Die konkrete Ausgestaltung der Impfung obliegt nun Vereinbarungen, die auf Landesebene getroffen werden müssen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geht davon aus, dass bislang hierzu sehr unterschiedliche Regelungen getroffen und die Kassenärztlichen Vereinigungen um Mitwirkung gebeten werden.
Nach unserer Rechtsauffassung sind etwaige Schadensersatzansprüche bei Impfschäden nach §§ 60 ff. IfSG geregelt und müssen von der öffentlichen Hand getragen werden, sofern diese Impfung von der jeweils zuständigen Landesbehörde empfohlen wird. Hierauf sollten die regionalen Impfvereinbarungen basieren. Unberührt hiervon bleiben die berufsrechtliche Pflicht der ärztlichen Aufklärung und Einholung der Einwilligung des Patienten.

Die dazu erforderlichen zuverlässigen amtlichen Informationen (Paul Ehrlich-Institut – PEI) über Sicherheit, Unbedenklichkeit, mögliche Nebenwirkungen, Indikationen und Kontraindikationen, gerade auch bei den in der Verordnung genannten prioritär zu impfenden Personen, liegen bisher noch nicht vor. Sie sollten in jedem Fall abgewartet werden, da die Feldversuche zur Erprobung noch laufen und die Anwendung des Impfstoffes unter Experten noch sehr strittig diskutiert wird.
Gegenwärtig wird über die Sinnhaftigkeit dieser Impfungen gegen das Influenzavirus A (H1N1) kontrovers diskutiert. Die einen sagen, dass dies ein gewaltiger Feldversuch ist, dass das Virus nicht kontagiöser wird und dass Bund und Länder und die GKV Milliarden Euro durch den Erwerb von Pandemieimpfstoff verschleudern. Doch was ist, wenn das Virus doch mutiert und es zu millionenfachen Erkrankungen und Todesfällen kommt? Würde man da noch von verschleudertem Geld sprechen? Bund und Länder haben hier in der Tat schwere Entscheidungen zum Schutze der Bevölkerung zu treffen. Die WHO hat die höchste Stufe der Pandemie ausgerufen und die Weltbevölkerung aufgerufen, Impfstoff gegen die neue Grippe zu ordern. Auch wenn das erstere Szenario eintreffen würde, plädiere ich im Zweifel immer für eine Impfung gegen die neue Influenza. □

Dr. Annegret Schoeller
Fachärztin für
Arbeitsmedizin/Umweltmedizin
Pandemiebeauftragte
der Bundesärztekammer.

Prävention von Burnout als arbeitsmedizinische Aufgabe

Zusammenfassung des Vortrags am 4. 8. 2009 anlässlich der aks Sommerschule, Bregenz, www.aks.or.at

Dr. Christine Klien, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin

Mit dem Thema Burnout werden wir als ArbeitsmedizinerInnen zunehmend konfrontiert. Zum einen von Betroffenen selbst, gelegentlich auch von deren behandelnden ÄrztInnen und aus meiner Erfahrung immer mehr von Führungskräften, die Informationen zum Umgang mit MitarbeiterInnen, die an Burnout leiden, brauchen.

Drei Schwerpunkte erscheinen mir in meiner Tätigkeit als Arbeitsmedizinerin besonders wichtig:
1. Analyse Arbeitsbelastung
2. Information – Beratung
3. Rückfallprävention und Wiedereingliederung

Am Beispiel „Büroarbeit" lassen sich diese Punkte sehr schön beschreiben.
Büroarbeit hat sich in den letzten 20 Jahren rasant verändert, schneller wahrscheinlich als viele andere Tätigkeiten. Mit Veränderung Schritt zu halten ist eine große Herausforderung für viele Menschen, für ältere naturgemäß noch gravierender als für junge.
Die moderne Arbeitsorganisation in der Büroarbeit mit ihrer Komplexität, interdisziplinärem Arbeiten, Telearbeit, Flexibilitätsanforderung bringt neue Chancen, aber auch neue Risiken.
Chancen wie mehr Handlungsspielraum, mehr Verantwortung, Herausforderung, soziale Integration in

Dr. Christine Klien

Gruppen, bessere Vereinbarkeit Beruf und Familie stehen den Risiken steigender Leistungsdruck, Selbstausbeutung ohne Anweisung, überlange Arbeitszeiten, Teamkonflikte und offensichtlich Zunahme psychische Erkrankungen gegenüber.

1. Analyse psychischer Belastungen und Beanspruchungen:

Objektiv erkenn- und messbare Belastungen wie Lärm im Großraumbüro, Überstunden, Störungen, fehleranfällige Software etc. sind leichter zugänglich als Belastungen wie Arbeitsumfang an sich, Über- oder Unterforderung oder Arbeitsorganisation. Besonders schwierig, aber gerade für Burnout immens wichtig sind das Führungsverhalten und das davon oft abhängige Teamklima. Hier spielen die individuellen persönlichen Unterschiede der MitarbeiterInnen zusätzlich eine große Rolle.

2. Information – Beratung

Information und Beratung muss sich sowohl an MitarbeiterInnen als auch an Führungskräfte richten. Wir müssen bewusstmachen, welche Arbeitsverhältnisse und welches Verhalten krank machen können und was das Unternehmen und was jede(r) Einzelne tun kann. Dies kann z. B. in Form von Vorträgen und Workshops (Umgang mit Stress, Früherkennung von Burnout, Burnout-Prävention, work life balance…), als Teamcoachings oder Einzelberatungen angeboten werden. Die Integration dieser Themen in Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte sollte selbstverständlich sein.

Angesprochen werden müssen sowohl Verhältnis- als auch Verhaltensprävention. Bei den Arbeitsverhältnissen im Büro ist aus meiner Erfahrung ein besonderes Hauptaugenmerk auf klare Strukturen, Abläufe, klare Kompetenzverteilungen, klare Ziele und hohe Transparenz zu richten. Führungskräfte sind dafür naturgemäß verantwortlich, Mitarbeiterpartizipation, offene vertrauensvolle Gesprächsbasis und regelmäßige ressourcenorientierte Mitarbeitergespräche helfen bei der Umsetzung und gleichzeitig bei der Burnout-Prävention der Führungskräfte selbst. Hinsichtlich Verhaltensprävention sind unter anderem der Wert von Pausen, Lärm- und Störungsreduktion, Prioritäten setzen, Beratung zu work life balance und generell Information und Motivation zu einer gesunden Lebensweise wichtig. Die großen individuellen Unterschiede bei der Stressverarbeitung müssen bedacht werden, zusätzliche verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind bei Burnout gefährdeten Menschen als Präventivmaßnahme wünschenswert.

Schwierigkeiten bei der Umsetzung der arbeitsmedizinischen Beratungstätigkeit sind bekannt: die Geschäftsführung kooperiert nicht, Führungskräfte sind selbst im Defizit und lassen Selbsterkenntnis gar nicht zu, die MitarbeiterInnen trauen sich nicht ihre Probleme dem Arbeitsmediziner mitzuteilen oder es steht zu wenig Einsatzzeit für diese schwierigen Aufgaben zu Verfügung.

3. Rückfallprävention und Wiedereingliederung

Eine gute Kooperation mit dem/der MitarbeiterIn selbst und mit dem behandelnden Arzt ist besonders wichtig. Vom systemischen Gesichtspunkt aus müssen aber auch die Führungskraft und ev. das Arbeitsteam in die Beratung mit eingebunden werden. Dazu ein kurzes Beispiel: bei einem Mitarbeiter steht nach 5 Monaten Krankenstand wegen Burnout die Arbeitsaufnahme bevor. Im arbeitsmedizinischen Gespräch mit dem Mitarbeiter wird vereinbart, dass der Arbeitsmediziner der Führungskraft und dem Team mitteilen wird, dass klare Aufgabenstellungen und klare, offene Kommunikation für den Heilungsprozess besonders wichtig sind, also Verhältnisprävention. In der Diskussion im Team stellt sich heraus, dass diese Information allein äußerst wichtig war, die Teammitglieder hätten „vom Gefühl her“ ihren Kollegen aussuchen lassen, welche Arbeiten er machen kann und welche nicht um ihn nicht zu überfordern, Überforderung wären aber diese Entscheidungsprozesse für den kranken Mitarbeiter gewesen. Der Wiedereinstieg war erfolgreich. □

Programme verbessern die Versorgung

Durch die Einführung der Disease-Management-Programme (DMPs) der gesetzlichen Krankenkassen vor sechs Jahren hat sich die Qualität der Versorgung für chronisch kranke Patientinnen und Patienten in Deutschland deutlich verbessert. Das belegen mehrere Studien, die im Rahmen einer Konferenz des AOK-Bundesverbandes zur Versorgung chronisch Kranker vorgestellt worden sind.

Bei Patienten, die kontinuierlich am Disease-Management-Programm der AOK für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit teilnehmen, verbessern sich die medizinischen Werte im Verlauf der Teilnahme deutlich. Das zeigt eine bundesweite Auswertung der Evaluationsinstitute infas, Prognos und WIAD zu den AOK Programmen. So verringerte sich zum Beispiel der Anteil der Patienten, die infolge ihrer Erkrankung an Brustschmerzen litten, um rund 20 Prozent.

Nach einer Studie des Helmholtz Zentrums München wurden die notwendigen Kontrolluntersuchungen bei DMP-Teilnehmern sehr viel häufiger durchgeführt als bei Diabetikern in der Regelversorgung. So gaben knapp 83 Prozent der DMP Teilnehmer an, dass in der letzten 12 Monaten die Augen untersucht worden waren, um diabetesbedingte Folgeschäden zu verhindern. Bei den Nicht-Teilnehmern waren es dagegen nur 59 Prozent.

Die multimorbiden Patienten im DMP erzielten bei einer Befragung zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutlich bessere Werte als die Patienten in der Regelversorgung. □