

Med Klin Intensivmed Notfmed 2019 · 114:693–698
<https://doi.org/10.1007/s00063-017-0362-1>
 Eingegangen: 27. April 2017
 Überarbeitet: 28. August 2017
 Angenommen: 3. September 2017
 Online publiziert: 12. Oktober 2017
 © Springer Medizin Verlag GmbH 2017

C. S. Hartog

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, IFB Sepsis und Sepsisfolgen, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

Ich kann nicht mehr: Burn-out – eine Aufrüttelung

Redaktion
 M. Buerke, Siegen



Kurze Hinführung zum Thema

Burn-out ist ein anhaltender negativer arbeitsbezogener Zustand. Er ist gekennzeichnet von 3 Domänen: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Leistungsunzufriedenheit. Intensivstationpersonal ist besonders betroffen. Die Prävalenz liegt bei zwischen einem Drittel bis etwa der Hälfte der ITS-Ärzte und -Pflegerkräfte. Burn-out gefährdet nicht nur die Gesundheit der Mitarbeiter, sondern auch die der Patienten. Zum Burn-out tragen neben persönlichen Faktoren die subjektive Arbeitsüberlastung sowie die Qualität der Arbeitsumgebung bei. US-amerikanische ärztliche und pflegerische Fachgesellschaften haben im Jahr 2016 einen Aufruf zum Handeln veröffentlicht [1]. Welche Bedeutung hat Burn-out und welche Möglichkeiten gibt es, Burn-out zu reduzieren?

Definition und Prävalenz

Der Begriff Burn-out ist zum Alltagsbegriff geworden, obwohl eine einheitliche und verbindliche Definition noch aussteht. Seit den 1970er-Jahren wird damit ein Zustand gemeint, der bei Beschäftigten in sozialen Berufen zu beobachten ist, die sich in ihrer Arbeit überengagiert haben. Die „Ausgebrannten“ fühlten sich u. a. müde, überfordert, lustlos und durch körperliche Beschwerden beeinträchtigt [2]. Burn-out-Beschwerden werden mit Selbstbeurteilungsskalen gemessen. Damit wird das subjektive Ausmaß der Beschwerden erfasst. Häufig wird der Maslach Burnout Inventory (MBI) verwendet, aber auch andere Skalen finden Anwendung wie

z. B. der Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Unterschiedliche Skalen und „cut-offs“ erschweren die Beurteilung eines „normalen“ Ausmaßes von Burn-out sowie den Vergleich zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen oder Ländern. In Deutschland liegt eine Befragung einer bevölkerungsrepräsentativen Zufallsstichprobe mit 6 Items des CBI vor. Die Ergebnisse zeigen, dass – unter Anwendung eines „cut-off“ von 4 der erfragten 6 Items – 6 % der Bevölkerung angaben, unter einer Erschöpfungssymptomatik zu leiden [3].

Unter Intensivmedizinern und ITS-Pflegerkräften wird Burn-out vor allem mit dem MBI erfasst. Nach einer französischen Multizenterumfrage sind ca. die Hälfte der ITS-Ärzte und ein Drittel der ITS-Pflegerkräfte betroffen [4]. In der Schweiz wurde eine Umfrage mit einem hohen Grad an Repräsentativität durchgeführt: 74 der 92 Schweizer ITS nahmen teil, die Teilnahmeraten waren für eine solche Umfrage ungewöhnlich hoch (69 % der Pflegeassistenten, 73 % der Pflegekräfte und 69 % der ITS-Ärzte nahmen teil). Insgesamt gaben 37 % (1117 von 3047) der Teilnehmer an, stark gestresst zu sein [5]. In einer kürzlich erfolgten Umfrage in Deutschland nahmen 23 ITS mit 628 Pflegekräften, 149 Assistenzärzten und 70 Oberärzten teil, die Mitarbeiterteilnahmequote betrug 51 %. Emotionale Erschöpfung anhand des MBI wurde auf einer Skala von 0 („niemals“) bis 5 („sehr oft“) im Median mit 2,6 (Interquartilsbereich 1,8–3,4) angegeben [6].

Symptome des Burn-outs

Häufige seelische und körperliche Symptome des Burn-outs sind in **Tab. 1** zusammengestellt. Anhand der 3 Skalen des MBI unterscheidet man 3 Domänen [2]:

1) *Emotionale Erschöpfung* gilt als Früh- oder zentrales Symptom. Sie äußert sich als eine gefühlsmäßige Erschöpfung oder ein Ausgebranntsein durch die Arbeit verbunden mit Energiemangel und dem Gefühl, schon morgens vor Beginn der Arbeit ermüdet oder verbraucht zu sein. Damit verbunden ist die Unfähigkeit, sich in den Ruhepausen oder im Urlaub ausreichend zu erholen.

2) *Zynismus* oder Depersonalisation ist ein fortgeschrittenes Symptom, das sich unter anhaltendem übermäßigem Arbeitsstress entwickelt. Es beschreibt eine gefühllose, distanzierte Reaktion mit Verbitterung gegenüber den Arbeitsbedingungen und Schuldzuweisungen sowie einer zynischen Haltung gegen Arbeitskollegen, Patienten und deren Angehörige. Depersonalisation kann auch als ein Schutzmechanismus bei fortgeschrittenem Burn-out verstanden werden. Eine eigene longitudinale Befragung zu Burn-out im Zusammenhang mit „end-of-life care“ auf 4 Intensivstationen eines Universitätsklinikums zeigte, dass das Risiko für Burn-out insgesamt über die Zeit zunahm, getriggert vor allem durch eine Zunahme der Skalenwerte „Zynismus“.

3) *Leistungsunzufriedenheit* beschreibt das Gefühl, auf der Arbeit leistungsmäßig zu versagen und mit seinen eigenen Fähigkeiten und Anstrengungen nichts ausrichten zu können.

Tab. 1 Symptome des Burn-outs. (Nach [1])

Psychologisch	Körperlich
Frustration	Erschöpfung
Ärger	Fatigue
Angst	Schafstörungen, Schlaflosigkeit
Unfähigkeit, glücklich zu sein	Kopfschmerzen
Unprofessionelles Verhalten	Magen-Darm-Probleme
Sich überwältigt fühlen	
Enttäuschung	
Ohne Hoffnung sein	
Mangel an Empathie	
Sich den Anforderungen der Arbeit nicht gewachsen fühlen	

Negative Auswirkungen von Burn-out

Burn-out hat negative Auswirkungen nicht nur auf die Mitarbeitergesundheit, sondern auch auf die Gesundheit der Patienten. Burn-out bei Ärzten und Pflegekräften geht einher mit einer höheren Anzahl von Behandlungsfehlern, erhöhter Rate an nosokomialen Infektionen und höherer 30-Tages-Sterblichkeit [1]. Burn-out der Pflegekräfte ist ein unabhängiger Risikofaktor für nosokomiale Harnwegs- und Wundinfektionen [7]. In einer Umfrage unter amerikanischen Chirurgen war Burn-out ein Prädiktor für die Meldung von Behandlungsfehlern. Die Wahrscheinlichkeit von Fehlermeldungen erhöhte sich pro Punktanstieg auf der Depersonalisationskala um 11 % und um 5 % pro Punktanstieg auf der Skala emotionale Erschöpfung [8]. „End-of-life care“ auf der ITS kann ein vielschichtiger Mitverursacher und Verstärker von Burn-out sein. Eine Beobachtungsstudie auf deutschen Intensivstationen fand, dass emotionale Erschöpfung bei ITS-Ärzten und -Pflegekräften die Wahrnehmung von nichtangemessener Behandlung und die Kündigungsabsicht erhöht [6]. Bei den Betroffenen selbst verstärkt Burn-out das Risiko für Symptome von posttraumatischem Stress, Alkoholabusus und sogar Selbstmordphantasien [9]. Burn-out erhöht die Mitarbeiterfluk-

tuation, die wiederum im Sinne eines Teufelskreises den Stress bei den übrigen Mitarbeitern verstärkt. Die Personalkosten steigen und die Produktivität wird geringer, weil erfahrene Mitarbeiter fehlen und ersetzt werden müssen. Das Arbeitsklima und die von Mitarbeitern und Patienten wahrgenommene Versorgungsqualität werden schlechter [10, 11]. Bei Pflegekräften im Krankenhaus hat nach einer großangelegten europaweiten Studie der Burn-out überproportional zugenommen [12]; Pflegekräfte weisen mit 24,9 Tagen – neben Straßenreinigern und Waldarbeitern – die höchsten Fehlzeiten auf [13]. In Deutschland wurde aufgrund der hohen Arbeitsbelastung bei zunehmendem Burn-out der Pflegekräfte im Krankenhaus ermittelt, dass pro Schicht 4 von 13 Pflgetätigkeiten nicht durchgeführt werden. Diese implizite Rationierung – d. h. die täglich neu zu treffende Entscheidung der einzelnen Fachkraft, welche Tätigkeiten zugunsten anderer Tätigkeiten wegfallen – betrifft in über 80 % der Fälle das Gespräch mit Patienten oder Angehörigen [14]. Die alltägliche Überlastung von Pflegekräften und das dadurch entstehende Dilemma wurden in einer Untersuchung auf den Intensivstationen der Universitätsklinik Köln aufgezeigt. Eine Recherche ergab, dass für die Erfüllung von hygienerelevanten Leitlinien mindestens ein 1:1-Pflegeschlüssel nötig wäre, während der Durchschnitt nur ca. 2,5:1 beträgt. Betroffene Pflegekräfte wurden dazu befragt und gaben an, auf Pausen zu verzichten, um dennoch annähernd eine subjektiv akzeptable Versorgungsqualität zu gewährleisten [15].

Ursachen von Burn-out

■ **Abb. 1** fasst die Ursachen von Burn-out zusammen. In Zeiten hoher Arbeitsverdichtung liegt es nahe, eine erhöhte Arbeitsbelastung für das Burn-out von Mitarbeitern verantwortlich zu machen. Grundsätzlich gelten persönliche Faktoren sowie Arbeitsplatzfaktoren als Hauptverursacher. Zu den persönlichen Faktoren, die häufiger mit Burn-out assoziiert sind, gehören Schlafmangel und eine unausgeglichene Work-Life-Balance. Merkmale, wie Idealismus, Per-

fektionismus und hohes Engagement, die besonders häufig in helfenden Berufen anzutreffen sind, prädestinieren ebenfalls für Burn-out. Extrovertierte Individuen mit einer hohen Fähigkeit, Stresssituationen zu bewältigen (Coping), sind seltener betroffen [1]. Arbeitsplatzfaktoren, die Burn-out begünstigen, sind eine hohe Arbeitsbelastung, eine dysfunktionale Arbeitsumgebung mit schlechter Zusammenarbeit, mangelhafter Kommunikation zwischen den Mitarbeitern sowie einem Mangel an einbeziehendem Führungsstil, das Fehlen eigener Einflussmöglichkeiten auf die Arbeitsumgebung und ein Mangel an Anerkennung oder Belohnung [1]. Ein ungünstiger Pflegeschlüssel, d. h. eine hohe Arbeitsanforderung, wirkt sich negativ auf die 20-Tages-Mortalität von chirurgischen Patienten aus und Pflegekräfte entwickeln höhere Raten von Burn-out und Unzufriedenheit [16]. Auch der Zusammenhang von Burn-out und Arbeitsumgebung ist wiederholt eindrucksvoll belegt worden. Eine große, internationale Beobachtungsstudie mit Daten von über 33.000 bzw. 27.000 Pflegekräften sowie 11.000 und 120.000 Patienten in Europa und den USA belegt, dass eine bessere Arbeitsumgebung und ein höheres Pflege-zu-Patient-Verhältnis mit besserer Behandlungsqualität und höherer Patientenzufriedenheit einhergehen. Nach Adjustierung für Einrichtung und demographische Faktoren halbiert eine gute Arbeitsumgebung die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegekräfte eine mittelmäßige oder schlechte Versorgungsqualität wahrnahmen (Odds-Ratio 0,56; 95 %-Konfidenzintervall 0,51–0,61), bzw. für mangelhafte Patientensicherheit (0,50; 0,44–0,56). In Häusern mit guter Arbeitsumgebung bewerteten Patienten die Behandlungsqualität höher (1,16; 1,03–1,32) und gaben eher eine gute Empfehlung ab (1,20; 1,05–1,37). Interessanterweise stimmten Pflegekräfte und Patienten in der Bewertung überein, welche Einrichtungen eine gute Versorgungsqualität bieten. Die Qualität der Arbeitsumgebung wurde anhand von Fragen zur Unterstützung durch Vorgesetzte, Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften, Einbeziehung von Pflegekräften in Entscheidungs-

gen und Selbstverpflichtung (Commitment) der Einrichtung zur Verbesserung der Behandlungsqualität erhoben [17]. Kürzlich wurde eine interessante und sorgfältig durchgeführte Metaanalyse zum Zusammenhang zwischen Burn-out und Arbeitsumgebung von einer schwedischen Arbeitsgruppe publiziert. Die Autoren fassen zusammen, dass geringe Kontrolle über Arbeitsbedingungen, hohe Anforderungen, geringe Anerkennung bzw. Belohnung sowie Arbeitsplatzunsicherheit Burn-out begünstigen, während Mechanismen der Unterstützung am Arbeitsplatz und Arbeitsgerechtigkeit Burn-out entgegenwirken [18].

Burn-out als Qualitätsindikator

Burn-out kann als Marker für unzureichende oder ungesunde Arbeitsbedingungen gewertet werden und kann somit als Indikator für die Qualität der Arbeitsumgebung eingesetzt werden. Wallace et al. schlugen bereits im Jahr 2009

vor, die seelische Gesundheit der Ärzte als Qualitätsindikator für ein funktionierendes und gesundes Arbeitsumfeld einzusetzen [19]; gleiches gilt für die Pflegekräfte im Team. Wenn man die negativen Auswirkungen von Burn-out auf Patienten und Mitarbeiter bedenkt, liegt es nahe, Burn-out-Skalen longitudinal und vergleichend im Sinne eines Benchmarks einzusetzen. Beispielsweise kann Burn-out als Marker eingesetzt werden, um die Auswirkung von Qualitätsverbesserungen auf die Mitarbeitergesundheit in einer Arbeitsumgebung zu erfassen, die durch erhöhte Arbeitsverdichtung und ungünstigen Personalschlüssel gekennzeichnet ist. Ein – wenn auch ungewollt – negatives Beispiel ist die Untersuchung einer italienischen Arbeitsgruppe, die den Einfluss der Ausweitung von Besuchszeiten in 8 ITS auf das Burn-out von Ärzten und Pflegekräften untersucht hat. Die Vorher-Nachher-Studie zeigte auf, dass eine Ausweitung von Besuchszeiten mit einer kleinen, aber signifikanten Zunah-

me von Burn-out insbesondere bei Pflegekräften verknüpft war. Mitarbeiter mit einem hohen Burn-out bewerteten die Veränderungen negativer als Mitarbeiter mit niedrigem Burn-out ($p = 0,011$; [20]). Aufgrund des Studiendesigns ist ein kausaler Zusammenhang jedoch nicht gesichert. Andererseits berichtete eine französische Arbeitsgruppe ebenfalls in einem Vorher-Nachher-Vergleich, dass die Einführung eines multifaktoriellen Programms zur Verbesserung der „end-of-life care“ mit vermehrten interdisziplinären Teammeetings, Kommunikations Schulungen u. a. m. mit einer Verringerung des Burn-out einherging [21]. Auch aus ethischer Sicht sind angesichts der zunehmenden Ökonomisierung der Krankenhausversorgung und der steigenden Personalbelastung (wiederholte) Mitarbeiterbefragungen ein zentrales Instrument zur Sicherung der „inneren Qualität“ [22].

Hier steht eine Anzeige.

Wie kann Burn-out reduziert werden?

Inzwischen gilt Burn-out nicht mehr nur als Randerscheinung, sondern wird als ein grundlegendes Problem wahrgenommen, das eine ernsthafte Gefährdung der Qualität der intensivmedizinischen Versorgung und der Gesundheit der intensivmedizinischen Mitarbeiter anzeigt [1]. Es wird Zeit, Burn-out nicht nur als Umgebungsindikator, sondern als Outcome selbst in den Blick zu nehmen. Strategien zur Prävention oder Reduktion von Burn-out sind solche, die a) Einzelnen helfen, günstigere Verhaltensmuster zu entwickeln und in der Arbeitsstation umzusetzen, und b) Interventionen, die die Arbeitsumgebung verbessern, z. B. indem die Teamzusammenarbeit und die Arbeitsgerechtigkeit verbessert werden. Es gibt erste Hinweise für Kriterien einer guten Teamarbeit. Ein solches Kriterium ist z. B. die „psychologische Sicherheit“, d. h. die Sicherheit, ohne Angst vor negativen Folgen auf Fehler und Missstände hinweisen zu können, Veränderungsvorschläge zu machen oder Therapielimitierungen anzusprechen. Auch der „einbeziehende Führungsstil“, d. h. ein Führungsverhalten, das Mitarbeiter verantwortlich einbezieht, gilt als förderlich für eine gute Arbeitsumgebung [23]. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass einzelne Maßnahmen erfolgreich sein werden. Vermutlich ist ein multidimensionales Vorgehen nötig, um ein schlechtes Klima und mangelhafte Zusammenarbeit zu verbessern. In den USA hat die Einführung von sog. Magnetkriterien in Krankenhäusern entsprechend dazu geführt, dass die Arbeitsumgebung messbar besser wurde, die postoperative Sterblichkeit zurückging und der Burn-out sowie die Kündigungsabsicht der Pflegekräfte abnahm [24]. Zu den „Magnetkriterien“ gehören folgende wesentliche Konzepte:

- Transformationale, d. h. eine auf Veränderung und Weiterentwicklung ausgerichtete Führung;
- Strukturelles Empowerment, d. h. die Einbeziehung der Pflege auf allen Ebenen der Organisation;
- Exemplarische Professionelle Praxis d. h. ein klares Rollenverständnis

Med Klin Intensivmed Notfmed 2019 · 114:693–698
<https://doi.org/10.1007/s00063-017-0362-1>
 © Springer Medizin Verlag GmbH 2017

C. S. Hartog

Ich kann nicht mehr: Burn-out – eine Aufrüttelung

Zusammenfassung

Hintergrund. Burn-out wird zunehmend in der Öffentlichkeit diskutiert und ist Thema eines Positionspapiers der US-amerikanischen Society of Critical Care Medicine.

Ziel der Arbeit. Eine Übersicht über Vorkommen, Ursachen und Bedeutung von Burn-out bei Intensivstations(ITS)-Ärzten und -Pflegekräften zu geben sowie Möglichkeiten der Prävention aufzuzeigen

Material und Methoden. Narratives Review

Ergebnisse und Diskussion. Burn-out ist ein arbeitsbezogener Zustand, der nach längerfristiger Arbeitsüberforderung entstehen kann, wenn ein Ende nicht absehbar ist und kurze Erholungsphasen, etwa an Wochenenden, nicht zu einer Rückbildung von Erschöpfung, vegetativer Symptomatik, Leistungsminderung sowie der kritischen Distanz zur Arbeit führen. Das Ursachenspektrum umfasst 1) arbeitsplatzbezogene Faktoren, z. B. unbewältigbarer Arbeitsanfall, mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte, und 2) individuelle Faktoren, z. B. stark überhöhter Anspruch und starkes Engagement. In der Intensivmedizin ist

nach Beobachtungsstudien aus Frankreich oder der Schweiz jeder 2. bis 3. Mitarbeiter betroffen. Große Umfragestudien bei Pflegekräften im Krankenhaus gehen von einer Zunahme des Burn-outs in den letzten Jahren aus. Burn-out ist mit einer schlechten Arbeitsumgebung assoziiert, gefährdet die Patientensicherheit und -zufriedenheit, führt bei Ärzten und Pflegekräften vermehrt zu Kündigungsabsicht und verstärkt Personalfuktuation. Eine Prävention oder Reduktion von Burn-out ist eine Zukunftsaufgabe, die ein multidimensionales Vorgehen erfordert. Entsprechende Studien über wirksame Interventionen fehlen. Angestrebt werden sollte die Herstellung und Aufrechterhaltung einer gesunden Arbeitsumgebung mit guter Teamzusammenarbeit, psychologischer Sicherheit und einbeziehendem Führungsstil.

Schlüsselwörter

Arbeitsumgebung · Kündigungsabsicht · Interdisziplinäre Zusammenarbeit · Emotionale Erschöpfung · Depersonalisation

Burnout—a call for action

Abstract

Background. Burnout is an emerging topic and has recently been the subject of a position paper of the US American Society of Critical Care Medicine.

Objectives. To give an overview over prevalence, causes, and relevance of burnout in intensive care unit (ICU) clinicians and point to potential prevention strategies

Materials and methods. Narrative review.

Results and conclusion. Burnout is a job-related state which results from long-lasting, permanent work overload when short spells of recreation, for instance during the weekend, are not effective to reduce exhaustion, vegetative symptoms, loss of efficiency, and depersonalization. Burnout may be due to (1) work-related factors, such as unmanageable workload and lack of appreciation by superiors and (2) personal factors, such as overly high demand and

commitment. Surveys from France and Switzerland suggest that approximately one third to one half of ICU clinicians are affected. Large studies among hospital nurses show an increase in burnout. Burnout impairs patient safety and satisfaction, increases clinicians' intent to quit, and staff turnover.

Conclusions. Burnout is associated with a poor work environment. Burnout prevention or reduction is an important task which demands a multidimensional approach. The goal should be to improve the work environment, achieve good team collaboration, psychological safety, and inclusive leadership.

Keywords

Work environment · Intention to quit · Interdisciplinary team collaboration · Emotional exhaustion · Depersonalization

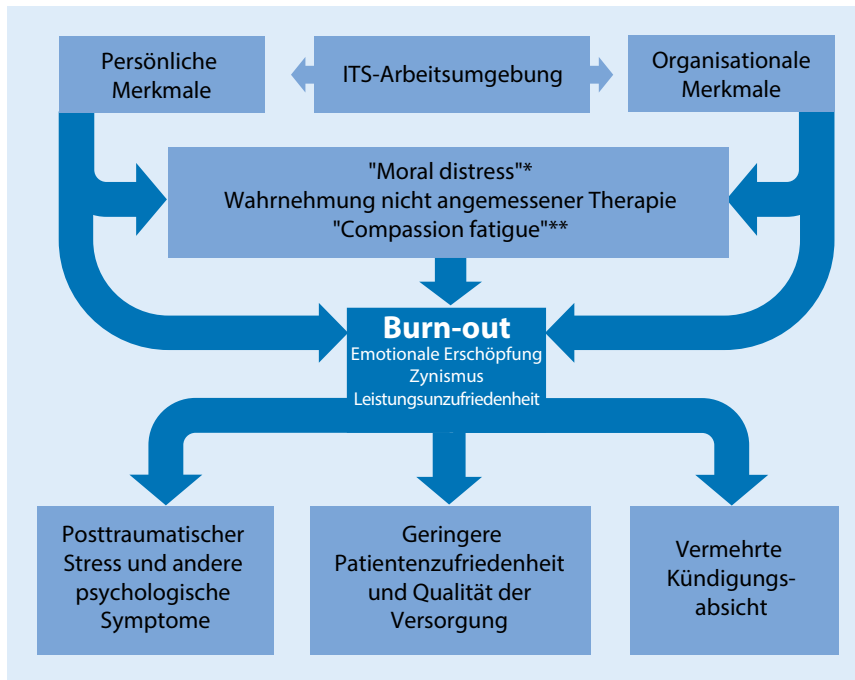


Abb. 1 ▲ Burn-out auf der Intensivstation, Risikofaktoren und Auswirkungen. **Moral distress*: Ethisches Dilemma, wenn eine Person die ethisch korrekte Handlung kennt, sich jedoch durch institutionelle Begrenzungen machtlos fühlt [26]. ***Compassion fatigue*: Mitleidserschöpfung, Folge des ständigen und wachsenden Kontakts mit bedürftigen Personen [27]. (Adaptiert nach [1])

- und Klarheit über Aufgaben und Standards;
- Neues Wissen, Innovationen und Verbesserungen, d. h. Engagement in Pflegeforschung und Entwicklung von neuen Pflegemodellen;
- Empirische Outcomes, d. h. regelmäßige Untersuchung und Verbesserung der Pflegepraxis auch mittels Mitarbeiterumfragen.

Ein anderer möglicher Ansatz wäre die Orientierung an der Arbeitsorganisation von palliativmedizinischen Stationen, die in der Regel mit regelmäßige Teamtreffen und anderen Maßnahmen eine Kultur der Zusammenarbeit und der Unterstützung von Mitarbeitern pflegen. Eine Mitarbeiterbefragung, die Burn-out und Arbeitsorganisation im Kontext von Therapiebeschränkungen auf Intensivstationen und einer Palliativstation (PS) eines Krankenhauses verglich, ergab, dass bei 21 % der ITS-Mitarbeiter, aber bei keinem PS-Mitarbeiter ein erhöhtes Burn-out-Risiko gegeben war. PS-Mitarbeiter werteten die Interaktion im Team, die Rollenklarheit im Kontext von Therapiebeschränkungen und die emotiona-

le Unterstützung signifikant besser als ITS-Mitarbeiter und waren zufriedener mit der Kommunikation [25]. Insgesamt müssen mehr Anstrengungen unternommen werden, um Strategien zur Prävention von Burn-out zu entwickeln und zu überprüfen.

Fazit für die Praxis

- Burn-out ist ein anhaltender arbeitsbezogener negativer Zustand mit den Domänen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Leistungsunzufriedenheit.
- In Frankreich und der Schweiz zeigen Umfragen, dass zwischen 30 und 50 % der Mitarbeiter auf Intensivstation an einem Burn-out-Risiko leiden.
- Burn-out gefährdet die Patientensicherheit und die Mitarbeitergesundheit und führt zu Kündigung und Personalfluktuation.
- Strategien der Prävention oder der Reduktion sollten vor allem die Arbeitsumgebung und die persönliche Unterstützung verbessern. Entsprechende Studien mit multidimensionalen Ansätzen sind gefragt.

Korrespondenzadresse

PD Dr. C. S. Hartog
 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, IFB Sepsis und Sepsisfolgen, Universitätsklinikum Jena
 Am Klinikum 1, 7747 Jena, Deutschland
 christiane.hartog@med.uni-jena.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C.S. Hartog wird teilweise als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Mitteldeutschen Sepsis-Kohorte (MSC) am Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Sepsis und Sepsisfolgen am Universitätsklinikum Jena finanziert. Die MSC erhält Fördergelder durch die Rudolf Presl GmbH, Kreischa und das BMBF (BMBF No. 01EO1502).

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN (2016) A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. *Am J Respir Crit Care Med* 194(1):106–113
- Kapfhammer HP (2012) Burnout: Krankheit oder Symptom? *Internist (Berl)* 53(11):1276–1288 (Burnout: illness or symptom?)
- Stobel-Richter Y, Daig I, Braehler E, Zenger M (2013) Prävalenz von psychischer und physischer Erschöpfung in der deutschen Bevölkerung und deren Zusammenhang mit weiteren psychischen und somatischen Beschwerden. *Psychosom Med Psychol* 63(3–4):109–114 (Prevalence of personal exhaustion in the general population in Germany and its coherences towards further psychosomatic disorders)
- Embrico N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E (2007) Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care* 13(5):482–488
- Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B (2011) Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med* 184(10):1140–1146
- Schwarzkopf D, Ruddle H, Thomas-Ruddle DO, Felfe J, Poidinger B, Matthaus-Kramer CT, Hartog CS, Bloos F (2017) Perceived Nonbeneficial treatment of patients, burnout, and intention to leave the job among ICU nurses and junior and senior physicians. *Crit Care Med* 45(3):e265–e273
- Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES (2012) Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control* 40(6):486–490
- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag J (2010) Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 251(6):995–1000
- Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, Durning S, Moutier C, Szydlo DW, Novotny PJ et al (2008) Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 149(5):334–341

10. Waldman JD, Kelly F, Arora S, Smith HL (2004) The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Manage Rev* 29(1):2–7
11. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, Laschinger HK, North N (2012) Nurse turnover: a literature review – an update. *Int J Nurs Stud* 49(7):887–905
12. Zander B, Dobler L, Busse R (2011) Studie spürt Gründen für Burnout nach. Psychische Erkrankungen kommen in der Pflegebranche überproportional häufig vor. *PflegeZ* 64(2):98–101 (Study assesses causes of burnout. Psychological illnesses are disproportionately frequent in the nursing field)
13. Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg) (2010) Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Fehlzweitenreport, Bd. 2010. Springer, Berlin
14. Zander B, Dobler L, Baumler M, Busse R (2014) Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(11):727–734 (Nursing tasks left undone in German acute care hospitals – results from the international study RN4Cast)
15. Kochanek M, Boll B, Shimabukuro-Vornhagen A, Michels G, Barbara W, Hansen D, Hallek M, Fatkenheuer G, von Bergwelt-Baildon M (2015) Personalbedarf einer Intensivstation unter Berücksichtigung geltender Hygienerichtlinien. *Dtsch Med Wochenschr* 140(14):e136–141 (Staffing needs of an intensive care unit in consideration of applicable hygiene guidelines—an exploratory analysis)
16. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 288(16):1987–1993
17. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT et al (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 344:e1717
18. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarstrom A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, Skoog I, Traskman-Bendz L, Hall C (2017) A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health* 17(1):264
19. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA (2009) Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 374(9702):1714–1721
20. Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C, Group OS (2013) Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study. *Intensive Care Med* 39(12):2180–2187
21. Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, Jacquot N, Blettery B, Herve C, Charles PE et al (2012) Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intensive Care Med* 38(1):55–61
22. Marckmann G, Maschmann J (2014) Zahlt sich Ethik aus? Notwendigkeit und Perspektiven des Wertemanagements im Krankenhaus. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 108(2):157–165 (Does ethics pay off? Need and perspectives of value management in hospitals)
23. Manthous C, Nembhard IM, Hollingshead AB (2011) Building effective critical care teams. *Crit Care* 15(4):307
24. Kutney-Lee A, Stimpfel AW, Sloane DM, Cimiotti JP, Quinn LW, Aiken LH (2015) Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Med Care* 53(6):550–557
25. Schwarzkopf D, Meissner W, Wedding U, Riedemann N, Pfeifer R, Fritzenwanger M, Guenther A, Egerland K, Henkel M, Skupin H et al (2012) Interaktion und Belastung bei Therapiebeschränkungen am Lebensende: Ergebnisse einer Befragung von intensiv- und palliativmedizinischen Pflegekräften und Ärzten. *Z Palliativmed* 13:293–300 (Collaboration and stress in the context of end-of-life decision-making—A survey among nurses and physicians from intensive and palliative care units)
26. Holsten C (2015) Moral distress bei Pflegenden durch institutionelle Begrenzungen: Möglichkeiten zur Bewältigung von moral distress im stationären Bereich. In: Bachelor-Thesis Hamburg Hochschule für Angewandte Wissenschaften Fakultät Wirtschaft und Soziales Department Pflege & Management.
27. van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD (2015) The prevalence of compassion fatigue and burnout among Healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLOS ONE* 10(8):e136955

Advanced Nursing Practice – Erfolgreiche Tea Time Lecture in Hamburg

Die Idee, eine Tea Time Lecture zum Thema Advanced Nursing Practice (ANP) ins Leben zu rufen, entstand erstmalig im Jahr 2014 im Rahmen des Masterstudiengangs Pflege an der HAW Hamburg unter der Studiengangleitung Frau Prof. Dr. Uta Gaidys. Sie betonte, dass der Gedanke der Sichtbarmachung akademisierter Pflege auf der Grundlage von Advanced Nursing Practice (erweiterte und vertiefte Pflegepraxis) in der direkten Patientenversorgung zur Unterstützung pflegerischer Entwicklungsprozesse heute aktueller denn je ist.



Studiengangteilnehmer Master Pflege Kohorte IV der HAW

Die 120 Teilnehmenden der 3. Tea Time Lecture zeigten großes Interesse am Thema – und Respekt vor der Leistung der Studierenden –, die die Veranstaltung an der HAW Hamburg hervorragend organisiert und durchgeführt haben.

Die zahlreichen Themen und Diskussionen, an denen auch Vertreter der DGIIN-Sektion Pflege teilnahmen, zeigten: ANP kann nicht mehr aufgehalten werden, wie Katrin Blanck-Köster, Studiengangkoordinatorin an der HAW, zusammenfasste.

Die Fachtagung kann als ein bedeutender Beitrag in der Diskussion um neue pflegerische Rollen zur Stärkung einer sektorenübergreifenden Versorgung angesehen werden.

Sektion Pflege der DGIIN