

## Psychisch krank in der Pflege – Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation

Volker Köllner<sup>1</sup>

### Auf einen Blick

Der Fachkräftemangel in Pflegeberufen wird dadurch verschärft, dass in zunehmendem Maße Pflegekräfte aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus ihrem Beruf ausscheiden müssen, vor allem wegen psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder. Ursachen für die erhöhte psychische Belastung in diesen Berufsgruppen sind u. a. Schichtarbeit, häufige Überstunden und Einspringen an freien Tagen, die Schwierigkeit, sich von der Arbeit abzugrenzen, berufsbezogene psychische Traumatisierungen sowie schlechte Aufstiegschancen und materielle Rahmenbedingungen. Ein Eingreifen ist erforderlich. Psychische Belastungen müssen in einer Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsplätze in der Pflege systematisch erfasst werden, um präventiv handeln zu können. Psychische Gesundheit und Selbstfürsorge müssen bereits in der Ausbildung thematisiert werden, Supervision und Coaching dienen der Prävention im Beruf. Spezielle, kurzfristig verfügbare Angebote der Therapie und Rehabilitation sind erforderlich, um diese hochqualifizierten Fachkräfte im Falle einer psychischen Erkrankung in ihrem Beruf halten zu können.

### Besondere gesundheitliche Belastung in Pflegeberufen

In den Pflegeberufen wird der bereits bestehende Fachkräftemangel dadurch verschärft, dass der Anteil derer, die aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Beruf ausscheiden, zunimmt. Folgende Faktoren tragen dazu bei, dass Menschen, die in Pflegeberufen arbeiten, eine höhere gesundheitliche Belastung aufweisen:

#### Schichtarbeit, Überstunden und Einspringen an freien Wochenenden

Schicht- und vor allem Nachtarbeit sind mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko behaftet. Durch Personalabbau, vorübergehendes Nichtbesetzen freier Stellen und hohe Krankenstände steigt der Arbeitsdruck auf die verbliebenen Pflegekräfte. Oft ergibt sich die Notwendigkeit, Überstunden in erheblichem Ausmaß zu erbringen oder an freien Wochenenden einzuspringen. Auch wenn formal die Möglichkeit bestünde, das Einspringen abzulehnen, geschieht dies de facto nicht in dem Wissen, dass sonst pflegebedürftige Menschen unversorgt wären und die Arbeit vom verbliebenen Team nicht zu leisten wäre. Nicht selten arbeiten Pflegekräfte fünf oder sechs Wochen ohne einen einzigen freien Tag. Wenn dies wiederholt geschieht, ist dies ein Ausgangspunkt für psychische und körperliche Erschöpfung. Häufige Folgen sind Depression, Schlafstörungen, chronische Schmerzen (vor allem Kreuzschmerzen) und andere psychosomatische Krankheitsbilder.

### **Schwierigkeit, sich von der Arbeit abzugrenzen**

In der bundesweiten Erhebung im Rahmen des „DGB Index für gute Arbeit“ bewerteten die Pflegekräfte die Kategorie „Sinnhaftigkeit der Arbeit“ im Vergleich zu anderen Berufsgruppen als überdurchschnittlich gut. Wenn Arbeit als sinnhaft erlebt wird, so ist dies zunächst als Ressource anzusehen: Im Sinne eines höheren Kohärenzgefühls<sup>2</sup> haben Arbeitnehmer\_innen, die ihre Arbeit als sinnvoll erleben, in der Regel einen besseren Gesundheitszustand. Diese Ressource kann aber unter problematischen Arbeitsbedingungen zum Risikofaktor werden, da es schwerer fällt, sich von einer als sinnhaft erlebten Arbeit abzugrenzen und rechtzeitig Maßnahmen zum Selbstschutz zu ergreifen. Das Konzept des Burnout wurde primär für ehrenamtliche Helfer im Gesundheitsbereich entwickelt<sup>3</sup> und ist in sozialen Berufen besonders weit verbreitet.

In einer Untersuchung in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik unterschieden sich Pflegekräfte von Rehabilitanden aus anderen Berufsgruppen durch eine höhere Verausgabungsbereitschaft, stärkeres Perfektionsstreben sowie eine ausgeprägtere Resignationstendenz und niedrigere Werte für Distanzierungsfähigkeit von der Arbeit.<sup>4</sup> All diese Punkte gelten als Risikofaktoren für die Entwicklung eines Burnouts und entsprechender Folgeerkrankungen. Offen ist die Frage, ob es sich hierbei um Persönlichkeitseigenschaften handelt, die bereits die Berufswahl beeinflussen oder ob diese Verhaltensmuster erst im Verlauf der beruflichen Sozialisation erworben werden.

### **Psychische Belastung und Traumatisierung**

Pflegekräfte werden in ihrem Beruf in besonderem Maße mit menschlichem Leid, Krankheit und Tod konfrontiert. Wenn hier keine Kompensationsmöglichkeiten (unterstützende Teamstruktur, Supervision) zur Verfügung stehen, werden diese Belastungen in die Freizeit übernommen und es steigt das Risiko für die Entwicklung einer Depression. Für Pflegepersonal auf Intensivstationen und Rettungssanitäter konnte nachgewiesen werden, dass die wiederholte Konfrontation mit Extremsituationen (z.B. extrem entstellte Tote oder Verletzte, Tod von Kindern) zur Entwicklung einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen kann.<sup>5</sup> Für die Krankenpflege insgesamt und die Altenpflege fehlen solche Untersuchungen. Nicht erforscht wurden bisher Häufigkeit und Folgen direkter Traumatisierung. In unserer Schwerpunktstation zur psychosomatischen Rehabilitation bei Pflegekräften werden in der Anamnese von ca. 15 Prozent der

Betroffenen traumatische Erlebnisse (vor allem schwere und teilweise lebensbedrohliche körperliche Angriffe von dementen oder geistig verwirrten Patient\_innen oder Bewohner\_innen) und entsprechende Symptome einer PTBS beschreiben.

### **Schlechte Aufstiegschancen und materielle Rahmenbedingungen**

Das Konzept der Gratifikationskrise beschreibt, dass berufliche Situationen mit besonderem Engagement einerseits und dessen fehlender Honorierung durch materielle und immaterielle Anreize andererseits mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden sind. Pflegekräfte erleben eine solche Gratifikationskrise sowohl durch eine eher unterdurchschnittliche Bezahlung als auch durch fehlende Aufstiegschancen in ihrem Beruf.

### **Sozialmedizinische Auswirkungen**

Während die Arbeitsunfähigkeits(AU)-Zeiten aller Arbeitnehmer\_innen in den letzten 20 Jahren nur geringe Schwankungen aufwiesen, hat sich die Anzahl der AU-Tage wegen psychischer und psychosomatischer Störungen in etwa verdoppelt. Ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen und den hierdurch verursachten Kosten und Produktivitätsausfällen ist also drastisch angestiegen. Hiervon sind auch die Pflegeberufe betroffen.

Zur Frage, ob Pflegeberufe überdurchschnittliche AU-Zeiten wegen psychischer Störungen aufweisen, gibt es nur wenige aussagekräftige Statistiken. Während es z. B. zur Lehrer\_innengesundheit eine große Zahl von Studien gibt, wurden entsprechende Daten für Pflegeberufe bisher kaum erhoben. Eine der wenigen Studien hierzu wurde von der AOK Bayern durchgeführt. Dort lag 2010 der Krankenstand von Pflegekräften um mehr als 30 Prozent über dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Die AOK-versicherten Beschäftigten in Pflegeheimen wiesen 2010 eine Quote von 5,5 Prozent krankheitsbedingter Fehlzeiten auf, während sich der bayernweite Durchschnitt auf 4,2 Prozent belief. Weitere Ergebnisse aus der Studie „Report Pflege 2010“: Bei Mitarbeiter\_innen in der Altenpflege sind besonders lange krankheitsbedingte Fehlzeiten wegen Beschwerden am Muskel-Skelett-Apparat und psychischer Erkrankungen zu verzeichnen. Die Mehrheit der Betroffenen sieht dabei einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsproblemen und Arbeitsbelastung.

Im Fehlzeiten-Report 2013, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) erstellt hat, lagen

Altenpflegekräfte mit 25,1 Fehltagen/Jahr auf Platz vier einer Liste mit allen Berufen, während Ärzt\_innen mit 6,7 Fehltagen/Jahr die geringsten Fehlzeiten aufwiesen. Diese Zahlen zeigen, dass es bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen je nach Berufsgruppe sehr unterschiedliche Fehlzeiten gibt. Ähnliche Ergebnisse lieferte auch der TK-Gesundheitsreport 2011: Während Beschäftigte in Deutschland 2010 statistisch gesehen 12,3 Tage krankgeschrieben waren, waren Beschäftigte in der Krankenpflege mit durchschnittlich 17,5 Tagen deutlich länger arbeitsunfähig. Noch höhere Fehlzeiten wurden mit 22,6 Tagen pro Kopf unter Krankenpflegehelfer\_innen verzeichnet. Im Fehlzeiten-Report 2013 der AOK heißt es weiter: „Die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege sind seit vielen Jahren die gesundheitlich mit am stärksten belastete und beeinträchtigtste Berufsgruppe in Deutschland. Gründe hierfür finden sich in den Arbeitsbedingungen und in den für diese Berufsgruppe typischen physischen und psychischen Belastungen, im 24-Stunden-Schichtbetrieb sowie in den Belastungen durch Umgebungsgefahren. Auch organisationsbedingte Belastungen spielen eine große Rolle. Besonders die Umstrukturierungen in der deutschen Krankenhauslandschaft und die damit einhergehenden Arbeitsverdichtungen durch einen starken Personalabbau und stetig steigende Patientenzahlen führen zu immer höheren gesundheitlichen Belastungen.“

Die Zahl der AU-Tage/Jahr ist allerdings ein eher unzuverlässiger Indikator für die gesundheitliche Belastung einer Berufsgruppe. Ein Beispiel hierfür sind Ärzt\_innen, die trotz sehr niedriger AU-Quoten eine gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt verkürzte Lebenserwartung aufweisen. Niedrige AU-Quoten können auch dadurch zu Stande kommen, dass in einer Berufsgruppe ein hoher Druck besteht, trotz Krankheitssymptomen weiter zu arbeiten (Präsentismus). Dieses Verhaltensmuster ist langfristig gesundheitsschädlich, trägt zur Chronifizierung von Krankheiten bei und kann das vorzeitige Ausscheiden aus dem Beruf begünstigen. Hierfür gibt es im Bereich der Pflegeberufe einige Hinweise: Die wenigen bisher vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass nur ca. 20 Prozent der Altenpfleger\_innen nach dem Berufseinstieg und weniger als 60 Prozent nach einer beruflichen Wiedereingliederung nach fünf Jahren noch im Beruf sind. Während bei der ersten Gruppe (Berufsanfänger\_innen) wahrscheinliche familiäre Gründe eine wesentliche Rolle spielen, kommen in der zweiten Gruppe (nach beruflicher Wiedereingliederung) vor allem psychische Belastungen als Ursache für das vorzeitige Ausscheiden

aus dem Beruf in Frage. Dies korrespondiert mit eigenen Daten, die zeigen, dass Rehabilitand\_innen aus Pflegeberufen signifikant häufiger arbeitsunfähig entlassen werden und ein Ausscheiden aus dem bisherigen Beruf aus gesundheitlichen Gründen häufiger empfohlen wird als bei Rehabilitand\_innen aus anderen Berufsgruppen (31 Prozent vs. neun Prozent).<sup>6</sup>

Wenn in der Erhebung zum DGB-Index „Gute Arbeit“ 74 Prozent der Beschäftigten die Frage „Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben können?“ mit „Nein“ beantworten, ist dies ein Alarmzeichen. Die oben gestellte Frage gilt in der Rehabilitationsforschung als einer der besten Prädiktoren für tatsächliches Ausscheiden aus dem Beruf aus gesundheitlichen Gründen und wird deshalb auch im klinischen Kontext zur Identifizierung beruflicher Problemlagen eingesetzt. Diese hohe Quote von Beschäftigten, die sich nicht vorstellen können, bis zum Renteneintrittsalter im Beruf zu verbleiben, wird also mit hoher Wahrscheinlichkeit mit vermehrtem vorzeitigem Ausscheiden aus dem Beruf korrespondieren und den Mangel an Fachkräften verschärfen.

### **Welche Maßnahmen sind zur Prävention und Rehabilitation bei berufsbezogenen psychischen Erkrankungen in der Pflege geeignet?**

#### **Ausbildung**

Vieles spricht dafür, dass eine hohe Neigung zur Selbstüberforderung und eine geringe Abgrenzungsfähigkeit als Risikofaktoren für eine spätere psychische Erkrankung entweder schon im Rahmen der Berufswahl mitgebracht oder früh in der beruflichen Sozialisation erworben werden. Daher wäre es sinnvoll, bereits in der Ausbildung für Pflegeberufe Themen wie Selbstfürsorge und Psychohygiene aufzugreifen und konkrete Möglichkeiten zur Entlastung bei beruflichen Problem- und Konfliktlagen zu vermitteln.

#### **Monitoring von beruflichen Problemlagen und betriebliche Gesundheitsförderung**

Da Prävention den Vorrang vor Therapie haben sollte, ist es wichtig, berufliche Problemlagen und Überlastungssituationen zu identifizieren, bevor gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen. Dies wäre z.B. möglich durch regelmäßige Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit und zur Stressbelastung im Rahmen des Qualitätsmanagements oder

durch die Einführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung in diesem Bereich. Auch ein Monitoring der Krankenstände kann helfen, Problem-bereiche zu identifizieren.

Für Einrichtungen mit hohen Belastungswerten oder Krankenständen wären externe Supervision oder Coaching im Team sinnvoll, einzelnen belasteten Mitarbeiter\_innen sollte externe Supervision oder Beratung im Einzelsetting angeboten werden. Der Umgang mit psychischen Belastungen sollte zentraler Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements sein, hierbei sollten auch die Betriebsärzt\_innen eingebunden werden.

### Therapeutische Angebote konsequent und möglichst frühzeitig nutzen

Deutschland verfügt zwar über ein im internationalen Vergleich sehr gut ausgebautes System der psychotherapeutischen Versorgung und Rehabilitation, auf Grund langer Wartezeiten und Schnittstellenprobleme werden viele Betroffene von den therapeutischen Angeboten jedoch erst erreicht, wenn eine Chronifizierung der Erkrankung eingetreten ist und sich die Prognose hinsichtlich des Verbleibs im Beruf oder der Teilhabe am Erwerbsleben insgesamt deutlich verschlechtert hat. Rehabilitand\_innen aus Pflegeberufen sind in besonderem Maße betroffen: Sie weisen signifikant längere AU-Zeiten vor der Reha auf als Rehabilitand\_innen aus anderen Berufsgruppen. 54,5 Prozent von ihnen haben bereits AU-Zeiten vor der Reha von > drei Monaten und gehören somit zu einer sozialmedizinischen Risikogruppe. Dies könnte eine Ursache für die o.g. geringere Rückkehrquote an den alten Arbeitsplatz sein. Folgende Maßnahmen können geeignet sein, schneller zu handeln und einer Chronifizierung vorzubeugen:

- Weiterbildung der Betriebsärzt\_innen hinsichtlich Erkennen und Ansprechen psychischer Belastungen und Erkrankungen;
- niedrigschwellige Beratungsangebote für Mitarbeiter\_innen, die bei sich Symptome einer psychischen Störung wahrnehmen;
- im Falle einer (drohenden) längerfristigen Arbeitsunfähigkeit schnelle Prüfung der Indikation zu einer psychosomatischen Rehabilitation;
- Bildung von Netzwerkstrukturen zwischen den Trägern von Kliniken und Pflegeeinrichtungen mit Psychotherapeut\_innen und Rehakliniken, um eine schnell funktionierende Versorgungskette zu etablieren. Entsprechende Modelle werden z.B. in der Automobilindustrie mit Erfolg umgesetzt;
- berufsgruppenspezifische Konzepte zur Rehabilitation speziell für Pflegeberufe wurden bereits entwickelt und evaluiert.<sup>6</sup>

### Forschungsbedarf

Die Datenlage hinsichtlich der gesundheitlichen Situation in den Pflegeberufen und hinsichtlich der Effektivität möglicher Interventionen ist unbefriedigend. Es besteht daher dringender Forschungsbedarf zu folgenden Fragen:

- Wie ist die Prävalenz psychischer und somatischer Störungen bei Pflegeberufen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen?
- Welche Zusammenhänge zwischen objektiv nachweisbarer und subjektiv erlebter Belastung sowie den Arbeitsbedingungen mit dem Gesundheitszustand lassen sich nachweisen?
- Welche Prädiktoren gibt es für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf?

- 1 Prof. Dr. med. habil. Volker Köllner ist Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin an den Mediclin Bliestalkliniken in Blieskastel und Professor für Psychosomatische Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes in Homburg/Saar. Er ist Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR). Dieser Text basiert auf einem Vortrag anlässlich eines Fachgesprächs der Friedrich-Ebert-Stiftung in Berlin am 26.11.2014.
- 2 Antonovsky, A.: Unravelling the Mystery of Health, San Francisco 1987: Jossey-Bass.
- 3 Bauer, J.: Arbeit – warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht. München, Karl Blessing Verlag 2013; S. 83-112.
- 4 Köllner, V.; Eckert-Tag, Elsir C.; Freiberg, A; Lipka-Stöhr, G.: Berufsbezogene psycho-somatische Rehabilitation für Pflegeberufe. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Arbeit – Gesundheit – Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 103, Berlin 2014, S. 448-450.
- 5 Michael, T.; Streb, M.; Häller, P.: PTSD in Paramedics: Direct Versus Indirect Threats, Posttraumatic Cognitions, and Dealing with Intrusions, International Journal of Cognitive Therapy 2014 (42), S. 452-463.
- 6 Köllner, V.: Berufsbezogene psychosomatische Rehabilitation für Pflegeberufe, in: Hofmann, E.; Reschauer, G.; Stöfel, U. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Bd. 28. edition FFAS Freiburg, S. 241-252.