



Psychische Gesundheit von Mitarbeitern im Gesundheitswesen in Corona-Zeiten

Medizinisches Fachpersonal in der COVID-19-Pandemie: Psyche am Limit

Victoria Kramer, Andreas Thoma und Miriam Kunz – Augsburg

Die im Herbst 2019 erstmals in China (Wuhan) aufgetretene neue Variante des Coronavirus (SARS-CoV-2) und die dadurch ausgelöste Erkrankung COVID-19 wurde im März 2020 durch die WHO zur weltweiten Pandemie erklärt. Vor allem für Mitarbeiter des Gesundheitswesens geht die Bekämpfung der Pandemie mit einer außergewöhnlichen Belastung einher und bringt die Menschen an persönliche und berufliche Grenzen. Ziel dieses Artikels soll es sein, Wissen über die besonderen Belastungsfaktoren von Mitarbeitern des Gesundheitswesens während der COVID-19-Pandemie zu vermitteln und eine Diskussion zur Verbesserung dieser Situation anzuregen.

Seit Beginn der Pandemie wurden weltweit zahlreiche Studien zur psychischen Belastung bei Mitarbeitern des Gesundheitswesens durchgeführt. Nicht nur in medizinischen Zeitschriften tauchen Titel wie „Deutschland verliert in der Pandemie tausende Pflegekräfte“ auf [1]. Am 11. März 2021 veröffentlichte zum Beispiel der Spiegel einen Artikel mit der Überschrift „Viele Pflegekräfte wollen Beruf aufgeben“ [2]. Zu Zeiten des Pflegenotstands und der zunehmenden Unzufriedenheit von Assistenzärzten im Krankenhaus [3] sollten die Nöte, Sorgen und psychischen Belastungen von Mitarbeitern des Ge-

sundheitswesens während der Pandemie ernst genommen und Hilfsstrategien etabliert werden.

Die COVID-19-Pandemie hat zu massiven Veränderungen im Gesundheitswesen auf der ganzen Welt geführt. Die meisten Regierungen haben in Form von Lockdown und Quarantäne starke soziale Restriktionen eingeführt, um die weitere Ausbreitung der Erkrankung zu stoppen. Diese Maßnahmen ha-

Dieser CME Artikel wurde im Rahmen des Programms zur Förderung von Corona-Forschungsprojekten des Bayerischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst erstellt.

ben die Lebensqualität der Menschen deutlich reduziert, da sie zu einschneidenden Veränderungen des Alltags- und des Arbeitslebens führen und mit Reduktion sozialer und emotionaler Kontakte einhergehen [4]. So ist es nicht verwunderlich, dass die Allgemeinbevölkerung unter erhöhter psychischer Belastung und emotionalem Stress leidet [5].

Zunahme der psychischen Belastung bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen

Mitarbeiter des Gesundheitswesens stehen in der ersten Reihe bei der Bekämpfung des Virus und sind großen Stressoren ausgesetzt. Sie sind in dieser Situation gefordert, sich neuen Arbeitsbedingungen spontan anzupassen und eine Erhöhung der Arbeitsbelastung in Kauf zu nehmen, was zu einer deutlichen Zunahme der psychischen Belastungen führt [6, 7]. Studien zur psychischen Belastung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens bei früheren Pandemien zeigten klinisch relevante Ausprägungen von Angst, psychischer Belastung und Burnout [8, 9, 10].

Die meisten Studien, die zur psychischen Belastung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens während der aktuellen Pandemie durchgeführt wurden, stammen aus China und wurden in der Anfangsphase der Pandemie durchgeführt. Lai et al. zeigten zum Beispiel, dass 50,4% der Mitarbeiter des Gesundheitswesens Symptome einer Depression, 44,6% Symptome von Angst und 34% einen gestörten Schlaf hatten. 71,5% hatten Disstress. Diese Studie stellte zudem fest, dass Pflegepersonal, Frauen und Frontline-Arbeiter ein größeres Risiko haben, psychischen Stress zu entwickeln als andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens [11]. Mittlerweile gibt es auch zahlreiche Studien aus Deutschland, Italien, Spanien und anderen europäischen Ländern, welche die Ergebnisse aus China größtenteils bestätigen. Inwieweit sich kulturell bedingte Unterschiede und Unterschiede im Gesundheitswesen auf die Ergebnisse auswirken, ist nicht hinreichend bekannt.

In einer Situation wie der COVID-19-Pandemie sind die Mitarbeiter des Gesundheitswesens einem hohen Risiko ausgesetzt, sich zu selbst zu infizieren [12]. Zahlen aus Italien und Spanien zu Beginn der Pandemie zeigen erschreckende Zahlen. Diese beiden Länder waren zu Beginn der Pandemie in Europa am stärksten betroffen. Dementsprechend liegen auch am meisten Daten und Studien aus diesen Ländern vor. Bereits am 9. April 2020 waren in Italien 14.066 Mitarbeiter des Gesundheitswesens infiziert und 133 verstorben [13]. In Deutschland waren es zu etwa dem gleichen Zeitpunkt rund 5.846 infizierte Personen, die angaben, dass sie in medizinischen Einrichtungen gemäß § 23 Abs. 3 IfSG tätig waren.

Aktuell sind laut ISS (Istituto Superiore di Sanità) mit Stand 7. April 2021 in Italien 3.667.576 COVID-19-Fälle registriert. Hiervon gehen 129.873 auf Angehörige der Gesundheitsberufe (Durchschnittsalter: 47 Jahre) zurück. Das sind 4% der Gesamtzahl. Von insgesamt 110.559 registrierten Todesfällen sind 316 An-

gehörige der Gesundheitsberufe [14, 15]. Auffällig ist, dass in Italien während der ersten Welle prozentual deutlich mehr Mitarbeiter des Gesundheitswesens an COVID-19 erkrankten und verstarben als im weiteren Verlauf. In Italien wurde im Vergleich zu Deutschland auch der Mangel an Schutzkleidung deutlich häufiger beanstandet [16]. Die Daten aus Spanien entsprechen prinzipiell denen aus Italien.

Laut aktuellem Lagebericht des RKI mit Stand vom 7. April 2021 gab es seit Beginn der Pandemie in Deutschland 110.835 infizierte Personen, die in einer medizinischen oder Pflegeeinrichtung tätig waren. Von diesen sind 154 verstorben. Für Gesamtdeutschland lagen die Infektionszahlen zum genannten Zeitpunkt bei 2.910.445, die Zahl der Verstorbenen bei 77.401. Allerdings sind diese Daten nicht 1:1 übertragbar, da in Deutschland das Arbeitsumfeld der Infizierten nach Infektionsschutzgesetz nicht meldepflichtig ist. Gemäß Infektionsschutzgesetz kann für COVID-19-Fälle jedoch übermittelt werden, ob sie in einer für den Infektionsschutz relevanten Einrichtung betreut, untergebracht oder tätig sind. Dazu gehören unter anderem COVID-19-Fälle, die bei nach § 36 IfSG (z. B. Pflegeeinrichtungen) Betreuten und Tätigen sowie bei nach § 33 IfSG Betreuten (z. B. Schulen) und bei nach § 23 IfSG (z. B. Krankenhäuser) Tätigen auftreten. Für die übermittelten Fälle der genannten Einrichtungen ist jedoch unbekannt, wie hoch der Anteil derer ist, die sich berufsbedingt infiziert haben [17].

Angst, sich selbst und Nahestehende anzustecken, dominiert unter den Stressoren

Auch wenn die Zahlen in Deutschland vor allem in Bezug auf die Gesamteinwohnerzahl niedriger ausfallen als in anderen europäischen Ländern, zeigen sie doch, welchem Risiko Mitarbeiter des Gesundheitswesens ausgesetzt sind. In zahlreichen Studien zur psychischen Belastung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens zeigte sich, dass die Angst, sich selbst oder Familienangehörige anzustecken, stark mit der psychischen Belastung assoziiert ist. Gorini et al. zeigten zum Beispiel in einer Studie mit 650 Mitarbeitern des italienischen Gesundheitswesens, dass sich die Mitarbeiter des Gesundheitswesens deutlich gefährdeter sahen als ihre Angehörigen, was dadurch zu erklären ist, dass sie den ganzen Tag in der Klinik sind und ihre Angehörigen nicht. 40% hatten Angst, sich zu infizieren. 72,5% beziehungsweise 63,9% hatten Sorge, einen Kollegen oder ein Familienmitglied anzustecken. Als mögliche Erklärung hierfür nennen die Autoren, dass Mitarbeiter des Gesundheitswesens ihre eigene Angst als Abwehrmechanismus auf ihre Angehörigen projizieren. Das Risiko, infiziert zu werden, wird von Pflegenden stärker wahrgenommen als von Ärzten. Dies könnte daran liegen, dass Pflegenden näher an den Patienten sind und dass sie Arbeiten verrichten, bei denen das Infektionsrisiko höher ist [18]. Neben der Geschlechts- und der Berufszugehörigkeit ist vor allem die Sorge sich zu infizieren ein großer Faktor für die psychische Belastung [18]. Conti et al. fragten als

Vor allem die erste Welle traf Mitarbeiter des Gesundheitswesens hart.

kasuistik

Rechtliche und psychosoziale Folgen bei an COVID-19 erkrankter Pflegekraft

Die 35-jährige Pflegekraft Anna K., verheiratet, Mutter von zwei Kindern, Nichtraucherin, kommt in Ihre ambulante neurologische Praxis. Im Rahmen der ersten COVID-19-Welle war sie als Pflegekraft in Vollzeit auf einer psychiatrischen COVID-19-Station eingesetzt. Sie berichtet Ihnen, dass sie sich während des Einsatzes auf der „Corona-Station“ oft überfordert und alleingelassen gefühlt habe. Sie habe sehr wenig über die Erkrankung gewusst und habe große Angst davor gehabt, sich selbst oder Ihre Familie mit dem Virus zu infizieren. Nach etwa drei Monaten auf der „Corona-Station“ habe sie zunehmend Schlafstörungen, Ängste und Konzentrationsstörungen entwickelt. Sie habe dort „Schlimmes erlebt“. Austausch mit Kollegen habe aufgrund der hohen Arbeitsbelastung kaum stattgefunden. Sie habe auch in ihrer Freizeit kaum noch abschalten können. Selbst Ausflüge mit ihren Kindern hätten ihr keinen Spaß mehr gemacht. Zusätzlich sei sie durch die schwer zu organisierende Kinderbetreuung stark belastet gewesen. Im Umgang mit Patienten habe sie zu ihrer Verwunderung festgestellt, dass sie weniger Empathie aufbringen konnte und dass es ihr in Schutzkleidung extrem schwer gefallen sei, eine gute Patientenbeziehung herzustellen. Sie habe sich nicht getraut, mit ihren Vorgesetzten über diese Probleme zu sprechen.

Vor einem Jahr habe sie sich dann mit SARS-CoV-2 infiziert. Wo die Infektion stattgefunden habe, könne sie nicht mit Sicherheit sagen. Sie gehe aber fest davon aus, dass dies auf der Station geschehen sei. Sie sei am Ende eines Dienstes so kaputt gewesen, dass sie die Schutzkleidung falsch abgelegt habe. Sie mache sich deshalb große Vorwürfe. Sie habe Fieber entwickelt, habe sich „grippig“ gefühlt und als sie zwei Tage später auch einen Geschmacksverlust erlitten habe, sei ihr bewusst geworden, an COVID-19 erkrankt zu sein. Sie habe sich zuhause isoliert, und erst als die Luftnot ihr zunehmend Angst machte, sei sie ins Krankenhaus gegangen, wo sie fünf Tage auf der Normalstation behandelt wurde. Nach etwa drei Wochen seien die akuten Symptome weg gewesen. Allerdings sei sie weiterhin – selbst zwölf Monate nach der Erkrankung – nicht arbeitsfähig. Sie leide unter wiederkehrenden Kopfschmerzen, Konzentrationsstö-

rungen und belastungsabhängiger Luftnot. Der Lungenfacharzt habe ihr ein Long-COVID-Syndrom bescheinigt. Mit dieser Diagnose habe sie bei der Berufsgenossenschaft (BG) einen Antrag auf Anerkennung als Arbeitsunfall gestellt. Dieser sei mit der Begründung, dass sie aufgrund der Pandemiesituation mit ubiquitärer Ansteckungsgefahr nicht kausal belegen könne, dass sie sich bei der Arbeit angesteckt habe, und dass ihre aktuellen Symptome nicht mit der damaligen COVID-19-Erkrankung in Zusammenhang stünden, abgelehnt worden. Sie habe sich jetzt rechtlichen Beistand geholt. Die Patientin bittet Sie nun um psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützung, da sie auch weiterhin unter depressiven Symptomen (Antriebslosigkeit, Traurigkeit, Schlafstörungen, Gedankenkreisen, Appetitlosigkeit) leide. Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) können Sie nicht feststellen. Zudem fragt sie nach den Möglichkeiten einer Rehabilitationsmaßnahme, bei der ihre körperlichen wie psychischen Leiden behandelt werden können. Ihr größter Wunsch sei es, wieder in der Pflege arbeiten zu können. Sie habe große Angst, nie wieder arbeiten zu können. Aktuell schaffe sie es nicht, sich länger als zwei Stunden zu konzentrieren, und bei geringster körperlicher Belastung bekomme sie Luftnot. So könne sie keinesfalls mit gutem Gewissen Patienten versorgen.

Nachdem Sie eine depressive Episode diagnostiziert haben, bieten Sie der Patientin eine leitliniengerechte Therapie in Form von medikamentöser und psychotherapeutischer Intervention an. Zudem können Sie für die Patientin in Erfahrung bringen, dass es auf Long-COVID spezialisierte Reha-Einrichtungen in Deutschland gibt, und helfen ihr bei der Antragsstellung. Der Rechtsstreit mit der BG zieht sich. Durch die adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung bessert sich im Verlauf der psychische Zustand der Patientin deutlich und sie kann ihre Arbeit wieder mit reduzierter Stundenzahl aufnehmen.

Dieses Fallbeispiel zeigt, dass sowohl rechtliche als auch psychosoziale Konsequenzen entstehen, wenn Mitarbeiter im Gesundheitswesen persönlich von COVID-19 betroffen sind.

Eine vorbestehende psychische Erkrankung erhöht das Risiko für psychische Probleme während einer Pandemie.

einige von wenigen explizit nach dem Bedarf an psychologischer Unterstützung. Dies bejahten fast 40% [19]. Mitarbeiter des Gesundheitswesens mit einer vorbestehenden psychischen Erkrankung haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, auch in dieser Situation psychische Symptome zu entwickeln [20].

Stressassoziierte Erkrankungen

Zusätzlich zum nachgewiesenermaßen erhöhten Infektionsrisiko haben Mitarbeiter im Gesundheitswesen ein deutlich erhöhtes Risiko, psychische Symptome wie Depression, Angst, Schlaflosigkeit, stressassoziierten Stress oder eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln [11]. Im Folgenden soll vor allem auf Depression, Angst und PTBS eingegangen werden.

Die meisten Studien, die in diesem Artikel Erwähnung finden, erfragten die Depressionssymptome anhand eines etablierten Depressionsfragebogens (z. B. Patient Health Questionnaire PHQ). Die Studien zeigen alle eine hohe Prävalenz an depressiven Symptomen bei Mitarbeitern des Gesundheitswesens. Bei genauerer Betrachtung zeigt das Pflegepersonal deutlich erhöhte Werte im Vergleich zu Ärz-

Depression

Die meisten Studien, die in diesem Artikel Erwähnung finden, erfragten die Depressionssymptome anhand eines etablierten Depressionsfragebogens (z. B. Patient Health Questionnaire PHQ). Die Studien zeigen alle eine hohe Prävalenz an depressiven Symptomen bei Mitarbeitern des Gesundheitswesens. Bei genauerer Betrachtung zeigt das Pflegepersonal deutlich erhöhte Werte im Vergleich zu Ärz-

ten. Die meisten Depressionssymptome wurden in Regionen mit hohem Corona-Aufkommen und bei Mitarbeitern mit viel COVID-19-Kontakt registriert. Pflegepersonal ist häufiger betroffen als andere Berufsgruppen. Dies liegt einerseits vermutlich am engeren physischen und emotionalen Patientenkontakt, daran, dem Leid der Patienten näher zu sein, fehlende Angehörigenbesuche zu kompensieren, und andererseits an der geringen Möglichkeit, Entscheidungen zu treffen und wenig in die von Vorgesetzten eingeführten Maßnahmen einbezogen zu werden. Mitarbeiter, die sich schlecht informiert fühlten, zeigten mehr Depressionssymptome [21].

Angst

Wie auch bei der Depression wurden die meisten Studien anhand validierter Fragebögen durchgeführt (z. B. Patient Health Questionnaire, PHQ; Generalized Anxiety Disorder 7, GAD-7). Wie auch bei der Depression treten Angstsymptome während der Corona-Pandemie sowohl bei der Allgemeinbevölkerung als auch bei Mitarbeitern des Gesundheitswesens gehäuft auf [22]. In den meisten Studien zeigten mehr als 50 % der befragten Mitarbeiter des Gesundheitswesens klinisch relevante Angstsymptome. Wie auch bei der Depression zeigten Mitarbeiter des Pflegepersonals in den meisten Studien deutlich höhere Werte als Ärzte. Dies ist vermutlich, wie bei der Depression, unter anderem durch längeren, engeren Patientenkontakt mit größerer Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung zu erklären. Welche Rolle die Sorge vor eigener und der Ansteckung Angehöriger hat, wurde bereits beschrieben. Außerdem könnte auch die Geschlechterverteilung eine entscheidende Rolle spielen, da in der Berufsgruppe der Pflegenden überproportional häufig Frauen (> 70 %) vertreten sind und Angststörungen bei Frauen häufiger auftreten. Fehlende oder mangelnde Schutzausrüstung korrelierte mit Angst, Depression und Stress [21].

Posttraumatische Belastungsstörung

Eine Früherkennung der PTBS bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen ist wichtig, weil diese sonst chronifizieren oder zu anderen psychischen Folgekrankheiten wie zum Beispiel Depression oder Sucht führen kann. Es ist bekannt, dass die Prävalenz für PTBS unter Mitarbeitern des Gesundheitswesens auch unter Nicht-Pandemiebedingungen höher als in der Allgemeinbevölkerung ist. Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung liegt in Deutschland zwischen 1,5 und 2,3 %. Insgesamt dürfte die Prävalenz für Mitarbeiter des Gesundheitswesens etwa doppelt so hoch sein. Für Notärzte wurden sogar PTBS-Raten von bis zu 16 % berichtet [23].

Im Kontext der COVID-19-Pandemie zeigten sich hohe Trauma-Scores, insbesondere bei weiblichen, jungen „Frontline-Mitarbeitern“, die der Berufsgruppe der Pflegenden angehören und die einen informierten Kollegen haben [5]. Unabhängig von ande-

ren Variablen zeigten Gorini et al., dass allein der direkte Kontakt zu COVID-19-Patienten einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung intrusiver Gedanken und Hyperarousal hat [18]. In einer anderen Studie zeigten 63,2 % der Teilnehmer COVID-19-assoziierte traumatische Erfahrungen von der Arbeit, und 53,8 % PTBS-Symptome. Frauen hatten ein 1,62-fach erhöhtes, Frontline-Mitarbeiter ein zweifach erhöhtes Risiko, eine PTBS zu entwickeln [15]. Wie auch bei Depression und Angst spielen der unmittelbare und längere Patientenkontakt von Pflegenden vermutlich eine entscheidende Rolle. Außerdem könnte auch hier die Geschlechterverteilung von Bedeutung sein, da in der Berufsgruppe der Pflegenden überproportional häufig Frauen (> 70 %) vertreten sind. Viele der angeführten Studien zeigen, dass Frauen ein höheres Risiko haben, eine PTBS zu entwickeln, als Männer [19].

Anerkennung als Berufskrankheit

In Bezug auf die Kasuistik war beispielsweise in der Süddeutschen Zeitung am 26. März 2021 ein Artikel über einen Arzt mit Long-COVID zu lesen, der nach Ansteckung mit dem SARS-CoV-2-Virus auf der Intensivstation und folgender COVID-19-Erkrankung um die Anerkennung als Berufskrankheit kämpft. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden auch in Grundzügen auf diese rechtliche Thematik eingegangen werden [24]. Die Infektion mit COVID-19 im Rahmen der Tätigkeit im Gesundheitswesen kann prinzipiell als Berufskrankheit (§ 8 SGB VII) oder Arbeitsunfall (§ 9 SGB VII) anerkannt werden. Voraussetzung ist das Vorliegen einer Infektionskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung (BKV). Nach dieser handelt es sich um eine Infektionskrankheit, wenn der Versicherte

- ▶ im Gesundheitsdienst,
- ▶ in der Wohlfahrtspflege oder
- ▶ in einem Labor tätig war, oder
- ▶ durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war.

Unter dem Begriff „Gesundheitsdienst“ im Sinn dieser Vorschrift sind Krankenhäuser, medizinische Rehabilitationseinrichtungen, Entbindungseinrichtungen, Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken, Physiotherapieeinrichtungen, Ergotherapieeinrichtungen, Desinfektionsabteilungen, Krankentransporte, Rettungsdienste sowie Pflegedienstleistungen zu verstehen. Eine Tätigkeit in einem dieser Bereiche kann jedoch nur dann zu einer Berufskrankheit führen, wenn die entsprechende Kausalität gegeben ist. Hierfür ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts der sogenannte Vollbeweis erforderlich. Es ist ein Nachweis des Verursachungszusammenhangs zwischen dem versicherten erhöhten Infektionsrisiko sowie dem Eintritt der Krankheit festzustellen, wobei eine Beweisvermutung nach § 9 III SGB VII besteht. Einem erhöhten Maße an Risiko im Sinne dieser Vermutung ist ein Versicherter ausgesetzt, wenn diese wesentlich oberhalb der gruppentypischen Gefahr liegt,

Direkter Kontakt zu Covid-19-Patienten erhöht das Risiko für Hyperarousal.

Nachweis von Antikörpern ohne klinische Symptome erfüllt nicht die Kriterien für eine Berufserkrankung.

die der Verordnungsgeber bei seiner Listenaufnahme (in die Liste der Berufskrankheiten) zugrunde gelegt hat. Der Rechtsprechung zufolge reicht es aus, wenn die beruflichen Ursachen überwiegend wahrscheinlich sind. Eine Antikörperbildung nach Aufnahme eines Infektionserregers stellt keine Infektionskrankheit dar, wenn keine klinischen Symptome auftreten [25]. ►Tab. 1 zeigt für die Beweiserbringung prinzipiell notwendige Voraussetzungen.

Aufgrund der unspezifischen Symptome ist ein zeitnahe Erregernachweistest zu erbringen. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs aufgrund eines bloßen Verdachts nicht ausreicht [26].

Diese rechtliche Ausgangssituation könnte in der Situation resultieren, dass Berufsgenossenschaften in Zukunft derartige Fälle zunächst nicht als Berufskrankheit beziehungsweise Arbeitsunfall anerkennen werden. Begründet wird dies damit, dass aus haushaltsrechtlichen Gründen zweifelhafte Fälle nicht von der Berufsgenossenschaft übernommen werden dürfen. Dieser Umstand sollte aber Betroffene nicht von der rechtlichen Überprüfung abhalten. Es empfiehlt sich auf jeden Fall eine entsprechende Beratung durch einen Sozialverband beziehungsweise durch Fachanwälte für Arbeits- und/oder Sozialrecht. In Anbetracht der Tatsache, dass sowohl das Widerspruchsverfahren als auch das Prozessverfahren vor dem Sozialgericht für die Beteiligten im Regelfall kostenfrei ist, besteht also lediglich das Risiko, die Kosten des eigenen Rechtsvertreters übernehmen zu müssen. Betroffene, die diese nicht übernehmen können, sollten versuchen, über die Prozesskostenhilfe den Zugang zum Rechtsschutz zu erhalten. Letztendlich würde es sich positiv auf die Mitarbeiterbindung auswirken, wenn entsprechende Gesundheitseinrichtungen die Mitarbeiter hier beratend, personell und auch finanziell unterstützen würden.

Förderung der psychischen Gesundheit

Neben der rechtlichen Unterstützung von Mitarbeitern ist eine psychosoziale Unterstützung unabdingbar. In der bislang vorhandenen Literatur geht es vor allem um die Verbesserung der psychischen Gesundheit von Patienten in der Pandemie. Eine adäquate psychosoziale Versorgung von medizinischem Personal wird kaum thematisiert. Alle Studien zum Thema psychische Belastung bei Mitarbeitern des Gesundheitswesens kommen länderübergreifend zu dem Er-

gebnis, dass unter dieser Bevölkerungsgruppe eine deutliche Belastung vorliegt. ►Tab. 2 fasst die Risikofaktoren zusammen, die für die Entwicklung von psychischen Störungen im Kontext der berufsbedingten Belastungen der COVID-19-Pandemie identifiziert werden konnten.

Diesen in ►Tab. 2 dargestellten Gruppen sollte also besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Hierbei geht es nicht nur um die intraindividuelle Bewältigung der Stressoren und die Prävention der Manifestation einer klinisch relevanten psychiatrischen Diagnose, sondern auch um die Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft. Durch eine Steigerung der Erkrankungen in diesem Berufsfeld kann es zu einer deutlichen Zunahme der Krankheitstage und somit zu einer Mangelversorgung im ohnehin angeschlageneren Gesundheitswesen kommen. Auch ist die Qualität der Patientenversorgung gefährdet. Ärzte, Pflegekräfte und andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die psychisch belastet sind, zeigen sich beeinträchtigt in der Patientenversorgung. Es ist bekannt, dass psychisch stark belastete Mitarbeiter des Gesundheitswesens ihren Patienten gegenüber weniger Empathie zeigen (können) [27] und häufiger medizinische Fehler machen [28]. Dadurch kann der sozioökonomische Schaden in dieser Pandemie noch weiter vergrößert werden.

Die Ergebnisse der zum Thema psychische Belastung bei Mitarbeitern des Gesundheitswesens durchgeführten Studien zeigen, dass Maßnahmen zum Schutz dieser Menschen ergriffen werden müssen (►Tab. 3). Die Mitarbeiter des Gesundheitswesens benötigen im Rahmen von Pandemien psychosoziale Unterstützung. Dies könnte in Form von einsetzbaren Krisenteams umgesetzt werden, wobei die Art der Unterstützung vom Stadium der Pandemie abhängen soll [29]. Die befragten Mitarbeiter der Universitätskliniken Augsburg gaben zum einen an, dass sie vor allem eine Verbesserung der Infrastruktur benötigen, um besser durch die Pandemie zu kommen. 51 % gaben an, dass mehr Personal benötigt werde. Als weitere wichtige Faktoren wurden eine bessere Organisation und Planung, Stabilität im Team, Kommunikation, finanzieller Ausgleich, Freizeitausgleich, adäquate Schutzmaßnahmen und bessere psychologische Unterstützung angegeben [30]. Eine transparente Information der Mitarbeiter scheint ebenfalls eine große Rolle zu spielen, da gut informierte Mitarbeiter eine geringere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung psychischer Probleme aufweisen [22].

Auch die WHO empfiehlt Mitarbeitern des Gesundheitswesens, auf sich selbst zu achten und hilfreiche Bewältigungsstrategien anzuwenden. Zu diesen gehören ausreichende Pausen und Ruhephasen zwischen den Schichten, gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und regelmäßiger Austausch mit Familie und Freunden. Zudem wird dazu geraten, nicht hilfreiche Bewältigungsstrategien wie Tabak-, Alkohol- oder Drogenkonsum zu vermeiden [31]. Diese Ratschläge erscheinen manch einer Pflegekraft sicher zy-

T1 Voraussetzungen für die Beweiserbringung zur Anerkennung als Berufskrankheit

- Kontakt zu mindestens einer nachgewiesenen Infektionsquelle wie Kollegen, Patienten, Besuchern, plus
- Infektionsübertragung, die nach Art des Kontaktes konkret möglich war, plus
- Umstände aus dem unversicherten Bereich oder eine ausgeprägte Ubiquität des Infektionserregers, die einem Schluss auf die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs mit der versicherten Tätigkeit nicht entgegenstehen

nisch, da das Problem ja genau darin liegt, Pausen nicht einhalten zu können und durch viele Überstunden nicht zu ausreichender Selbstfürsorge gelangen zu können. Allein das Tragen der Schutzausrüstung wird von vielen Mitarbeitern des Gesundheitswesens als massive Belastung erlebt, da es zu physischer Erschöpfung, Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit, erhöhter Körpertemperatur und Schwierigkeiten, menschliche Bedürfnisse zu erfüllen, führt. Gleichzeitig sorgt die persönliche Schutzkleidung auch für psychischen Stress, durch erschwerte Kontaktaufnahme mit den Patienten und teilweise sogar klaustrophobische Ängsten [18].

Vielmehr wäre es wünschenswert, die Verantwortung für die Einhaltung von Arbeitszeiten und Pausen nicht beim Angestellten, sondern bei Führungskräften und anderen Verantwortlichen zu lassen. Das Angebot zu psychosozialer Unterstützung sollte aktiv an den Mitarbeiter herangetragen werden. Es könnte vor allem Risikogruppen eine bezahlte Arbeitszeitreduktion angeboten werden, welche teilweise als Freizeit genutzt werden kann, andererseits aber eine zeitliche Komponente für psychosoziale Unterstützung beinhaltet. Finanzielle Risikozuschläge sind zwar motivationsfördernd, tragen aber nicht zur Lösung der gesundheitlichen Fragen bei. Petzold et al. haben in ihrem Artikel im Nervenarzt die Empfehlungen für Führungskräfte wie folgt zusammengefasst [32]:

- ▶ psychische Belastung im Blick behalten,
- ▶ Kommunikation fördern,
- ▶ Pausen und Erholung fördern,
- ▶ kollegiale Unterstützung ermöglichen,
- ▶ Zugang zu psychosozialen Hilfen aufzeigen,
- ▶ eigene Selbstfürsorge aufrechterhalten,
- ▶ flexible Arbeitszeiten ermöglichen,
- ▶ Stress und psychische Belastung ernst nehmen; Wertschätzung vermitteln,
- ▶ klare Rollen und Aufgabenverteilung [32].

Abschließend darf nicht verkannt werden, dass zum aktuellen Zeitpunkt verlässliche Daten zum Langzeitverlauf sowie zu Prä- und Post-COVID-19-Zeiträumen fehlen. Die bisher vorliegenden Studien befassen sich hauptsächlich mit der ersten Coronawelle. Zu Beginn der Pandemie waren Ängste, Unsicherheiten, fehlende Schutzausrüstung, fehlende Therapieoptionen und Präventionsmaßnahmen wie die Impfung bei den Mitarbeitern sicherlich präsenter als jetzt. Auf der anderen Seite sind die Mitarbeiter des Gesundheitswesens jetzt in der dritten Welle zwar routinierter und erfahrener im Umgang mit dieser anfangs völlig unbekanntem Erkrankung, gleichzeitig jedoch erschöpfter und ausgebrannt, nachdem die Pandemie deutlich länger anhält als anfangs vermutet. Zu Beginn der Pandemie stellte eine deutsche Studie fest, dass die die meisten Mitarbeiter des Gesundheitswesens auch nach der Pandemie weiterhin im Gesundheitswesen arbeiten wollen [16]. Dass dies auch nach einem Jahr Dauerbelastung weiterhin so ist, bleibt zu hoffen.

T2 Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen im Kontext der berufsbedingten Belastungen in der COVID-19-Pandemie

- ▶ Zugehörigkeit zur Berufsgruppe Pflege
- ▶ weibliches Geschlecht
- ▶ direkter COVID-19-Kontakt
- ▶ junges Alter (< 40 Jahre)
- ▶ vorbestehende psychische Erkrankung
- ▶ die Sorge, Angehörige zu infizieren

T3 Studien zum Thema psychische Belastung bei Mitarbeitern des Gesundheitswesens zeigen verschiedene empfehlenswerte Maßnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern des Gesundheitswesens

- ▶ Bereitstellung adäquater Arbeitsausrüstung
- ▶ regelmäßige Rotation des Personals
- ▶ psychologische Unterstützung (Balint-Gruppen, Supervision, Sprechstunden)
- ▶ finanzieller Ausgleich
- ▶ standardisierte Workflows
- ▶ Algorithmen in den kritischen Tätigkeiten
- ▶ Unterstützung durch Vorgesetzte
- ▶ transparenter Informationsfluss

Fazit für die Praxis

Länder- und studienübergreifend lässt sich zusammenfassen, dass Mitarbeiter des Gesundheitswesens während der COVID-19-Pandemie ein erhöhtes Risiko aufweisen, psychische Symptome beziehungsweise Erkrankungen zu entwickeln. Unter den Mitarbeitern des Gesundheitswesens ist die Gruppe des Pflegepersonals besonders hervorzuheben, da diese in allen untersuchten Symptomgruppen höhere Belastungen zeigten als Ärzte und andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens. Die besondere Vulnerabilität des Pflegepersonals ist wahrscheinlich auf den intensiveren Patientenkontakt, das höhere Ansteckungsrisiko und die geringeren Gestaltungsmöglichkeiten zurückzuführen. Unter Berücksichtigung der besonders gefährdeten Risikogruppen sollte allen Mitarbeitern des Gesundheitswesens psychosoziale Unterstützung angeboten werden. Zusätzlich sollten eine Umsetzung der Arbeitsschutzmaßnahmen und gegebenenfalls eine rechtliche Unterstützung erfolgen.

Pflegepersonal ist besonders gefährdet.

Literatur

1. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/121853/Deutschland-verliert-in-der-Coronapandemie-tausende-Pflegekraefte>
2. <https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/coronavirus-viele-pflegekraefte-wollen-wegen-pandemie-dienst-quit-tieren-a-f286b3e2-39d9-4090-9c8b-e2d1613e6618>
3. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/206937/Assistenzarzte-sind-unzufrieden>
4. Brooks SK et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395:912-20
5. Rossi R et al. Mental health outcomes among healthcare workers and the general population during the COVID-19 in Italy. *Front Psychol* 2020;11:608986
6. Tella MD et al. Mental health of healthcare workers during

- the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract* 2020;26:1583-7
7. Giusti EM et al. The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: A cross-sectional study. *Front Psychol* 2020;11
 8. Lee SM et al. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry* 2018;87:123-7
 9. Chua SE et al. Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on High-Risk Health Care Workers. *Can J Psychiatry* 2004;49:391-3
 10. Maunder R et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ* 2003;168:1245-51
 11. Lai J et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3:e203976
 12. Hassanian-Moghaddam H et al. COVID-19 pandemic, healthcare providers' contamination and death: an international view. *Crit Care* 2020;24
 13. Bettinsoli ML et al. Mental health conditions of Italian healthcare professionals during the COVID-19 disease outbreak. *Appl Psychol Health Well-Being* 2020. Online. doi:10.1111/aphw.12239
 14. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_7-aprile-2021.pdf.
 15. Bassi M et al. The relationship between post-traumatic stress and positive mental health symptoms among health workers during COVID-19 pandemic in Lombardy, Italy. *J Affect Disord* 2021;280:1-6
 16. <https://www.springermedizin.de/covid-19/belastungs-und-anpassungsstoerungen/subjective-burden-and-perspectives-of-german-healthcare-workers-/18297170>
 17. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-14-de.pdf?__blob=publicationFile
 18. Gorini A et al. Mental health and risk perception among Italian healthcare workers during the second month of the Covid-19 pandemic. *Arch Psychiatr Nurs* 2020;34:537-44
 19. Conti C et al. Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PLoS ONE* 2020;15
 20. Alonso J et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2020. Online. doi:10.1016/j.rpsm.2020.12.001
 21. García-Fernández L et al. Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers. *Psychol Med*. doi:10.1017/S0033291720002019
 22. Skoda EM et al. *J Public Health Oxf Engl* 2020;42:688-95
 23. Pajonk F et al. Trauma and stress-related disorders in German emergency physicians: the predictive role of personality factors. *Int J Emerg Ment Health* 2012;14:257-68
 24. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/arzt-intensivstation-ein-jahr-nach-infektion-arbeitsunfaehig-1.5247801>
 25. Schönberger/Mehrtens/Valentin. *Arbeitsunfall und Berufskrankheit Kapitel 2.2.1*
 26. Nowak D et al. COVID-19 als Berufskrankheit oder Arbeitsunfall: Überlegungen zu Versicherungsschutz und Meldepflicht in der gesetzlichen Unfallversicherung. *DMW* 2021;146:198-204
 27. de Boer J et al. Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. *Soc Sci Med* 2011;73:316-26
 28. Privitera MR et al. Physician burnout and occupational stress: An inconvenient truth with unintended consequences. *J Hosp Adm* 2014;4:27
 29. Lasalvia A et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;30
 30. Zerbini G et al. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 – a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *GMS Ger Med Sci* 2020;18
 31. [https://www.who.int/bangladesh/emergencies/coronavirus-disease-\(covid-19\)-update/mental-health-advice-for-healthcare-workers](https://www.who.int/bangladesh/emergencies/coronavirus-disease-(covid-19)-update/mental-health-advice-for-healthcare-workers)
 32. Petzold MB et al. Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Nervenarzt* 2020;91:417-21



Victoria Kramer

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin Clearing-Station für Covid-19, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universität Augsburg/BKH Augsburg
Dr. Mack Straße 1, 86156 Augsburg
E-Mail: Victoria.Kramer@bkh-augsburg.de



Andreas Thoma

Assistenzarzt in Weiterbildung, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universität Augsburg/BKH Augsburg
Dr. Mack Straße 1, 86156 Augsburg
E-Mail: Andreas.Thoma@bkh-augsburg.de



Prof. Dr. Miriam Kunz

Lehrstuhlinhaberin für Medizinische Psychologie und Soziologie, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg, Dr. Mack Straße 1, 86156 Augsburg
E-Mail: miriam.kunz@med.uni-augsburg.de

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass keine potenziellen Interessenkonflikte bestehen.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung.

Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

Medizinisches Fachpersonal in der COVID-19-Pandemie: Psyche am Limit

FIN gültig bis 08.07.2021:

IN2106he

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von SpringerMedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.



Dieser CME-Kurs ist auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) zwölf Monate verfügbar. Sie finden ihn, wenn Sie die FIN oder den Titel in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren oder den QR-Code links scannen.

? Welche Berufsgruppe ist besonders gefährdet, psychische Probleme durch die COVID-19-Pandemie zu entwickeln?

- Reinigungspersonal
- Pflegekräfte
- Ärzte
- Psychologisches Personal
- Verwaltungsangestellte

? Welches der genannten Symptome ist *nicht* typisch für eine posttraumatische Belastungsstörung?

- Hyperarousal
- Intrusionen
- Euphorie
- Schlafstörungen
- Flashbacks

? Wie viele Mitarbeiter im deutschen Gesundheitswesen haben sich bisher mit SARS-CoV-2 infiziert?

- ~20.000
- ~50.000
- ~80.000
- ~100.000
- ~150.000

? Welches der folgenden Symptome eignet sich prinzipiell *nicht* zum Screening auf COVID-19-assoziierte psychische Folgeerkrankungen?

- Gereiztheit
- Schlafstörungen
- Erschöpfung
- Schlafstörungen
- Verfolgungsideen

? Welche der folgenden Maßnahmen eignet sich *nicht*, um Mitarbeiter des Gesundheitswesens während der Pandemie zu unterstützen?

- Psychosoziale Unterstützung anbieten
- Freizeitausgleich anbieten
- Finanzieller Ausgleich
- Unbezahlte Überstunden anordnen
- Transparente Informationspolitik

? Wie kann funktionell die psychische Gesundheit in der Pandemie gefördert werden?

- Alkohol
- Drogen
- Fast Food
- Sozialer Rückzug
- Austausch mit Kollegen

? Welche Unterstützung seitens der Arbeitgeber zur Reduktion der Belastung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen ist *am wenigsten* zielführend?

- Erstellung und Ergänzung psychischer Gefährdungsbeurteilungen
- Reduzierung der Arbeitszeit ohne Einkommenseinbußen
- Mehr Arbeitspausen für Pflegepersonal
- Hinweis auf die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Umgang mit COVID-19
- Anerkennende Worte über Medien

? Was ist *kein* Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Störungen im Kontext der Belastungen der COVID-19-Pandemie?

- Weibliches Geschlecht
- Lange Berufserfahrung
- Vorbestehende psychische Erkrankung
- Arbeit auf COVID-19-Schwerpunktstationen
- Berufsgruppe der Pflegenden

? Was ist prinzipiell *kein* Faktor, der eine Kausalität zwischen COVID-19 und Berufserkrankung zulässt?

- Antigennachweis
- Kontakt zu einer Infektionsquelle
- Infektionsweg, der mit der Kontaktart in Verbindung steht
- Tätigkeit in einem Bereich mit wahrscheinlichem Zusammenhang zu einer Infektion
- PCR-Nachweis und erkrankungstypische Symptome

? Welche Maßnahme fördert *nicht* die psychische Gesundheit von Mitarbeitern im Gesundheitswesen während der COVID-19-Pandemie?

- Kollegiale Unterstützung
- Niederschwelliger Zugang zu psychosozialen Hilfen
- Wertschätzung im persönlichen Kontakt
- Transparente Kommunikation
- Distanzierung von Freunden und Familie

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriel unterstützte Online-Maßnahme) zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.