

Monatsschr Kinderheilkd
<https://doi.org/10.1007/s00112-023-01717-7>
Eingegangen: 17. November 2022
Angenommen: 3. Januar 2023

© Der/die Autor(en) 2023

Redaktion

Berthold Koletzko, München
Thomas Lücke, Bochum
Ertan Mayatepek, Düsseldorf
Norbert Wagner, Aachen
Stefan Wirth, Wuppertal



Die Neonatologie/Pädiatrische Intensivmedizin – ein attraktiver Arbeitsplatz?

Work-Life-Balance und Karriereperspektiven aus ärztlicher und pflegerischer Sicht

Till Dresbach¹ · Andreas Müller¹ · Sonja Trepels-Kottek³ · Johannes Soff² · Jan Hoffmann² · Nadine Scholten²

¹ Zentrum für Kinderheilkunde, Abteilung für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

² Humanwissenschaftliche Fakultät & Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

³ Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion für Neonatologie, Universitätsklinikum Aachen, Aachen, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Arbeitszufriedenheit wie auch das Wohlbefinden der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter*innen sind zum einen relevant zur Mitarbeiter*innenbindung, aber auch zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Patient*innenversorgung. Aufgrund des Personalmangels in der Neonatologie ist es wichtig, mehr über den aktuellen Stand der Arbeitsplatzzufriedenheit, der Work-Life Balance wie auch der Wechselabsichten zu erfahren.

Methode: Hierzu sind insgesamt 389 Ärzt*innen und Pflegekräfte befragt worden.

Ergebnisse: Insgesamt arbeiten 74 % der Ärzt*innen in Vollzeit (≥ 38 h/Woche) (Ärzte: 80 %, Ärztinnen: 69 %), wobei dies jedoch nur von 49 % der befragten Ärzt*innen (Ärzte: 57 %, Ärztinnen: 41 %) gewünscht ist. Mit 56 % an Ärzt*innen mit einem klinisch auffälligen WHO-5-Wohlbefindens Index zeigt sich auch hier Handlungsbedarf. Circa 44 % der befragten Ärzt*innen unter 60 Jahren planen, in den nächsten 5 Jahren ihren Arbeitgeber zu wechseln. Dies steht im signifikanten Zusammenhang zu Burn-out und Work-Life-Balance-Konflikten.

Diskussion: Insgesamt zeigen sich große Herausforderungen in der Vereinbarkeit von Arbeit und Familie und hierdurch der vermehrte Wunsch nach Teilzeit.

Schlüsselwörter

Work-Life-Balance · Arbeitszufriedenheit · Karriere · Neonatologie · Arbeitsbedingungen

Hintergrund und Fragestellung

Ergebnis einer kürzlich publizierten Befragung des Marburger Bundes war, dass ein Viertel der angestellten Ärztinnen und Ärzte über einen Berufswechsel nachdenkt [9]. Als Ursache wurden u. a. die schlechten Arbeitsbedingungen genannt, wie z. B. viele Überstunden und die mangelhafte Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben/Familie [9].

Relevant wurde das Thema der Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben/Familie (Work-Life-Balance) bereits in den 1970er-Jahren, mit der Zunahme von berufstätigen Frauen und somit der Abkehr von dem Konzept der familiären Arbeitsteilung im Sinne eines Alleinverdieners und einer für den Haushalt und Kindererziehung zuständigen Person [27]. Grundsätzlich geht die Vereinbarkeit jedoch über die Versorgung der Familie hinaus und beinhaltet die



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

grundsätzliche Balance zwischen Arbeit und Privatleben, den Ausgleich zwischen belastenden und erholsamen Tätigkeiten sowie die Erfüllung der unterschiedlichen Anforderungen aus Privat- und Berufsleben [23]. Verfolgt werden kann dieses Ziel z.B. auch über die Reduzierung der Arbeitszeit und das Ausüben der beruflichen Tätigkeit in Teilzeit [19]. Defizite im Bereich der Work-Life-Balance begünstigen die Entstehung von Burn-out und stehen somit im engen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Ärzt*innen und Pflegekräfte i. Allg. [8, 20]. Besonders häufig von Burn-out betroffen sind dabei im intensivmedizinischen Bereich tätige Ärzt:innen und Pflegekräfte. Große internationale Studien kommen für den intensivmedizinischen Bereich auf Prävalenzanteile von 28–61 % der Mitarbeiter:innen die unter Burn-out leiden, womit diese Gruppe überdurchschnittlich häufig betroffen ist [5]. Aufgrund des direkten Zusammenhangs zwischen Burn-out und Patientensicherheit gehen die Auswirkungen über den Einzelnen hinaus und wirken sich direkt auf die medizinische Versorgung aus [7]. Der Teufelskreis aus Überlastung, daraus resultierenden medizinischen Fehlern und der hieraus wiederum entstehenden psychischen Belastung des medizinischen Personals führt zu dem „second victim syndrome“, welches den Fokus nicht nur auf den Patienten („first victim“) sondern auch auf den Behandelnden, in diesem Fall das „second victim“, richtet [10].

In Zeiten eines eklatanten landesweiten Mangels an Ärzt*innen und Pflegekräften [3], aber speziell auch im Bereich der pädiatrischen und neonatologischen Intensivmedizin [1, 14] ist es für die zukünftige Ausrichtung eines Fachgebiets entscheidend, mehr über die erlebte Arbeitszufriedenheit zu erfahren und zukünftigen Herausforderungen somit gezielt frühzeitig zu begegnen. Ziel der hier durchgeführten Studie war es, mehr über die Sicht der Ärzt*innen wie auch der Pflegekräfte im Bereich der Neonatologie, pädiatrischen Intensivmedizin und pädiatrischen Infektiologie auf die erlebten Arbeitsbedingungen wie auch ihre Arbeitszufriedenheit zu erfahren.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Datenerhebung

Im Rahmen der 48. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI), gemeinsam mit der 29. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), in Aachen wurde eine Querschnittbefragung der am Kongress teilnehmenden Pflegekräfte und Ärzt*innen durchgeführt.

Die Teilnahme an der anonymen Umfrage war in schriftlicher Form oder als Online-Fragebogen möglich. Die Kongressteilnehmer*innen ($n = 1634$) hatten die Möglichkeit, beim GNPI in Aachen vom 19.05.2022 bis 21.05.2022 vor Ort an der schriftlichen Befragung oder online (Bewerbung der Befragung über Einblendung in einzelnen Sessions bzw. durch direkte Kontaktaufnahme an einem Messestand) oder im Anschluss an die Tagung bis zum 09.07.2022 an der Online-Befragung teilzunehmen.

Erhebungsinstrument

Der Fragebogen adressierte die 5 Schwerpunkte:

1. grundlegende soziodemografische Merkmale und private Situation (Geschlecht, Alter, Beruf, familiäre Situation usw.).
2. Fragen zur Arbeitssituation und zu beruflichen Belastungen.
3. Fragen zur Work-Life-Balance (Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life-Balance. TKS-WLB; [23]). Die TKS-WLB-Skala gilt dabei als gut geeignetes und validiertes Messinstrument zur globalen Einschätzung der Work-Life-Balance [23]. Das Messinstrument basiert dabei auf der Definition von Bauer-Emmel [2], wonach unterschiedliche Lebensbereiche, Rollen und Ziele miteinander in Einklang gebracht werden, sodass eine Balance entsteht [23].
4. Fragen zu Gesundheit und Wohlbefinden (WHO-5-Wohlbefindens-Index, Version II; [4]) und Copenhagen Burnout Inventory (CBI; [12]). Als Instrumente zur Messung von Burn-out genutzt wurde das Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [12]. Die Items

zu „persönlichem Burn-out“ des CBI werden genutzt, um generelle Symptome von Erschöpfung und Müdigkeit zu erheben, die eine Person erlebt [12]. Die hier in dieser Befragung verwendete allgemeine Domäne des Instruments erfasst nicht zwangsläufig einen (arbeitsbezogenen) Burn-out-Zustand, sondern den Grad der physischen und psychischen Müdigkeit und Erschöpfung, den eine Person erlebt [12]. Das allgemeine Wohlbefinden wird mit dem WHO-5-Wohlbefindens Index gemessen [22]. Diese international validierte Kurzsкала gilt als sensitives und spezifisches Instrument für das Screening auf Depressionen (Cut-off-Wert: ≤ 50 Punkte, je niedriger der Wert, desto schlechter das Wohlbefinden), das bereits weltweit in unterschiedlichsten Settings eingesetzt wurde, wodurch sich eine große Bandbreite an Vergleichswerten ergibt [24].

5. Fragen zu den beruflichen Perspektiven in nächsten 5 Jahren und somit zur Absicht, weiterhin in der aktuellen Position tätig zu sein.

Statistische Analyse

Alle Analysen wurden mit R 4.2.1 [16], der integrierten Entwicklungsumgebung RStudio [18] und ergänzenden folgenden Softwarepaketen durchgeführt [11, 13, 21, 25, 26]:

Ergebnisse

Insgesamt haben 127 Personen an der schriftlichen Befragung und 262 Personen an der Online-Befragung teilgenommen. Nach Datenbereinigung wurden die Fragebogen von 211 Pflegekräften und 178 Ärzt*innen in die Analyse einbezogen. Dem weiblichen Geschlecht zugehörig fühlten sich 69 % der Ärzt*innen und 97 % der Pflegefachkräfte.

Vollzeit, Teilzeit und Überstunden

Insgesamt arbeiten 74 % der Ärzt*innen in Vollzeit (≥ 38 h/Woche) (Ärzte: 80 %, Ärztinnen: 69 %), wobei dies jedoch nur von 49 % der befragten Ärzt*innen (Ärzte: 57 %, Ärztinnen: 41 %) gewünscht ist. 50 % der Ärztinnen, die gerne in Teilzeit

Tab. 1 Wunsch nach Vollzeitfähigkeit bei Ärzt*innen			
Wunsch der Ärzt*innen, einer Vollzeitarbeit nachzugehen (n = 169)			
Einflussvariablen^a	OR^a	95 %-KI^a	p-Wert^a
<i>Kind im Alter unter 12 Jahren</i>	0,18	0,08–0,38	<0,001
<i>Geschlecht: weiblich</i>	0,27	0,11–0,63	0,003
<i>Alter</i>	1,15	0,80–1,69	0,5

OR „odds ratio“, KI Konfidenzintervall
^aTjur's R² = 0,158; Signifikanz-Niveau <0,05 (**fett**)

Tab. 2 Deskriptive Ergebnisse		
Variable	Arzt/Ärztin, n = 178^a	Pflege, n = 211^a
<i>Alter (Jahre)</i>		
Unter 30	21 (13 %)	62 (33 %)
30–39	74 (45 %)	53 (28 %)
40–49	45 (27 %)	36 (19 %)
50–59	16 (9,7 %)	33 (17 %)
60–70	9 (5,5 %)	5 (2,6 %)
<i>Geschlecht</i>		
Männlich	50 (31 %)	6 (3,1 %)
Weiblich	113 (69 %)	185 (97 %)
<i>Leitende ärztliche/pflegerische Position</i>	69 (39 %)	36 (17 %)
<i>Trierer Kurzska zur Messung von Work-Life-Balance (TKS-WLB)</i>	3,10 (0,96)	3,59 (0,98)
<i>Copenhagen Burnout Inventory (CBI)</i>	53 (17)	53 (18)
<i>WHO-5-Wohlbefindens-Index (Version II)</i>	49 (20)	48 (22)

^an (%); Mittelwert (SD)

Tab. 3 Logistisches Model: WHO5			
WHO 5 unter ≤50 Punkte bei Ärzt:innen (n = 153)			
Einflussvariablen^a	OR^a	95 %-KI^a	p-Wert^a
<i>In leitender ärztlicher Position tätig (Sektionsleiter*in, Oberärzt*in, Chefärzt*in)</i>	0,31	0,11–0,83	0,023
<i>Differenz zwischen tatsächlicher und gewünschter wöchentlicher Arbeitszeit</i>	1,06	1,00–1,13	0,042
<i>Kind im Alter unter 12</i>	2,29	1,07–5,09	0,036
<i>Geschlecht: weiblich</i>	0,38	0,15–0,90	0,033
<i>Alter</i>	1,48	0,91–2,47	0,12

OR Odds Ratio, KI Konfidenzintervall
^aTjur's R² = 0,110

Tab. 4 Selbst eingeschätzte berufliche Position in 5 Jahren		
	Arzt/Ärztin, n = 160^a	Pflege, n = 175^a
In derselben Klinik, in derselben Position	55 (34 %)	84 (48 %)
In derselben Klinik, in einer anderen Position	39 (24 %)	46 (26 %)
In einer anderen Klinik, in derselben Position	11 (6,9 %)	9 (5,1 %)
In einer anderen Klinik, in einer anderen Position	34 (21 %)	14 (8,0 %)
Selbstständig im ambulanten Sektor tätig	3 (1,9 %)	2 (1,1 %)
Angestellt im ambulanten Sektor tätig	10 (6,2 %)	2 (1,1 %)
Nicht mehr im medizinischen Sektor	8 (5,0 %)	18 (10 %)

^an (%)

arbeiten würden, arbeiten Vollzeit. Aber auch 65 % der Ärzte arbeiten Vollzeit, trotz Wunsch nach einer Teilzeittätigkeit. Unter den Ärzt*innen, die sich eine Teilzeittätigkeit wünschen, haben 49 % (Ärzte: 70 %, Ärztinnen: 44 %) mindestens ein Kind im Alter unter 12 Jahren. Ist mindestens ein Kind unter 12 Jahren vorhanden, liegt der Anteil der Ärzt*innen, die in Teilzeit arbeiten wollen, bei 71 % (Ärzte: 56 %, Ärztinnen: 92 %). Im multivariaten Modell zeigt sich, dass der Wunsch, in Teilzeit tätig zu sein, signifikant häufiger bei Ärzt*innen mit Kindern im Alter unter 12 Jahren auftritt und häufiger von Ärztinnen geäußert wird als von Ärzten (■ Tab. 1).

Die Anzahl der durchschnittlichen Überstunden in der Woche unterscheidet sich nicht signifikant zwischen in Teilzeit (15 % der vertraglichen Arbeitszeit, Median 11 %) und in Vollzeit tätigen Ärzt*innen (15 % der vertraglichen Arbeitszeit, Median 14 %). Die Tätigkeit in einer Uniklinik hat im multivariaten Modell keinen signifikanten Einfluss auf das Wohlbefinden und wurde deshalb hier nicht mit aufgenommen (■ Tab. 2).

Work-Life-Balance

In Bezug auf die Work-Life-Balance zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Ärzt*innen (MW 3,1, SD 0,96) und Pflegekräften (MW 3,6, SD 0,98), wobei die Work-Life-Balance durch den pflegerischen Dienst durchschnittlich höher eingeschätzt wird. Zwischen Ärztinnen und Ärzten wie auch zwischen Ärzt*innen mit und ohne Kinder unter 12 Jahren zeigt sich kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die eingeschätzte Work-Life-Balance, jedoch in Bezug auf Ärzt*innen in Voll- vs. in Teilzeit, wobei Ärzt*innen in Vollzeit grundsätzlich eine geringere Work-Life-Balance angeben. Auch das Alter der Ärzt*innen hat keinen signifikanten Einfluss auf die eingeschätzte Work-Life-Balance. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Überstunden pro Woche ist nur bei Ärzt*innen ($p < 0,001$), nicht aber bei Ärzten ($p = 0,214$) gegeben. Haben die Ärzt*innen mindestens ein Kind unter 12 Jahren ($p = 0,013$), wird auch hier der Zusammenhang zwischen Überstunden und Work-Life-Balance signifikant, wobei der Effekt sowohl bei Teilzeit- ($p = 0,034$)

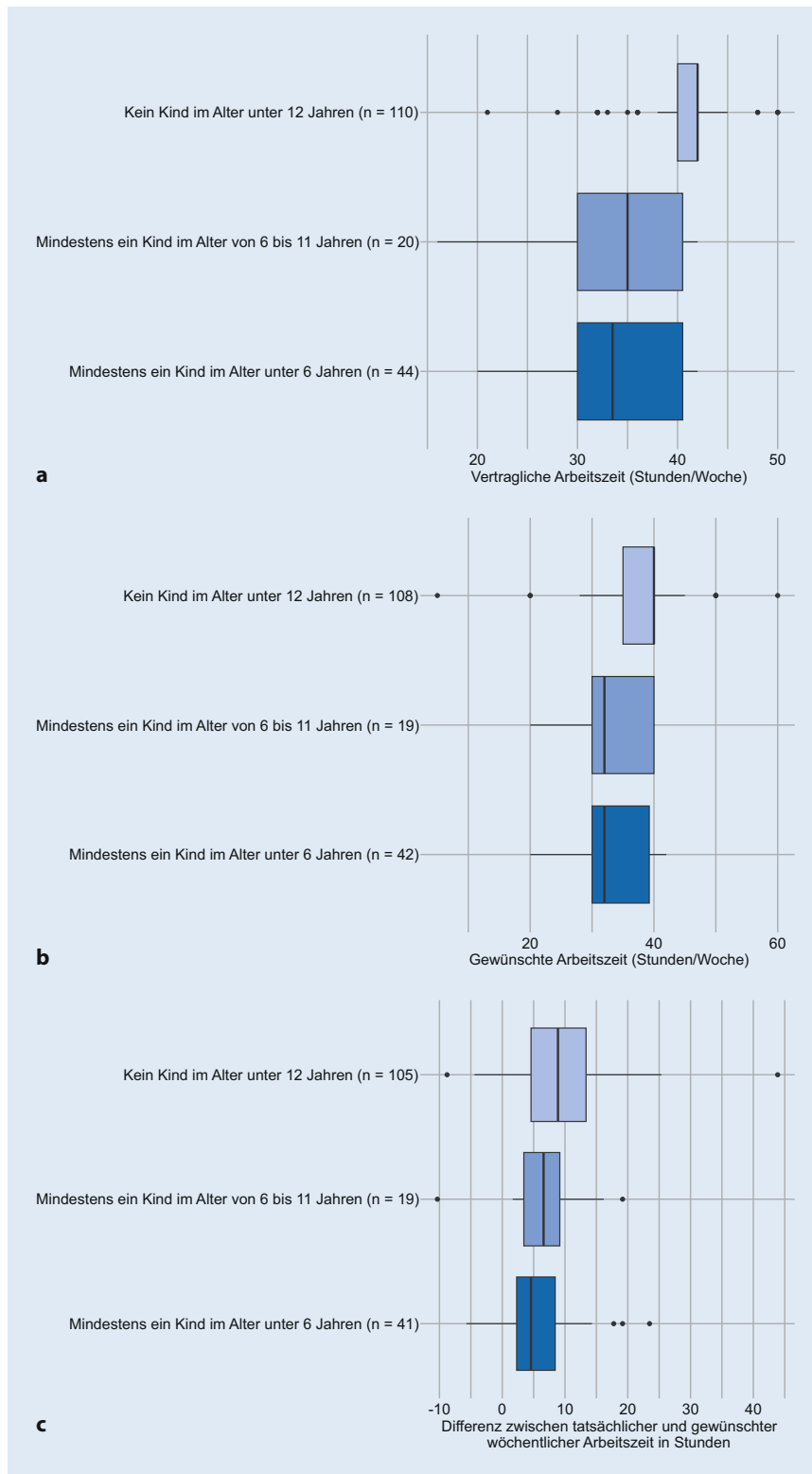


Abb. 1 ▲ Boxplots zur vertraglichen Arbeitszeit (a), gewünschten Arbeitszeit in (h/Woche) (b) und der Differenz zwischen tatsächlicher und gewünschter wöchentlicher Arbeitszeit (c)

wie auch bei Vollzeittätigkeit ($p=0,026$) signifikant ist.

Wohlbefinden und Burn-out

In Bezug auf Burn-out, gemessen mithilfe des CBI, zeigen sich bei Ärzt*innen (MW 52,7, SD 16,8) und Pflegekräften (MW 53,2, SD 17,7) zwischen Vollzeit und Teilzeit, zwischen den Geschlechtern und auch nach Alterskategorien keine signifikanten Unterschiede.

Insgesamt weisen in Bezug auf das Wohlbefinden, gemessen mit dem WHO-5-Wohlbefindens-Index 56% der Ärzt*innen und 52% der Pflegekräfte kritische Werte (unter 51 Punkte) auf. Nach Berufsgruppen sind keine signifikanten Unterschiede vorhanden (Ärzt*innen (MW 48,8, SD 20,3)), Pflegekräfte (MW 47,9, SD 22,2), jedoch zeigen sich signifikant geringere WHO-5-Werte bei Ärzt*innen mit Kindern unter 12 Jahren (MW 42 vs. 53, $p=0,0013$). Bezogen auf das Geschlecht kommen Ärztinnen auf signifikant höhere WHO-5-Werte als Ärzte ($p=0,034$), wobei das Alter keinen signifikanten Einfluss zu haben scheint. Ebenso hat auch die Tätigkeit in einer leitenden Position im multivariaten Modell einen signifikanten Einfluss auf das Wohlbefinden, wobei die Wahrscheinlichkeit, einen WHO-5-Wert ≤ 50 Punkte zu haben, hier signifikant geringer ist (■ Tab. 3).

Circa 44% der befragten Ärzt*innen unter 60 Jahren planen, in den nächsten 5 Jahren ihren Arbeitgeber zu wechseln. Ein signifikanter Zusammenhang ($p=0,000$) zeigt sich hier insbesondere zwischen Burn-out (WHO-5, $p=0,008$) wie auch Work-Life-Balance-Konflikten (TKS, $p<0,001$) und dem Wunsch, den aktuellen Arbeitgeber zu verlassen. Rückblickend nicht mehr Medizin studieren würden dagegen weniger als 10% der befragten der Ärzt*innen (■ Tab. 4; ■ Abb. 1).

Diskussion

Der Fachkräftemangel zeigt sich aktuell als einer der größten Herausforderungen der nächsten Jahre [3]. Um diesem zu begegnen, ist es wichtig, vorhandene Mitarbeiter*innen zu halten wie auch neue zu gewinnen. Dies ist nur möglich, wenn die Bedürfnisse der Mitarbeiter*innen bekannt sind und wenn nötige Maßnahmen

getroffen werden, die dafür sorgen, dass die Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der Mitarbeiter*innen erhalten oder sogar verbessert werden. Insgesamt zeigt sich in der Befragung von Ärzt*innen und Pflegekräften im Umfeld der Neonatologie vermehrt der Wunsch, in Teilzeit tätig zu sein. Besonders die Vereinbarkeit von Kindererziehung und beruflicher Tätigkeit spielt hier eine entscheidende Rolle. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus einer Befragung von Ärzt*innen in Weiterbildung. Auch hier zeigte sich der hohe Anteil an Ärzten und Ärztinnen, die nicht in Vollzeit arbeiten möchten, wobei sich hier gezeigt hat, dass besonders Ärztinnen mit Kindern (82 %) eine Teilzeitanstellung präferieren (Ärzte mit und ohne Kinder: 16 %) [28]. Ist es möglich in Teilzeit tätig zu sein, sehen wir hier auch im Bereich der Work-Life-Balance eine höhere Zufriedenheit. Ein interessanter Ansatz ist es, hier nicht das Gleichgewicht zwischen „Work“ und „Life“ zu fokussieren, sondern die Work-Life-Balance im Sinne eines Budgets zu begreifen, welches so individuell ist wie die Bedürfnisse jedes einzelnen Mitarbeiters und jeder einzelnen Mitarbeiterin [17]. Die unterschiedlichen Bedürfnisse von Eltern und hier explizit von Müttern zeigen sich auch in unseren Daten. Insgesamt haben 68 % der befragten Ärzt*innen mit Kindern unter 12 Jahren einen WHO-5-Wert im klinisch relevanten Bereich (unter 51 Punkte). Der Zusammenhang zwischen Depression und Arbeitsstunden konnte auch von Fang et al. nachgewiesen werden, mit der Schlussfolgerung, wieder mehr Fokus auf eine Reduktion von Arbeitszeiten zu legen, wenn die Gesundheit von Ärzt*innen gesteigert werden soll [6].

Das niedrigere Wohlbefinden von ärztlichen Mitarbeiter*innen in leitender Position ist relevant, zum einen aufgrund der Vorbildfunktion für Assistenz- und Fachärzt*innen wie auch im Hinblick auf die Behandlungsverantwortung. Unter anderem ist auch das Wohlbefinden des Arztes mit der Häufigkeit von Behandlungsfehlern assoziiert [15]. Insgesamt bedarf es neuer und innovativer Dienstplankonzepte mit zeitlicher Flexibilität, die diesen unterschiedlichen Bedürfnissen (z. B. Eltern, leitende Mitarbeiter*innen) gerecht werden. Ein möglicher Ansatz ist z. B. die Einrichtung von Lebensarbeits-

zeitkonten zur besseren Vereinbarkeit von familiären Verpflichtungen, wie Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen. Natürlich macht dies die Personalplanung komplexer und aufwendiger, geht dann jedoch wahrscheinlich mit einer höheren Arbeitszufriedenheit einher, welche notwendig ist, nicht nur um vorhandenes Personal zu binden, sondern auch neues Personal zu gewinnen. Dies ist gerade auch in der Neonatologie, in Anbetracht der Personalvorgaben für die Intensivpflege von Frühgeborenen, essenziell notwendig.

Die hier dargestellten Analysen sind aufgrund des Rekrutierungsdesigns und der doch geringen Fallzahl nicht als repräsentativ zu sehen, können aber wichtige Einblicke in einen bisher viel zu wenig thematisierten Bereich geben. Das Ziel der nächsten Jahre wird es sein, Arbeitsmodelle neu zu denken, um dadurch die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen zu steigern und dadurch gleichzeitig auch eine hohe Qualität der Patient*innenversorgung zu gewährleisten.

Korrespondenzadresse



Dr. Till Dresbach

Zentrum für Kinderheilkunde, Abteilung für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Bonn Venusberg-Campus 1, Gebäude 30, 53127 Bonn, Deutschland
till.dresbach@ukbonn.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Dresbach, A. Müller, S. Trepels-Kottek, J. Soff, J. Hoffmann und N. Scholten geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (Vorlagennummer: 22-1114_1) bewilligt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Arrogante O, Aparicio-Zaldivar EG (2020) Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar (Burnout syndrome in intensive care professionals: relationships with health status and wellbeing). *Enfermería Intensiva* 31(2):60–70
2. Bauer-Emmel C (2007) Work-Life Balance: Entwicklung und Validierung einer Kurzskala
3. Augurzyk B, Kolodziej I (2018) Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030. Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Arbeitspapier. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden
4. Brähler E, Mühlen H, Albani C et al (2007) Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualitäts-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica* 53(2):83–96
5. Chuang C-H, Tseng P-C, Lin C-Y et al (2016) Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. *Medicine* 95(50):e5629
6. Fang Y, Lodi S, Hughes TM et al (2022) Work hours and depression in U.S. first-year physicians. *N Engl J Med* 387(16):1522–1524
7. Garcia Cd L, de Abreu LC, Ramos JLS et al (2019) Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina* 55(9):553
8. Hartog CS (2019) Ich kann nicht mehr: Burn-out – eine Aufrüttelung (Burnout—a call for action). *Med Klin Intensivmed Notfmed* 114(8):693–698
9. Haserück A (2022) Schlechte Rahmenbedingungen sorgen für großen Frust. *Dtsch Arztebl* 119(33–34):1385–1387
10. Heiss K, Clifton M (2019) The unmeasured quality metric: Burn out and the second victim syndrome in healthcare. *Semin Pediatr Surg* 28(3):189–194
11. Iannone R, Cheng J, Schloerke B, Hughes E, Seo J (2022) gt: Easily Create Presentation-Ready Display

- Tables. <https://gt.rstudio.com/>, <https://github.com/rstudio/gt>
12. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E et al (2005) The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* 19(3):192–207
 13. Larmarange J, Ludecke D, Wickham H et al (2022) labelled: Manipulating Labelled Data, 2.9.0. Aufl
 14. Michel J, Hofbeck M, Gerster L et al (2019) Personalsituation auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen – eine europaweite Umfrage (Medical Staffing in Neonatal and Pediatric Intensive Care Units—an European Survey). *Klin Padiatr* 231(5):255–261
 15. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR et al (2019) Association between physician depressive symptoms and medical errors: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2(11):e1916097
 16. R Core Team (2022) R: a language and environment for statistical computing. R foundation for statistical computing. Österreich, Wien
 17. Raja S, Stein SL (2014) Work-life balance: history, costs, and budgeting for balance. *Clin Colon Rectal Surg* 27(2):71–74
 18. RStudio Team (2022) Rstudio: integrated development environment for R. RStudio, PBC, Boston
 19. Schott S, Lermann J, Eismann S et al (2017) Part-time employment of gynecologists and obstetricians: a sub-group analysis of a Germany-wide survey of residents. *Arch Gynecol Obstet* 295(1):133–140
 20. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN et al (2015) Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 90(12):1600–1613
 21. Sjöberg DD, Whiting K, Curry M et al (2021) Reproducible summary tables with the gtsummary package. *R J* 13(1):570
 22. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 13(2):299–310
 23. Syrek C, Bauer-Emmel C, Antoni C et al (2011) Entwicklung und Validierung der Trierer Kurzkala zur Messung von Work-Life Balance (TKS-WLB). *Diagnostica* 57(3):134–145
 24. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S et al (2015) The WHO-5 well-being index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* 84(3):167–176
 25. Wickham H, Averick M, Bryan J et al (2019) Welcome to the Tidyverse. *J Open Source Softw* 4(43):1686
 26. Wickham H, Miller E (2022) haven: Import and Export 'SPSS', 'Stata' and 'SAS' Files, 2.4.3. Aufl
 27. Yester M (2019) Work-life balance, burnout, and physician wellness. *Health Care Manag* 38(3):239–246
 28. Ziegler S, Krause-Solberg L, Scherer M et al (2017) Arbeitszeitvorstellungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung: Entwicklungen über eine vierjährige Weiterbildungsdauer (Working hour preferences of female and male residents: developments over 4 years of postgraduate medical training in Germany). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 60(10):1115–1123

Neonatology/pediatric intensive care medicine—An attractive workplace? Work-life balance and career perspectives from medical and nursing perspectives

Background: Job satisfaction and the well-being of medical and nursing staff are relevant for staff bonding but also for maintaining high quality patient care. Due to the shortage of staff in neonatology, it is important to learn more about the current state of job satisfaction, work-life balance and intentions to change jobs.

Methods: A total of 389 physicians and nurses were surveyed for this purpose.

Results: Overall, 74% of physicians work full-time (≥ 38 h per week) (male physicians 80%, female physicians 69%), although this is desired by only 49% of the physicians surveyed (male physicians 57%, female physicians 41%). For 56% of physicians with a clinically conspicuous WHO 5 well-being index, there is also a need for action here. Approximately 44% of the physicians under 60 years of age surveyed plan to change their employer in the next 5 years. This is significantly related to burnout and work-life balance conflicts.

Discussion: Overall, there are major challenges in the balance of work and family and, as a result, the increased desire for part-time work.

Keywords

Work-life balance · Work satisfaction · Career · Neonatology · Working conditions