

---

**3818/AB XXIV. GP**

---

**Eingelangt am 01.02.2010**

**Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.**

BM für Gesundheit

## **Anfragebeantwortung**



**Alois Stöger** diplômé  
Bundesminister

Frau  
Präsidentin des Nationalrates  
Mag<sup>a</sup>. Barbara Prammer  
Parlament  
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0500-I/5/2009

Wien, am 29. Jänner 2010

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische  
**Anfrage Nr. 4007/J der Abgeordneten Edith Mühlberghuber und weiterer  
Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

### **Fragen 1 bis 3 und 5 bis 7:**

Einleitend ist festzuhalten, dass eine exakte Zuordnung zur Diagnose „Burnout“ vielfach nicht vom krankmeldenden Arzt bzw. der Ärztin erfolgt, diese Diagnose stellt sich vielmehr erst in späterer Folge heraus.

Das Krankheitsbild Burnout führt überwiegend zu Behandlungen im niedergelassenen Bereich und zu Krankenständen, nur in wenigen Fällen erfolgen stationäre Aufnahmen. Im niedergelassenen Bereich gibt es bis dato noch keine einheitliche Diagnosecodierung, im intramuralen Bereich erfolgt sie im Rahmen der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung nach ICD.

Burnout wird im ICD 10 , dem geltenden Internationalen Klassifikationssystem der Erkrankungen unter dem Diagnoseschlüssel Z73.0 (Ausgebranntsein, Burnout, Zustand der totalen Erschöpfung) als Zusatzdiagnose erfasst, aber nicht als Hauptdiagnose, daher ist es auch nicht möglich, spezifisches Zahlenmaterial (Angaben zu Inzidenz und Prävalenz ) abzuleiten.

Internationale Schätzungen gehen davon aus, dass in der EU 7% der Berufsbevölkerung von Burnout betroffen sind, 16% sind akutgefährdet, 20 bis 30% sind erschöpft, chronisch müde, unzufrieden. Daten hinsichtlich der Aufgliederung nach einzelnen Berufsgruppen liegen meinem Ressort nicht vor.

**Frage 4:**

Im Jahr 2007 wurde von der Gewerkschaft für Privatangestellte eine (nicht repräsentative) Pilotstudie in Form einer Fragebogenerhebung durchgeführt, demnach gelten 29% der Befragten als stark belastet durch emotionale Erschöpfung. Das Risikopotential für Burnout aufgrund von Depersonalisierung und Entpersönlichung beträgt über ein Drittel. Mehr als 20% der Beschäftigten gehören zu der Gruppe mit dem höchsten Risiko, ein Burnout-Syndrom zu entwickeln. In der Befragung findet sich in erster Linie ein Zusammenhang mit der Arbeitszeit, kaum jedoch mit Alter, Geschlecht oder Familienstand.

Angehörige von Berufen im Sozial- und Gesundheitsbereich sowie Lehrer und Lehrerinnen gelten schon seit vielen Jahren als besonders gefährdet. Aber auch Angestellte im Dienstleistungssektor mit hohem Kundenkontakt, wie Banken, Polizei etc. sowie Manager/innen und Führungskräfte aller Branchen sind immer öfter Burnout-gefährdet. Die Wichtigkeit der permanenten Reflexion der sich verändernden Arbeitsbedingung wird betont. Arbeitgeber/innen müssen Überlastung präventiv verhindern und die Freude an der Arbeit wieder ermöglichen.

**Fragen 8 und 9:**

Im niedergelassenen Bereich gibt es, wie bereits ausgeführt, keine einheitliche Diagnosecodierung, im intramuralen Bereich erfolgt im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung die Diagnosecodierung nach ICD. Im niedergelassenen Bereich fehlen somit verlässliche Diagnosen; darüber hinaus ist - da Burnout keine zwingende Indikation für ein bestimmtes Medikament oder eine bestimmte Medikamentengruppe im Sinne des ATC Codes darstellt - auch eine Heilmitteldatensuche nicht zielführend. Daher können auch keine exakten Angaben über die verursachten Kosten durch Burnout gemacht werden.

**Frage 10:**

Viele Betroffene befinden sich wegen Burnouts monatelang im Krankenstand. In der stationären, psychiatrischen Rehabilitation, einem relativ neuen Betreuungsangebot, versucht man Betroffene durch gezielte therapeutische Maßnahmen wieder in den Berufsprozess einzugliedern, ein flächendeckender Ausbau des Betreuungsangebots ist geplant.

**Frage 11:**

Wie aus der unter der Beantwortung zu Frage 4 bereits zitierten Pilotstudie der Gewerkschaft für Privatangestellte hervorgeht, werden als Gründe für Burnout die permanente Rationalisierung und der allgemeine Kostendruck innerhalb der Betriebe angeführt.

Daraus ergibt sich auch, dass rein gesundheitspolitische Maßnahmen zu kurz greifen würden. In erster Linie würde die Verbesserung der Arbeitsbedingungen auf betrieblicher Ebene innerhalb der Arbeitsprozesse, wie z.B. mehr Personal sowie eine Anhebung der Gehälter im Sozial- und Gesundheitsbereich sowie die institutionelle Verankerung der Supervision helfen, die Burnout-Fälle zu reduzieren.

Abschließend möchte ich betonen, dass meinem Ressort Prävention und Gesundheitsförderung, die die psychische Dimension der Gesundheitsaspekte einschließen, auch in Zukunft wichtige Anliegen sein werden.