

Dr. Wolfgang Hien, Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie,
Bremen

Ein tragischer Tod, der Fragen aufwirft

Arbeits- und gesundheitswissenschaftliches Gutachten zur Gefährdung der psychischen Gesundheit des Pflegepersonals im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung des Suizids von Andreas Arendt, ehem. Krankenpfleger der Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg

Gliederung

- Vorbemerkungen zu Auftrag, Material und Methode
- Arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisstand
- Arbeits- und Gesundheitssituation von Andreas Arendt
- Anmerkungen zur Depressionserkrankung Herrn Arendts
- Exkurs zum arbeits- und berufsbedingten Suizid
- Zur Rolle der staatlichen Arbeitsschutzaufsicht
- Rehabilitations- und Berufskrankheitenrecht
- Zusammenfassung und Ausblick

Vorbemerkungen zu Auftrag, Material und Methode

Andreas Arendt, langjähriger Krankenpfleger im Klinikum St. Georg, nahm sich am 15. August 2021 im Alter von 61 Jahren das Leben. Sein Bruder, Rudolph Arendt, ging den möglichen Ursachen nach und kam zu der begründeten Vermutung, dass die Arbeitsbedingungen seines Bruders zu einer schweren Depression führten und insofern erheblichen Anteil an dessen frühen Tod haben. Rudolf Arendt gab mir im September 2022 den Auftrag, ein Gutachten zu erstellen, in dem der Stand der arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen, epidemiologischen, arbeitsmedizinischen, psychiatrischen und sozialrechtlichen Erkenntnisse zu schweren arbeitsbedingten Depressionen in der Krankenpflege dargestellt und auf den konkreten Fall seines Bruders bezogen werden. Es war zu prüfen, ob die Kriterien einer Berufskrankheit mit Todesfolge vorliegen. Zugleich war zu prüfen, ob der vorliegende Fall ein Präzedenzfall sein kann, um

die arbeitsbedingte Depression in die Liste der Berufskrankheiten aufzunehmen bzw. zum Anlass zu nehmen, eine solche wissenschaftliche und sozialpolitische Initiative anzustoßen und zu untermauern. Der Gutachter übernahm diesen Auftrag, war und ist aber in seinem Gutachten alleine seinem wissenschaftlichen Wissen und seinen wissenschaftsethischen Überzeugungen verpflichtet. Die Erstellung des Gutachtens erfolgte weisungsfrei und völlig unabhängig von besonderen inhaltlichen Zielvorgaben. Grundlage der Begutachtung waren, neben einer umfangreichen Literaturrecherche, Eckdaten der Arbeitsgeschichte des Betroffenen, Tagebuchaufzeichnungen, Interviews mit ehemaligen Mitarbeitenden und weiteren Beschäftigten des Klinikums St. Georg sowie medizinische Berichte, die der Verstorbene seinem Bruder hinterließ. Neben der zusammenfassenden Darstellung des Literaturstandes kommen im Gutachten Methoden der Dokumentenanalyse (Döring/Bortz 2016), der biographischen Rekonstruktion (Rosenthal 2002, 2016; Ohlbrecht 2016), der qualitativen Inhaltsanalyse (Rosenthal 2016; Mayring/Fenzl 2019) und der sozialwissenschaftlich-psychoanalytisch orientierten Hermeneutik (Horn et al. 1983; Neumann 1984; Kurt 2004) zur Anwendung.

Arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisstand

Schon in den 1980er Jahren zeigte sich in den Kliniken eine strukturelle Unterbesetzung von Pflegekräften, eine Dauersituation, die unter dem Begriff des Pflegenotstandes gefasst wurde. Vor dem Hintergrund einer politisch gewollten Ökonomisierung des Gesundheitswesens entstanden bundesweit Großkliniken, die über die stationäre Versorgung – es galt noch eine tages- und bettbezogene Finanzierung – ihre Umsätze steigern konnten. Als Ausweg aus dem Pflegenotstand wurde 1992 eine rechtsverbindliche Pflege-Personal-Regelung (PPR) eingeführt, die eine deutliche Verbesserung brachte, jedoch 1997 wieder außer Kraft gesetzt wurde. In Planung war ein völlig neues Finanzierungssystem auf der Basis von Fallpauschalen bzw. Diagnosis Related Groups (DRGs), die 2003 eingeführt wurden. Politisch gewollt war eine noch strikere Ökonomisierung, die auch mit Privatisierungen und Vermarktlichung der Krankenversorgung einherging. Dies führte patientenseitig zu einer erheblichen Steigerung der Krankenhaus-Fälle und – bei einer stagnierenden Zahl von Krankenschwestern und Krankenpflegern – zu einem erheblichen Anstieg der Fallzahl pro Pflegekraft. Nach über zehn Jahren DRGs vermeldete das Ärzteblatt: „Die Arbeitsbelastung für Pflegekräfte an deutschen Krankenhäusern ist in den vergangenen Jahren drastisch gestiegen. Das geht aus der Antwort des Statistischen Bundesamtes auf eine Anfrage der Linken-Fraktionsvize Sabine Zimmermann hervor. Demnach ist die durchschnittliche Fallzahl pro Pflegekraft und Jahr in den Kliniken von 1994 bis 2014 von 45 auf

60 gewachsen. Das ist eine Zunahme der Belastungssteigerung um 32,7 Prozent“ (Ärzteblatt v. 16. Juli 2016). Die Situation der Pflegekräfte hat sich seither nicht verbessert. Mit einem Pflegepersonalbestand von – in Vollzeit umgerechnet – etwa 350 Tausend müssen etwa 20 Millionen Patienten und Patientinnen versorgt werden. Zugleich sind die Arbeitsanforderungen aufgrund der steigenden Zahl multimorbider Fälle gestiegen. Das gesetzlich festgelegte Finanzierungssystem erlaubt es nicht, Pflegekräfte deutlich besser zu entlohnen und damit die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Damit zementiert der Gesetzgeber den bestehenden Pflegenotstand. Würde die ausgesetzte PPR zugrunde gelegt, müssten 100.000 zusätzliche Pflegekräfte eingestellt werden (Simon 2020). Zwar sind von der Bundesregierung diesbezüglich grundlegende Reformen angekündigt, doch sind angesichts der nach wie vor dominierenden Ökonomisierungsrichtung Zweifel an einer grundlegenden Verbesserung angebracht.

Repräsentative Erhebungen beim Krankenpflegepersonal zeigen ein aus arbeitswissenschaftlicher Sicht hoch bedenkliches Resultat: 80 % der Befragten arbeiten unter hohem oder sehr hohem Zeitdruck, 60 % leiden unter sich widersprechenden Anforderungen und 50 % müssen aufgrund des Zeitdruck Abstriche bei ihrer Arbeitsqualität machen (Gerdes 2018). Ebenfalls 50 % der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen weisen Symptome eines Burnouts auf, wobei eine hohe Korrelation zu den quantitativen Arbeitsanforderungen gefunden wurde (Fischer et al 2020), m.a.W.: die durch Personalnotstand bedingte Arbeitsintensivierung erodiert die psychischen Ressourcen des Pflegepersonals und führt zu eindeutigen Überlastungsphänomenen, die weit über dem Durchschnitt aller anderen Berufsgruppen in der Erwerbsbevölkerung liegen. Die Corona-Pandemie und die damit verbundenen zusätzlichen Belastungen haben die Situation der Krankenhausbeschäftigten weiter verschärft: 21 % der Pflegekräfte leiden an depressiven Symptomen (Morawa et al. 2021). Seit langem ist bekannt, dass der zunehmende Zeitstress Gesundheitsarbeiter/innen und insbesondere das Pflegepersonal in einen moralischen Gewissensstress bringen, d.h. die real mögliche Pflegearbeit kommt immer mehr in Konflikt mit den eigenen berufsethischen Ansprüchen (vgl. dazu: Hien 2008, S. 176 ff.). Die Pandemie hat diesen Stressfaktor noch verstärkt: Eine umfassende Studie in Londoner Kliniken deckte ein fast dreifaches Depressionsrisiko (RR = 2,9) für Schwestern und Pfleger auf, die unter moralischem Distress litten (Lamb et al. 2021). Die real existierenden Organisationsstrukturen im Krankenhaus sind nicht in der Lage, die arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen zu mildern oder wenigstens teilweise zu kompensieren; das Gegenteil ist der Fall: Gerade in der Pandemie wurde deutlich, dass die herrschenden Strukturen die ohnehin massiven

Belastungen, Beanspruchungen und arbeitsbedingten Erkrankungsrisiken verstärken (Hien/Schwarzkopf 2021). In der arbeitswissenschaftlichen Epidemiologie fällt auf, dass krankmachende Faktoren wie mangelnde oder fehlende soziale Unterstützung am Arbeitsplatz und Mobbing besonders ausgeprägt beim Pflegepersonal auftreten. Eine schwedische Studie, in der mehr als 6000 Erwerbstätige über einen Zeitraum von zehn Jahren beobachtet wurden, zeigt die besondere Bedeutung einer durchgängig fehlenden sozialen Unterstützung: Dieser Faktor ließ das Depressionsrisiko, nachdem alle Personen, bei denen zu Beginn des Beobachtungszeitraums depressive Symptome vorhanden waren, herausgerechnet wurden, auf ein $RR = 2,5$ ansteigen (Ählin et al. 2018). In einer klassischen Studie zeigen Kivimäki et al. (2003), dass ein über zwei Jahre verlaufendes Mobbing in finnischen Krankenhäusern bei den dort Beschäftigten das relative Risiko, an Depression zu erkranken, um das fast Fünffache steigen lässt ($RR = 4,8$). Diese Ergebnisse haben sich der Tendenz nach auch in anderen Studien bestätigt (Sobstad et al. 2021). Als Zwischenfazit ist festzuhalten: Die Situation der Pflegekräfte, sowohl international als auch an deutschen Kliniken, kann hinsichtlich ihrer Gesundheitsgefährdung als durchaus dramatisch bezeichnet werden.

Je nach Schätzung leiden 10 bis 20 % der erwerbsfähigen Bevölkerung an psychischen Beeinträchtigungen, vorwiegend an depressiven Episoden mit unterschiedlichem Schweregrad (Wittchen 2010). Sind diese Zahlen allein schon erschreckend genug, so erweitert sich das Bild, wenn wir die Folgen betrachten. Mehr als 20.000 Personen verlieren jährlich wegen einer Depressionserkrankung ihre Erwerbsfähigkeit. Die schlimmste Folge: Depressionserkrankungen stellen, wenn sie längerfristig oder rezidivierend anhalten, mit mehr als 9.000 jährlichen Suiziden eine tödliche Gesundheitsgefahr dar. Epidemiologische Schätzungen gehen davon aus, dass mindestens ein Drittel der Depressionen arbeitsbedingt sind (Bödeker 2006; Netterstrom et al. 2008). In der arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Diskussion wird seit langem der Frage nachgegangen, inwieweit Vorerkrankungen oder Dispositionen für Depressionserkrankungen ursächlich oder mit-ursächlich sind, m.a.W.: Sind die Arbeitsbedingungen nur ein Auslöser für eine larvierende Erkrankung, die ohnehin in absehbarer Zeit ausgebrochen wäre? Aufschlussreich ist eine große epidemiologische Studie mit mehr als 8.000 über 45-Jährigen Erwerbstätigen, die unter Federführung des Londoner Psychiaters Stephen Stansfeld durchgeführt und in der sehr genau gegen psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter adjustiert wurde. Sie zeigt nach dieser Adjustierung ein fast zweifach erhöhtes Risiko – genauer: ein signifikantes relatives Risiko $RR = 1,8$ – für Depressionserkrankungen und Angststörungen,

wenn bei der Arbeit kein Handlungsspielraum besteht, die soziale Unterstützung fehlt oder eine hohe Jobunsicherheit besteht (Stansfeld et al. 2008). Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in einer deutschen Studie: Je höher die Arbeitsintensität war, desto häufiger traten Depressionserkrankungen auf (Rau et al. 2010). Die Studie wurde methodisch differenzierend angelegt, sodass eine dispositions- oder krankheitsspezifisch veränderten Wahrnehmung der Umwelt und damit auch der Arbeitsmerkmale als ursächlicher Faktor ausgeschlossen werden konnte. Andere Studien, in denen der negative Effekt vom Mobbing am Arbeitsplatz untersucht wurde, haben ähnliche Ergebnisse erbracht (Lange et al. 2019). In der epidemiologischen Forschung werden Zusammenhänge zwischen Exposition, d.h. dem Ausgesetztsein gegenüber krankmachenden Faktoren, und der Krankheitsinzidenz untersucht. Für kausale Aussagen muss es sich um Längsschnittstudien handeln, d.h. die Exposition muss zeitlich vor dem Erkrankungsereignis liegen. Zusätzlich muss der Zusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung biologisch bzw. pathophysiologisch plausibel bzw. durch die – wie es in den Sozialgesetzen heißt – „Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ gedeckt sein. Das umfangreiche epidemiologische Datenmaterial lässt keinen Zweifel daran, „dass Überforderung bei der Arbeit, gemessen anhand stresstheoretisch fundierter Modelle, zur Ausbreitung depressiver Störungen in der Erwerbsbevölkerung in relevantem Umfang beiträgt“ (Siegrist 2018, S. 221).

Im Umkehrschluss lässt sich festhalten: Werden bei der Arbeit Kriterien der menschengerechten Gestaltung – Ausführbarkeit, Beeinträchtigungsfreiheit, Schädigungslosigkeit und Persönlichkeitsförderung – eingehalten, so können auch Personen mit einer erhöhten Vulnerabilität ihre Arbeit ohne zusätzliche Gesundheitsgefährdung ausüben. Bleibt allerdings die soziale Unterstützung durch Mitarbeitende und Vorgesetzte aus oder verkehrt sich das soziale Miteinander in ein Gegeneinander, dann kann die Arbeitssituation sehr wohl ursächlicher Auslöser einer Depression sein. Tritt eine solche Erkrankung als Folge der Arbeitsbedingungen ein, so muss die Arbeitsbedingtheit dieser Erkrankung in Betracht gezogen werden. Epidemiologisch gesehen ist diese Aussage wie folgt zu interpretieren: Ätiologisch, also krankheitsverursachend, sind die Arbeitsbedingungen zwar nicht alleine verantwortlich, d.h. es gibt aufgrund der multifaktoriellen Ätiopathogenese einer Depression immer auch weitere Co-Ursachen, doch ungünstige Arbeitsbedingungen tragen erheblich – die Epidemiologie spricht bei statistischer Sicherheit von „signifikant“ – zur Krankheitsmanifestation bei. Die Ergebnisse der arbeitswissenschaftlich-epidemiologischen Forschung zur arbeitsbedingten Depression lassen den Schluss zu: Bei besseren Arbeitsbedingungen wäre ein progredienter Krankheitsverlauf vermeidbar, zumindest wäre das Risiko für einen derartigen

Verlauf gemildert. Bei all dem ist zu beachten, dass epidemiologische Aussagen immer Aussagen in einem Wahrscheinlichkeitsraum darstellen. Für den Einzelfall heißt dies: Sind die gesundheitsgefährdenden Faktoren wie z.B. hohe Arbeitsintensität und fehlende soziale Unterstützung sicher gegeben, so sind Depressionserkrankungen oder weitere psychische Störungen als arbeitsbedingt anzusehen.

Einer arbeitsbedingten Gefährdung ist von Gesetzes wegen „mit allen geeigneten Mitteln“ vorzubeugen, wobei für die entsprechenden Präventionsmaßnahmen Arbeitgebende (Arbeitsschutzgesetz, ArbSchG) und die gesetzliche Unfallversicherung in die Pflicht nimmt (Sozialgesetzbuch Sieben, SGB VII). Im Falle von Asklepios ist für die überbetriebliche Intervention die Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zuständig. Der Kerngehalt des ArbSchG besteht in der Verpflichtung des Arbeitgebenden, eine „Beurteilung der Arbeitsbedingungen“, die so genannte Gefährdungsbeurteilung, durchzuführen. Hierin ist sie gemäß des Sozialgesetzbuches Sieben von der Unfallversicherung zu unterstützen. Der Stand der arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse hierzu ist festgehalten in den Empfehlungen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) zur „Berücksichtigung der psychischen Belastungen in der Gefährdungsbeurteilung“, die 2014 veröffentlicht wurde und mittlerweile bereits in der vierten Auflage erschienen ist (Beck et al. 2022). Die staatliche Arbeitsschutzaufsicht hat Arbeitsschutzorganisation und Gefährdungsbeurteilung zu überwachen. In engem Zusammenhang mit der Gefährdungsbeurteilung ist das im SGB IX geregelte Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) zu sehen, eine Maßnahme von hoher arbeits- und sozialrechtlicher Bedeutung: Nach 42 Tagen Arbeitsunfähigkeit im Verlauf der letzten 365 Tage muss das Unternehmen ein solches Eingliederungsverfahren anbieten. Im Rahmen eines organisierten Suchprozesses muss versucht werden, eine Anpassung der Arbeitsaufgaben sowie der zeitlichen und organisatorischen Arbeitsbedingungen an die gesundheitliche Situation des/der von Krankheit Betroffenen zu finden. Es geht also um eine leidensgerechte Arbeitsgestaltung. Im BEM-Verfahren zeigt sich eine enge Wechselwirkung von Arbeitsschutzrecht und Rehabilitationsrecht. Zusätzlich greift hier eine besondere Bestimmung des ArbSchG, nämlich in der Arbeitsgestaltung den Belangen besonders schutzbedürftiger Personen gerecht zu werden. Hierzu zählen auch chronisch Erkrankte und vulnerable Personen.

Arbeits- und Gesundheitssituation von Andreas Arendt

Andreas Arendt (im Folgenden Herr A.), geb. 1960, alleinstehend und kinderlos, war seit 1984 als examinierter Krankenpfleger in der Klinik St. Georg, Hamburg,

beschäftigt. Sein Arbeitsplatz war hauptsächlich in der Dermatologie angesiedelt. Herr A. wurde zeitweise als stellvertretende Schichtleitung eingesetzt und war über einen Zeitraum von 20 Jahren auch als Mentor für Auszubildende zuständig. Die Persönlichkeit Herrn A.'s lässt sich wie folgt charakterisieren: Einerseits war er in Situationen, in denen er sich nicht unter Druck stehend fühlte, eher kommunikativ und hilfsbereit. So leitete er selbst organisierte Fahrradtouren und traf sich gerne mit befreundeten Menschen. Auch ist seine Berufswahl von der Idee geleitet, mit Menschen zu arbeiten und anderen Menschen zu helfen. Sein Leben war immer vom Vorzeichen bestimmt, möglichst genau und verantwortungsvoll zu handeln. Andererseits reagierte Herr A. äußerst sensibel auf Belastungs- und Drucksituationen, denen er mit Hilflosigkeit und Rückzug begegnete. Herr A. empfand seine berufliche Situation zunehmend als widersprüchlich, belastend und wohl in den letzten Jahren als erdrückend. Der durch die personelle Unterbesetzung zunehmende Zeitdruck brachte Herrn A. in eine Situation eines anhaltenden moralischen Distresses, d.h. er konnte seine pflegerische Arbeit immer weniger mit seinen berufsethischen Überzeugungen in Einklang bringen. So kam es immer wieder vor, dass er Patienten und Patientinnen, die seiner Einschätzung nach einer besonderen emotionalen Zuwendung bedurften, nach Schichtende Geschichten vorlas. Sporadische Tagebuchaufzeichnungen aus den Jahren 2000 bis 2007 lassen auf eine zunehmende psychische Anspannung und eine zunehmende psychische Beeinträchtigung schließen, die einen Zusammenhang mit steigendem Stresserleben aufweisen. Es ist hier weder möglich noch nötig, alle Einzelheiten im Detail auszubreiten. Es ging immer wieder um Zusatzschichten, d.h. um vorher nicht planbare Überstunden und Sonderschichten, wenn Mitarbeitende krank wurden oder aus sonstigen Gründen ausfielen. Herr A. empfand dies als ein „Überhandnehmen“, als „übermäßigen Einsatz“, dem er sich körperlich und seelisch nicht gewachsen fühlte. Einmal heißt es: „Ich habe auch meine Grenze!“ Beispielhaft noch folgender Fall: So kamen im „Frei“ nach elf Tagen Dauerschicht Anrufe der Stationsleitung mit der Aufforderung, „einzuspringen“. Das Argument, dass er erschöpft sei, wurde nicht gelten gelassen. Ihm wurde „unsolidarisches Verhalten“ attestiert. Immer wieder kam es zu derartigen personellen Engpässen, die dazu führten, dass Herr A. zeitweise die Stationsarbeit alleine bewältigen musste. Er fühlte sich überfordert und allein gelassen. Dies bestätigen auch Aussagen von ehemaliger Kolleginnen und Kollegen. Herr A. sei insgesamt tatsächlich an seine Grenzen gestoßen und sei nicht in dem Maße belastbar gewesen, wie es Stationsleitung und „die sich ergebenden Zustände“ gefordert haben. Herr A. habe sich zumeist ganz zurückgezogen; nur in kritischen Situationen habe er seine persönliche Überforderung durch explizites Klagen deutlich gemacht. Es sei vorgekommen, dass er geweint habe und geäußert habe, dass er „das alles so nicht mehr

schaffen kann“. Die Stationsbelegschaft war freilich überwiegend der Auffassung, „dass es eben solche Überlastungssituationen immer wieder gibt“, gleichsam: dass solche Überlastungssituationen „eben zum Beruf gehören“. Einerseits wurden die extremen Arbeitsbedingungen in gewissem Sinne schon fast als „normal“ empfunden, andererseits haben die Beschäftigten – auch mit Unterstützung des Betriebsrates – immer wieder Überlastungs- bzw. sogenannte Gefährdungsanzeigen geschrieben. Herr A. selbst aber nahm wahr, dass die Kolleginnen und Kollegen ihn nicht unterstützten und teilweise sogar eine feindselige Haltung gegen ihn einnahmen. Es fühlte sich als „Sündenbock“. 2007 gab es ein Gespräch mit dem Betriebsrat, das ihm „etwas Kraft gegeben“ hat, doch das reichte nicht hin, um die Arbeitsplatzverhältnisse tatsächlich zu ändern. Ausdrücklich benannt werden muss sein grundsätzlich positives Verhältnis zur Pflegearbeit. In den Tagebuchnotizen finden sich Noten, nach denen ihm „die Arbeit Spaß“ mache und er froh sei, dass wenigstens die Patienten im „positive Rückmeldungen“ geben.

Herr A. litt nach seinem eigenen Bekunden unter Verunsicherung, Stimmungseinbrüchen, Traurigkeit und Angststörungen, insbesondere plagten ihn Versagensängste. Herr A. litt unter schweren Schlafstörungen. Es zeigten sich wiederholt auch somatische Symptome wie z.B. eine rezidivierende Gastritis. Herr A. unterzog sich 2005 und 2008 zwei ambulanten Psychotherapien. 2014 konnte Herr A. einen stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik absolvieren. Zwar gab es kurzfristige Verbesserungen seiner subjektiven Situation, doch die überbordenden Belastungen machten die kleinen Erfolge zunichte. Die Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz und ein Verhalten von Vorgesetzten, das aus arbeitswissenschaftlicher Sicht durchaus als Mobbing gekennzeichnet werden kann, nahmen zu. Mehrfach wandte sich Herr A. an seine behandelnden Ärzte und an die Betriebsärztin, die bereits 2015 die Empfehlung aussprach, Herrn A. „vom Nachdienst und Rufdienst zu befreien“. Arbeitgeberseitig wurde dieser Empfehlung nur bedingt entsprochen. 2017 begann Herr A. erneut eine ambulante Psychotherapie, an die sich 2019 noch einmal eine stationäre psychosomatische Reha-Maßnahme anschloss. Im Abschlussbericht wurde Herrn A. attestiert, sehr positiv alle Therapieangebote absolviert, alle Anregungen positiv angenommen und alle Reha-Ziele voll erreicht zu haben. Der Patient habe sich gut auf das Behandlungsprogramm eingelassen. Seine anfängliche Anpassungsstörung sei überwunden. Die Beschwerden erreichten „nicht die volle Ausprägung einer Depression“. Zum psychischen Befund wird festgestellt: „Es kommt gelegentlich zu Suizidgedanken, von denen der Pat. sich glaubhaft distanzieren kann bei guter Absprachefähigkeit. Es besteht keine akute Suizidalität.“ Diese Feststellung und die darin enthaltene prognostische Bewertung erscheinen im Lichte der

späteren Ereignisse als sehr fragwürdig. Auf das Problem des Kuvrierens, d.h. des Verheimlichens, Verdeckens und Leugnens tatsächlich vorhandener psychodynamischer Konflikte und Symptome, wird noch zurückzukommen sein.

Nach der Entlassung ging es Herrn A. zunächst besser. Doch unter den Bedingungen, die er bei der Arbeit erfahren und bewältigen musste, verschlechterte sich seine Situation zusehends. Herr A. erkrankte an einer Blinddarm- und Bauchfellentzündung. Am 30. April 2020 wurde Herrn A. ein BEM angeboten; das Angebot dieses Eingliederungsgesprächs war formal einwandfrei und hätte Herrn A. eventuell einen Arbeitsplatzwechsel ermöglicht. Doch Herr A. lehnte das BEM-Angebot ab, auch wegen seiner Angst, „dass es woanders nicht besser werden kann“. Aus Tagebuchnotizen ist zu schließen, dass er sich im Laufe des Jahres 2020 weitgehend unverstanden, vollkommen erschöpft und zunehmend ausgezehrt fühlte. Herr A. fürchtete sich vor Konflikten und Auseinandersetzungen. Ende des Jahres 2020 nahmen die kollegialen Angriffe gegen ihn zu, sodass er die Feststellung traf, man wolle ihn „herausekeln.“ Herr A. sah sich nicht in der Lage, eine Auseinandersetzung in seiner Station um die Arbeitsbedingungen anzugehen; er thematisierte dies auch in seiner Psychotherapie. Um seine Überlastungssituation dennoch gegenüber seinen Vorgesetzten deutlich zu machen, reichte Herr A. erneut Überlastungsanzeigen ein. Von seinen behandelnden Ärzten wurde ihm am 9. Juni 2020 ein „depressives Syndrom“ attestiert, dem sich auch die Betriebsärztin am 31. August 2020 anschloss, verbunden mit der erneuten Aufforderung an den Arbeitgeber, Herrn A. dauerhaft vom Nachdienst zu befreien. Dem wurde zwar entsprochen, doch die gesundheitlichen Beschwerden ließen nicht nach. Im Jahr 2021 häuften sich dann die Arbeitsunfähigkeitszeiten. Herr A. berichtete seinem Bruder von massiven Schlafstörungen, Albträumen, Angstzuständen und einer chronischen Erschöpfung. Dass Herr A. an einer depressiven Störung litt, blieb – wie dem Gutachter explizit gesagt wurde – der Stationsbelegschaft nicht verborgen. Am 12. April 2021 wurde Herr A. von Stationsleitung und Pflegedienstleitung in einem nicht angekündigten Gespräch mit massiven Vorwürfen konfrontiert. Herr A. empfand das Gespräch als „überfallartig“ und war mit der Situation augenscheinlich vollkommen überfordert. Obwohl – auch durch die betriebsärztliche Empfehlung – es für alle Beteiligten offensichtlich und auch den Vorgesetzten bekannt war, dass Herr A. an einer chronifizierten psychischen Beeinträchtigung litt, war das Gespräch nicht darauf ausgerichtet, Herrn A. von einer leistungsgerecht angepassten Arbeitsaufgabe zu überzeugen. Formal war zwar ein solches Personalgespräch möglich, doch wäre in einem Unternehmen des Gesundheitswesens eine andere Vorgehensweise wünschenswert, wenn nicht gar dringend angesagt gewesen. So z.B. wäre im Sinne einer Fürsorgepflicht der

Arbeitgeberin ein vorsichtiges Gespräch in Anwesenheit der Betriebsärztin, in dem noch einmal auf alle Möglichkeiten der Rehabilitation hingewiesen worden wäre, notwendig gewesen. Im Resultat erlebte Herr A. das Personalgespräch als hochgradig belastend und traumatisierend. Herr A. brach regelrecht zusammen; sein Gesundheitszustand verschlechterte sich dramatisch. Zwei Wochen nach dem Personalgespräch musste er sich erneut krankmelden. Er zog sich immer weiter zurück und – das kann aus heutiger Sicht gesagt werden – verstrickte sich immer stärker in Suizidgedanken. Am 5. Juli 2021 wurde Herrn A. erneut ein BEM angeboten; wie Herr A. darauf reagierte, lässt sich nicht zweifelfrei klären. Einerseits gibt es Hinweise darauf, dass er die Klinik wissen ließ, er überlege, wenn er wieder arbeitsfähig ist, das BEM zu nutzen, um einen guten Weg in die vorgezogene Altersrente zu finden. Andererseits ist es möglich, dass er zu diesem Zeitpunkt bereits an einem Punkt der Verzweiflung angelangt war, der für ihn die Aussicht auf eine halbwegs erträgliche Arbeitssituation ausschloss. Ein später Tagebucheintrag: „Ich kann ja wohl gar nichts mehr.“

Im Arbeitsbereich Herrn A.'s, der Dermatologie der Asklepios-Klinik St. Georg, erfolgte keine tieferegehende Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen und keine auf das Gesamtunternehmen bezogene Maßnahmefindung hinsichtlich einer leidensgerechten bzw. inklusiven Arbeitsgestaltung. Ein BEM hätte hier eine Tür öffnen können. Dass Herr A. die BEM-Angebote ausschlug, muss als tragisch bezeichnet und kann bereits als Ausdruck der Schwere seiner Erkrankung gedeutet werden. Was die Gefährdungsbeurteilung anbetrifft, so kam in der Asklepios-Klinik ein von der BGW entwickeltes Messverfahren, der „Betriebsbarometer“, zum Einsatz, der allenfalls im Sinne eines Vor-Screenings gesehen werden kann. Notwendig wären Beschäftigten-Workshops gewesen, wie sie auch von der BGW unter dem Begriff der „Arbeitssituationsanalyse“ angeboten werden. Aus arbeitswissenschaftlicher Sicht kann nur mithilfe solcher tieferegehenden Verfahren den besonderen Belastungen der Beschäftigten, die durch Personalengpässe zustande kommen, nachgegangen und begegnet werden. Eine tieferegehende Gefährdungsbeurteilung ist seit Jahren Gegenstand von Auseinandersetzungen zwischen Betriebsrat und Geschäftsführung. Es muss ebenfalls als tragisch bezeichnet werden, dass diese tieferegehende Analyse so lange auf sich warten ließ. Hinsichtlich Personalbemessung, Arbeitszeitgestaltung und Aufgabenverteilung hätten systematisch kritische Punkte thematisiert werden können. Ein Kernpunkt wäre auch die fehlende soziale Unterstützung durch die Vorgesetzten gewesen. Es sei dahingestellt, welche Lösungsmöglichkeiten sich ergeben hätten – die empirisch nachzeichenbaren Ereignisse bezüglich der Arbeitssituation von Herrn A. lassen den eindeutigen Schluss zu, dass den auf Herrn A. einwirkenden

Gefährdungsfaktoren nichts an Maßnahmen entgegengesetzt wurde, die in der Lage gewesen wären, seine Arbeitssituation zu verbessern.

Anmerkungen zur Depressionserkrankung Herrn Arendts

Aus dem bisherigen Ausführungen lässt sich ablesen, dass Herr A. als ordnungsliebende, verantwortungsvolle und zugleich hochsensible Persönlichkeit charakterisiert werden kann. Herr A. konnte sich in Konfliktsituationen schwer behaupten, d.h. er ging Konflikten eher aus dem Weg und versuchte, das jeweilige Problem mit sich selbst auszumachen. Er kam dann immer wieder zu dem Schluss, sich selbst als „kraftlos“, „schwach“ und „ungenügend“ einzuschätzen. Einer seiner späten Tagebuchnotizen: „Wem gehört eigentlich mein Leben?“ Die letzten Monate Herr A.'s waren von Angst, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit bestimmt. Im rehabilitationsmedizinischen Abschlussbericht wird Herr A. eine „ordentlich-gewissenhafte Persönlichkeitsakzentuierung“ attestiert, vergesellschaftet mit „hohen Ansprüchen an sich und gering ausgeprägten Kompetenzen im Einsteigen für sich selbst“ (S. 6). Er habe, so heißt es weiter in diesem Bericht, „engagiert und lebhaft“ an allen Gruppenaktivitäten mitgearbeitet. Explizit wird auf seine proaktive Rolle im Gruppengeschehen hingewiesen. Dies steht im auffälligen Gegensatz zu den Aussagen, die der Gutachter in Interviews mit ehemaligen Kolleginnen und Kollegen gewinnen konnte. Herr A. habe sich schon seit einigen Jahren „sehr zurückgezogen“; er sei eher ein „Einzelgänger“ gewesen, und an gemeinsamen Aktivitäten der Stationsbelegschaft habe er nicht teilgenommen. Die vorliegenden Dokumente und qualitativen Daten sind nicht umfassend genug, eine differenzierte Analyse dieser Diskrepanz zu liefern. Doch lässt die Sichtung der Dokumente und Daten die begründete Vermutung zu, dass die psychische Gesundheit Herr A.'s in den letzten Jahren angeschlagen, wenn nicht sogar teilweise zerrüttet war. Der Reha-Aufenthalt ließ zwar für eine kurze Zeit noch einmal einen Lebenswillen aufflammen, doch erodierten die angelernten Stabilisierungsmuster zusehends unter den erneut als unerträglich empfundenen und auch nach objektiven arbeitswissenschaftlichen Kriterien durchaus als extrem zu bezeichnenden Arbeitsbelastungen.

Der Forschungs- und Erkenntnisstand zu psychischen Erkrankungen ist lückenhaft und in vielen Aspekten mit unterschiedlichen wissenschaftlichen Deutungen assoziiert. Psychische Erkrankungen, so auch Depressionserkrankungen, haben „tausend Gesichter“, d.h. sie sind sehr stark von der jeweiligen Individualität der betroffenen Person abhängig. Anders als eine Organerkrankung gibt es keine biologischen oder biochemischen Tests, die eine

relativ sichere Aussage ermöglichen. Die psychologischen oder neuropsychologischen Testverfahren operieren mit standardisierten Befragungen, deren Ergebnisse auf der Basis statistisch ermittelter Normierungen interpretiert werden. Erfahrene Psychiater weisen darauf hin, dass eindeutige „Rubrizierungen“ schwierig sind. So kann Herr A. nicht als „depressive Persönlichkeit“ kategorisiert werden, gleichwohl aber als eine Person mit depressiven Persönlichkeitsmerkmalen (Kisker et al. 1991, S. 343 ff.). Seine Lebensgefühle waren immer wieder von Angst und Mutlosigkeit bestimmt. Depressiv gestimmte Menschen können ausgeglichen, ordnungsliebend und korrekt erscheinen, doch hinter dieser Maske vollzieht sich oftmals ein stilles Leiden. Der Maskierung oder dem Kuvrieren des Leidens im Kontext einer kontrollierenden Haltung entspricht die von Horn et al. (1983) herausgearbeitete Typus der „Verleugnung“ – eine Sub-Typus der „Kontrolle“ (Ebenda, S. 148 ff.). Verleugnung ist ein psychodynamischer Mechanismus der Angstabwehr (Haubl et al. 1986, S. 190 ff.). Vor diesem Hintergrund gehört die Abschätzung des Suizidrisikos zu den schwierigsten Aufgaben der psychiatrischen Diagnostik: „Sichere Indikatoren gibt es nicht, Tabellen und Ratingscales haben einen fragwürdigen Wert“ (Kisker et al. 1991, S. 353). Besonderes Augenmerk ist auf mögliche auslösende Ereignisse zu richten, insbesondere auf „konflikthaft-spannungsreiche zwischenmenschliche Beziehungen“, auch und gerade im beruflichen Bereich (Ebenda, S. 356).

Im Lichte der Gesamtereignisse bezeugt der rehabilitationsmedizinische Abschlussbericht, aus dem bereits zitiert wurde, die kontrolliert-verleugnenden Persönlichkeitsmerkmale Herrn Arendts, mit Hilfe derer er unbewusst die Angst abwehrte, zu versagen oder den Ansprüchen und Anforderungen, die von außen auf ihn einwirkten, nicht zu genügen. Das Gefühl, hinter den Erwartungen anderer zurückzubleiben, kann zu einer quälenden Erfahrung werden. Kennzeichnend für depressive Dispositionen sind Versagensängste: „An die Stelle des Schulterlebens treten Insuffizienzgefühle und zunehmend hypochondrische Ängste hinsichtlich der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit“ (Fuchs 2018, S. 67). Je mehr auslösende Momente erfahren und erlebt werden, desto mehr entpuppen sich Grundannahmen und Erwartungen an das Leben als Illusion. Der Heidelberger Psychiater Thomas Fuchs sieht solche Grundannahmen als „existenzielle Abwehrmechanismen, die das Individuum vor den schwer erträglichen Zumutungen der Existenz bewahren sollen“ (Ebenda, S. 69). Solche Grundannahmen können darin bestehen, die Welt als grundsätzlich gerecht eingerichtet und das eigene Verhalten in eine soziale Reziprozität eingebettet anzusehen: „Solange ich mir nichts zuschulden komme lasse, kann mir auch nicht Böses geschehen“ (Ebenda, S. 70). Fuchs bringt die Krisen, die durch das Zerschlagen solcher

Abwehrmechanismen eintreten, mit dem Karl Jaspers entlehnten Begriff der „Grenzsituation“ in Verbindung: „In der Grenzsituation lassen sich solche illusionären Grundannahmen nicht länger aufrechterhalten, nicht zuletzt aufgrund der psychophysischen Erschöpfung, die die Abwehrmechanismen der Person unterminiert. Letztlich ist es der eigene Leib, der allen versuchen des Schritthaltes ein Ende setzt“ (Ebenda).

Die Umstände, in denen Herr A. die Zeit zwischen seiner Entlassung aus dem letzten stationären Reha-Aufenthalt im Juni 2019 und seinem frühen Tod im August 2021 erlebte, sind hinlänglich geeignet, solche Krisen zu erzeugen oder zu verstärken. Thomas Fuchs hat sich intensiv mit solchen durch äußere Anlässe und ungünstige Bedingungen ausgelösten existenziellen Krisen beschäftigt, die sich zu einer progredienten Depression ausformen können. „In jeder Grenzsituation wird mir gleichsam der Boden unter den Füßen weggezogen“, so zitiert Fuchs Jaspers aus seinen frühen Schriften (Fuchs 2008, S. 151). Auf dem Boden einer existenziellen Vulnerabilität, die mehr oder weniger den meisten Menschen anhaftet, wandeln sich äußere Widerfahrnisse zu inneren Krisen. So können nach und nach auch die kleinsten Dinge des Lebens ihre Fraglosigkeit verlieren und zu „echten Problemen“ werden: das Schlafen, das Anziehen, das Zur-Arbeit-Gehen, die Begrüßungsrituale, die alltäglichen Vorgänge. Die ungünstigen Rahmenbedingungen können die subjektive Sichtweise einengen und Wahrnehmungen verdüstern. „Der für existenzielle Grundsituationen sensible Mensch kann durch äußerlich unscheinbare Ereignisse vor grundlegende und verstörende Fragen gestellt werden: Kann ich mich den undurchschaubaren Funktionen meines Körpers anvertrauen? Woher soll ich wissen, was mein Weg im Leben ist? Wird es mir gelingen, in der Welt meinen Platz zu erobern? Kann ich mit der Schuld leben, dabei immer auch auf Kosten anderer zu leben? Kann ich damit leben, eine Unzahl von Möglichkeiten zu versäumen, indem ich nur dieses eine Leben lebe, ohne eine Instanz, die mir verbindlich sagt, wie ich es zu leben habe? Warum muss ich unter diesen Bedingungen mein Leben leben? Ja, wie lebt man überhaupt? (...) Häufig sind die Patienten gar nicht in der Lage, diese Frage explizit zu formulieren. Es sind vielmehr grundlegende Affekte und Stimmungen, die aus den irritierenden Situationen aufsteigen und diese Frage schon implizit in sich tragen: Angst, Schuld, Scham, Ekel, Leere, Langeweile oder Fremdheit“ (Fuchs 2008, S. 167). Viele an depressiven Episoden oder anderen psychischen Störungen Leidenden sind, wie Fuchs schreibt, „Philosophen wider Willen“. In der neueren psychiatrischen Literatur wird auf diese „depressive Vulnerabilität“ hingewiesen (Eigenberg/Senf 2020). Im Gegensatz zu früheren Auffassungen einer „endogenen Depression“ wird jetzt klarer gesehen, dass aufgrund dieser Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit

auslösende Ereignisse eine Kaskade von psychoneuronalen Prozessen auslösen können, die in der Konsequenz in der Lage sind, den Lebenswillen zu brechen.

Es gehört zu der erschreckenden symbolischen Realität der wirtschaftsliberal dominierten Denkungsart, die an Depression oder auch nur an Depressionsneigung leidenden Menschen – immerhin 10 % der Bevölkerung oder mehr – aus der Wirklichkeit auszublenden, trotz oder jenseits des Schutzes unseres normativen Rahmens, der durch Grundgesetz und Arbeits- und Sozialrecht gegeben ist. Womöglich wehren viele derjenigen, die sich als „gesund“ definieren, die Ängste und die Infragestellung des Lebens ab, um den Preis eines erhöhten Risikos, psychosomatische oder somatische Krankheitsbilder zu entwickeln. Fuchs plädiert deshalb dafür, die existenzielle Vulnerabilität als Grundexistenzial des Lebens aller Menschen zu betrachten. Dies heißt auch: die sensiblen Menschen als Teil der Gesellschaft und Teil des Arbeitslebens anzunehmen und entsprechende Schutz- und Rehabilitationsmaßnahmen in das allgemeine Setting aufzunehmen.

Exkurs zum arbeits- und berufsbedingten Suizid

Die Deutsche Depressionshilfe widmet der Suizidalität besondere Aufmerksamkeit. Auf ihrer Homepage schreiben die Experten/-innen: „Suizidgedanken und -impulse sind ein sehr häufiges Symptom bei Depression. Sie machen Depression oft zu einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Menschen mit Depression erleben nicht nur großes Leid, sondern haben auch durch die Erkrankung jegliche Hoffnung verloren. Sie glauben nicht daran, dass ihnen geholfen werden kann und sich ihr Zustand je wieder bessert. Um diesem als unerträglich empfundenen Zustand zu entkommen, kann der Wunsch entstehen, nicht mehr Leben zu wollen.“ Das Problem ist nur, dass viele Betroffene ihr Leiden verheimlichen oder verdecken, „kuvrieren“, z.B. indem sie eine somatische Krankheit in den Vordergrund spielen, oder ihre Depressivität und Suizidalität gänzlich verleugnen. Viele wollen ihr Leiden nicht wahrhaben und flüchten in den Irrglauben, ihre dunklen Gedanken seien schon oder bald wieder „verflogen“. Doch nach allem psychoanalytischen und psychodynamischen Wissen, über das wir verfügen, treten depressive Episoden, wenn sie nicht tiefgreifend behandelt werden, immer wieder auf. Sie können sich, wenn die triggernden Faktoren weiter einwirken, verstärken. Über die üblichen psychologischen Testverfahren kann das Phänomen des Kuvrierens nicht erfasst und die darunterliegenden Probleme nicht aufgedeckt werden. Der Bericht „Diagnostik der Suizidalität“, den Lindner et al. (2003) im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten, liest sich geradezu wie eine Blaupause des in unserem Gutachten verhandelten Falls. Sie soll deshalb ausführlich zitiert

werden: „Sehr häufig wird nicht direkt über die Suizidalität gesprochen. Entsprechend der oft unbewussten Erwartungen an ein ärztliches Gespräch, aber auch aus Gründen der Scham und Angst vor Verurteilung, stehen meist unspezifische Symptomschilderungen oder psychosoziale Beschwerden im Vordergrund. Immer noch fürchten viele Patienten eine verurteilende oder stigmatisierende Abweisung durch den Arzt, zum Beispiel in Form einer sofortigen Zwangseinweisung. Die Ambivalenz, einerseits Hilfe zu suchen, andererseits Kontrolle und Verlust an Eigenständigkeit zu fürchten, ist gerade bei Suizidgefährdeten besonders groß. Das Erkennen und Verstehen der Suizidalität gehört deshalb zu den schwierigsten Aufgaben in der ärztlichen und psychologischen Diagnostik. (...) Der zentrale Aspekt der Diagnostik der Suizidalität liegt darin, an sie zu denken, auch wenn der Patient nicht darüber spricht und sogar eine Gesprächsatmosphäre schafft, die gleichsam die diagnostische Klärung verhindert. (...) Besonders erwähnt werden sollte die Situation nach Entlassung aus einer stationär psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung, die häufig mit hohen Erwartungen, geringer Frustrationstoleranz, Ängsten und Befürchtungen, abgelehnt zu werden oder zu scheitern einhergehen. Dies kann auch der Fall sein, wenn die stationäre Behandlung insgesamt von Patient und Krankenhaus als erfolgreich angesehen wird“ (Ebenda).

Es muss als tragische Fehlleistung gewertet werden, dass die behandelnden Reha-Mediziner/innen und die behandelnden Psychologen/-innen in der therapeutischen Interaktion mit Herrn A. diese kritische psychodynamische Konstellation nicht erkannten. Die Krankheitsverleugnung ist seit langem ein in der Psychiatrie und der psychosomatischen Medizin diskutiertes Phänomen (Horn et al. 1983; Kisker et al. 1991; Vandereycken/Meermann 2008). Die Krankheitsverleugnung ist immer ein interaktionaler Prozess. Es entwickelt sich eine Beziehungsdynamik zwischen Selbsttäuschung und unrealistischem Optimismus einerseits und der Täuschung der Interaktionspartner/innen andererseits, d.h. eben auch der diagnostizierenden und behandelnden Therapeuten/-innen. Solche Täuschungsdynamiken sind umso stärker, je mehr das Versorgungssystem dies erwartet. In den Befragungen und psychologischen Tests geben Patienten und Patientinnen oft „erwünschte Antworten“. All das ist hinlänglich bekannt, das Aufdecken aber wird aber durch systeminterne Zwänge und Barrieren erschwert oder verhindert. Auch in der arbeitswissenschaftlichen Forschung ist das Phänomen der Krankheitsverleugnung bekannt (Voswinkel 2017). In der Arbeitswelt gerät der Erkrankte unweigerlich in die stigmatisierte Krankenrolle. Implizit stellt sich für den/die Betroffenen und die Arbeitsumwelt die Frage, ob für die Weiterbeschäftigung noch eine ausreichende Belastbarkeit besteht. Hinzu kommt, dass für viele Beschäftigte

die Arbeit und die arbeitsorientierte Funktionsfähigkeit die entscheidende Quelle ist, aus der sie ihr Selbstwertgefühl nähren. Vor diesem Hintergrund wird ihre Leistungsfähigkeit in der Arbeit in noch höherem Maße, als dies in der modernen Gesellschaft generell der Fall ist, wichtig für ihr Selbstverhältnis und ihre Identität. Daher tun sie sich schwer damit, eine Erkrankung anzunehmen und in ihr Selbstbild zu integrieren“ (Ebenda, S. 100).

In der deutschsprachigen epidemiologischen Literatur ist der arbeitsbedingte Suizid ein seltenes Thema. In ihrem Review gehen Lukaschek et al. (2016) auf verschiedene Berufsgruppen und arbeitsbezogene Faktoren ein. Medizinische Berufe und Pflegepersonal weisen in mehreren internationalen Studien mit RR = 1,3 bis 3,4 im Vergleich mit allen Berufsgruppen die höchsten Risikorate auf. Als Faktoren benennen die Autoren und Autorinnen hohe Arbeitsbelastung, Erschöpfung aufgrund ständiger Überstunden, Schlafmangel und soziale Isolation, die wiederum durch überbordende Arbeitszeiten bedingt sein kann. In Japan, aber auch in Frankreich und den USA wird bereits seit den 1990er Jahren der arbeitsbedingte Suizid als gesellschaftliches Problem wahrgenommen und diskutiert. Mit dem Begriff „Karoshi“ bekam der Tod durch Überlastung am Arbeitsplatz einen eigenständigen Namen. Arbeitende, deren Ressourcen vollkommen erschöpft sind, sterben entweder durch Herzinfarkt oder durch Selbsttötung, wobei der arbeitsbedingte Suizid auch mit dem Begriff „Karojisatsu“ bezeichnet wird. In Japan ist der arbeits- und berufsbedingte Tod eine meldepflichtige und entschädigungsfähige Angelegenheit, d.h. Hinterbliebene erhalten eine entsprechende Sonderrente. Jährlich werden einige Hundert Fälle gemeldet und davon etwa die Hälfte entschädigt. Doch Schutzvereinigungen und Selbsthilfegruppen vermuten hinter den offiziellen Zahlen eine sehr hohe Dunkelziffer und sprechen von Zehntausenden Opfern.

In Deutschland gibt es zum Phänomen des arbeits- und berufsbedingten plötzlichen Todes weder Zahlen noch eine öffentliche Diskussion. „Der Arbeitspsychologe und Psychiater Christophe Dejours diskutiert die arbeitsbedingten Suizide als radikale Artikulation neuer Formen des Leidens am Arbeitsplatz: Im gegenwärtigen Kontext neuer Formen der Arbeitsorganisation, z.B. Zielvereinbarungen, Quality Management, Evaluierung von Leistung, steht als zentraler Überlastungsfaktor die Isolation von Kollegen im Vordergrund, weil mögliche Freiräume zur Kompensation von Rückständen (sic!) verbraucht werden. Die Beschäftigten sind somit auf eine permanente Mobilisierung ihrer individuellen psychischen und intellektuellen Ressourcen angewiesen, die nach Dejours weit in die Sphären privater Beziehungen hineinreichen. Viele Beschäftigte haben daher auch erhebliche Schwierigkeiten, sich nach der Arbeit zu regenerieren. Wenn der Arbeitnehmer schließlich an die Grenzen der Belastbarkeit gerät, ist das Suizidrisiko besonders hoch“ (Ebenda). Die

Pandemie hat bei Gesundheitsarbeiter/innen dazu geführt, sich vermehrt Gedanken über einen Suizid zu machen (Lamb et al. 2021). Eine große internationale Studie zeigt: Überarbeitung und fehlende soziale Unterstützung führen zu Burnout und Depression und erhöhen, wenn die Belastungen anhalten und die persönlichen Ressourcen erschöpft sind, das Suizidrisiko (Awan et al. 2022). Aufgrund der besonders aufreibenden Arbeitsbedingungen der Gesundheitsarbeiter/innen müsse Suizid, so die Autoren/-innen-Gruppe dieser Studie, als berufliche Gefährdung (occupational hazard) im Gesundheitswesen angesehen werden. Sie schlussfolgern, dass spätestens die Pandemie gezeigt habe, dass Krankenhausleitungen und verantwortliche Führungskräfte nicht nur dafür zu sorgen haben, dass für die Beschäftigten überschaubare Zeitpläne sowie praktikable Arbeitsbelastungen vorliegen (manageable schedules and practicable workloads), sondern auch für besonders belastete Gesundheitsarbeiter/innen Unterstützungsmöglichkeiten durch Selbsthilfegruppen und professionelle Unterstützer (support groups and mental health professionals) angeboten werden.

Auch in der US-amerikanischen Krankenhauslandschaft ist das Problem der arbeits- und berufsbedingten Suizids virulent. So verwundert es nicht, Angebote von Unternehmensberatungen zu finden, die sehr spezifische Führungskräfte trainings anbieten, welche das Problem des Suizids im Fokus haben. Im folgenden Beispiel (der Firma Relias) wird als Zielgröße eine erweiterte Kompetenz der Stationsleitung anvisiert: „Als Führungskraft in der Pflege besteht der erste Schritt bei der Erkennung von Depressionen und dem Umgang mit Suizidgedanken darin, zu lernen, wie man seine Mitarbeiter coacht, betreut und durch schwierige Situationen führt. Es geht darum, zunächst zu verstehen, wie es sich anfühlt, mit einer Depression zu leben, die Einstellungen und Verhaltensweisen zur Selbstfürsorge zu bewerten und zu lernen, wie man mit Interesse zuhört“ (Cornell 2020). Es ist einigermaßen verwunderlich, derartige Vorstöße von marktorientierten Beratungsunternehmen zu vernehmen, während eine öffentlich-rechtliche Institution wie die BGW, die den expliziten Beratungsauftrag für Gesundheitsvorsorge in Krankenhäusern hat, zum Thema der Suizidgefährdung von Pflegekräften keine besondere Aktivität erkennen lässt.

Zur Rolle der staatlichen Arbeitsschutzaufsicht

Auf Initiative des Bruders des Verstorbenen gab es im Januar 2022 ein fachliches Gespräch mit einem Vertreter der Hamburger Arbeitsschutzaufsicht. Zwar wurde eingeräumt, dass die Art und Weise der Gefährdungsbeurteilung, wie sie bei Asklepios durchgeführt wird, wahrscheinlich unzureichend ist und

die besonderen Gefährdungen, denen Herr A. ausgesetzt war, nicht erfassen könne. Doch wurde argumentiert, die Überwachung der Gefährdungsbeurteilung falle in das „hoheitliche Aufgabengebiet der zuständigen Berufsgenossenschaft“. Diese Begründung wurde in den größeren Zusammenhang einer fehlenden Rechtsverordnung für die Erfassung und Beurteilung psychischer Gefährdungen am Arbeitsplatz gebracht. Aufsichtsbehörden fehle daher für ihr Handeln ein „verbindlicher Bezugsrahmen“. Dem kann aus arbeitswissenschaftlicher und arbeitsschutzrechtlicher Sicht nicht zugestimmt werden. Zwar können berufsgenossenschaftliche und staatliche Aufsicht ihre Aufgaben bündeln und sich gegenseitig „vertreten“, doch geht diese Vertretung *lege artis* nicht so weit, eine unzureichende Gefährdungsbeurteilung „durchgehen“ zu lassen. Sogar die BGW selbst behauptet nicht, dass ihr „Barometer“ eine vollständige Gefährdungsbeurteilung darstellt. Die BGW bietet hierfür eine zusätzliche Methode an: die Arbeitssituationsanalyse. Diese ist ein qualitatives Verfahren im Sinne eines Beschäftigtenworkshops. Dieses Verfahren wurde bei Asklepios nicht angewandt. Damit war und ist die Gefährdungsbeurteilung signifikant unvollständig. Der entscheidende Punkt ist der folgende: Die Arbeitsschutzaufsicht hat sich im Rahmen der „Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie“ (GDA) bundesweit verpflichtet, in der Beratungs- und Überwachungsarbeit die GDA-Empfehlungen und GDA-Leitlinien als Beurteilungskriterien anzuwenden. Im vorliegenden Fall kommt die Leitlinie „Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz“ zur Anwendung (GDA 2018). Die Aufsichtspersonen sollen, so die Leitlinie, darauf achten, dass nicht nur Screeningverfahren zum Einsatz kommen, sondern auch vertiefende Verfahren, um den besonderen Belastungen im Detail nachgehen zu können: „Befragungen allein reichen jedoch nicht aus, um die Ursachen zu finden. In Gruppendiskussionen, z. B. im Rahmen von Auswerteworkshops können mögliche Ursachen für die ermittelten Belastungsschwerpunkte erkannt werden“ (Ebenda, S. 18). Unter dem Merkmalsbereich „soziale Beziehungen“ werden explizit folgende Belastungsfaktoren genannt: „häufige Streitigkeiten und Konflikte“, „soziale Drucksituationen“ und „fehlende soziale Unterstützung“. In der GDA-Empfehlung für die Betriebe sind diese Punkte noch weiter ausgeführt. So werden unter dem Merkmalsbereich „Arbeitszeit“ als Belastungsfaktoren u.a. folgende Punkte angeführt: „mangelnde Vorhersehbarkeit und Planbarkeit von Arbeitszeit, z. B. kurzfristig erforderliche Überstunden durch Vertretung, Termindruck, unzureichende Einflussmöglichkeit auf Dauer, Lage oder Flexibilität der Arbeitszeit, z. B. Arbeit auf Abruf“ und unter dem Merkmalsbereich „soziale Beziehungen“ neben den schon genannten: „destruktives Verhalten, Herabwürdigung, Bloßstellen, Beschimpfen, soziale Ausgrenzung, Diskriminierung, Belästigung“ (Beck 2022, S. 14 ff.). Die GDA-Empfehlung geht

wesentlich weiter als der BGW-Betriebsbarometer. Hier werden bedarfsgerechte Anpassungen und Erweiterungen der Methoden und Fragestellungen gefordert, die mit beteiligungsorientierten qualitativen Verfahren bearbeitet werden sollen. Die GDA-Empfehlungen entsprechen dem Stand der arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse und sind demgemäß auch vom Arbeitgebenden einzufordern. So werden die Aufsichtspersonen in der Leitlinie angehalten, besonderes Augenmerk auf eine korrekte und umfassende Gefährdungsbeurteilung zu legen: „Besonderer Handlungsbedarf des Aufsichtspersonals ergibt sich, wenn Gesetze und Verordnungen nicht eingehalten werden. Ist die Gefährdungsbeurteilung nicht oder nicht angemessen durchgeführt ..., erfolgt – ggf. auch unter Ausschöpfung aller Instrumente des Verwaltungshandelns – eine Nachverfolgung bis ein gesetzeskonformer Zustand erreicht ist. Das Verwaltungshandeln sollte dabei dem üblichen Vorgehen der Aufsicht folgen“ (GDA 2018, S. 13).

Es darf spekuliert werden, warum die Hamburgische Arbeitsschutzaufsicht gegenüber der BGW und gegenüber Asklepios so zurückhaltend ist. Zum einen ist die privatisierte Krankenhauslandschaft in Hamburg ein heikles Politikum. Und es gibt immer implizite Absprachen hinsichtlich Handlungsoptionen und Handlungsgrenzen zwischen den Ministerien bzw. den senatorischen Behörden der Ressorts Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit. Gewerbeaufsicht ist naturgemäß immer auch an die politische Architektur des jeweiligen Regierungssystems gebunden. Zum anderen gibt es bereits auf der gesetzlichen Ebene den Verweis auf die betriebliche Interessenvertretung, d.h. hier: den Betriebsrat. Er ist die erste Kontrollinstanz hinsichtlich des praktizierten Arbeitsschutzes. Und er verfügt mittels des betriebsverfassungsgemäßen Mitbestimmungsrechts über die Macht, die arbeitswissenschaftlich angemessenen Verfahren der Gefährdungsbeurteilung zu erzwingen. Dass sich dies im Falle von Asklepios als langwierig und schwierig gestaltet, ist ein weiterer Baustein in der tragischen Abfolge der Ereignisse.

Die Hansestadt Hamburg und das Amt für Arbeitsschutz misst dem Thema „Gefährdungen durch psychische Belastungen bei der Arbeit“ eine große Bedeutung bei. So heißt es in einer Erklärung der Behörde von 2013: „Das Amt für Arbeitsschutz wird bei der Überprüfung Hamburger Betriebe in Zukunft verstärkt darauf achten, dass psychische Belastungsfaktoren Teil der Gefährdungsbeurteilung sind“ (Forum Arbeitswelten, Ausgabe 16, S. 3). Doch augenscheinlich hat das Amt die Balance zwischen Kontrolle und Beratung aufgeben und setzt verstärkt auf Beratung. Es mag sein, dass eine kontrollierende Aufsicht mit den personellen Ressourcen des Amtes nicht leistbar ist. Doch stellt sich die Frage, ob es nicht möglich gewesen wäre, mit gebündelten Kräften, d.h. zusammen mit den Präventionsfachkräften der

Berufsgenossenschaften, sich auch in Hamburg auf eine wirksamere Arbeitsstrategie zu einigen? Es ist schwer, die Arbeitsschutzpolitik des Hamburger Senats umfassend zu bewerten, denn: Positiv hervorzuheben ist auf der anderen Seite die Erweiterung der Beratungsleistungen auf die von Belastungen betroffenen Arbeitnehmer/innen. Als bisher einziges Bundesland hat Hamburg unter dem Titel „Perspektive Arbeit und Gesundheit“ (PAG) die Bildung einer Beratungsstelle für diesen Themenbereich gefördert. PAG ist als kostenfreie Anlaufstelle für Beschäftigte und Betriebe gedacht. Beschäftigte werden in belastenden Arbeitssituationen vertraulich beraten, Betriebe werden bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen oder der Klärung von Konfliktsituationen unterstützt. Das PAG-Angebot wird über Wirtschaftskammern, Unternehmerverbände, Gewerkschaften, Sozialversicherungsträger und Medien bekannt gemacht und seit der Gründung 2016 auch breit genutzt. Auch die Arbeitsschutzbehörde verweist auf ihrer Homepage auf diese Beratungsmöglichkeit. Weder Herr A. noch seinen behandelnden Psychotherapeuten war offensichtlich diese Beratungseinrichtung bekannt, offenbar auch dem Betriebsrat nicht, den Herr A. konsultiert hatte.

Einmal die fiktive Annahme unterstellt, es hätte eine problemadäquate und betroffenenorientierte Beratung für Herrn A. gegeben: Wie und in welcher Richtung wäre Herr A. beraten worden? Ähnlich, wie dies auch Arbeitsrechtler/innen sehen, wäre schnell festgestellt worden, dass die sozialen Verhältnisse am Arbeitsplatz zerrüttet sind. Herrn A. wäre vermutlich geraten worden, einen neuen beruflichen Weg einzuschlagen, d.h. sich entweder als examinierte Pflegekraft woanders zu bewerben oder in der psychosomatischen Rehabilitation auf das Ziel einer beruflichen Umschulung hinzuarbeiten. Für die Umorientierung wäre ihm unterstützende Hilfe angeboten worden. Dafür freilich hätte er, neben einer Bereitschaft zur Veränderung, in der Reha-Klinik seinen Gesundheitszustand nicht kuvrieren dürfen, d.h. er hätte ihn realistisch darstellen müssen. Selbst dann, wenn im Rahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements beispielsweise der Integrationsfachdienst eingeschaltet worden wäre, hätte es wahrscheinlich die Empfehlung für eine berufliche Neuorientierung gegeben. All dies würde sich freilich deutlich einfacher gestalten, wenn eine schwere psychische Erkrankung, insbesondere eine Depression, die durch eine anhaltend belastende Arbeitssituation hervorgerufen oder verschlimmert wird, als mögliche Berufskrankheit gelten würde und im präventiven Vorfeld als verantwortlicher Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträger die Berufsgenossenschaft eine entsprechende berufliche Rehabilitation hätte anbieten müssen.

Rehabilitations- und Berufskrankheitenrecht

Die hohe Prävalenz depressiver Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung wurde bereits erwähnt. Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren in der Arbeits- und Sozialgesetzgebung viele Erweiterungen eingebaut, die eine Weiterbeschäftigung psychisch Erkrankter im Arbeitsleben ermöglichen sollen. Es soll daher, bevor auf die Problematik des Berufskrankheitenrechts einzugehen ist, zunächst ein Blick auf das Sozialgesetzbuch Neun (SGB IX) geworfen werden. Das in den letzten Jahren hinsichtlich des Themas „psychische Beeinträchtigungen in der Arbeitswelt“ – mit den Hauptdiagnosen Depression und Angststörungen – erweiterte Arbeits- und Sozialrecht bietet wichtige Ansatzpunkte. Das SGB IX hat das Rehabilitationsrecht zum Gegenstand. Hierbei geht es nicht nur um das Schwerbehindertenrecht. Das SGB IX regelt insgesamt die Teilhabe an Gesellschaft und Arbeitsleben auch für Behinderte und chronisch Kranke, die keine Anerkennung oder Gleichstellung als Schwerbehinderte besitzen. Des Weiteren finden sich im SGB IX nicht nur die Bestimmungen zum BEM, sondern ein ganzes Spektrum von Maßnahmen, die unter dem Begriff „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) gefasst werden. Seit 2018 ist beispielsweise vorgesehen, dass psychisch Erkrankte von den Integrationsfachdiensten Hilfe bekommen können. Diese Hilfe kann als sogenanntes Jobcoaching erfolgen, wobei dieses Coaching auch Begehungen der Arbeitsstelle und Verhandlungen im Arbeitsbereich mit Mitarbeitenden und Vorgesetzten einschließen kann. Eine solche Unterstützung kann der/die Betroffene mit Hilfe der behandelnden Ärzte, vorzugsweise mit Hilfe des zuständigen Betriebsarztes/-ärztin, auf Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung bekommen. Im vorliegenden Fall – der Erkrankungen von Herrn A. – hätte dies spätestens ab Mitte 2020 geschehen und entsprechende Initiativen entwickelt werden müssen. Besser noch wäre eine entsprechende Weichenstellung während des stationären Aufenthaltes in der Reha-Klinik gewesen. Der Klinik-Sozialdienst ist in der Regel versiert in den entsprechenden Antrags- und Verfahrensweisen. Niedergelassene Therapeuten/-innen sind leider informatorisch unterversorgt und möglicherweise auch nicht in dem Maße für die Probleme des Arbeitslebens sensibilisiert, wie sie es sein müssten. Doch gibt es eine Professionsgruppe, die den expliziten gesetzlichen Auftrag hat, gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer/innen rehabilitativ zu beraten: die Betriebsärzte/-innen. Es gehört zu den arbeitsmedizinischen Kernkompetenzen, den Unterstützungsbedarf von Betroffenen zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Zu den Aufgaben des Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin gehört es, sich die Arbeitsplätze anzuschauen und selbst ein Bild von den dort herrschenden Belastungen, Beanspruchungen und Risiken zu machen. Das ist augenscheinlich nicht erfolgt, wobei dies der

Arbeits- und Betriebsmedizin nicht allein anzulasten ist, sondern auch der fehlenden Bereitschaft der Klinikleitung und der Führungsebenen der Klinik, sich der arbeitsmedizinischen Expertise zu bedienen. Lassen wir die Teilbereiche der Gesamtkonstellation, wie sie sich im Fall von Herrn A. darstellte, Revue passieren, so wäre es insgesamt wesentlich einfacher gewesen, noch rechtzeitig zu intervenieren, wenn schwere arbeitsbedingte Depressionen auf der Liste der Berufskrankheiten stehen würde.

Das deutsche Sozialrecht – konkret: SGB VII und Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) – sieht bislang nicht vor, dass arbeitsbedingte psychische Erkrankungen als Berufskrankheit (BK) anerkannt werden können. Zum Verständnis dessen ist es hilfreich, auf die Besonderheiten einzugehen, die das deutsche Berufskrankheitenrecht im internationalen Vergleich aufweist (Mehrrens et al. 2017). Seit dem Unfallversicherungsgesetz von 1884 (jetzt: Sozialgesetzbuch Sieben) gibt es eine Haftungsablösung: Nicht mehr der Unternehmer, sondern die Unfallversicherung (UV), d.h. konkret: die zuständige Berufsgenossenschaft (BG) bzw. die zuständige Unfallkasse (UK), übernimmt die Haftung für die Folgen von Arbeitsunfällen und seit 1925 auch die Haftung für die Folgen von Berufskrankheiten. Hierbei geht es um Behandlungs- und Rehabilitationskosten sowie gegebenenfalls um Entschädigungen in Form von Verletztengeld oder Unfall- bzw. Berufskrankheiten-Renten. Eine Berufskrankheit ist eine Krankheit, bei der – ganz ähnlich wie bei einem Unfall – eine Kausalkette vorliegen muss. Als haftungsbegründende Kausalität gilt die Bedingung, dass eine gesundheitsschädigende Einwirkung vorliegen muss, der – wie es im SGB VII wörtlich heißt – „bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind“. Als haftungsausfüllend gilt die Bedingung, dass die Erkrankung „nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft“ spezifisch von dieser Einwirkung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verursacht wird. Die BK-Verordnung listet 80 Krankheiten auf, die bei Vorliegen einer kausalen Verursachung als BK anerkannt werden können. Die Liste umfasst Krankheiten, die durch chemische Stoffe, physikalische Einwirkungen und Infektionserreger erzeugt werden können. Das Kriterium der „überwiegenden Wahrscheinlichkeit“ bedeutet, dass eine epidemiologische Wahrscheinlichkeit von mindestens 50 % – gleichbedeutend mit einem relativen Risiko von 2 oder größer, dem sogenannten Verdopplungsrisiko – erreicht werden muss. Die Beweislast liegt nach deutschem Sozialrecht immer beim Betroffenen.

Arbeitsbedingte psychische Erkrankungen kommen, anders als dies beispielsweise beim Asbest der Fall ist, im Allgemeinen an das vom BK-Recht implizit geforderte Verdopplungsrisiko ($RR > 2$) nicht heran. Aus diesem Grund haben alle Fachleute aller Bundestagsfraktionen entsprechende Initiativen

immer wieder abgewehrt. Doch es gibt gute Argumente, die für eine Aufnahme psychischer Erkrankungen in die Berufskrankheitenliste sprechen. In einem Fachartikel von 2012 heißt es: „Nun sind freilich Fälle denkbar und auch epidemiologisch identifiziert, bei denen von einer jahrelangen arbeitsbedingten Extrembelastung ausgegangen werden muss, wie z. B. bei Arbeit im Rettungsdienst, in der Intensivpflege, bei der Feuerwehr, oder aber bei posttraumatischen Belastungen nach mehrfachen schweren Unfällen bei Bahn- und U-Bahnfahrern und -fahrerinnen. Die damit verbundene Problematik muss auf mehreren Ebenen diskutiert und geklärt werden. Ein sich über Jahre erstreckender Dauerstress, verbunden mit der Unmöglichkeit oder Unfähigkeit, längere Phasen der Entspannung einzuschieben, wirft seinen langen Schatten auf das gesamte Leben. Hier liegen die Risiken deutlich über 2, d. h. der den Arbeitsfaktoren zuzuschreibende Anteil liegt in diesen besonderen Fällen über 50 %“ (Hien 2012). Zweifelsohne gehören langjährige hohe Arbeitsintensität und fehlende soziale Unterstützung, verbunden mit Mobbing, zu diesen besonderen Fallkonstellationen, die eine Anerkennung als BK rechtfertigen würden. Eine entsprechende Initiative des Autors des vorliegenden Gutachtens wurde 2012 zwar von einzelnen Fachleuten unterstützt, wurde aber in den parlamentarischen Ausschüssen nicht weiter bearbeitet, auch weil die überwiegend ablehnenden Einlassungen führender Arbeitsmediziner die Erfolgsaussichten schmälerten. Es darf auch die Vermutung formuliert werden, dass das Thema „Psyche“ immer noch einer gesellschaftlichen Tabuisierung unterliegt und nicht nur von der Arbeitgeberseite, sondern auch von vielen gewerkschaftlichen Mitbestimmungsträger/innen in den Unfallversicherungsträgern gleichsam „zur Seite geschoben“ wird. Bis heute vertreten einflussreiche Vertreter/innen der Wirtschafts- und Arbeitspolitik die Meinung, dass man oder frau für das Arbeitsleben eben eine bestimmte Resilienz und ein bestimmtes Maß an Härte und Unverwundbarkeit mitbringen müsse. Diese Haltung übersieht die hohe Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen und Krankheiten, die unvorhergesehen und ausgelöst durch äußere Ereignisse oder äußere Bedingungen im Prinzip jeden und jede treffen können.

Das Berufskrankheitenrecht bietet, wenn eine Krankheit nicht „gelistet“ ist, über eine Öffnungsklausel die Möglichkeit, einen Fall als „Wie-Berufskrankheit“ anerkennen zu lassen. Voraussetzung ist, dass alle Kausalitätsvoraussetzungen gegeben sind. Die Unfallversicherungsträger (UVT) lehnen solche BK-Anträge generell ab, selbst dann, wenn z.B. nach Unfallereignissen eine post-traumatische Belastungsstörung (BTBS) vorliegt. Gehen die Betroffenen weiter zum Sozialgericht, folgen die Richter bislang meist den Argumenten der UVT. So wird argumentiert, dass die von den Klägern genannten Belastungsfaktoren nicht den von Gesetz geforderten „besonderen Einwirkungen“ entsprechen,

weil sie prinzipiell überall und bei allen Bevölkerungsteilen auftreten können. Und generell wird bestritten, dass Depression eine Stressfolge sein kann (Clasvorbeck 2018). Dass all diese Argumentationen aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlich-medizinischer Sicht nicht haltbar sind, dürfte jedoch in den letzten Jahren auch manchen bislang ablehnenden Experten/-innen aufgegangen sein. Es gibt bestimmte Belastungsfaktoren, die hinsichtlich der risikobehafteten Personengruppe eindeutig identifizierbar und eingrenzbar sind; und es gibt evidente wissenschaftliche Belege für den Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und psychischen Erkrankungen. Insofern mehren sich in den letzten Jahren die Stimmen, die auf die Notwendigkeit hinweisen, psychische Erkrankungen, wenn sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit arbeitsbedingt sind, in die Liste der Berufskrankheiten aufzunehmen. An prominenter Stelle steht hier die Bundes-Psychotherapeuten-Kammer (BPtK 2020): Anlässlich der im April 2020 stattgefundenen Anhörung zur Reform des Unfallversicherungsrechts forderte der Präsident der BPtK, Dietrich Munz, dass psychische Erkrankungen ausdrücklich zum Beratungsauftrag des Sachverständigenrats „Berufskrankheiten“, der das Bundesarbeitsministerium berät, gehören. Außerdem sollten auch Psychotherapeuten/-innen in den Sachverständigenrat berufen werden, um dessen einseitige Ausrichtung auf körperliche Erkrankungen zu ergänzen. Weiter heißt es in der Erklärung der BPtK: „Einmalige extreme Angst- und Schockzustände können schwere psychische Erkrankungen auslösen. Soldaten und Soldatinnen, die bei ihren kriegerischen Einsätzen in Lebensgefahr geraten, erleiden häufig post-traumatische Belastungsstörungen. Bus- und Bahnfahrer/innen erleben ebenfalls gravierende psychische Erschütterungen, wenn sie in einen tödlichen Unfall verwickelt werden. Aber auch chronische Belastungen wie Schichtdienst und dauerhafte psychosoziale Belastungen, denen Lehrer/innen, Erzieher/innen und Pflegekräfte ausgesetzt sind, können die seelische Gesundheit erheblich beeinträchtigen“ (Ebenda). Zwar weisen Sozialgerichte nach wie vor Klagen wegen arbeitsbedingter psychischer Störungen ab, doch deutet das Bundessozialgericht (BSG) an, sich grundsätzlich mit diesem Thema befassen zu wollen. Es sei zu prüfen, ob einem Rettungssanitäter, der wiederholt grausigen Einsätzen ausgesetzt war und an einem PTBS leidet, die BK-Anerkennung zu verweigern, noch rechtmäßig ist (BSG 2021). Das BSG hat eine Sachverständigengruppe beauftragt, ein Gutachten zu erstellen, in dem nicht nur PTBS, sondern auch andere psychische Erkrankungen und insbesondere Depression daraufhin überprüft werden sollen, ob beim Beweis einer gegenüber anderen Faktoren überwiegenden arbeitsbedingten Verursachung oder Verschlimmerung eine BK-Anerkennung angezeigt ist.

Was wäre der Vorteil einer Depressions-BK? Als haftungsbegründende Kausalität wäre die langjährige Exposition gegenüber hoch belastenden Arbeitsbedingungen zu sehen, wie sie beispielsweise in vielen Bereichen der Pflegearbeit herrschen, ein Befund, der – wie zu Beginn dieses Gutachtens gezeigt – epidemiologisch als evident einzustufen ist. Merkmale wären: langjährige Schichtarbeit, problematische Arbeitszeitregimes, hoher Arbeitsdruck aufgrund von Personalmangel, mangelnde soziale Unterstützung und als traumatisch erlebte Konfliktsituationen. Wenn einige dieser Merkmale – arbeitswissenschaftlich evident ist die signifikant steigende negative Wirkung mit steigender Zahl der gleichzeitig einwirkenden Faktoren (Clays et al. 2007) – durch dokumentierte Gefährdungsbeurteilungen oder weitere Dokumente oder Zeugenaussagen belegt sind, sollte diese Kausalitätsbedingung erfüllt sein. Wenn keine oder nur eine unzureichende Gefährdungsbeurteilung vorliegt, müsste fiktional die genannten Belastungsfaktoren unterstellt werden. Zu fordern wäre hier eine Beweislast-erleichterung, wie sie z.B. auch bei Infektionsgefährdungen im Gesundheitswesen üblich ist. Der Bedingungen einer haftungsausfüllenden Kausalität würde eine Depressionserkrankung genügen, zu deren Ausprägung auch wiederkehrende Gedanken an den Tod gehören. Auch dies ist – wie im einleitende Kapitels des vorliegenden Gutachtens gezeigt wurde – epidemiologisch evident. Jeder Einzelfall befindet sich in einem Wahrscheinlichkeitsraum. Zusätzlich zum epidemiologisch gesicherten Verdopplungsrisiko muss auch der Einzelfall Merkmale aufweisen, die einen Zusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung nahelegen. M.a.W.: Im konkreten BK-Fall müssen die ätiologischen Faktoren mit den epidemiologisch gesicherten Faktoren übereinstimmen. Konkurrierende Ursachen – dies wären bei Depression beispielsweise traumatisierende Ereignisse aus dem Privatleben – müssen weitgehend ausgeschlossen werden können. Die genannten arbeits- und krankheitsbezogenen Bedingungen wären, wenn die Kausalitätskette gut belegt ist, hinreichend, um eine BK dem Grunde nach anzuerkennen oder doch zumindest die Möglichkeit anzuerkennen, dass eine BK entstehen kann.

Von besonderer Bedeutung ist das Vorfeld einer BK, weil hier schon präventiv etwas getan werden kann. Die BK-Verordnung (BKV) sagt explizit: Wenn die Gefahr besteht, dass sich eine BK entwickeln kann, hat dem die BG „mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken“. Dazu gehören therapeutische und rehabilitative Maßnahmen, Arbeitsplatzanpassungen, innerbetriebliche Umsetzungen, berufliche Umorientierungen und berufliche Umschulungen. Die BKV hat hier eindeutig ein höheres präventives Gewicht als das SGB IX, denn die BG bzw. die UK kann qua Gesetz in den Betrieb hineinwirken und Änderungen am Arbeitsplatz bzw. leidensgerechte Arbeitsbedingungen anordnen. Tritt krankheitsbedingt eine teilweise oder volle Minderung der

Erwerbsfähigkeit (MdE) ein und ist diese als BK anerkannt, so hat der/die Betroffene Anspruch auf eine entsprechende BK-Rente. Erfolgt aufgrund der BK ein Todesfall, so haben die Hinterbliebenen einen Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente.

Zusammenfassung und Ausblick

Es bleibt festzuhalten: Auch wenn Herr A. eine Depressionsneigung aufwies: Unter menschengerechten Arbeitsbedingungen wäre es mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einem progredienten und letztlich letalen Verlauf seiner Erkrankungen gekommen. Die vielen organisationsbedingten Fehlleistungen haben zusätzlich den Erkrankungsverlauf von Herrn A. verschlimmert. Der hier verhandelte tragische Fall zeigt auf mehreren Ebenen, wie verkürzt das geltende Arbeitsschutzrecht und wie verkürzt das geltende Sozialrecht ist. Im konkreten Fall herauszustellen ist, neben den allgemeinen Belastungsfaktoren, zum einen der Belastungsfaktor „mangelnde soziale Unterstützung“; zum anderen offenbarte sich im entscheidenden Personalgespräch eine zweifelhafte Qualität der Mitarbeiterführung, welche die Arbeitgeberpflicht zur Fürsorge hat vermissen lassen. Hinsichtlich der unterstützenden arbeitsschutz- und sozialrechtlichen Ebene sind viele Akteure/-innen angesprochen: Zunächst stehen die Führungskräfte in der Linienverantwortung, sodann die Betriebsärzte/-innen, aber auch behandelnde Therapeuten/-innen, nicht zuletzt auch die Krankenkasse, die bei längerer Arbeitsunfähigkeit auf die Hilfesysteme hinzuweisen hätte. Neben der Notwendigkeit, die Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention entscheidend zu verbessern, ist auch eine deutliche Verbesserung des Kompensations- und Entschädigungssystems angesagt. Der Tod von Herrn A. kann ein Mahnmal sein: für eine signifikante Nachbesserung im Arbeitsschutzrecht und eine ebenso signifikante Nachbesserung im Berufskrankheitenrecht.

Die Arbeit in der Krankenpflege ist – verglichen mit allen anderen Berufsgruppen – extrem belastend und gesundheitsgefährdend, eine Situation, die sich durch die Corona-Pandemie und die damit erschwerten Arbeitsbedingungen noch verschärft hat. Die vom Arbeitsschutzrecht vorgesehene Ermittlung und Beurteilung der Gesundheitsgefährdungen findet in vielen Kliniken, so auch bei Asklepios St. Georg in Hamburg, nur unzureichend statt. Die der einzelnen Pflegekraft aufgebürdete Belastung ist enorm und übersteigt in vielen Fällen eindeutig das menschenwürdig zu bewältigende Maß, so auch im Falle von Herrn A., dessen Suizid nach allem arbeits- und gesundheitswissenschaftlich-medizinischem Wissen einer arbeitsbedingten Depression

geschuldet ist. Solche Erkrankungsprozesse durchlaufen in der Regel verschiedene Stadien, angefangen von Burnout-Symptomen über Angststörungen und depressiven Episoden bis zu manifesten schweren Depressionen, die nicht selten tödlich enden. Das Versorgungssystem tut sich schwer, solche pathologischen Entwicklungen rechtzeitig und problemadäquat wahrzunehmen. Oftmals wird viel zu spät eingegriffen, oder – so im vorliegenden Fall – das Problem wird nicht problemadäquat erkannt. Auf der präventiven Ebene ist eine umfassende Gefährdungsbeurteilung unter aktiver Einbeziehung der Arbeitenden zu fordern, hier: insbesondere der Pflegekräfte in Krankenhäusern. Diese Verfahren sollen auch vulnerable und besonders schutzbedürftige Personen diskriminierungsfrei einbeziehen. Hierfür müssen Leitlinien und Verfahren entwickelt werden, die eine solche angstfreie Einbeziehung auch ermöglichen. Auf der rehabilitationspolitischen und sozialrechtlichen Ebene muss ein breiter Diskurs über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Einbeziehung psychischer Erkrankungen in die Berufskrankheitenliste angestoßen werden. Die extremen Belastungen der Pflegekräfte gehören aus arbeitswissenschaftlicher Sicht eindeutig zu den Krankheiten, die – wie s im SGB VII heißt „nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind“. Daher ist es an der Zeit, die BK „Durch langjährige extreme Belastungen oder traumatische Erfahrungen bei der Arbeit erzeugte oder verschlimmerte Depressionserkrankung“ in die Liste der Berufskrankheiten aufzunehmen. Im Fall von Herrn Arendt muss der Suizidtod als Folge einer arbeitsbedingten Depression verstanden werden, die – einen entsprechend erweiterten sozialrechtlichen Kontext vorausgesetzt – mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die Kriterien einer Berufskrankheit bzw. einer „Wie-BK“ erfüllen würde.

Literatur

Ählin, J. et al. (2018): Job demands, control and social support as predictors of trajectories of depressive symptoms. In: Journal of Affective Disorders, Band 235, S. 535-543.

Awan, S. et al. (2022): Suicide in Healthcare Workers: Determinants, Challenges, and the Impact of COVID-19. In: Frontiers in Psychiatry. Online: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.792925/full>

Beck, D. (2022): Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung. Empfehlungen zur Umsetzung in der

betrieblichen Praxis. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Online:
https://www.gda-portal.de/DE/Betriebe/Psychische-Belastungen/Psychische-Belastungen_node.html

Bödeker, W. (2006): Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit. Bremerhaven: NW-Verlag.

Bundes-Psychotherapeuten-Kammer (BPtK) (2020): Psychische Belastungen am Arbeitsplatz gefährden Gesundheit. BPtK fordert Anerkennung als Berufskrankheit. Online: <https://www.bptk.de/psychische-belastungen-am-arbeitsplatz-gefaehrden-gesundheit/>

BSG (Bundessozialgericht) (2021): Verhandlung B 2 U 11/20 R, Unfallversicherung - Wie-Berufskrankheit - posttraumatische Belastungsstörung – Rettungssanitäter. Online:
https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2021/2021_05_06_B_02_U_11_20_R.html

Clasvorbeck, S. (2018): Macht Stress krank oder können Kranke keinen Stress aushalten? Online:
<https://www.dgbrechtsschutz.de/recht/sozialrecht/arbeitsunfall-und-berufskrankheiten/themen/beitrag/ansicht//arbeitsstress-ist-keine-berufskrankheit/>

Clays, E. et al. (2007): Job stress and depression symptoms in middle-aged workers—prospective results from the Belstress study. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Band 33, Heft 4, S. 252-259.

Cornell, A. (2020): Nurse Depression & Suicide Ideation: How Leaders Can Assess and Support Their Teams. Online: <https://www.relias.com/blog/nurse-depression-assess-and-support-teams>

Döring, N. / Bortz, J. (2016): Dokumentenanalyse. In: Dieselben: Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Heidelberg: Springer, S. 533-578.

Eichenberg, C. / Senf, W. (2020): Einführung Klinische Psychosomatik. München: Ernst Reinhardt.

Fischer, L. et al. (2020): Psychosoziale Arbeitsbedingungen und Burnout-Symptome in der stationären somatischen und psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. In: Pflege. Online:
<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1012->

[5302/a000720?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3302/a000720?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)

Fuchs, T. (2008): Existenzielle Vulnerabilität. Ansätze zu einer Psychopathologie der Grenzsituationen. In: Derselbe: Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays. Kusterdingen: Die Graue Edition, S. 148-171.

Fuchs, T. (2018): Chronopathologie der Überforderung. Zeitstrukturen und psychische Krankheit. In: Fuchs, T. / Iwer, L. / Micali, S. (Hg.): Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 52-79.

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) (2018): Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Online: https://www.gda-portal.de/DE/Aufsichtshandeln/Psychische-Belastung/Psychische-Belastung_node.html

Gerdes, J. (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. Sonderauswertung aus dem DGB-Index Gute Arbeit. Online: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada>

Haubl, R. et al. (1986): Struktur und Dynamik der Person. Einführung in die Persönlichkeitspsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Hien, W. (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt am Main: Mabuse.

Hien, W. (2012): Das Elend mit den Berufskrankheiten. Kritik an der bestehenden Situation und Ansätze für einen Wandel. In: Soziale Sicherheit, Band 61, Heft 11, S. 365-374. Online: http://www.wolfganghien.online.de/download/2013/Wolfgang_Hien.pdf

Hien, W. / Schwarzkopf, H.v. (2021): Corona-Gefährdung im Erleben von Pflegekräften. Eine explorative Studie mit Hinweisen auf erweiterbare Gesundheitsschutzkonzepte. Eine Studie im Auftrag der BGW. Online: <http://www.wolfgang-hien.de/download/Pflege-2020.pdf>

Horn, K. et al. (1983): Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Kivimäki, M. et al. (2003): Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. In: Occupational and Environmental Medicine, Band 60, S. 779-783. Online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14504368/>

Kisker, K.P. et al. (1991): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme.

Kurt, R. (2004): Hermeneutik: eine sozialwissenschaftliche Einführung. Konstanz: UVK.

Lamb, D. et al. (2021): Psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on 4378 UK healthcare workers and ancillary staff: initial baseline data from a cohort study collected during the first wave of the pandemic. In: Occupational and Environmental Medicine, Band 78, Heft 11, S. 801-808.

Lange, S. et al. (2019): Workplace bullying and depressive symptoms among employees in Germany: prospective associations regarding severity and the role of the perpetrator. In: International Archives of Occupational and Environmental Health. Online: <https://d-nb.info/1206931434/34>

Lindner, R. et al. (2003): Diagnostik der Suizidalität. In: Deutsches Ärzteblatt, Band 100, Heft 15, S. 1004-1007. Online: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/36424/Diagnostik-der-Suizidalitaet>

Lukaschek, K. et al. (2016): Arbeitsplatz und Suizidrisiko. Möglichkeiten der Prävention. In: Klinikarzt, Band 45, Heft 1, S. 38-41. Online: https://www.researchgate.net/publication/294104782_Arbeitsplatz_und_Suizidrisiko_-_Moglichkeiten_der_Praevention

Mayring, P. / Fenzl, T. (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N. / Blasius, J. (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer, S. 633-648.

Mehrtens, G. et al. (2017): Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. Berlin: Erich Schmidt.

Morawa, E. et al. (2021): Psychosocial burdens and working conditions during the COVID-19 pandemic in Germany: The VOICE survey among 3678 health care workers in hospitals. In: Journal of Psychosomatic Research. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7944879/>

Netterstrom, B. et al. (2008): The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. In: *Epidemiologic Reviews*, Band 30, Heft 1, S. 118–132. Online:

<https://academic.oup.com/epirev/article/30/1/118/622529?login=true>

Neumann, E. (1884): Zur Methode der Durchführung und hermeneutischen Interpretation von Interviews. In: Zoll, R. (Hg.): *Hauptsache, ich habe meine Arbeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 118-134.

Ohlbrecht, H. (2016): Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer, S. 71-87.

Rau, R. et al. (2010): Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten depressiver Störungen. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund. Online:

<https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F1865.html>

Rosenthal, G. (2002). Biographische Forschung. Schaeffer, D / Müller-Mundt, G. (Hg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*, Bern: Huber, S. 133-147.

Rosenthal, G. (2016): *Interpretative Sozialforschung: eine Einführung*. Weinheim: Beltz, Juventa.

Siegrist, J. (2018): Überforderung in der Arbeitswelt: Macht sie krank? In: Fuchs, T. / Iwer, L. / Micali, S. (Hg.): *Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 210-226.

Simon, M. (2020): Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems. Working-Paper der Hans-Böckler-Stiftung. Online: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-07898

Sobstad, J.H. et al. (2021): Predictors of turnover intention among Norwegian nurses. A cohort study. In: *Health Care Management Review*, Band 46, Heft 4, S. 367-374. Online:

https://journals.lww.com/hcmrjournal/Abstract/2021/10000/Predictors_of_turnover_intention_among_Norwegian.12.aspx

Stansfeld, S.A. et al. (2008): Psychosocial work characteristics and anxiety and depressive disorders in midlife: the effects of prior psychological distress. In:

Occupational and Environmental Medicine, Band 65, Heft 9, S. 634-642. Online: <https://oem.bmj.com/content/oemed/65/9/634.full.pdf>

Vandereycken, W. / Meermann, R. (2008): Krankheitsverleugnung. Ein noch zu verfeinerndes Konzept. In: Psychotherapie, Band 13. Heft 1, S. 7-26. Online: <http://docplayer.org/21221268-Krankheitsverleugnung-ein-noch-zu-verfeinerndes-konzept.html>

Voswinkel, S. (2017): Krankenrolle und Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen. In: Alsdorf, N. et al.: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: Transkript, S. 95-118. Online: https://www.transkript-verlag.de/chunk_detail_seite.php?doi=10.14361%2F9783839440308-005

Wittchen, H.-U. et al. (2010): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Robert-Koch-Institut. Online: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf%3F_blob%3DpublicationFile

Angaben zum Autor

Dr. rer. pol. Wolfgang Hien, Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler,
Lothringer Straße 44, 28211 Bremen, kontakt@wolfgang-hien.de