

Pilotstudie zur Evaluation einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation für Pflegekräfte

Christine Wittmann¹, Lilia Papst², Markus Reischl³, Katja Welsch¹, Michael Käfer⁴, Volker Köllner^{1,2,5}

Summary

Pilot study examining a profession-oriented rehabilitation concept for nursing professions

Objectives: Nursing professions are associated with high levels of psychological distress, high numbers of absent days and premature retirement. To achieve higher return-to-work rates, psychosomatic rehabilitation is expected to offer treatments tailored to workplace demands. This pilot study is the first to examine the effects of a new workplace-oriented medical rehabilitation program for nursing professions.

Methods: A total of N = 145 depressed patients in nursing occupations (86.9 % female; 50.9 ± 7.34 years) took part in a workplace-oriented rehabilitation program for nursing professions. At admission they were compared to N = 147 depressed patients (63.27 % female; 49.36 ± 7.58 years) in non-nursing professions regarding patterns of work-related experience and behaviour (AVEM) using a MANOVA with follow-up ANOVAs for individual subscales. Changes in work-related attitudes among the nursing professions following completion of the intervention were assessed using a MANOVA followed by repeated measures ANOVAs. The effect of the workplace-oriented intervention on depressiveness (BDI-II) was compared to a treatment program for depression using a mixed model after taking potentially confounding variables into account.

Results: At entry, depressed patients in nursing professions scored significantly higher on AVEM scale *willingness to work to exhaustion* and lower on AVEM scale *distancing ability* compared to depressed patients in other professions. Following completion of the workplace-oriented intervention program for nursing professions, participants showed a significant reduction on AVEM scales *subjective importance of work*, *willingness to work to exhaustion*, and *striving for perfection*. Increasing scores were observed on the *distancing ability* and *life satisfaction* scales. Depression scores had significantly improved at discharge in both participants of the work-oriented intervention and the disorder-specific intervention for depressive disorders, whereas neither group differences nor interaction effects were found.

Conclusions: The work-oriented intervention for nursing professions successfully induced changes in maladaptive work-related attitudes. Improvements in depressiveness did not significantly differ from an intervention targeting depression specifically.

Z Psychosom Med Psychother 67/2021

¹ Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar.

² Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

³ Karlsruher Institut für Technologie, Eggenstein-Leopoldshafen.

⁴ Mediclin Bliestal Kliniken, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Blieskastel.

⁵ Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Abteilung Psychosomatik und Verhaltenstherapie, Teltow.

Key words

Workplace oriented medical rehabilitation (MBOR) – Nursing Professions – Psychosomatic Rehabilitation – Return-to-work – Occupational Stress and Coping Inventory (AVEM)

Zusammenfassung

Fragestellung: Pflegerische Tätigkeiten sind mit hoher psychischer Belastung, einer hohen Anzahl an Fehltagen und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Beruf assoziiert. Um höhere return to work-Raten bei psychischen Erkrankungen zu erzielen, wird eine stärkere berufliche Orientierung der psychosomatischen Rehabilitation gefordert. In dieser Pilotstudie wurde erstmals ein berufsgruppenspezifisches Konzept für Pflegeberufe auf seine Wirkung hin überprüft.

Method: Es nahmen N = 145 depressive Patient*innen (86.9 % weiblich; 50.9 ± 7.34 Jahre) an einem berufsgruppenspezifischen Reha-Programm für Pflegeberufe teil. Diese wurden zum Aufnahmezeitpunkt mittels einer MANOVA und anschließenden ANOVAs für Subskalen mit N = 147 depressiven Patient*innen (63.27 % weiblich; 49.36 ± 7.58 Jahre) in nicht-pflegerischen Berufen hinsichtlich arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) verglichen. Veränderungen arbeitsbezogener Einstellungen der Pflegekräfte nach Abschluss des Reha-Programms wurden mit einer MANOVA und anschließenden ANOVAs mit Messwiederholung berechnet. Der Effekt der berufsgruppenspezifischen Intervention auf Depressivität (BDI-II) wurde in einem mixed model unter Berücksichtigung möglicher Störvariablen mit einem indikationsspezifischen Konzept für Depressionen verglichen.

Ergebnisse: Pflegekräfte mit Depression erzielten zu Beginn der Rehabilitation signifikant höhere Werte in der AVEM Skala *Verausgabungsbereitschaft* und geringere Werte in der Skala *Distanzierungsfähigkeit* als depressive Rehabilitand*innen anderer Berufsgruppen. Nach der Teilnahme am berufsgruppenspezifischen Programm für Pflegekräfte wiesen die Teilnehmer*innen eine signifikante Reduktion auf den Skalen *Bedeutsamkeit der Arbeit*, *Verausgabungsbereitschaft* und *Perfektionsstreben* auf. Ein signifikanter Anstieg erfolgte auf den Skalen *Distanzierungsfähigkeit* und *Lebenszufriedenheit*. Depressivitätswerte von Pflegekräften und depressiven Patient*innen aus anderen Berufen zeigten deutliche Verbesserungen zum Entlassungszeitpunkt, während keine Unterschiede zwischen den Gruppen und keine Interaktionseffekte gefunden werden konnten.

Diskussion: Das berufsgruppenspezifische Reha-Programm für Pflegekräfte führte erfolgreich zur Änderung maladaptiver arbeitsbezogener Einstellungen. Unterschiede hinsichtlich der Effekte auf die depressive Symptomatik im Vergleich zum störungsspezifischen Reha-Konzept konnten nicht nachgewiesen werden.

1. Einleitung

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Arbeitswelt nimmt in der westlichen Welt beständig zu. Epidemiologischen Studien zufolge gehören sie seit Jahren mit steigender Tendenz zu den häufigsten und kostenintensivsten Erkrankungen (IGES Institut 2003; Lühmann u. Zimolong 2007; Marschall et al. 2013; Badura et al. 2019).

So kam es innerhalb der letzten 20 Jahre bundesweit zu einer Verdoppelung der Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) aufgrund psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, die hinter Muskel- und Skeletterkrankungen den zweithäufigsten Grund für Krankschreibungen darstellten (Knieps u. Pfaff 2018). Die durchschnittliche Dauer psychisch bedingter Krankheitsfälle beträgt mit 38,9 Tagen mehr als das Dreifache anderer Erkrankungen. Zudem ist eine F-Diagnose nach ICD-10 seit der Jahrtausendwende mit 43 % die häufigste Ursache für eine vorzeitige krankheitsbedingte Frühberentung (DRV Bund 2018) bei einem gleichzeitig besonders niedrigen Durchschnittsalter von 48,3 Jahren (DRV Bund 2014).

Auffällig ist dabei die Verteilung über verschiedene Berufsgruppen. Pflegekräfte rangieren in Fehlzeitenstatistiken seit Jahren unter den Berufen mit den meisten Krankheitstagen und tragen aufgrund der hohen körperlichen und psychischen Belastung ein deutlich erhöhtes Risiko der Frühberentung (Hasselhorn et al. 2005; Gustaffson et al. 2019). Ursachen für die erhöhte psychische Belastung in dieser Berufsgruppe sind auf der einen Seite institutionelle Faktoren wie Schichtarbeit, Wochenenddienste, häufige Überstunden, Einspringen an freien Tagen, Personalabbau, Fachkräftemangel, schlechte Aufstiegschancen und schlechte materielle Rahmenbedingungen, auf der anderen Seite individuelle Faktoren wie hohe Identifikation mit dem Beruf, hohe Verausgabungsbereitschaft, hohe Bedeutsamkeit der Arbeit und geringe Distanzierungsfähigkeit (Köllner 2015).

Aus diesem Grund fordert die Rentenversicherung eine stärkere berufliche Orientierung von Rehabilitationsmaßnahmen. Solche Konzepte der „Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation“ (MBOR) implementieren diagnostische und therapeutische Leistungen mit besonderem Berufsbezug (DRV Bund 2014; Koch u. Hillert 2008; Käfer et al. 2018). Die Diagnostik legt also ein besonderes Augenmerk auf die Wechselwirkung zwischen beruflichen Anforderungen und den Fähigkeiten, diese zu bewältigen (Bassler et al. 2017), während die therapeutische Intervention auf das Arbeiten an interaktionellen und motivationalen Problemen, den Umgang mit körperlichen Symptomen und Stressbewältigung am Arbeitsplatz fokussiert.

Die Fachklinik für Psychosomatische Medizin der MediClin Bliestalkliniken in Blieskastel implementierte ein solches MBOR-Konzept speziell für Personen aus Pflegeberufen (Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpfleger und Altenpflegehelfer; Käfer et al. 2018).

Ziel dieser Pilotstudie war eine Untersuchung des MBOR-Konzeptes für Pflegeberufe hinsichtlich der Veränderung maladaptiver arbeitsbezogener Einstellungen und möglicher Nachteile in Bezug auf die Verbesserung depressiver Symptomatik durch den Verzicht auf eine störungsspezifische Intervention.

2. Material und Methoden

2.1. Stichprobe

Es wurden $N = 316$ Rehabilitand*innen mit depressiver Symptomatik ($n = 156$ in Pflegeberufen, $n = 160$ in nicht-pflegerischen Berufen) aus der stationären psychosomatischen Behandlung in den MediClin Bliestalkliniken Blieskastel zur Teilnahme an der Studie rekrutiert. Alle Teilnehmer*innen stimmten schriftlich zu, dass ihre Daten aus der Routine-Fragebogendiagnostik zur Evaluation des Therapiekonzeptes herangezogen werden dürfen. Ein- und Ausschlusskriterien waren Beruf und Aufnahmezeitpunkt. Weitere Ausschlusskriterien, wie zu geringe Deutschkenntnisse zum Ausfüllen der Fragebögen oder Vorliegen eines akuten Krankheitsbildes waren schon mit der Indikationsstellung zur Rehabilitation überprüft worden. Teilnehmer*innen mit fehlenden Werten ($n = 11$ in Pflegeberufen, $n = 13$ in nicht-pflegerischen Berufen) wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen. Die untersuchte Stichprobe umfasste somit insgesamt $N = 292$ Rehabilitand*innen, $n = 145$ Patient*innen in Pflegeberufen mit vorwiegend depressiver Symptomatik (86.9 % weiblich; Alter: 50.9 ± 7.34 Jahre) und $n = 147$ Patient*innen mit Depressionen in nicht-pflegerischen Berufen (63.27 % weiblich; Alter: 49.36 ± 7.58 Jahre). Eine depressive Symptomatik im Sinne der Studienkriterien umschloss sowohl rezidivierende Depressionen als auch depressive Episoden. Psychotische Symptome waren durch die allgemeinen Aufnahmebedingungen in die psychosomatische Rehabilitation ausgeschlossen. Es erfolgte keine Differenzierung nach Haupt- oder Nebendiagnosen.

2.2. Studiendesign

Patient*innen aus dem pflegerischen Tätigkeitsbereich nahmen an einer berufsgruppenspezifischen Intervention (MBOR) für Pflegeberufe teil. Die übrigen Rehabilitand*innen erhielten eine berufsgruppenübergreifende, indikationsspezifische Intervention für Depressionen. Unterschiede in arbeitsbezogenen Einstellungen zum Aufnahmezeitpunkt zwischen Pflegeberufen und anderen Berufen wurden im Querschnittsdesign untersucht. Veränderungen in arbeitsbezogenen Einstellungen von Pflegeberufen wurden im Prä-Post-Design untersucht, Veränderungen der Depressivität in einem nicht-randomisierten Prä-Post-Design mit Kontrollgruppe.

2.3. Interventionen

Eine Übersicht der Therapiebausteine für beide Reha-Konzepte ist in Tabelle 1 dargestellt. Die beiden Therapiekonzepte unterschieden sich wie in Tabelle 1 dargestellt nur in den Inhalten, nicht aber in der Therapiedosis. Beide Gruppen erhielten gemäß den Qualitätsvorgaben der DRV mindestens 22 Anwendungen mit einer Gesamtdauer von mindestens 15 Stunden pro Woche.

MBOR-Pflege: Das Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationskonzept für Pflegekräfte ist ein multimodales Konzept mit einer berufshomogenen Therapiegruppe und interaktioneller Bewegungstherapie als zentralen Elementen (Käfer et al. 2018). Im Rahmen der berufshomogenen Therapiegruppe soll der gemeinsame berufliche Erfahrungshintergrund dazu dienen, die strukturelle Natur der besonderen beruflichen Problemlagen von Menschen in Pflegeberufen anzuerkennen. Diese lassen sich auf individueller Ebene nur schwer kompensieren und können ohne adäquate Abgrenzungsstrategien depressogen wirken. Die interaktionelle Bewegungstherapie als zweiter Therapiebaustein dient als Erfahrungsraum, der in der Therapiegruppe reflektiert werden kann. Die Ausdrucks- und Beziehungsaufgaben in der Gruppe sind so konzipiert, dass typische Konfliktsituationen in pflegerischen Berufen aktualisiert und bewusst reflektiert werden können. Weitere Ziele der Bewegungstherapie sind die Schulung der Körperwahrnehmung und die spielerische Erprobung neuer Verhaltensweisen in der Bewegung und der Begegnung mit anderen. Auf der Basis der evidenzbasierten Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe werden verhaltenstherapeutische Elemente sowohl in Gruppen- als auch in Einzeltherapie integriert, um Zusammenhänge der beruflichen Problematik mit der Biographie und unbewussten Konflikten bearbeiten und konkrete Lösungsstrategien für den beruflichen Alltag erarbeiten zu können (Grawe 2004).

Depressionsgruppe: In der störungsspezifischen Intervention für depressive Erkrankungen erhalten die Patient*innen zunächst Psychoedukation zur Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen sowie den Zusammenhängen zwischen Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen. Die Behandlung orientiert sich am Manual von Hautzinger (Hautzinger 2011) und umfasst kognitive Techniken, wie die Arbeit mit Denkfallen oder Perspektivwechsel, sowie Ansätze zur Verhaltensmodifikation wie dem Aufbau positiver Aktivitäten.

Tabelle 1: Rehabilitationskonzept für Pflegeberufe

	MBOR Pflege	Depressionsgruppe
Teilnehmer	Pflegekräfte mit Depressionen	Andere Berufsgruppen mit Depressionen
Gruppenstärke	9–12 Patienten, halboffene Gruppe	
Obligatorische Therapiebausteine, in Interventions- und Kontrollgruppe unterschiedlich	2×90 Minuten/Woche berufsspezifische Gruppe 2×90 Minuten/Woche interaktionelle Bewegungstherapie (gekoppelt an die Psychotherapiegruppe, themenspezifisch) 30 Minuten/Woche Einzeltherapie	2×90 Minuten/Woche störungsspezifische Gruppe 2×90 Minuten/Woche Musik- oder Kunsttherapie (offene Gruppe) 30 Minuten/Woche Einzeltherapie
Fakultative Therapiebausteine, in Interventions- und Kontrollgruppe gleich	2×90 Minuten/Woche Ergotherapie 2×45 Minuten/Woche Entspannungstraining (PMR), Psychoedukative Seminare 3×60 Minuten/Woche Ausdauertraining (Nordic Walking, Schwimmen, Ergometertraining, Cross-Trainer) 2×60 Minuten/Woche Kraft-Ausdauertraining (Geräteraum) für die Rückenmuskulatur Physiotherapie Physikalische Therapie Sozialberatung	

Die Gesamttherapedosis zwischen dem berufsgruppenspezifischen und dem störungsspezifischen Konzept war vergleichbar und entsprach dem Reha-Therapiestandard für depressive Störungen (DGPPN 2015; DRV Bund 2015a; DRV Bund 2015b; Köllner 2016).

2.4. Erhebungsinstrumente

Die psychodiagnostischen Tests *Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster* (AVEM) und *Beck-Depressions-Inventar* (BDI-II) wurden zu Beginn (T0) und zum Ende (T1) der Rehabilitationsmaßnahme computergestützt erhoben.

2.4.1. AVEM

Der *Fragebogen zur Erfassung der Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster* (AVEM, Schaarschmidt 2006; Beierlein et al. 2016; Baumann 2016) erfasst die Faktoren *Arbeitsengagement*, *psychische Widerstandskraft* und *berufsbegleitende Emotionen*. Diese entstehen faktorenanalytisch aus den elf Skalen *Bedeutsamkeit der Arbeit*, *Ehrgeiz*, *Verausgabungsbereitschaft*, *Perfektionsstreben*, *Distanzierungsfähigkeit*, *Resignationstendenz*, *Problembewältigung*, *Innere Ruhe*, *Erfolgs erleben*, *Lebenszufriedenheit* und *Soziale Unterstützung*. Jede Skala wird anhand von sechs Items im 5-stufigen Antwortformat („trifft völlig zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“) erfasst, sodass der Range möglicher Skalenergebnisse zwischen 0 und 30 beträgt. Der AVEM weist in allen elf Skalen gute Reliabilitätswerte auf (Cronbachs α zwischen .78 und .87; Split-half-Reliabilität zwischen .76 und .90). Er ist veränderungssensitiv (Stabilitätskoeffizienten im 3-Monats-Zeitraum zwischen .69 und .82) und erlaubt zuverlässig individualdiagnostische Aussagen.

2.4.2. BDI-II

Zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik wurde als Erhebungsinstrument das *Beck-Depressionsinventar* (BDI-II) eingesetzt (Hautzinger et al. 2009). Der Fragebogen umfasst 21 Fragen zur Häufigkeit oder Ausprägung depressiver Symptome. Der Befragungszeitraum bezieht sich auf die letzten beiden Wochen. Das Antwortformat ist 4-stufig mit einem Wertebereich von 0 bis 3. Die Items können zu einem Gesamtwert summiert werden, der zwischen 0 und 63 liegen kann. Anhand des ermittelten BDI-II-Summenwerts lässt sich die Ausprägung der Depressivität in vier Kategorien einteilen (keine Depression, leichte Depression, mittelschwere Depression und schwere Depression). Die Reliabilität (Cronbachs Alpha) beträgt für depressive Patient*innen in Behandlung $\alpha = .93$, für Patient*innen mit primär anderen psychischen Störungen $\alpha = .92$ und für Gesunde $\alpha = .90$.

2.5. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit R (Version 4.0.2) und R Studio (Version 1.3.959). Soziodemographische Unterschiede zwischen depressiven Rehabilitand*innen in Pflegeberufen und anderen Rehabilitand*innen mit Depressionen wurden mittels χ^2 -Test ermittelt. Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensweisen beider Gruppen zu T0 wurden mit Hilfe einer MANOVA (Wilks Lambda) verglichen, gefolgt von ANOVAs mit Bonferroni-Korrektur zur Überprüfung individueller Skalen. Der Effekt der berufsgruppenspezifischen Intervention wurde anhand einer MANOVA (Wilks Lambda) und anschließenden ANOVAs mit Messwiederholung (T0 zu T1) für Subskalen überprüft. Der Einfluss des berufsgruppenorientierten Reha-Konzeptes auf Depressivität wurde anhand eines Mixed-Effets-Modells (*nlme package*) mit einem störungsspezifischen Reha-Konzept für Depressivität verglichen. Das Modell schloss neben der Intervention den Testzeitpunkt (T0, T1) als festen Faktor und die Personenvariable als zufälligen Faktor ein. Zusätzlich wurden soziodemographische Variablen mit signifikanten Unterschieden zwischen den Patientengruppen (siehe Tabelle 2) anhand eines Generalized-Least-Squares-Models (Maximum Likelihood) auf ihren Einfluss auf die BDI-II-Werte untersucht und ihr Modellfit jeweils mit Hilfe einer ANOVA mit dem Baseline-Modell (Intercept) verglichen. Eine signifikante Verbesserung der Likelihood Ratio führte zum Einschluss der Variable in das Modell.

3. Ergebnisse

3.1. Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe

Depressive Patient*innen in Pflegeberufen waren im Durchschnitt 50.99 (\pm 7.34) Jahre alt, Patient*innen mit Depressionen in anderen Berufen 49.36 (\pm 7.58) Jahre. Die Gruppe der Pflegekräfte hatte einen signifikant höheren Frauenanteil (86.9 % vs. 63.3 %) und kam signifikant seltener arbeitsfähig in die Rehabilitationsklinik (2.8 % vs. 13.6 %) (Tabelle 2).

3.2. Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensweisen zum Aufnahmezeitpunkt

Eine MANOVA (Wilks Lambda) ergab signifikante Unterschiede in arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensweisen zwischen Pflegekräften mit Depressionen und anderen Berufsgruppen mit depressiver Symptomatik zum Zeitpunkt der Eingangsdiagnostik ($\lambda = 0.87$, $F(11.280) = 3.95$, $p \leq 0.001$). Im Einzelnen wiesen Pflegekräfte mit Depressionen in den anschließenden ANOVAs mit Bonferroni-Korrektur signifikant höhere Werte auf der Skala *Verausgabungsbereitschaft* ($F(1.290) = 29.6$, $p \leq 0.001$, $p_{\text{Bonferroni}} \leq 0.001$) und signifikant geringere Werte auf der Skala *Distanzierungsfähigkeit* ($F(1.290) = 8.90$, $p = 0.003$, $p_{\text{Bonferroni}} = 0.033$) auf (s. Tab. 3).

Tabelle 2: Soziodemographie

	Pflegeberufe	Andere Berufe	df	t
Alter	50.99 (± 7.34)	49.36 (± 7.58)	289	1.87
	Pflegeberufe	Andere Berufe	df	χ^2
N	145	147	1	0.01
Geschlecht				21.74*****
m	19 (13.1 %)	54 (36.73 %)	1	
w	126 (86.9 %)	93 (63.27 %)		
Psychische Diagnosen				16.19
F06	1 (0.69 %)	0 (0 %)	9	
F31	0 (0 %)	2 (1.36 %)		
F32	61 (42.07 %)	50 (34.01 %)		
F33	48 (33.1 %)	39 (26.53 %)		
F34	0 (0 %)	5 (3.4 %)		
F40	2 (1.38 %)	1 (0.63 %)		
F41	3 (2.07 %)	1 (0.63 %)		
F43	24 (16.55 %)	38 (25.85 %)		
F45	2 (1.38 %)	5 (3.4 %)		
Sonstige	4 (2.76 %)	6 (4.08 %)		
Hochschulstudium	3 (2.07 %)	22 (14.97 %)		14.44***
AF vor Rehabeginn	4 (2.76 %)	20 (13.61 %)	1	12.02***
AU vor Rehabeginn	140 (96.55 %)	121 (82.31 %)		
AU < 3 Monate	62 (42.76 %)	54 (36.73 %)	2	0.09
AU 3–6 Monate	25 (17.24 %)	23 (15.65 %)		
AU > 6 Monate	53 (36.55 %)	44 (29.93 %)		
Nicht erwerbstätig	1 (0.69 %)	4 (2.72 %)	1	1.8

* < .05. ** < .01. *** < .001. **** < .0001. ***** < .00001

3.3. Veränderung arbeitsbezogener Einstellungen nach MBOR für Pflegeberufe

Mit Hilfe einer MANOVA (Wilks Lambda) wurden signifikante Veränderungen der arbeitsbezogenen Einstellungen von Pflegekräften zwischen Eingangs- (T0) und Entlassungszeitpunkt (T1) gefunden ($\lambda = 0.85$, $F(11.265) = 4.19$, $p = 0.001$). Zur Ermittlung von Veränderungen auf individuellen Skalen ergaben ANOVAs mit Messwiederholung nach Bonferroni-Korrektur signifikant reduzierte Werte auf den Skalen *Bedeutsamkeit der Arbeit*, *Perfektionsstreben* und *Verausgabungsbereitschaft*, sowie erhöhte Werte auf den Skalen *Distanzierungsfähigkeit* und *Lebenszufriedenheit* (s. Tab. 4).

Tabelle 3: ANOVAs für AVEM-Subskalen der Eingangsdiagnostik.

AVEM-Skala	M _{Pflege}	SD _{Pflege}	M _{Andere}	SD _{Andere}	DF	F	p	p _{adj.}
Bedeutsamkeit der Arbeit	16.45	5.20	16.65	4.80	290	0.11	0.736	1
Distanzierungsfähigkeit	13.58	5.60	15.43	5.52	290	8.90	0.003	0.033
Ehrgeiz	15.69	4.42	15.85	4.88	290	0.09	0.768	1
Erfolgserleben	20.01	4.31	19.73	4.47	290	0.30	0.587	1
Innere Ruhe	16.15	4.87	15.89	4.52	290	0.21	0.645	1
Lebenszufriedenheit	15.97	4.32	15.95	4.76	290	0.001	0.97	1
Perfektionsstreben	24.29	4.36	22.99	4.43	290	6.36	0.012	0.132
Problembewältigung	19.23	4.29	19.10	4.01	290	0.08	0.775	1
Resignationstendenz	20.62	4.89	19.52	4.93	290	3.96	0.056	0.616
Soziale Unterstützung	19.77	4.95	20.74	4.71	290	2.94	0.088	0.968
Verausgabungsbereitschaft	23.32	4.29	20.47	4.65	290	29.6	≤ 0.001	≤ 0.001

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade, F = F-Statistik, p = Signifikanzlevel, p_{adj.} = Bonferroni-korrigiertes Signifikanzlevel

Tabelle 4: ANOVAs mit Messwiederholung für AVEM-Subskalen.

AVEM-Skala	M _{T0}	SD _{T0}	M _{T1}	SD _{T1}	DF	F	p	p _{adj.}
Bedeutsamkeit der Arbeit	16.45	5.20	14.35	4.98	275	11.7	≤ 0.001	0.01
Distanzierungsfähigkeit	13.58	5.6	16.26	4.80	275	20.3	≤ 0.001	≤ 0.001
Ehrgeiz	15.69	4.42	15.05	4.18	275	1.51	0.22	1
Erfolgserleben	20.01	4.31	20.08	4.04	275	0.02	0.89	1
Innere Ruhe	16.15	4.87	17.53	4.21	275	6.36	0.01	0.13
Lebenszufriedenheit	15.97	4.32	17.61	4.40	275	9.81	0.002	0.02
Perfektionsstreben	24.29	4.36	22.27	4.33	275	15.0	≤ 0.001	0.002
Problembewältigung	19.23	4.29	18.75	4.06	275	0.93	0.34	1
Resignationstendenz	20.62	4.89	19.32	4.76	275	5.03	0.03	0.29
Soziale Unterstützung	19.77	4.95	20.55	4.55	275	1.82	0.18	1
Verausgabungsbereitschaft	23.32	4.29	20.38	4.37	275	31.9	≤ 0.001	≤ 0.001

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade, F = F-Statistik, p = Signifikanzlevel, p_{adj.} = Bonferroni-korrigiertes Signifikanzlevel

3.4. Veränderung depressiver Symptomatik nach berufsgruppen- und indikationsspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen

ANOVAs zum Vergleich des Modellfits unter Einschluss der Variablen *Geschlecht* ($\chi^2(1) = 0.01, p = 0.915$) und *Hochschulabschluss* ($\chi^2(1) = 0.05, p = 0.817$) wiesen jeweils keine signifikanten Unterschiede zum Baseline-Modell (Intercept) auf. Jedoch unterschieden sich die Intercepts signifikant zwischen arbeitsfähigen und krankgeschriebenen Rehabilitand*Innen ($\chi^2(1) = 6.57, p = 0.01$), sodass die Variable *Arbeitsfähigkeit* als zufällige Variable in das Modell eingeschlossen wurde. Das Mixed-Effects-Modell mit Intervention und Testzeitpunkt als festen Faktoren und Arbeitsfähigkeit und Individuum als zufälligen Faktoren ergab eine signifikante Verringerung der BDI-II-Werte um mehr als zehn Punkte von T0 zu T1 ($b = -10.31, t(244) = -11.05, p \leq 0.001$). Es gab keinen signifikanten Einfluss der Intervention ($b = 2.04, t(272) = 1.47, p = 0.14$) und keine signifikante Interaktion zwischen der Intervention und dem Testzeitpunkt ($b = -0.9, t(244) = -0.68, p = 0.50$). Das Intercept war signifikant mit $b = 22.55, t(272) = 23.33, p \leq 0.001$.

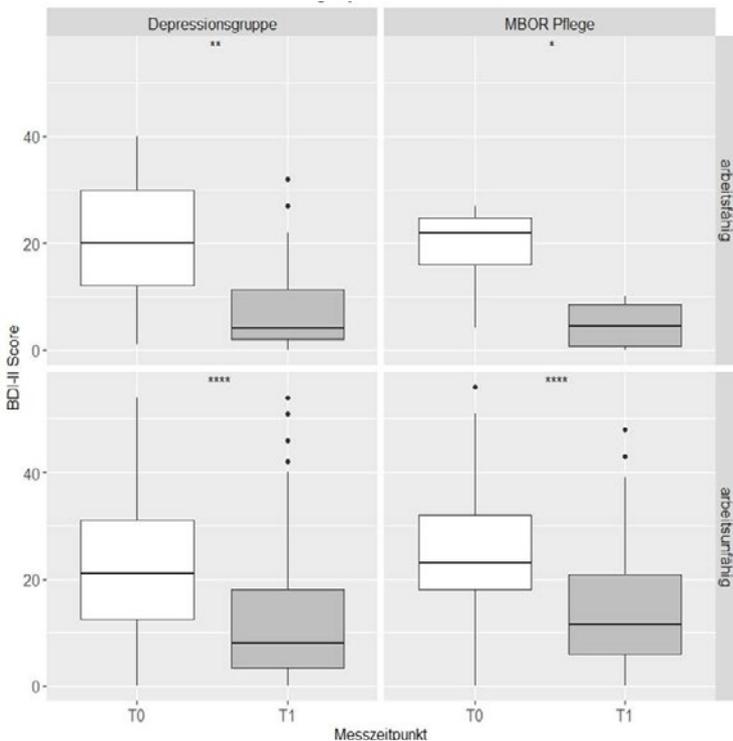


Abbildung 1: Veränderung der Depressivität nach berufsgruppen- und störungsspezifischer Intervention

4. Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde erstmals ein MBOR-Konzept für Pflegeberufe evaluiert. Ein Vergleich der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster ergab, dass Pflegekräfte bei Aufnahme eine höhere Verausgabungsbereitschaft und geringere Distanzierungsfähigkeit als depressive Rehabilitand*innen in anderen Berufen aufweisen – was mit einem höheren Risiko für die Entwicklung einer beruflichen Gratifikationskrise (Sgrist et al. 2016) assoziiert sein kann. Nach der Teilnahme an einer berufsgruppenspezifischen Intervention für Pflegekräfte erreichten sie eine signifikante Reduktion auf den Skalen *Bedeutsamkeit der Arbeit*, *Verausgabungsbereitschaft* und *Perfektionsstreben* und im Gegenzug höhere Werte auf den Skalen *Distanzierungsfähigkeit* und *Lebenszufriedenheit*. Eine Untersuchung der Depressivitätswerte von Pflegekräften und depressiven Patient*innen mit anderen Berufen zeigte deutliche Verbesserungen zum Abschlusszeitpunkt, aber keine Unterschiede zwischen den Gruppen und keine Interaktionseffekte. Die Befürchtung, eine stärkere berufliche Orientierung der Rehabilitation könnte zu Lasten des störungsspezifischen Effekts gehen, bestätigte sich somit nicht.

Die vorliegende Studie liefert erste Hinweise darauf, dass eine berufsgruppenspezifische Intervention für Pflegekräfte gesundheitsschädigende arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensweisen positiv beeinflussen kann, ohne signifikante Einbußen in der Behandlung depressiver Symptomatik durch den Verzicht auf eine störungsspezifische Intervention mit sich zu bringen. Erstmals wird in dieser Pilotstudie ein explizit psychotherapeutisch orientiertes MBOR-Konzept evaluiert. Das MBOR-Konzept war zunächst in der orthopädischen Rehabilitation implementiert worden und es stellte sich die Frage, ob die dort etablierten trainingsorientierten Rehabilitationskonzepte auf die Psychosomatik übertragbar sind. Berufliche Problemlagen entstehen in der Psychosomatik weniger durch funktionale Defizite als durch störungsimmanente interaktionelle oder motivationale Probleme, weshalb die Entwicklung spezifischer psychotherapeutischer Konzepte gefordert wurde (Adam-Kessler u. Köllner 2021). Als ein Problem wird hierbei die mögliche Verstärkung einer dysfunktionalen Leistungsorientierung durch einseitig trainingsorientierte Konzepte gesehen (Wasilewski 2017; Köllner 2018). Die hier gefundenen Veränderungen im AVEM geben einen ersten Hinweis darauf, dass psychotherapeutische Konzepte in der Lage sind, hier einen korrigierenden Effekt zu haben.

Depressive Erkrankungen unter Pflegekräften weisen weltweit hohe Prävalenzraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auf (Shields u. Wilkins 2006; Letvak et al. 2012; Shari et al. 2017; Grobe u. Steinmann 2019), die während der COVID-19-Pandemie noch weiter angestiegen sind (An et al. 2020). Die vorliegende Studie fand, dass Pflegekräfte ihren beruflichen Anforderungen mit signifikant höherer Verausgabungsbereitschaft und geringerer Distanzierungsfähigkeit begegnen als andere Rehabilitand*innen. Dies könnte darauf hinweisen, dass hohe Arbeitsbelastung durch Ökonomisierung und Fachkräftemangel in Pflegeberufen auf persönlicher Ebene durch gesundheitsgefährdende Einstellungen zur Arbeit kompensiert werden. Solche Einstellungen gelten jedoch als Risikofaktoren für die Entwicklung von Burn-

out- und Folgeerkrankungen (Beierlein et al. 2016). Langfristig könnte sich auf diese Weise ein Teufelskreis aus Krankschreibungen und Frühberentungen, Personalmangel und Burnout im Pflegebereich ergeben.

5. Limitationen und Ausblick

Anhand der aktuellen Studie konnte gezeigt werden, dass zumindest kurzfristig gesundheitsschonendere Einstellungen wie geringere Bedeutsamkeit der Arbeit, geringere Verausgabungsbereitschaft und verringertes Perfektionsstreben sowie höhere Distanzierungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit erreicht werden können. Allerdings ist unklar, als wie stabil die Veränderungen sich im Arbeitsalltag erweisen.

Auch handelt es sich zwar um statistisch bedeutsame Verbesserungen, allerdings ausgehend von einem stark dysfunktionalen Ausgangsniveau, sodass die Arbeits- und Verhaltensmuster insgesamt zum Abschluss der Intervention nicht notwendigerweise eine gesundheitsförderliche Ausprägung aufweisen.

Darüber hinaus wurde das MBOR-Konzept für Pflegeberufe allen Pflegekräften mit diagnostizierter Depression in der Rehabilitation angeboten. Die Fallzahlen zeitgleich in der Rehabilitation anwesender Pflegekräfte reichten nicht aus, um eine Kontrollgruppe mit dem gleichen beruflichen Hintergrund zu bilden. Ein direkter Vergleich der Wirkung unterschiedlicher Rehabilitationskonzepte bei Pflegekräften war daher nicht möglich. Die Evaluation im Prä-Post-Vergleich zeigt also gesundheitsförderliche Veränderungen in arbeitsbezogenen Einstellungen, lässt jedoch keine Rückschlüsse darauf zu, ob die medizinisch-beruflich-orientierte Intervention hierbei bessere Ergebnisse bei Pflegekräften erzielt als bestehende Reha-Konzepte. Auch erfolgte die Implementierung probeweise an einer Klinik, sodass klinikspezifische Einflussgrößen nicht ausgeschlossen werden können. Zukünftige Untersuchungen könnten daher in Form einer Multi-Center-Studie erfolgen. Eine weitere relevante Forschungsfrage ist hier, ob sich mit vergleichbaren Konzepten auch dysfunktionale AVEM-Muster, wie sie bei Patient*innen mit komplexer PTBS gefunden wurden, modifizieren lassen (Brenner et al. 2019, 2021).

Diese Limitationen könnten in einer randomisierten Studie mit Kontrollgruppe und Follow up-Untersuchung adressiert werden.

Literatur

- Adam-Keßler, U., Köllner, V. (2021): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). In: Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation, S. 324–327. München: Elsevier.
- An, Y., Yang, Y., Wang, A., Li, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Ungvari, G.S., Qin, M.-Z., An, F.-R., Xiang, Y. T. (2020): Prevalence of depression and its impact on quality of life among front-line nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *J Affect Disord* 276, 312–315.

- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hg.) (2019): Fehlzeiten-Report 2019: Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Springer-Verlag.
- Baumann, R. (2016): Prognose und Verhinderung von Abbrüchen bei Qualifizierungen in der beruflichen Rehabilitation. *Rehabilitation* 55, 157–166.
- Bassler, M., Köllner, V., Paar, G., Grohmann, S., Rüddel, H. (2017): Psychosomatische Rehabilitation. In: Köhle, K., Herzog, W., Joraschky, P., Kruse, J., Langewitz, W., Söllner, W. (Hg.): *Uexküll Psychosomatische Medizin*, S. 561–568. 8. Auflage. München: Elsevier.
- Beierlein, V., Köllner, V., Neu, R., Schulz, H. (2016): Ein Verfahren zum Screening dreier Dimensionen arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster in der psychosomatischen Rehabilitation – Vorschlag für eine Kurzform AVEM-3D. *Rehabilitation* 55, 348–356.
- Brenner, L., Köllner, V., Bachem, R. (2019): Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *Eur J Psychotraumatol* 10, 1694766.
- Brenner, L., Härtter, C., Bachem, R., Knaevelsrud, C., Köllner, V. (2021): Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster. *Psychother Psychosom Med Psychol*. doi: 10.1055/a-1348-1896.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin: DRV Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015a): Reha-Therapiestandards Depressive Störungen. Berlin: DRV Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015b): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Berlin: DRV Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): Rentenversicherung in Zeitreihen 2018. Berlin: DRV Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2019. Berlin: DRV Bund.
- DGPPN, BÄK, KVB & AWMF (Hg.) (2015): für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grobe, T., Steinmann, S. (2019): Gesundheitsreport 2019 – Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Gustafsson, K., Bergström, G., Marklund, S., Aboagye, E., Leineweber, C. (2019): Presenteeism as a predictor of disability pension: A prospective study among nursing professionals and care assistants in Sweden. *J Occup Health* 61(6), 453–463.
- Hasselhorn, H.M., Müller, B.H., Tackenberg, P. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2009): BDI I-II. Beck Depressions-Inventar Revision Manual. 2. Auflage. Frankfurt a. M.: Pearson.
- Hautzinger, M. (2011): Depressionen. In: Linden, M., Hautzinger, M. (Hg.): *Verhaltenstherapie-manual*, S. 565–571. Berlin, Heidelberg: Springer.
- IGES Institut (2003): DAK Gesundheitsreport 2003. Hamburg: DAK.
- Käfer, M., Wittmann, C., Roß, S., Freiberg, A., Lipka-Stöhr, G., Köllner, V. (2018): Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Psychosomatik. *Ärztliche Psychotherapie* 13, 23–29.

- Knieps, F., Pfaff, H. (Hg.) (2018): BKK Gesundheitsreport 2018. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Koch, S., Hillert, A. (2008): Berufsbezogene Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G., Meermann, R., Lamprecht, F. (Hg.): Rehabilitation in der Psychosomatik, S. 232–254. Stuttgart: Schattauer.
- Köllner, V. (2015): Berufsbezogene Psychosomatische Rehabilitation für Pflegeberufe. In: Hoffmann, F., Reschauer, G., Stöfel, U. (Hg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, S. 241–252. Freiburg: Edition FFAS.
- Köllner, V. (2016): Rehabilitation bei depressiven Störungen. *Rehabilitation* 55, 395–410.
- Köllner, V. (2018): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Psychosomatische Prävention und Rehabilitation (DGPPR) zur Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). *Ärztliche Psychotherapie* 13, 263–265.
- Letvak, S., Ruhm, C. J., McCoy, T. (2012): Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurse Spec* 26(3), 177–182.
- Lühmann, D., Zimolong, B. (2007): Prävention von Rückenerkrankungen in der Arbeitswelt. In: Badura, B., Schnellschmitt, H., Vetter C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2006, Chronische Krankheiten, S. 63–80. Heidelberg: Springer.
- Marschall, J., Nolting, H.-D., Hildebrandt, S. (2013): Gesundheitsreport 2013: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update psychische Erkrankungen – Sind wir heute anders krank? Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Bd. 5. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Schaarschmidt, U. (2006): AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hg.): Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf, S. 59–82. Bonn: Deutscher Psychologischer Verlag.
- Shahri, S. S. S., Ghashghaee, A., Behzadifar, M., Bragazzi, N. L., Behzadifar, M., Mousavinejad, N., Ghaemmoahadi, M.S., Ebadi, F., Seyedin, H. (2017): Depression among Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis. *MJIRI* 31, 130. doi: 10.14196/mjiri.31.130.
- Shields, M., Wilkins, K. (2006): Findings from the 2005 national survey of the work and health of nurses. Ottawa, Canada: Statistics Canada, Canadian Institute for Health Information.
- Sigrist, J. (2016): Arbeitswelten und Psychische Störungen. *PiD*, Heft 2, 17–21.
- Wasilewski, J., Otto, J., Linden, M. (2018): Zunahme der Selbstpflege statt der Widerstandsbereitschaft bei Belastungen: Haupt- oder Nebenwirkung in der medizinisch beruflich orientierten psychosomatischen Rehabilitation? *Psychother Psychosom Med Psychol* 68, 417–422.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Volker Köllner, Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow, E-Mail: volker.koellner@charite.de