsbewegungen hat einen hohen gesundheitlichen Nutzen (Prof. Dr. med. Klaus Völker, Uni Münster). Bis zu drei Stockwerken (oder mehr) sollte man grundsätzlich zu Fuß bewältigen, das hält fit und spart Zeit.

Verhaltensänderung ist und wird kein Selbstläufer. Sie verlangt das Engagement der Frontleute. Immer und immer wieder sind die Argumente zielgruppengerecht zu kommunizieren und Zusammenhänge zu vermitteln. Das gesprochene Wort in Form der per-



sönlichen Ansprache wirkt dabei sehr viel nachhaltiger als der Newsletter im Intranet, der Flyer an der Lohnabrechnung oder das Plakat am Schwarzen Brett. Darum ist die Zusammenarbeit von Arbeitsmediziner, Sozialarbeiter, Entscheidern, Betriebsrat und Sportlehrer wichtig. In der täglichen Arbeit bieten sich dann zahlreiche Anknüpfungspunkte, die z. B. den Einsatz der „Charmanten Penetranz“ erlauben.

Womit kann man erfolgreich intervenieren?

Ist Gesundheit in einem Unternehmen bis heute ein kaum präsent Thema, gilt es die Kommunikation zu starten. Ein hervorragendes Werkzeug sind *Gesundheitstage*. Vorbereitung und Planung entscheiden über den Erfolg. Die Frage: „Was biete ich warum an?“ ist im Vorfeld zu beantworten. Ideal sind Gesundheitstage, die einen Gesundheitsparcours anbieten. Hier sollte der Mitarbeiter an jeder Station persönliche Erlebnisse und Ergebnisse erhalten, die ihm relevante Gesundheitsfaktoren widerspiegeln. Ob Kraft,

Beweglichkeit, Sinneswahrnehmungen, Koordination, Reaktion, Ernährungswissen oder klassische Gesundheitsparameter, die konkreten Ergebnisse und Erlebnisse stoßen zur Kommunikation mit Kollegen, Vorgesetzten und Freunden an. Sehr gut ist es, wenn wenig erfreuliche Ergebnisse direkt (vor Ort) zum Hinweis auf ein in Kürze startendes Gesundheitsangebot im Unternehmen genutzt werden können.

Die Akzeptanz von sportpraktischen *Gruppenangeboten* wird ebenfalls unterschätzt. Anbindung an die Arbeitszeit, Inhalt und kompetente (externe) Betreuung sind die Basis für eine hohe Nachfrage. Dann kann die klassische „Arbeitsplatzbezogene Rückenschule“, das Rückentraining, der Pilateskurs, die Laufschule (Vom Walken zum Joggen), die Vorbereitung auf die Teilnahme an einem Firmenlauf, das Kombinationsangebot Ernährung und Bewegung, der Lauf- oder Radtreff erfolgreich durchgeführt, aufgebaut und etabliert werden.

In mittelständigen und großen Unternehmen ist auch nach wie vor das

Gesundheits- und Trainingszentrum ein attraktives Modul. Konzept und Betreuung bestimmen den Erfolg. Es ist ein weit verbreiteter Fehler zu glauben, dass HiTech-Geräte die Nachfrage sichern. Viel wichtiger sind individuelle Betreuung und die Angebotsgestaltung.

Erfolgreiche Maßnahmen der BGF haben nicht das Ziel „Sportliche“ sportlicher und „Schnelle“ schneller zu machen. Sie ordnen sich gesundheitsrelevanten Zielen unter und bieten allen, denen der Zugang zu Sport und Bewegung verwährt blieb oder deren letztes Training lange zurückliegt die Chance, den erfolgreichen Wiedereinstieg zu realisieren.“ Fordern und fördern“, „geben und nehmen“ sind die Prinzipien. Der faire, partnerschaftliche Umgang ist das oberste Prinzip aller Maßnahmen. – Ein solches Vorgehen erlaubt dann auch, bei gegebenem Anlass und Befund nachzufragen, warum die Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung bis heute nicht genutzt wurden. Ggf. kann dieses (Nicht-)Engagement bei anstehenden Entscheidungen berücksichtigt werden. □

Psychische Belastungen und deren Folgen in der neuen Arbeitswelt

Am 27. und 28. Mai 2010 fand die *1. Fachtagung Psychische Belastungen im Beruf* in der Schulungsstätte der *Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)* in Bad Münstereifel statt. Veranstalter waren die *BG ETEM*, das *Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG)* und der *Universum Verlag, Wiesbaden*. Idee und Konzept dieser Tagung entwickelten sich mit der Vorbereitung der Neuausgabe *Windemuth-Jung-Petermann: Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf*.

Mit diesem Thema sind zahlreiche Akteure im Arbeits- und Gesundheits-

schutz befasst: Ärzte, insbesondere Betriebsärzte und deren Assistenzpersonal, Psychologen, Sozialmediziner, sehr wesentlich auch die Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Ingenieure, Personalvertreter und von Unternehmerseite die Führungskräfte.

Die Tagung war kurz nach der Ankündigung bereits überbucht. Circa 100 Teilnehmer hatten Gelegenheit, den hochinteressanten und sehr aktuellen Referaten zu folgen und an den ausführlichen Diskussionen teilzunehmen. Die Teilnehmer repräsentierten ein überraschend vielfältiges Spektrum von Unternehmen, Branchen, Institutionen mit ebenso unterschiedlichen Funktio-

nen und Verantwortungsbereichen. Dies führte zu einem regen Erfahrungsaustausch untereinander und mit den Referenten. Allen gemeinsam war das gezielte Interesse, fachkundige Information zu den Formen psychischer Belastungen und Fehlbeanspruchungen sowie deren Erkennen, Prävention und praktische Vorgehensweise im Betrieb zu gewinnen.

Die Fortbildungsveranstaltung wurde von der *Ärztammer Nordrhein* mit 9 Punkten zertifiziert, von der *DGUV* anerkannt mit 10 Weiterbildungsstunden im Rahmen der Aufrechterhaltung des Zertifikats *Certified Disability Management Professionals* sowie mit 2 *VDSI-Punkten*

versehen als eine Weiterbildungsveranstaltung im Sinne § 5 Abs. 3 Arbeitsschutzgesetz vom Verband Deutscher Sicherheitsingenieure e. V. (VDSI).

Wegen der großen Nachfrage und auf Empfehlung der Teilnehmer haben die Veranstalter inzwischen eine Wiederholung der Tagung mit Fortsetzungscharakter im Frühjahr 2011 erneut in Bad Münstereifel geplant. Die sich ständig fortentwickelnde Thematik kann schließlich Anlass für die Etablierung einer permanenten Jahrestagung mit den jeweils aktuellen Aspekten der Prävention und Behandlung von Psychischen Belastungen und Fehlbeanspruchungen sein.

Methodik, Konzepte und Ergebnisse

Tagungsleiter war Olaf Petermann (Vorsitzender der Geschäftsführung der BG ETEM). Co-Moderatoren waren Prof. Dr. Dirk Windemuth (Leiter der Abteilung „Forschung und Beratung“ des IAG und stellvertretender Institutsleiter, Professor an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg) und Priv.-Doz. Dr. Detlev Jung (Betriebsarzt, Zweites Deutsches Fernsehen, Privatdozent an der Universität Mainz). Dr. Bodo Pfeiffer (Leiter des IAG) skizzierte in seinem Grußwort den Wandel der neuen Arbeitswelt mit den komplexeren Anforderungen an heutige und künftige Berufsgruppen mit den Stichwörtern: hohe Verantwortung, Internationalität, fließende Übergänge Arbeit/Freizeit, Soziale Netzwerke, Digitaler Verkehr, Erfolgsdruck, Prozessgeschwindigkeit und stellte die Frage nach der Resistenz des Einzelnen.

Das Tagungskonzept folgte einem methodischen Ablauf von der Vermittlung von Grundlagenwissen über die Darstellung von überbetrieblichen Faktoren, betrieblichen Aspekten, vom Umgang mit psychischen Belastungen bis hin zu den Beanspruchungsfolgen und Präventivmaßnahmen. Anhand eingängiger Modelle zu den Wirkmechanismen bei der Entstehung psychischer Belastungen und deren Erfassung haben die Referenten sehr einprägsam die komplexen Themen entwickelt, erläutert und diskutiert.

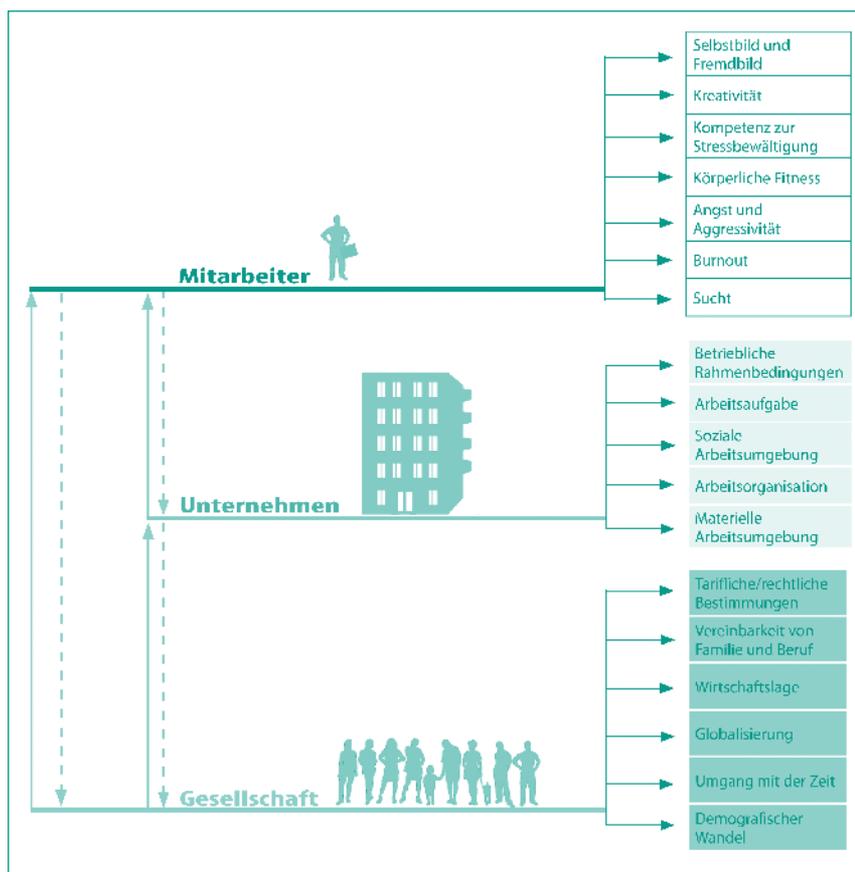


Abb 1: Das Dreiebenmodell psychischer Belastungen im Beruf (Quelle: Windemuth D. et al., Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf, S. 14, Wiesbaden 2010)

Die Themen und Grundaussagen

1. Das Dreiebenenmodell psychischer Belastungen

(Prof. Dr. D. Windemuth, Dresden)

- Das einleitende Referat war impulsgebend für die gesamte Tagung. Ihm lag sehr eingängig das Dreiebenenmodell zugrunde, eine visualisierte Darstellung, die das psychische Belastungsgeschehen im Geflecht von Beschäftigten, Unternehmen und Gesellschaft aufzeigt. Im Falle zu starker Fehlbelastungen und nicht ausreichender Bewältigungsmöglichkeiten kann es auf dieser individuellen ersten Ebene zu psychischen Beanspruchungen und möglicherweise damit assoziierten Erkrankungen kommen. Das Modell zeigt, dass der beschäftigte Mensch grundsätzlich zwei Belastungsquellen ausgesetzt ist – den betrieblichen und den außerbetrieblichen. Die zweite mittlere Ebene ist die der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Hierauf

konzentrierten sich bisher die Aktivitäten zur betrieblichen Prävention. Die dritte unterste Ebene zeigt die außerbetrieblichen, äußeren Gegebenheiten (Globalisierung, demografischer Wandel, Finanzkrise etc.), die mehr oder weniger stark auf die betrieblichen Belastungen (mittlere Ebene) und auf den Beschäftigten direkt (oberste Ebene) einwirken. Auf überbetriebliche Ursachen kann der Betrieb allerdings kaum reagieren, ebenso wenig auf die sich stark ändernden privaten Lebensumstände wie erhöhte Beanspruchung durch elektronische Kommunikationsmittel, ständige Erreichbarkeit usw. Ein Stichwort hierzu ist das Meshing (= die Vermischung von TV, Internet, Chat-Systemen etc. untereinander) und die Gesamtfolgen auf das Individuum. Betriebliche Prävention richtet sich deshalb primär auf Fehlbelastungen, die im Betrieb entstehen oder dort als Folge der Außenbedingungen dort ankommen.

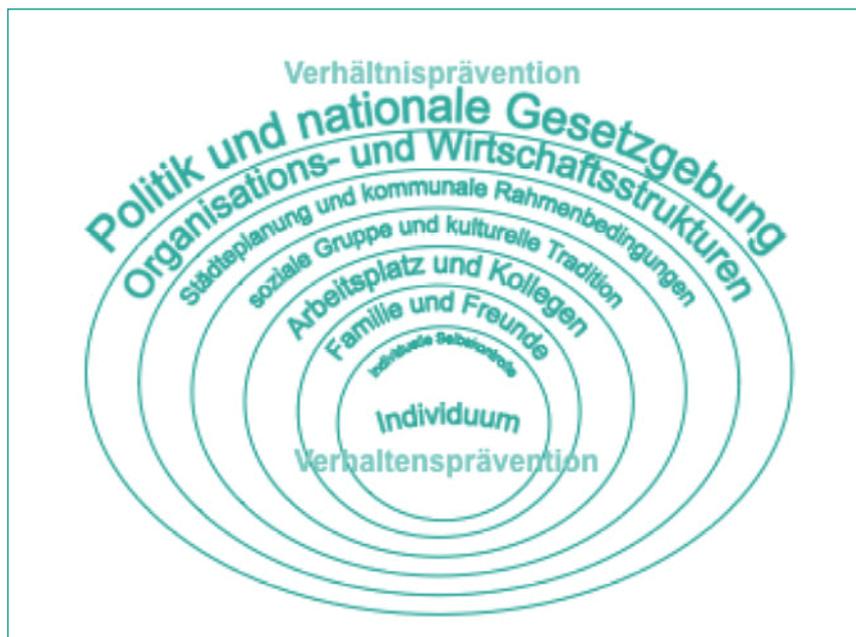


Abb. 2: Maßnahmen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention (Quelle: Brandstetter, S., Sport- und Rehabilitationsmedizin, Universitätsklinikum Ulm; Abbildung modifiziert nach T. Lobstein, L. Baur and R. Uauy: „Obesity in children and young people: a crisis in public health“, *Obesity Reviews* (2004), 5 (Suppl. 1), 4–85.)

2. Arbeit und ihr Verhältnis zu der Zeit

(Priv.-Doz. Dr. D. Jung, Mainz)

- Ein interessanter Diskurs zum Phänomen der Zeit, insbesondere zur Änderung der Zeitauffassung des heute im Wirtschaftsleben agierenden Menschen. Das Bewusstsein begrenzter Lebensspanne, Fragen nach den Lebenszielen und dem Lebenssinn führen zu bewussterem Umgang mit der Zeit als begrenzte Ressource. Arbeitszeit ist verhandelbare „Ware“, sie ist Lohnarbeitszeit. Belastungen können sich ergeben, wenn Lohnarbeitszeit als Konflikt zum Lebenssinn erlebt wird mit dem Effekt der Entfremdung von der Arbeit. Hier müssen Arbeitsmedizin und Management eingreifen, z. B. Klärung durch Workshops schaffen, die Leistungsverdichtung (mehr Leistung pro Zeiteinheit) thematisieren, Kommunikationsstrategien entwickeln. Sinngenerierung kann durch Transparenz der Wichtigkeit des Produkts der Arbeit, Wertschätzung des Anteils des Arbeitnehmers an der Entstehung des Produkts u. ä. erreicht werden.

3. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen für Arbeit und Beruf

(O. Petermann, Köln)

- Unter dem Blickwinkel wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und psychischer Belastungen spielen folgende Einflussfaktoren eine zentrale Rolle: Globalisierung mit schnellen Fusionen / schnellen Trennungen, Outsourcing von Projekten und Betriebsteilen, Change Management, Zeitverträge, digitale Revolution am Arbeitsplatz, Rückgang körperlicher Arbeit in den meisten Branchen, enormer Anstieg der Bildschirmarbeit mit diversen Problemen etc. Parallel zu diesen Entwicklungen hat das System des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Deutschland große Fortschritte gemacht und nimmt international eine Spitzenposition ein. Sichere und gesunde Arbeit ist Ziel staatlicher Präventionspolitik, gestützt durch gesetzliche Regelungen, Aussicht und Beratung. Präventive Regelungen zu psychischen Belastungen sind in § 2 Abs. 1 Arbeitsschutzgesetz („...arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“) erfasst und kommen stärker in den Fokus.

4. Betriebliche Gesundheitsförderung

(Dr. phil. G. Breucker, Essen)

- „Macht Arbeit psychisch krank?“ Die daraus resultierende Frage nach der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt hat Konjunktur. Die Ursachen psychischer Erkrankungen sind weniger als die anderer Krankheitsbilder bestimmten Lebensbedingungen (oder Settings) und Verhaltensweisen zuzuordnen. Deshalb gilt auch für die Prävention, dass sie verschiedene Aufgaben beziehungsweise Problemstellungen parallel aufgreifen muss. Gesundheitszirkel, Mitarbeiterberatungsprogramme (u. a. entwickelt von der European Association for Psychotherapy (EAP)) sind bewährte strategische Maßnahmen. Diese steuern gezielt gegen psychische Fehlbelastungen am Arbeitsplatz. Mitarbeiterorientierte Kommunikation und soziale Unterstützung wirken positiv und stressmindernd auf die Befindlichkeit der Beschäftigten. Ebenso Gratifikationsmodelle und Maßnahmen der motivationsfördernden immateriellen Wertschätzung. So kann die Leistungsfähigkeit langfristig erhalten bleiben. Zentraler „Treiber“ bei der Entstehung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz ist allerdings die Führungskräftequalität – also ein Faktor außerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hier setzt auch der „Europäische Pakt zur seelischen Gesundheit und Wohlbefinden“ an, der in Deutschland unter anderem von der BKK begleitet wird.

5. Erfassung psychischer Belastungen im betrieblichen Alltag

(Prof. Dr. D.-M. Rose, Karlsruhe)

- Eine im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) festgeschriebene gemeinsame Aufgabe von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit ist die Gefährdungsanalyse und die damit verbundene Risikobewertung. Sehr häufig führt die Verdichtung

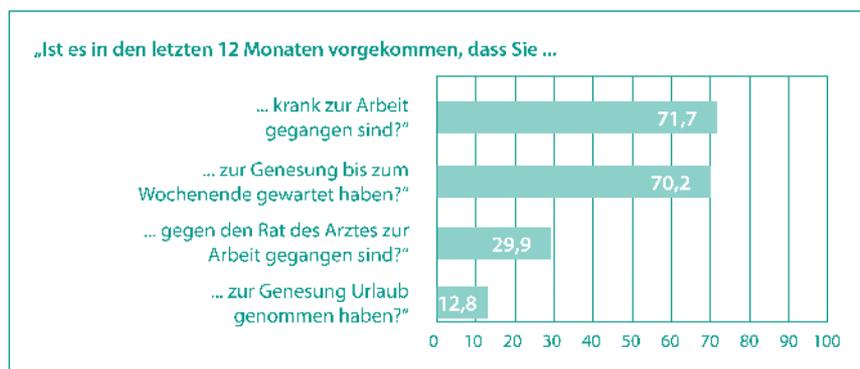


Abb. 3: Wie verhalten sich Arbeitnehmer im Krankheitsfall? (Quelle: Windemuth D. et al., Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf, S. 360, Wiesbaden 2010)

der Arbeit zur Produktivitätssteigerung sowie Strukturreformen im Betrieb zu Fehlbelastungen mit Folgen für die psychische Gesundheit. Dies mündet in vielen Fällen in Fehlzeiten und damit in individuellen und betrieblichen Problemen. Die Erfassung und Bewertung von psychischen Fehlbelastungen ist deshalb eine wichtige Aufgabe vor allem des zur Schweigepflicht verpflichteten Betriebsarztes im betrieblichen Alltag. Diese Sonderstellung begründet ein institutionalisiertes Vertrauensverhältnis. Seine Aufgabe ist es, mithilfe eines fachlichen Methodeninventars professionell mit den Beanspruchungen und Belastungen umzugehen. Dazu können standardisierte Fragebögen, Herzvariabilitätsmessungen etc. wichtige Anhaltspunkte liefern. Auch individuelle psychische Belastungen im privaten Umfeld – zum Beispiel ausgelöst durch Sucht, Überschuldung, Pflege von Kindern oder Eltern – können leistungsmindernd wirken und werden zunehmend bei der Bewertung berücksichtigt. Tendentiell werden neben den klassischen Akteuren im betrieblichen Alltag häufiger auch Spezialisten wie betriebliche Sozialarbeiter, Psychologen (insbesondere ABO-Psychologen der Sektion Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie des BDP e.V.) zur Unterstützung des Betriebsarztes herangezogen. Vermehrt wird auch Telefonbetreuung (EAP-Programme, Employer Assistance Programs) in den Betrieben eingesetzt.

6. Sport und Bewegung

(Dipl.-Psych. S. Brandstetter, Ulm)

- Körperliche und sportliche Aktivitäten beeinflussen neben der körperlichen auch die psychische Gesundheit positiv. Die Wirkmechanismen sind vielfältig, sowohl hormonell als auch psychisch. Insbesondere bei untrainierten Personen können körperliche Aktivität, vor allem Sport, zu positiven Veränderungen der Fitness beitragen und in den Nebenwirkungen die psychische Gesundheit günstig beeinflussen. Das gesundheitsfördernde Potenzial von Sport und körperlicher Bewegung wird allerdings nur unzureichend genutzt. Viele Arbeitgeber haben jedoch die Notwendigkeit betrieblicher Gesundheitsförderung für die Gesundheit an sich und den Erhalt der langfristigen Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter erkannt und bieten unterschiedliche Modelle des Sporttreibens an: Unterstützung des privaten Sports durch finanzielle Beteiligung an außerbetrieblichen Kursen, Training in Fitnessstudios oder Vereinen und Incentives bei Erfolg. Ermöglichen des innerbetrieblichen Sports durch Anbieten der klassischen Betriebssportgruppen, Trainingseinrichtungen im Betrieb, Training innerhalb der Arbeitszeit. Anregung zur Aktivität im Arbeitsbereich (z. B. Gehen mit Schrittzählern, mit Prompts = Eingabeaufforderung; Treppensteigen). Schaffung gesundheitsfördernder

Rahmenbedingungen (z. B. Ergonomische Arbeitsplätze, Integration körperlicher Tätigkeit in monotonen Arbeitsabläufen). Eine hohe Bedeutung haben klare Zielsetzungen und Selbstverpflichtungen, dass sich Beschäftigte längerfristig in entsprechenden Maßnahmen engagieren.

7. Absentismus und Präsentismus – zwei Seiten einer Medaille

(Dr.-Ing. Dipl.-Psych. F. Jahn, Dresden)

- Absentismus ist das krankheitsbedingte Fehlen des Beschäftigten am Arbeitsplatz. Präsentismus ist die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Erkrankung. Nach einer Mega-Studie (mit repräsentativen Befragungsdaten der iga (Initiative Gesundheit und Arbeit, iga-Barometer 2007)) gehen durch Absentismus und Präsentismus 10–15 % der Gesamtproduktivität verloren, davon zwei Drittel (!) durch Präsentismus und ein Drittel durch Absentismus. Das bedeutet, am Arbeitsplatz präsent zu sein, heißt noch nicht produktiv zu sein, in konjunkturschwachen Zeiten ein aktuelles Problem. Beide Phänomene beeinträchtigen die Produktivität des Unternehmens entweder durch krankheitsbedingte Abwesenheit oder durch krankheitsbedingte Leistungseinschränkungen. Produktivitätsverluste und Fehlzeiten durch Erkrankungen, die mit Präsentismus zusammenhängen, lassen sich durch Gesundheitsförderung nicht völlig vermeiden, stellen aber einen wichtigen Anlass dar, die Produktivität durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erhöhen. Ausgangspunkt für Präventionsmaßnahmen ist die Analyse krankheitsbedingter Produktionsverluste im Rahmen anonymer Mitarbeiterbefragungen mit einem validierten Absentismus-Präsentismus-Fragebogen (Iversen, Krause, 2007).

8. Montagsmüdigkeit

(Prof. Dr. rer. soc. Dipl. Psych.

Dipl. Ing. J. Zully,

wegen Verhinderung des Referenten hier die Abstractaussage)

- Der Montag ist bei vielen Menschen durch eine schlechtere Leistungsfähigkeit und Stimmung sowie erhöhte Müdigkeit gekennzeichnet. Dieser „blaue“ Montag hat eine alte Tradition. Hervorgerufen wird er durch die Veränderung der Tagesstruktur am Wochenende, welche zu einer Verschiebung der biologischen Rhythmen führt. Die meisten Menschen weichen am Wochenende von ihrem gewohnten Tag-Nacht-Rhythmus ab: Sie gehen später ins Bett und stehen früher auf. Dadurch verschieben sich die biologischen Rhythmen und der Montag beginnt mit einem Wochenend-Jetlag. Weitere psychologische Faktoren in Erwartung der neuen Arbeitswoche spielen ebenfalls eine Rolle. Mittels bestimmter Strategien kann dieses Problem reduziert werden.

9. Burnout

(Dr. phil. Dipl.-Psych.

St. Poppelreuter, Köln)

- „Wenn aus Feuer und Flamme Schutt und Asche werden“, so die einleitende Metapher. Zahlreiche Menschen fühlen sich in der gegenwärtigen Arbeitssituation – körperlich und emotional – „ausgebrannt“ und leer. Populärwissenschaftlich wird dieser Erschöpfungszustand im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit als „Burnout“ bezeichnet. Er betrifft vor allem Personen mit langjähriger Überbelastung im Beruf und vorausgehenden Phasen sehr hoher Leistungsmotivation, permanenter Verfügbarkeit, Ehrgeiz und Enthusiasmus. Parallel damit geht ein Interessensverlust im privaten Umfeld einher. In der Folge verfallen die Betroffenen immer mehr in eine Mischung aus Stimmungsinstabilität, Hoffnungs- und Hilflosigkeit, innere Nervosität, Niederge-



Abb. 4: Burnout – Ursachen des Phänomens

(Quelle: Poppelreuter, St., TÜV Rheinland Consulting GmbH)

schlagenheit, Resignation und Pessimismus. Es tritt ein schleicher Prozess ein, an dessen Ende eine ausgedehnte Erschöpfungsphase stehen kann – der Burnout. Die Praxis zeigt, dass dieses schwierig zu diagnostizierende Phänomen sinnvoller präventiv zu behandeln ist als auf spätere Therapien bei bereits Betroffenen zu setzen. Maßnahmen zur Burnout-Prävention sind zum Beispiel externe Mitarbeiterberatung (Coaching), Zeitmanagement- und Konfliktlösungsstrategien, Abbau unrealistischer Erwartungen an den Beruf, Arbeitsplatzanalysen et cetera. Wenn der Betroffene bereits unter einem akuten Burnout leidet, ist es meist unerlässlich, geschulte Fachkräfte hinzuzuziehen.

Fazit

Zusammengefasst wurde deutlich, dass die komplexen Ursachen psychischer Belastungen im Arbeitsleben erkennbar an Kontur und Methodik gewonnen haben. Immer mehr internationale wissenschaftliche Studien belegen die Einzelphänomene. Damit eröffnen sich praktikable Lösungswege für die Prävention, die Diagnose und zielführende Maßnahmen. Die Verantwortung hierfür tragen die Führungskräfte des Unternehmens und die beauftragten Betriebsärzte sowie Fachkräfte. □

Gernot Keuchen, Bad Wiessee

Kleine Auswahl aktueller Literatur

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV):

Leitfaden für Betriebsärzte zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt. Berlin 2010. Broschürenversand kostenlos unter info@dguv.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV):

Konsenspapier des 3. Dresdner Forums Prävention und Psychische Fehlbelastungen in der Arbeitswelt, 25. Februar 2004. Link: http://dguv.de/inhalt/praevention/aktionen/dfp/dfp_2004/programm/index.jsp

Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte

(VDBW): Psychische Gesundheit im Betrieb – ein Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche –. 2008. Broschüre als Download kostenlos <http://www.vdbw.de/Info-und-Werbematerial.103.0.html>. Leitfaden.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Erläuterungen zur DIN EN ISO 10075-1, Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Link: http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Psychische-Fehlbelastung-Stress/ISO10075/FAQ/02/FAQ-02.html?__nmm=true.

Windemuth, D. et al, Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf. Universum Verlag, Wiesbaden 2010.

Weber, A., Hörmann G., Psychosoziale Gesundheit im Beruf, Gentner Verlag, Stuttgart 2007.

Poppelreuter, S., Mierke, K., Psychische Belastung am Arbeitsplatz – Ursachen, Auswirkungen – Handlungsmöglichkeiten. Erich Schmidt Verlag, Berlin 2008

Was ist eine Borderline-Störung



Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
1. Vorsitzende des BVDP

Eine Borderline-Störung ist eine relativ weit verbreitete Persönlichkeitsstörung, die etwa seit den 70er Jahren immer häufiger diagnostiziert wird. In den 80er Jahren gab es einen regelrechten „Boom“ der Diagnose. Nach ICD-10 gehört sie zu den emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen, wovon es den Subtyp Impulsive Störung und den Subtyp Borderline-Störung gibt. Frauen scheinen etwa dreimal so häufig von der Diagnose emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ betroffen zu sein als Männer. Bei Männern werden aber insgesamt häufiger Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert als bei Frauen. Bei Männern scheint die narzisstische Störung häufiger vorzukommen.

Bis zu den 70er Jahren bezeichnete man in Psychiatrie und Psychotherapie mit „Borderline-Störung“ eine Art Mischform zwischen „Neurose“ und „Psychose“. Man bezeichnete damit Patienten, die an der „Grenze“ zu einer psychotischen Störung zu stehen schienen. Diese erfüllten nicht die Kriterien einer Schizophrenie oder einer Paranoia, hatten aber kurzzeitige, an Psychosen erinnernde Phasen von Realitätsverlust. Andererseits waren diese wechselnden Krankheitsbilder auch nicht mit dem damals zur Verfügung stehenden Phasenmodell von Freud (orale, anale, genitale Phase der Ich-Entwicklung) und den daraus abgeleiteten Neurosenformen erklärbar.

Massgebliche US-amerikanische Psychoanalytiker wie Otto F. Kernberg, später Kohut entwickelten Ende der 70er Jahre die ersten psychoanalytischen und ich-psychologischen Modelle der Borderline-Störung, die massgeblich auf der Vorstellung beruhten, dass

in der frühkindlichen Ich-Entwicklung etwa ab dem 18. Lebensmonat gute und böse Subjekt- und Objektpräzentanzen voneinander getrennt im Unbewussten bestehen blieben. Das Individuum habe sozusagen nie gelernt, dass eine Bezugsperson gleichzeitig gute und schlechte Anteile in sich vereinen könne. Deshalb werde sowohl das Gegenüber stets entweder als nur gut (idealisiert) oder nur schlecht (entwertet) wahrgenommen, als auch das eigene Ich. Um diese drohende Ich-Fragmentierung zu vermeiden, so wurde postuliert, liessen sich die Borderline-Patienten so allerhand einfallen. Daraus erkläre sich auch das sogenannte „bunte Bild“ aus zum Teil manipulierendem Agieren, süchtigem Verhalten, depressiven und suizidalen Symptomen, selbstverletzendem Verhalten, Beziehungsabbrüchen und Delinquenz, das die Therapie, aber auch die normalen zwischenmenschlichen Beziehungen mit Borderline-Patienten so anstrengend und schwierig mache. („Der Borderline-Patient beisst die Hand, die ihn hält“).

Mittlerweile hat die psychiatrisch-psychotherapeutische Forschung weitere Stadien durchlaufen. Die Bindungstheorie, Säuglingsbeobachtung, Theorien von Auswirkungen psychischer Traumata, die ADHS-Forschung und nicht zuletzt die funktionelle Bildgebung haben sich im Verständnis von Persönlichkeitsstörungen ergänzend, z. T. bestätigend und komplettierend ausgewirkt.

Der derzeitige Forschungsstand geht davon aus, dass Menschen ein hohes Risiko haben, eine Borderline-Störung zu entwickeln, wenn sie starkem frühkindlichem Stress (Gewalt, Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch) ausge-

setzt waren, wenn sie bereits früh in ihrem Leben wechselnde Bezugspersonen hatten, (seriell, nicht parallel, eine Vielzahl von konstanten Bezugspersonen scheint nicht nachteilig zu sein), wenn ein oder beide Elternteile eine ähnliche Persönlichkeits-Störung oder eine Suchterkrankung haben und wenn zusätzlich eine Störung aus dem ADHS-Spektrum vorliegt.

In der funktionellen Bildgebung zeigen sich in der Wahrnehmung von Borderline-Patienten andere Bedeutungszusammenhänge als bei sogenannten Gesunden und nochmals anders als z. B. bei Menschen mit schizophrenen Psychosen. So erleben Borderline-Patienten zwischenmenschliche Interaktionen häufiger als feindlich und bedrohlich und reagieren darauf entsprechend aggressiv oder drohend. Selbstberuhigungs- und Selbststeuerungsmechanismen sowie die Frustrationstoleranz sind weniger stabil ausgeprägt als bei psychisch Gesunden.

Daraus folgt als zentrales Symptom einer Borderline-Störung die hohe emotionale Instabilität und Irritierbarkeit, unter der die Patienten selbst auch stark leiden.

Komorbiditäten mit Depressionen, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Essstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und selbstverletzendem Verhalten sind häufig.

Das sogenannte „Ritzen“, insbesondere bei Jugendlichen, wurde in den 90er Jahren als typisch für die Borderline-Störung angesehen. Mittlerweile geht man davon aus, dass es eher ein unspezifisches Symptom und einen suboptimalen Selbstregulationsversuch darstellt.

Wie erkenne ich eine Borderline-Störung?

Klassifizierung nach DSM-IV

Im DSM-IV wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung wie folgt definiert:

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität. Der Beginn liegt oftmals im frühen Erwachsenenalter bzw. in der Pubertät und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein, wenn von einer solchen Störung gesprochen wird:

1. Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. *Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, zuviel oder zu wenig essen). *Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Im ICD, dem Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO), ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Unterform der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung: Der Impulsive Typus dieser Störung ist geprägt durch mangelnde Impulskontrolle und unberechenbare Handlungen. Beim Borderline-Typus sind das eigene Selbstbild und das Beziehungsverhalten schwerer beeinträchtigt. Dieser entspricht in etwa auch der Definition der Borderline-Störung im DSM-IV.

Was ist für den Arbeitsmediziner relevant?

Da das instabile Verhalten des betroffenen Menschen häufig dazu führt, dass er nicht sehr lange in derselben Position und beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt ist, kommt der Arbeitsmediziner mit dem Borderline-Patienten sehr wahrscheinlich eher selten in Berührung.

Da Firmen aber inzwischen die betriebliche Gesundheitsfürsorge auch im Bereich psychischer Störungen zunehmend höher bewerten, ein Interesse daran haben, die Beschäftigten auch längerfristig zu halten und es durchaus auch in Behörden und im Beamten-Status Borderline-Patienten geben kann, ist es für den Arbeitsmediziner wichtig, die Störung zu kennen und grundsätzlich als eine schwere, aber behandelbare psychische Störung zu akzeptieren.

In der Regel wird der Arbeitsmediziner eingeschaltet, wenn es Probleme mit dem Betroffenen in Form von schwankender Arbeitsleistung, Streitigkeiten im Kollegium oder durch Suchtmittelgebrauch gibt.

Wie wird eine Borderline-Störung behandelt?

Die Borderline-Störung wird sowohl durch störungsspezifische Psychotherapie als auch medikamentös behandelt.

Die störungsspezifische Psychotherapie orientiert sich stark an verhaltenstherapeutischen Konzepten. Die klassische Psychoanalyse ist in akuten emotional sehr instabilen und agierenden Phasen eher nicht indiziert, da sie dem Patienten zu wenig Struktur gibt. Modifiziert sind aber auch psychoanalytische Techniken gut einsetzbar, z. B. Arbeiten im Sitzen, Verhinderung von regressiven Tendenzen, klare Strukturen und Regeln z. B. bei suizidalem, selbstverletzendem oder sonstiges agierendem Verhalten im Rahmen von Therapieverträgen.

Die besten Erfolge bei Borderline-Störungen werden durch sehr strukturierte Gruppentherapie-Angebote erreicht, die insbesondere auf die Defizite der sozialen Fähigkeiten eingehen, Selbst- und Fremdwahrnehmung schulen und soziales Verhalten konkret einüben. (Dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan).

Medikamentöse Behandlungsstrategien zielen auf das jeweilige im Vordergrund stehende Symptom ab. Sehr häufig sind Antidepressiva erforderlich (Cave Trizyklika bei chronischer oder impulsiver Suizidalität, eher SSRIs oder Bupropion) aber auch niedrig potente Neuroleptika (Perazin, Chlorprothixen) können bei frei flottierenden Ängsten und Schlafstörungen sinnvoll sein.

Tipps für die Wiedereingliederung:

Kommt ein Borderline-Patient nach einer stationären Behandlung oder nach einer REHA zurück an den Arbeitsplatz, herrschen wahrscheinlich Ängste, Scham und Schuldgefühle bei ihm vor. War z. B. ein Suizidversuch Anlass des Aufenthaltes, den Kollegen miterlebt haben, ist es wichtig, diesen nicht zu verschweigen und auch die Kollegen darauf vorzubereiten, dass

der Betroffene wiederkommt. Andererseits macht es wenig Sinn, diesem die eigene Betroffenheit vorzuhalten („Was machst Du denn für Sachen? Du hast uns aber einen schönen Schrecken eingejagt!“) oder von dem betroffenen Mitarbeiter das Versprechen abzuverlangen, dass „so etwas“ nicht wieder vorkommen soll.

Besser ist es, anzuerkennen, dass der Betroffene eine schwierige Phase bewältigt hat und auszusprechen, dass man seine Wiedereingliederung unterstützen möchte, in dem man schaut, wie belastbar er sich fühlt. Klare Arbeits- und Zeit-Ziele zu formulieren hilft dem Betroffenen, sich selbst einschätzen zu können. Hier sollte der Arbeitsmedizi-

ner den Mitarbeiter insbesondere vor Überforderung schützen und die Ziele realistisch wählen.

Hat der Betroffene eine ambulante Therapie aufgenommen, sollte er die Möglichkeit erhalten, diese während der Arbeitszeit aufzusuchen und die Zeit nacharbeiten zu können. □

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Newcomer gesucht!

Mit docs@work Lust auf Arbeitsmedizin



Nachwuchs-Mediziner können sich ab sofort bewerben, Einblicke in die „Gesundheit am Arbeitsplatz“ – Welt und reizvolle Berufsperspektiven gewinnen

Bewerbungsstart für docs@work

Startschuss für die zweite Staffel und neue Chancen: Ab sofort können sich junge Ärztinnen und Ärzte für docs@work – das Abenteuer Arbeitsmedizin – online bewerben. Während der Aktion, die im Oktober im Rahmen des Deutschen Betriebsärzte-Kongresses in Ulm durchgeführt wird, kann der medizinische Nachwuchs auch dieses Jahr seine Fähigkeiten unter Beweis stellen – und zeigen, ob er das Zeug zum Betriebsarzt hat.

Wie läuft die Aktion ab?

Von allen Bewerbern werden acht Mediziner für docs@work ausgewählt. Sie erwarten in vier interessanten Betrieben in der Region Ulm wechselnde Arbeitsbedingungen und Gesundheitsfragen. In vier Teams müssen sie arbeitsmedizinische Aufgaben meistern. Dabei steht ihnen der jeweilig leitende Betriebsarzt zur Seite. Durch die Aktion erhalten die Teilnehmer einen unvergleichlichen Einblick in das Berufsfeld des Betriebs- und Werksarztes und können innerhalb von zwei Tagen vielfältige Facetten des Aufgabenbereichs kennenlernen. Sämtliche Reise- und Übernachtungskosten werden für die ausgewählten Finalteilnehmer übernommen. Im Gepäck haben müssen die Kandidaten: Lust auf Arbeitsmedizin und drei Tage Zeit. Das beste Team erhält den docs@work-Award 2010, eine Auszeichnung, die mit attraktiven Fortbildungsgutscheinen des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte verbunden ist.

Wann und wo findet docs@work statt?

Die Aktion findet am Mittwoch, den 6. Oktober, und Donnerstag, den 7. Oktober, in vier Unternehmen in Ulm und Umgebung mit anschließender Preisverleihung am 8. Oktober im Rahmen des Deutschen Betriebsärzte-Kongresses statt.

Wer ist teilnahmeberechtigt?

Jede/r approbierte Ärztin oder Arzt, der/die über die Arbeitsmedizin als Karrierechance nachdenkt.

Bewerbungsfrist

Bis zum 31. Juli 2010. Bewerbungen online unter www.vdbw.de/docsatwork

Mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.

Coaching – Unterstützung im Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten

Ständig sind wir auf der Suche, uns weiter zu entwickeln. Wir tun dies täglich im Privatleben und Beruf. Oft stoßen wir an Grenzen, die in uns selbst oder auch an den Umständen liegen. Coaching kann hier hervorragend weiter helfen – man spricht vom „Königsweg“ der Persönlichkeitsentwicklung.

Im Gesundheitswesen leiden Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal heute mehr unter der ständigen Diskussion um „Kopfpauschale“, Kostenreduzierungen, Restrukturierung als unter der helfenden Arbeit, der sie sich mental zugewandt und innerlich verschrieben haben.

Vor allem Oberärzte und Ärztinnen sehen sich in einer „Sandwich Position“. Das Phänomen der „unhappy doctors“ breitet sich aus. Zu den medizinischen Aufgaben benötigen sie immer mehr Management-Fähigkeiten, für die sie nicht ausgebildet wurden. Das gilt für die Niederlassung wie auch im Krankenhausbereich. Daraus entsteht das Gefühl, diese zusätzlichen Belastungen würden ihre eigentliche Aufgabe, Menschen zu heilen, einschränken.

Coaching – was ist das?

Coaching kann hier gezielt helfen. Es ist eine hervorragende Form der Personalentwicklung. Ursprünglich kennen wir den Begriff aus dem Sport (z. B. Tennis-coach); in letzter Zeit spricht man auch vom Gesundheitscoaching.

Treffend bezeichnet Schreyögg (1995) Coaching als „eine Dialogform, bei der Freud und Leid im Beruf verhandelt werden“. Die VW-Coaching GmbH, für die ich auch tätig bin, formuliert zukunftsweisend „Jeder Gute kann noch besser werden“. Ich definiere Coaching als „die Kunst, die richtigen Fragen zu

stellen“ und – was den Schlüssel zum Erfolg ausmacht – die „richtigen Interventionsmöglichkeiten zur richtigen Zeit aufzuzeigen“.

Zusammengefasst: Coaching ist Beratung, Begleitung und Unterstützung im Berufsleben. Es ist grundsätzlich ziel- und lösungsorientiert. Es richtet sich auf Veränderung bestimmter Einstellungen und Verhaltensweisen im Hinblick auf vorgegebene, konkrete Ziele.

Analog zur Therapie hängt der Erfolg von der inneren Einstellung ab: So wie zum Gelingen einer Psychotherapie ein gewisser Leidensdruck vorhanden sein sollte, ist Grundvoraussetzung für einen gelungenen Coachingprozess der Wille zur Veränderung; im Sinne von Verbesserung der Leistungsfähigkeit, des Zeitmanagements, des Umgangs mit Ressourcen, der Selbstpräsentation oder der work-life-balance.

Dem Veränderungswunsch steht aber meist ein gewisser Tunnelblick im Wege. Man weiß, man möchte etwas verändern, sei es im Beruf selbst, in der Lebensführung, oder man ist mit seinem Arbeitsplatz unzufrieden. Eigene Ängste stehen im Weg, und der Rat, den man von Freunden bekommt, ist oft getrübt von deren persönlichen Befürchtungen die auf die Ratsuchenden übertragen werden. So führt kein Weg aus der Sackgasse. Also ist der Blick von außen unerlässlich – und natürlich von Seiten der Coaches eine „empathisch distanzierte Professionalität“.

Gute Coaches helfen mit ihrer Lebenserfahrung, positiver Einstellung und Ausstrahlung, selbstkritischem Einschätzungsvermögen. Ständige Bereitschaft zur Introspektion, zu lebenslangem Lernen und vor allem das Respektieren der eigenen Grenzen stellen eine Vorbildfunktion dar, die den Coachingnehmer motiviert, sich

für Veränderungen, die er selbst anstrebt, zu öffnen. Von Bereichen von denen der Coach überhaupt nichts versteht, sollte er die Finger lassen. Ganz wichtig ist die innere Haltung. Ein guter Coach, genauso wie ein guter Therapeut, sollte Menschen mögen und gerne mit ihnen arbeiten (Coaching nach dem „Vier M Prinzip“: Man muss Menschen mögen).

Coaching in Abgrenzung zur Supervision

Wenn Angehörige eines „helfenden Berufes“ (Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegepersonal) sich außerhalb ihrer Spezialqualifikation fortbilden, steht meist die Supervision obenan, speziell als Fallsupervision.

Supervision kann definiert werden als „Emotions- und beziehungsorientierte Beratungsform“, sowie „als die Auseinandersetzung mit eigenen psychischen Anteilen von Professionellen, die sie in die Auseinandersetzung mit Klienten und Patienten hineintragen“. (Schreyögg 1991)

Im Wesentlichen bleibt man dabei beruflich unter sich.

Für helfende Berufe ist Supervision so selbstverständlich, dass der Begriff kaum hinterfragt wird. Andererseits kommen die Probleme oft aus den oben angesprochenen außermedizinischen Bereichen der Organisation. Daher ist es ergänzend sehr hilfreich, wenn Coaches Kenntnisse aus Betriebswirtschaft und Unternehmen mitbringen.

Ich selbst, von meiner Vorausbildung her klinische Psychologin, empfinde die Einstellung mancher Kolleginnen und Kollegen zu Unternehmen manchmal merkwürdig. Ich erinnere mich noch gut an die negative Reaktion eines Kollegen, dem ich erzählte, ich würde mittlerweile vermehrt als Coach arbeiten.

Leicht wird lösungsorientiert mit oberflächlich verwechselt und unbekanntes Terrain negativ gesehen.

Hier komme ich wieder auf die Haltung zu sprechen und die Einstellung zu Arbeitswelten. Wenn ich diese grundsätzlich als ausbeuterisch und krankmachend definiere, habe ich ein für Coaching unbrauchbares Weltbild. Wenn ich Arbeit aber, wie viele es tun, als Quelle der Selbstverwirklichung, als freudvolle Tätigkeit, oder zumindest als Sinn stiftende Komponente sehe, dann ist berufsbegleitendes Coaching genauso wichtig wie die eher ins Private zielende Therapie.

Neben Gesundheit und Partnerschaft stellt Arbeit schließlich die dritte Säule für ein erfülltes Leben dar. Zu einem der schwerwiegenden so genannten „kritischen Lebensereignisse“ zählt heutzutage vornehmlich der Verlust des Arbeitsplatzes, aber individuell gesehen auch eine verpasste berufliche Chance. Daher nutzen zunehmend auch Kliniken für die ich arbeite, die Förderung der persönlichen Fähigkeiten durch Coaching zur größeren Motivation und somit zum beiderseitigen Nutzen.

Coaching in Abgrenzung zur Therapie

In der Therapie gehe ich meist von Defiziten aus, von Problemen bzw. von krankheitswertigen Symptomen. Im tiefenpsychologischen Prozess stellen wir als Therapeuten/Innen Fragen nach dem Warum und Woher; es wird einer Sache auf den Grund gegangen. Durch das erneute Durchleben und Durchleiden – die Katharsis – erfolgt im günstigen Falle das Loslassen können und die Verabschiedung der Symptome.

Im Coaching gehe ich von einer Themenstellung aus (eventuell auch Problemstellung) und die Fragen zielen von Anfang an auf die Veränderungsmöglichkeiten. Nicht „woher könnte es kommen“, sondern „wie verändere ich etwas zum Besseren“ ist die richtige Fragestellung.

In beiden Fällen haben wir einen Istzustand der in einen Sollzustand verwandelt werden soll.

Die Haltung und die Methoden unterscheiden sich aber. Die therapeutische Haltung kann abstinent sein, non direktiv, während. Als Therapeut/In braucht man einen langen Atem. Coaching Prozesse sind meist kürzer. Als Coach darf ich auch aktiv in das Geschehen eingreifen, Tipps und Hinweise geben, Verbindungen herstellen.

Der Coach stellt aber kein vorübergehendes „Hilfs-Ich“ zur Verfügung – sondern geht von einem gleichberechtigten Dialog aus. Eine zu gewährende Haltung ist im Coaching nicht angebracht. Es werden „Hausaufgaben“, definierte Schritte und Etappenziele vereinbart. Nach dem Vorgespräch ist vom Coach ein „maßgeschneidertes Konzept“ zu erstellen. Der Zeitraum für den wahrscheinlichen Coaching-Prozess wird veranschlagt.

Natürlich kommt es immer wieder zu Überschneidungen. Coaching ist zwar Beratung im Beruf: In längeren Coaching Prozessen bringen Menschen aber auch Privates ein, und dies sollte auch Platz finden.

Beispiel: *Zwei Kolleginnen und ich führten ein einjähriges Weiterbildungsprogramm für ein großes Unternehmen durch, das sich in einem langfristigen Prozess der Umstrukturierung befindet. Eine Gruppe von Frauen mit Führungsverantwortung bekam ein berufsbegleitendes Training und Coaching. Ich übernahm die Einzelcoachings, die als Prozessintensivierung den Trainingseinheiten zwischengeschaltet waren. Eine der Damen geriet zunehmend mit ihrer Gruppe in Konflikt. Es stellte sich heraus, dass die ungünstige Gruppenposition der Coachee daraus entstanden war, dass sie sich zu sehr abgrenzte, weil sie in ihrer Partnerschaft unter Druck stand. Ihr Partner hatte die Fortbildung nicht gut geheißt. So steuerte sie in der Gruppe dagegen, übernahm dort eine dominante Führungsrolle, um unbewusst einen Ausgleich zur privat unterdrückten Rolle zu finden. Auch in ihrem Berufsleben war es zu dieser extremen Aufspaltung gekom-*

men. Dies machte sie zu einer unangenehmen Vorgesetzten und zu einem unbeliebten Gruppenmitglied. Das „Aufdecken“ dieser Sachverhalte trug merklich zur Entspannung und letztlich zu einer Verhaltensänderung bei.

Auswahl aus dem „Methodenkoffer“

Kommunikationsprobleme bearbeite ich gerne mit der **Transaktionsanalyse**.

Als KIP-Therapeutin räume ich der **Imagination** als kreativem Verfahren einen hohen Stellenwert ein.

Menschen sind durch ihre Ausbildung und ihre tägliche Arbeit in ihrer Art oft sehr strukturiert, denken in klaren Abläufen und sind stark „linkshirinig“ geprägt. Sie kommen zum Coach, um eine neue Sichtweise, neue Perspektiven zu bekommen. Hier eignet sich der Einschub einer kurzen Imagination hervorragend, um schnell und effizient zu wissen, wo sich der Coaching – Nehmer gerade befindet. Ein Thema, mit dem ich besonders gerne arbeite, ist der aktuelle Focus nach Leuner.

Ich erkläre meist kurz die Wertigkeiten der Hirnhälften, und warum ich an dieser Stelle mit der Kraft der Vorstellung oder der inneren Bilder arbeiten möchte. Die Einleitung gestalte ich bewusst kurz, also ich führe keine tiefe Regression herbei. So vermeide ich Widerstände.

Beispiel aus dem klinischen Bereich

In einer großen Klinik, in der ich Management Seminare durchführe, bat ich eine Gruppe von Führungskräften sich eine Grenze vorzustellen. Danach ließ ich jeden ein Bild seiner Grenze malen. Wieder einmal zeigte sich, dass sich Menschen in helfenden Berufen schwer tun, eine klare Grenze zu finden, um ihren persönlichen Bereich der Belastbarkeit zu schützen. Es fanden sich typische Bilder wie „ein kleiner Wassergraben, über den jeder rüber springen kann“, oder „ein kleiner weißer Sylt-Zaun wie für ein Blumenbeet“, oder „ein Jägerzaun, an dem man links und rechts vorbeigehen kann“.

Eine weitere Methoden, die ich gerne einsetze:

Das **Innere Team** nach Schulz von Thun. Das Motto des hervorragenden Kommunikationswissenschaftlers

„Willst Du eine gute Führungskraft sein, dann schau mal in dich selber rein“, lässt sich auf jeden Beruf anwenden.

Bei Führungskräften arbeite ich auch gerne mit dem **Riemann-Thomann-Modell**. Fritz Riemann schrieb das berühmte Buch „Grundformen der Angst“. Es ist jedoch in der Terminologie stark klinisch-tiefenpsychologisch orientiert. So beschreibt er vier Persönlichkeitstypen: schizoid, depressiv, zwanghaft und hysterisch. Diese Begriffe haben natür-

lich im Coaching nichts verloren. Professor Thomann entwickelte daraus ein alltagstaugliches Modell für zwischenmenschliche Beziehungen im Berufsalltag.

Seine vier Typen sind durch Distanz, Nähe, Dauer und Wechsel definiert. So lässt sich leicht feststellen, warum man mit dem einen Mitarbeiter gut auskommt, mit anderen weniger.

Einzel-oder Gruppencoaching?

Wer sollte Einzelcoaching machen? Menschen mit einem akut drängenden Problem melden sich gerne zum Einzelcoaching.

Ich arbeite mit Klienten 5 bis 10 Stunden, meist in Einheiten von 90 bis 120 Minuten. Oft verbinde ich die Stunden durch „Hausaufgaben“ um den inneren Kontakt zu halten oder bitte, mit kurzen mails in Kontakt zu bleiben. Kurze telefonische Beratungen sind ebenfalls möglich.

Gruppencoaching biete ich für Berufsgruppen oder Personengruppen mit ähnlichen Themen an. Dabei arbeite ich mit den Gruppen, aber ebenso die Teilnehmer untereinander zwischen den Terminen. Das spart Kosten und stärkt die Selbstkompetenz. □

Dr. Susanne Altweger
Salt.co@t-online.de
www.altweger.de

„Quo vadis Arbeitsmedizin“ – Forum selbstständiger Arbeitsmediziner, 25. August 2010 in Magdeburg

Anmeldeformular
im Internet unter
www.vdbw.de

Ziele der Veranstaltung

Immer mehr Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner sind freiberuflich tätig oder interessieren sich für eine Selbstständigkeit. Dieser Tatsache haben wir mit der Begründung des Forums selbstständiger Arbeitsmediziner unter der Überschrift „Quo vadis Arbeitsmedizin“ Rechnung getragen. Fachlich stehen praktische betriebsärztliche Themen im Mittelpunkt.

In diesem Jahr geht es um konkrete Fragen der Begründung von Selbstständigkeit und der Kooperation von freiberuflich tätigen Betriebsärzten. Außerdem möchten wir das Kennen lernen vor Ort und die Vernetzung in der Region fördern. Deshalb laden wir Sie nach Vorträgen und Diskussion zum gemeinsamen Abendessen ein.

Ablauf

15:30 Uhr

Ankommen, Gespräche, Stehcafe

16:00 Uhr

Ich mache mich selbstständig!

Erfahrungsbericht

über eine Niederlassung

Referent: Dr. med. Michael Sehling (Schwetzingen)

Vorsitzender des Landesverbandes Baden des VDBW

16:30 Uhr

Diskussion

17:15 Uhr

Kooperationen von Selbstständigen – Möglichkeiten und Grenzen

Referent: Dr.med. Wolfgang Braun (Essen)

Stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein-Nord des VDBW

17:45 Uhr

Diskussion

18:30 Uhr

Gemeinsames Abendessen.

Zielgruppe

Selbstständige Arbeitsmediziner und solche, die eine Selbstständigkeit in Erwägung ziehen bzw. planen

Veranstaltungsort

Hotel Ratswaage, Ratswaageplatz 1–4, 39104 Magdeburg

Mittwoch, 25. August 2010:

15:30 bis 18:30 Uhr

anschließend gemeinsames Abendessen und Erfahrungsaustausch

Dozenten

▪ **Dr. med Michael Sehling, Schwetzingen**

„Ich mache mich selbstständig...“

▪ **Dr. med. Wolfgang Braun, Essen:**

„Kooperation von Selbstständigen...“

Kosten je Teilnehmer

50,00 Euro Teilnehmergebühren

Die Veranstaltung wird von der Fa.

Peter Greven Physioderm unterstützt.

Übernachtung

Falls Sie eine Übernachtung in Magdeburg benötigen haben wir für Sie vom 25./26.08.2010 ein Zimmerkontingent im Hotel Ratswaage reserviert. Der Preis pro Einzelzimmer beträgt 81,00 Euro inkl. Frühstück. Das Kontingent besteht bis zum 11.08.2010, die Zimmer können unter dem Stichwort VDBW abgerufen werden.

Anmeldungen zur Veranstaltung

Bitte baldmöglichst, die Anmeldungen werden nach Eingang berücksichtigt

Arbeitsmedizin – gestern und heute

Dr. med.
Brita Ambrosi,
Arbeitsmedizinischer Dienst
der Freien und Hansestadt Hamburg



Das Alter bringt es mit sich, dass man gerne mal vergleichend zurückblickt – als ich in die Arbeitsmedizin wechselte, gab es erst wenige Computer in den Behörden (ja, sooo lange ist das schon her...). Die Bildschirme waren große Ungetüme, mit gelber Schrift auf dunklem Grund.

Zu den Arbeitsplätzen ging ich immer bis an die Zähne bewaffnet, mit Luxmeter, Lärm- oder Klimamessgerät, Stapeln von Urinbechern, Monovetten, „Orsa-Röhrchen“ mit zugehöriger Pumpe und ähnlichen schönen Dingen, die meine Wichtigkeit demonstrierten. Es gab nämlich stets etwas zu testen: wir kratzten Putz von den Wänden, um dem Schimmel nachzuspüren, wir suchten bei den Lehr-Schweißern nach Schwermetallspuren im Körper, bei Gärtnern und Förstern nach Borrelientitern, bei den Eichprüfern, die Tankstellen-Zapfsäulen prüfen mussten, nach Benzol im Blut, bei den Konservatoren des Herbariums nach Quecksilberspuren, bei den Brückenprüfern, die durch Taubenkot kriechen mussten, nach Chlamydien-Titern, und immer wieder nach der Ursache für merkwürdige Gerüche in Räumen.

Fortwährend mussten spannende Rätsel gelöst werden. Zwei „Fälle“ sind mir besonders im Gedächtnis geblieben:

Wieso erlebt eine vorwiegend gegen Birken allergische Mitarbeiterin nach dem Umzug aus einem flachen Gebäude in den 9. Stock eines Hochhauses im Herbst eine zweite, heftige Allergiesaison?

Antwort: Weil die Herbstwinde in Verbindung mit dem ständig vorhandenen Aufwind an dem hohen Gebäude sämtlichen alten Pollen der letzten 30 Jahre hochreißen und in die Fenster der oberen Stockwerke drücken. (Merke: auch Uraltpollen ist noch für einen Allergieschub gut!)

Wieso erkrankten 3 ältere Gartenhelfer gleichzeitig an Hepatitis A, obwohl sie niemals im Ausland in Urlaub waren, keine Muscheln o. ä. verzehrt hatten, und sich in ihrer Umgebung keinerlei erkrankte Kontaktperson finden lässt?

Antwort: Alle 3 hatten im gleichen Hamburger Park Laub geharkt, der im vorangegangenen schönen und trockenen Sommer beliebter Treffpunkt der Drogenabhängigen gewesen war (pro Saison werden dort an die 2.000 Fixerspritzen aufgesammelt!). Da Hamburg aus Kostengründen fast alle Klohäuschen in den Parks geschlossen hat, bleiben den Parkbesuchern nur die Büsche für ihre Bedürfnisse. Laub-Harken staubt gewaltig, und Hepatitis-A-Viren halten sich erstaunlich lange an der Außenluft! Seit diesem Erlebnis impfe ich „meine“ Gartenbaubeschäftigten aus diesen Parks nicht nur – wie bis dahin – gegen Hepatitis B, sondern auch gegen Hepatitis A. Und heute? Jetzt gibt es Gesundheitsförderung! Ich entspanne mich herrlich zusammen z. B. mit meinen Musikern bei Akupunktur und Chi Gong.

Und heute gibt es den § 84 SGB IX, Betriebliches Eingliederungsmanagement („BEM“). Fast jeden Tag führe ich nun Gespräche als eine der BEM-Berater der Universität, lerne jetzt ganz detailliert, wie man sich, meist ganz ohne Not, das Leben auch im Büro gegenseitig unsäglich schwer machen kann. (Bisher dachte ich, so gewisse Fernsehserien wären frei erfunden, sie kommen jedoch der Wirklichkeit oft sehr nahe...).

Natürlich entdecken wir auch heute noch ab und zu Interessantes, z. B. fanden wir vor kurzem die These bestätigt, dass eine hohe Pollenfracht die Allergientstehung befördert. Maispflanzen, über die nirgends berichtet wird, dass sie besonders allergen wirken, werden zur Allergie-Zeitbombe, wenn man sie in ein Gewächshaus stellt, wo weder ein

Lufthauch noch ein Landregen die Pollenmassen ausdünn. Unsere Wissenschaftler, die beim Pollen-Einsammeln solchen „Bomben“ ausgesetzt waren, zeigten z. T. schon nach 2–3 Besuchen im Gewächshaus Sensibilisierung gegen Mais, insbesondere, wenn ihr Körper durch Allergien gegen andere Pflanzen bereits auf „Krieg“ eingestimmt war. (Jetzt müssen Alle Schutzanzüge tragen beim Betreten des Gewächshauses). Aber solche Entdeckungen sind mittlerweile nur noch kurze „Highlights“ in einem Alltag, der heute zu einem großen Teil aus Zuhören, Schlichten und Trösten besteht. Sicherlich, auch so kann man den Beschäftigten helfen – aber manchmal beschleicht mich doch gewisse Wehmut, wenn ich auf meine im Schrank verstaubenden Messgeräte blicke... □

Ärzte wollen schnelle Veränderungen

Der Arztberuf muss wieder auf seine eigentliche Tätigkeit zurückgeführt werden, die Behandlung von Patienten. „Wir brauchen endlich wieder eine Vertrauenskultur im Gesundheitswesen, die Ärzteschaft und die Gesundheitsberufe motiviert, in die kurative Versorgung zu gehen und dort zu bleiben“, forderten dieser Tage die Spitzenorganisationen der Ärzteschaft sowie ärztliche Berufsverbände und Fachgesellschaften.

Die Organisationen mahnen „schnelle Veränderungen“ an. Notwendig seien bessere Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis, eine konkurrenzfähige und angemessene Vergütung und bessere Möglichkeiten, Beruf und Familie in Einklang zu bringen. □

Zwei-Jahres-Studie zeigte:

Bei ähnlicher Blutzuckerkontrolle weniger Hypoglykämien unter Sitagliptin als unter Glipizid

Die Ergebnisse einer Zwei-Jahres-Studie, in der Sitagliptin (JANUVIA®, MSD) und Glipizid (ein häufig angewandter Sulfonylharnstoff) verglichen wurden, wurden vor kurzem im International Journal of Clinical Practice veröffentlicht. Die Studie zeigte, dass die Verbesserung der Blutzuckerkontrolle über einen Zeitraum von zwei Jahren durch zusätzliche Gabe von Sitagliptin zu einer laufenden Metformin-Therapie mit der durch zusätzliche Gabe von Glipizid vergleichbar war. Während des Zeitraums von zwei Jahren kam es unter Behandlung mit Glipizid im Vergleich zur Behandlung mit Sitagliptin, einem DPP-4-Hemmer, 14-Mal häufiger zu hypoglykämischen Episoden. Des Weiteren wurde unter Behandlung mit Sitagliptin eine Gewichtsreduzierung festgestellt, während Glipizid mit einer Gewichtszunahme assoziiert war.

JANUVIA® ist bei Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus initial als Monotherapie indiziert, wenn Diät und Bewegung allein den Blutzucker nicht ausreichend senken und Metformin aufgrund von Gegenanzeigen oder Unverträglichkeit nicht geeignet ist oder in Kombination mit Metformin einem Sulfonylharnstoff, oder einem PPAR γ -Agonisten, wenn Diät und Bewegung plus die jeweilige Monotherapie in der höchsten vertragenen Dosis den Blutzucker nicht ausreichend senken oder als Dreifachtherapie in Kombination mit Metformin und einem PPAR γ -Agonisten oder in Kombination mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff, wenn Diät und Bewegung plus die jeweilige Zweifachkombination den Blutzucker nicht ausreichend senken. JANUVIA® kann außerdem zusätzlich zu Insulin (mit oder ohne Metformin) eingesetzt werden, wenn Diät und Bewegung sowie eine stabile Insulindosis den Blutzucker nicht ausreichend senken. Ziel der Studie war die Beurteilung der Verträglichkeit und Wirksamkeit bei

Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus über einen Zeitraum von zwei Jahren, die zusätzlich zu einer laufenden Metformin-Therapie Sitagliptin oder Glipizid erhielten.

Sulfonylharnstoffe sind nach Metformin die weltweit am häufigsten verschriebene Therapie bei Typ-2-Diabetes. Die bereits zuvor veröffentlichte Primäruntersuchung über ein Jahr wurde als randomisierte, doppelblinde, aktiv kontrollierte Studie für ein weiteres Jahr fortgeführt. „Die Studienergebnisse unterstützen den Einsatz eines DPP-4-Hemmers wie Sitagliptin anstelle eines Sulfonylharnstoffs, bei geeigneten Patienten mit Typ-2-Diabetes“, so Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland. „Da der Typ-2-Diabetes chronisch und progressiv verläuft, ist es wichtig, dass wirksame Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus benötigen wir Therapien, die nicht mit Hypoglykämie oder einer Gewichtszunahme einhergehen.“

Als glukoseabhängiger DPP-4-Hemmer wirkt JANUVIA® dem durch die Bauchspeicheldrüse bedingten Insulinmangel und der Glukoseüberproduktion durch die Leber nur entgegen, wenn der Blutzuckerspiegel erhöht ist. Glipizid ist ein Sulfonylharnstoff, der den Blutzucker senkt, indem er die Betazellen der Bauchspeicheldrüse dazu stimuliert, unabhängig vom Blutzuckerspiegel Insulin freizusetzen – ein Mechanismus, der zu einem erhöhten Hypoglykämierisiko beitragen kann.

Eine Hypoglykämie bzw. ein zu niedriger Blutzuckerspiegel liegen dann vor, wenn der Zuckerspiegel im Blut soweit absinkt, dass der Bedarf des Körpers nicht gedeckt ist. Hypoglykämie ist eine häufige Nebenwirkung von einigen oralen Diabetesmedikamenten. Die Symptome einer Hypoglykämie können leicht bis schwer sein und Zustände wie Zittern, Schwindel, Schwitzen, Hungergefühl, Kopfschmerzen, blasse Haut-

farbe, plötzliche Stimmungsschwankungen oder Verhaltensänderungen, schwerfällige oder ruckartige Bewegungen, Krampfanfälle, Verwirrtheit und Bewusstlosigkeit umfassen.

Mit JANUVIA® behandelte Patienten zeigten im Gegensatz zu den mit Glipizid behandelten Patienten eine Gewichtsabnahme. Die zusätzliche Gabe von JANUVIA® zu Metformin führte im Laufe der zweijährigen Behandlungsphase zu einer Gewichtsreduzierung von 1,6 kg gegenüber dem Ausgangswert, während die zusätzliche Gabe von Glipizid zu einer Gewichtszunahme von 0,7 kg und damit zu einer Differenz zwischen den Gruppen von 2,3 kg führte.

„Ein gesundes Körpergewicht zu halten, ist für Menschen mit Typ-2-Diabetes ein wichtiges Ziel“, so Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland. „Für Ärzte wie für Patienten ist es wichtig zu wissen, dass es für geeignete Patienten mit Typ-2-Diabetes Behandlungsoptionen wie DPP-4-Hemmer gibt, die nicht mit einer Gewichtszunahme einhergehen.“

Allgemeine Informationen sind im Internet unter www.msd.de abrufbar.

Impressum ASUpraxis

ASUpraxis – Der Betriebsarzt

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

Chefredaktion

J. Dreher (verantwortlich)

Redaktion

Dr. med. R. Hess-Gräfenberg
Dr. med. A. Schoeller
Dr. med. M. Stichert
Dr. med. M. Vollmer

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Jürgen Dreher
Musberger Straße 50
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11-74 23 84
Fax: 07 11-7 45 04 21
Mobil: 0 15 20-1 74 19 49
E-Mail: Juergen.Dreher@online.de