

UNTERSTÜTZT VON:



***Aktuelle Burnout-Gefahr
im Gesundheitswesen.
Das berichten
die Betroffenen.***



HIMSS™

Aktuelle Burnout-Gefahr im Gesundheitswesen. Das berichten die Betroffenen.

Inhalt

Vorwort: Burnout in Medizin und Pflege während der Pandemie	03
1. Ziel der Studie	04
2. Wesentliche Erkenntnisse aus der Studie	06
3. Burnout im medizinischen Alltag – ein weltweit bekanntes Phänomen	08
3.1. Prävalenz von Burnout	09
3.2. Faktoren, die Überlastung und Burnout begünstigen	12
3.3. Maßnahmen, die Überlastung und Burnout vorbeugen können	17
4. Auswirkungen der Pandemie auf Überlastung und Stress im Gesundheitswesen	20
5. Welche Rolle spielt Technologie bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen?	24
5.1. Digitale Retter: Technologie hilft bei Stressabbau und Aufgabenbewältigung	25
5.1.1 KI-basierte Dokumentation kann Arbeitsbedingungen verbessern	26
5.2. Nutzen und Nutzerfreundlichkeit der Technologie gehen Hand in Hand	27
Die Perspektive des Technologieexperten, Interview mit Dr. Simon Wallace, CCIO Nuance Healthcare	29
6. Fazit: Maßnahmen zur Stressbewältigung – Empfehlungen an Gesundheitsversorger und Politik	34
7. Methodik der Studie	36



Dr. Charles Alessi,
Chief Clinical Officer, HIMSS

„Die kostbare Zeit, die man für die Patient:innen hat, wird durch die Anforderungen der medizinischen Dokumentation zusätzlich reduziert.“

Vorwort: *Burnout in Medizin und Pflege während der Pandemie*

Das Gesundheitswesen steht seit etwa 2015 unter enormem Druck. Zum einen durch die zunehmende Überalterung der Gesellschaft, die sich sowohl in der Patient:innenpopulation als auch der Multimorbidität zeigt, zum anderen durch die Anforderungen an eine immer stärker werdende personalisierte Behandlung. In Summe führt das dazu, dass in Patient:innengesprächen immer mehr Themen in immer kürzerer Zeit abzuhandeln sind.

2020 kam noch COVID-19 dazu und die Probleme verschärften sich. Inzwischen ist Burnout bei Ärzt:innen und Pflegekräften die größte Herausforderung, mit der wir beim Umgang und dem Schutz unserer Mitarbeiter:innen zu kämpfen haben. Mitarbeiter:innen ohne die eine erfolgreiche Versorgung der Bevölkerung undenkbar wäre.

Ein weiterer Aspekt ist die zunehmende Personalisierung der Medizin im 21. Jahrhundert. Sie hat zur Folge, dass die kostbare Zeit mit den Patient:innen immer weniger wird, weil immer mehr Informationen erfasst werden müssen. Doch ohne diese Informationen wären weitere technologische Fortschritte nicht so schnell möglich.

Burnout ist vermeidbar. Es gibt jedoch diverse Möglichkeiten, wie wir Ärzt:innen und Pflegekräfte noch konsequenter und umfassender unterstützen können. Dazu zählen u.a. organisatorische Veränderungen, Verbesserung der Work-Life-Balance, Optimierung der elektronischen Patientenakte oder die Einführung von Clinical-Decision-Support-Systemen. Die weltweit voranschreitende digitale Transformation bietet hier vielfältige Ansätze, die wir zur Bewältigung von Burnout-Risiken nutzen können.

Vielversprechend ist dabei auch der Einsatz von Spracherkennungstechnologien. Mit ihrer Hilfe können Ärzt:innen und Pflegekräfte ihre kostbare Arbeitszeit ihrer zentralen Aufgabe widmen: dem direkten Kontakt mit den Menschen. In dem sie ihnen die nötige Aufmerksamkeit schenken, tragen sie zu einer besseren Versorgung bei. Dass die Computertastatur nur noch eine untergeordnete Rolle bei der Dateneingabe spielt, ist ein lang gehegter Traum im medizinischen Alltag. Inzwischen ist aus diesem Traum Realität geworden.

Die Möglichkeit, wichtige Daten unmittelbar zu transkribieren, Informationen sofort im System zu haben sowie per Sprachbefehle auf relevante Behandlungsdokumentation zuzugreifen, eröffnet für Behandler:innen ganz neue Freiräume. Kurz: Wir stehen hier vor einem Umbruch – und er hat bereits begonnen.

1

Ziel der Studie

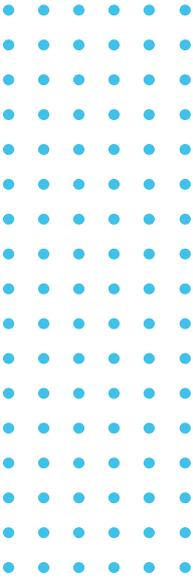
Das vorliegende Whitepaper „Aktuelle Burnout-Gefahr im Gesundheitswesen. Das berichten die Betroffenen.“ fasst die Inhalte einer HIMSS-Studie zum Thema Burnout zusammen. Ein weltweites Problem, das medizinisches Personal seit geraumer Zeit belastet. Seit Jahren nehmen Burnout-Fälle im Gesundheitswesen zu. Die Fachzeitschrift The Lancet widmete dem Thema 2019 einem Beitrag mit Namen „[Physician burnout: a global crisis](#)“. Darin hieß es, dass Burnout im Gesundheitswesen habe „die Ausmaße einer weltweiten Epidemie erreicht“. Und weiter: „Laut einer Umfrage der British Medical Association hatten 80 % der teilnehmenden Ärzt:innen ein hohes oder sehr hohes Burnout-Risiko. Am meisten gefährdet waren Assistenzärzt:innen, gefolgt von niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen.“

Die COVID-19-Pandemie hat die Rahmenbedingungen für Burnout noch verschärft. Sie beeinträchtigt nicht nur das Wohlbefinden von Menschen in Gesundheitsberufen, sondern teilweise auch die Gesundheitsversorgung sowie deren Qualität. Über die Folgen wird überall in den Nachrichten berichtet: über [Kündigungsdrohungen hunderter französischer Ärzt:innen](#) oder [über tausende Australier:innen, die im Gesundheitswesen tätig sind und über psychische Probleme klagen](#), um nur zwei von vielen Beispielen zu nennen. Laut aktuellen [Studien aus Großbritannien](#) neigen Ärzt:innen und Pflegekräften eher zum Berufsausstieg.

Das wiederum erhöht die Arbeitsbelastung ihrer Kolleg:innen weiter. Durch die entstehende Personallücke wird die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen zusätzlich reduziert. Hinzu kommt, dass sich Burnout auch auf die Patient:innensicherheit und Versorgungsqualität auswirken kann, da die gängigen Burnout-Symptome Störungen der Konzentration, des Gedächtnisses und der kognitiven Steuerung, Behandlungsfehler nach sich ziehen können.

Das vorliegende Whitepaper, das HIMSS mit Unterstützung von Nuance Communications erstellt hat, will diesem Thema auf den Grund gehen. Es beleuchtet neben der Prävalenz von Überlastung und Burnout bei Ärzt:innen und Pflegekräften, welche Faktoren dazu beitragen. Ferner wird untersucht, inwieweit die COVID-19-Pandemie diese stresserzeugenden Bedingungen verschärft hat und wie Technologien zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen beitragen können, am Beispiel der medizinischen und Pflegedokumentation.

Die ausgewerteten Daten stammen aus einer Umfrage unter Ärzt:innen und Pflegekräften. Insgesamt nahmen 416 Personen an einer Online-Umfrage teil, weitere 27 wurden telefonisch interviewt. Die Untersuchung fand in Australien sowie neun europäischen Ländern statt: Großbritannien, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Belgien, Schweden, Finnland, Norwegen und Dänemark.



HIMSS und Nuance Communications möchten mit dieser Studie potenzielle Ursachen von Burnout stärker ins Bewusstsein rücken sowie Gesundheitsversorger bei der Eindämmung von Burnout-Risiken unterstützen. Aus den Ergebnissen leiten sich konkrete Maßnahmen zur Burnout-Bekämpfung ab, die hier ebenfalls vorgestellt werden und die auf Ebene von Gesundheitsversorgern und Politik ergriffen werden können. Denn eines steht außer Frage: Nur durch gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten wird es gelingen, die nötigen Veränderungen herbeizuführen.

Dieses Whitepaper versteht sich auch als Geste der Dankbarkeit gegenüber allen Beschäftigten im Gesundheitswesen. Tag für Tag setzen sie sich mit aller Kraft dafür ein, die ihnen anvertrauten Menschen zu versorgen – eine Aufgabe, die mit Beginn der COVID-19-

Pandemie noch erheblich schwieriger wurde. Dass Pflegekräfte und Ärzt:innen sich die Zeit nahmen, an dieser Studie mitzuwirken, zeigt: Die Themen Überlastung und Burnout liegen ihnen am Herzen und müssen dringend angegangen werden. Dieses Whitepaper ist für sie eine Chance, sich Gehör zu verschaffen – in der Hoffnung, dass einige ihrer Ideen und Anregungen aufgegriffen werden.

2

Wesentliche Erkenntnisse aus der Studie

Überblick der wichtigsten Aussagen dieses Whitepapers:

- Bei Ärzt:innen und Pflegekräften sind Stress, Arbeitsüberlastung und Burnout globale Phänomene. Jedoch variieren das Ausmaß und die Ursachen von Land zu Land. Sie reichen von Personalproblemen, wie Arbeitskräftemangel über Vergütungsmodelle bis zu verschiedenen Verwaltungsaufwänden.
- Laut der Online-Umfrage haben sich 97 % der teilnehmenden Ärzt:innen und 99 % der Pflegekräfte schon mindestens einmal in ihrem Arbeitsleben ausgebrannt gefühlt. Allen Befragten waren Stress, Überlastung und Burnout bei der Arbeit vertraut.
- Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass ein Arbeitspensum von mehr als 40 Wochenstunden zum Burnout beiträgt. Ein Großteil der teilnehmenden Ärzt:innen gab an, wöchentlich auf dieses erhöhte Pensum zu kommen.
- Burnout ist kein neues Phänomen. Es wurde jedoch durch die COVID-19-Pandemie verstärkt.
- Es werden Faktoren aufgezeigt, die zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen führen können. Dazu gehören u.a. das Arbeitspensum, ein verlässlicher Arbeitsplan, die Effizienz von Arbeitsabläufen (einschließlich der Dokumentation), Mitarbeiterentlastung sowie der Führungsstil. Je nachdem, wie diese Faktoren auf Leitungsebene behandelt werden, wird ein Stress förderndes oder eben weniger Stressanfälliges Arbeitsumfeld geschaffen.
- Bei den quantitativen und qualitativen Erhebungen gaben viele Befragte an, die medizinische Dokumentationspflichten im derzeitigen Umfang als Belastung und Stressfaktor zu empfinden. Bei der Online-Umfrage äußerte etwa ein Drittel, dass eine KI-gestützte Spracherkennungstechnologie hier zur Entlastung beitragen kann.
- In allen befragten Ländern hat die COVID-19-Pandemie Überlastung und Burnout bei Ärzt:innen und Pflegekräften verschlimmert. Bei der Online-Umfrage wurde die Frage „Hat die COVID-19-Pandemie das Gefühl der Erschöpfung und

Überlastung verstärkt?“ von 88 % der Teilnehmenden bejaht.

- Technologie kann dazu beitragen die Ursachen für Überlastung und Burnout zu reduzieren – aber auch zu deren Entstehung beitragen. Welcher von beiden Effekten eintritt, hängt von der Benutzerfreundlichkeit und der problemlosen Integration in bestehende Arbeitsabläufe ab.
- Nach Ansicht der Befragten kann Technologie dazu beitragen die Gesundheitsversorgung zu verbessern, z.B. indem sie die Patient:innensicherheit erhöht, die Effizienz steigert und die Ursachen und Auswirkungen von Krankheiten nachvollziehbarer macht.
- Burnout ist vermeidbar. Um zu verhindern, dass sich Überlastung

immer mehr aufbaut und in Burnout mündet, braucht es gezielte Gegenmaßnahmen. Die Studienteilnehmer:innen brachten dazu eine Reihe Vorschläge ein. Auf Ebene der Gesundheitsversorger geht es primär um die effektive Einführung unterstützender Technologien. Auf politischer Ebene gilt es vor allem, das Ansehen des Pflegeberufs zu verbessern und die Technologie besser auf die Patient:innenversorgung abzustimmen.



Sofern nicht anders angegeben, sind die Quellen für die Informationen in diesem Whitepaper HIMSS & Nuance Communications. Wenn Sie aus diesem Dokument zitieren, verwenden Sie bitte die folgenden Copyright-Angaben.

Quelle:
HIMSS & Nuance Communications, Whitepaper “Aktuelle Burnout-Gefahr im Gesundheitswesen. Das berichten die Betroffenen.”, 2021

3

Burnout im medizinischen Alltag – ein weltweit bekanntes Phänomen

„Überlastung lässt sich als ein Zuviel an Arbeit definieren, das von Angehörigen der Gesundheitsberufe in einem bestimmten Zeitraum geleistet wird. [...] Burnout-Symptome entwickeln wir, wenn wir längere Zeit ununterbrochen dieser überhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt sind. Das zehrt so sehr an unseren physischen und psychischen Kräften, dass unsere natürliche Resilienz überstrapaziert wird und wir nicht mehr mit der Belastung zurechtkommen. [...] Im Grunde tragen mehrere Faktoren zum Burnout bei, doch die wichtigsten sind der enorme Arbeitsdruck und die Sorge um die Sicherheit der betreuten Patient:innen – zumal, wenn diese zusätzlich Beschwerden äußern.“¹

Wie aber beginnt Überlastung im Arbeitsalltag? Wer zur Ärzt:in geht, möchte meist ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder eine Behandlung besprechen. Kommt eine Reihe Vorerkrankungen hinzu, wird die Sache komplexer. All das und einiges mehr muss im Patient:innengespräch thematisiert werden. Dafür stehen durchschnittlich nur 10 bis 15 Minuten zur Verfügung, wenn nicht noch weniger (Abbildung 1). Die vielfältigen

Anforderungen in Einklang zu bringen ist anspruchsvoll. Und je nachdem, wie viele Patient:innen pro Tag kommen und welche Unterstützung zur Verfügung steht, kann das zur Überlastung führen.

Diese HIMSS-Studie orientiert sich bei der Burnout-Definition an der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 11. Ausgabe:

„Burnout ist ein Syndrom, das nach allgemeiner Auffassung durch chronischen, schlecht gemanagten Stress am Arbeitsplatz entsteht. Er äußert sich in drei Dimensionen:

- **Das Gefühl keine Energie mehr zu haben bzw. erschöpft zu sein**
- **Zunehmende innere Distanz bzw. negative, zynische Empfindungen bezüglich der Arbeit**
- **Verringertes Leistungsvermögen im Beruf**

Der Begriff Burnout bezieht sich speziell auf Phänomene im beruflichen Kontext und sollte nicht für Erfahrungen in anderen Lebensbereichen verwendet werden.“

¹Dr. Simon Wallace, CCIO, Nuance Communications

Abbildung 1: **Vielfältige Herausforderungen in einem einzigen Patient:innengespräch**



3.1

Prävalenz von Burnout

„Gesundheitssysteme weltweit sind von Burnout betroffen. Bis zu einem gewissen Grad gibt es Überlastung und Burnout in allen Ländern – allerdings aus unterschiedlichen Gründen, die auch berücksichtigt werden sollten. In allen Ländern hat COVID die Lage noch verschärft. Doch auch ohne COVID sind Überlastung und Burnout Realität und werden es weltweit bleiben.“²

„Ständig sind wir in Eile und gleichzeitig türmt sich die unerledigte Arbeit auf. Das belastet und zerrt an den Nerven.“³

² Dr. Simon Wallace, CCIQ, Nuance Communications

³ Leena Setälä, Sustainability Director am Hospital District of Southwest Finland, Development Director am Health Campus Turku

Stress, Überlastung und Burnout kennen alle Befragten aus eigener Erfahrung, unabhängig ihrer Berufsgruppe oder dem Land. Laut der Online-Umfrage haben sich 97 % der teilnehmenden Ärzt:innen und 99 % des Pflegepersonals schon mindestens einmal in ihrem Arbeitsleben ausgebrannt gefühlt. Die Befragten konnten hier zwischen vier Antwortmöglichkeiten wählen: „Ja, sehr“, „Ja, manchmal“, „Ja, aber selten“ und „Nein, niemals“ (Abbildung 2).

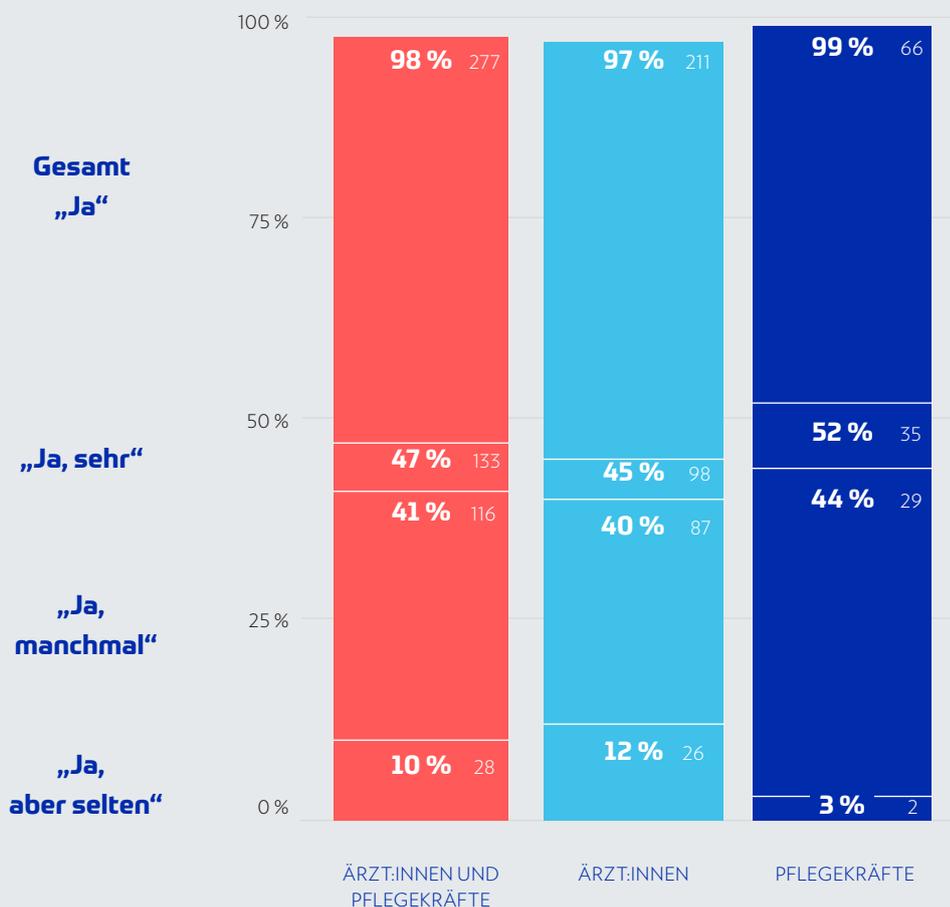


Stress war im Gesundheitswesen schon immer ein Problem. Ich denke da an die Suizide in der Ärzteschaft, die ich im Laufe meiner Jahrzehnte im Gesundheitswesen erlebt habe. Die Arbeit macht keinen Spaß mehr.⁴

⁴ Janette Gogler, Chief Nursing and Midwifery Officer, Monash Health

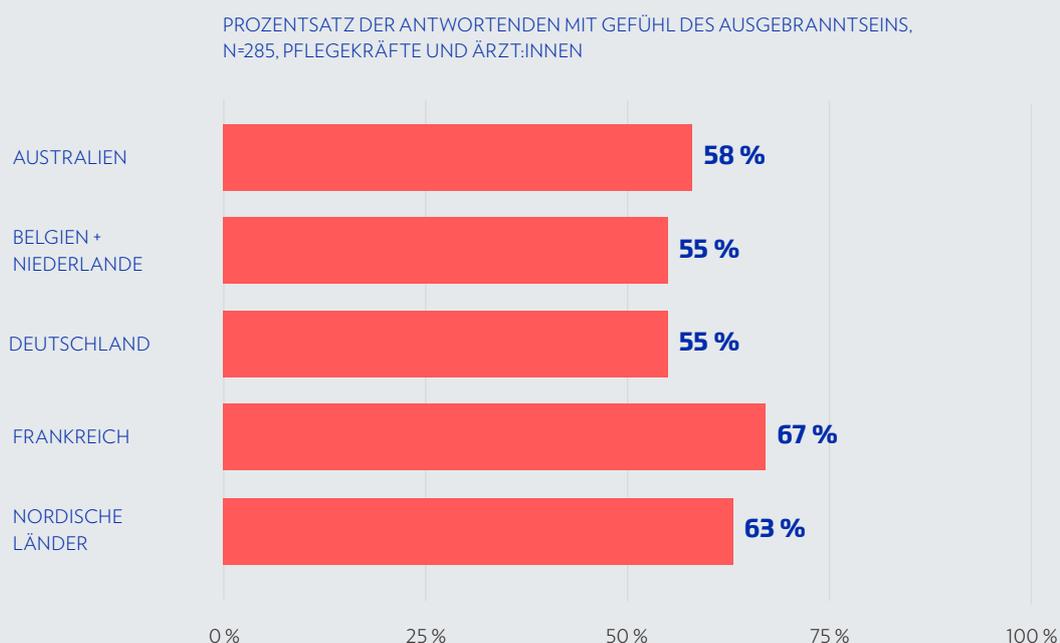
Abbildung 2:
Häufigkeit des Burnout-Gefühls unter den Teilnehmenden der Online-Umfrage nach Berufsgruppe

GESAMT N = 285 (218 ÄRZT:INNEN, 67 PFLEGEKRÄFTE)



Wie sich zeigte, war das Gefühl ausgebrannt zu sein unter den Teilnehmenden weit verbreitet. Auch unterschied sich die Häufigkeit zwischen den Ländern nur wenig (Abbildung 3). Die an der Online-Umfrage teilnehmenden Ärzt:innen gehörten verschiedenen Fachrichtungen an, von der Inneren über Intensivmedizin, Anästhesie, Kardiologie, Pulmonologie, Chirurgie, Geburtshilfe/Gynäkologie, Pädiatrie, Infektionskrankheiten, Onkologie und Rheumatologie bis hin zur Psychiatrie. Jedoch ergab sich aus der Stichprobe keine eindeutige Korrelation zwischen dem medizinischen Fachgebiet und einer Burnout-Wahrscheinlichkeit.

Abbildung 3:
Häufigkeit des Burnout-Gefühls unter den Teilnehmenden der Online-Umfrage nach Land



Auch bei den ausführlicheren Telefoninterviews bestätigten alle Teilnehmenden die Prävalenz von Überlastung und Burnout an ihrem Arbeitsplatz. Einige gaben an, selbst schon typische Burnout-Symptome bei sich festgestellt zu haben.

3.2

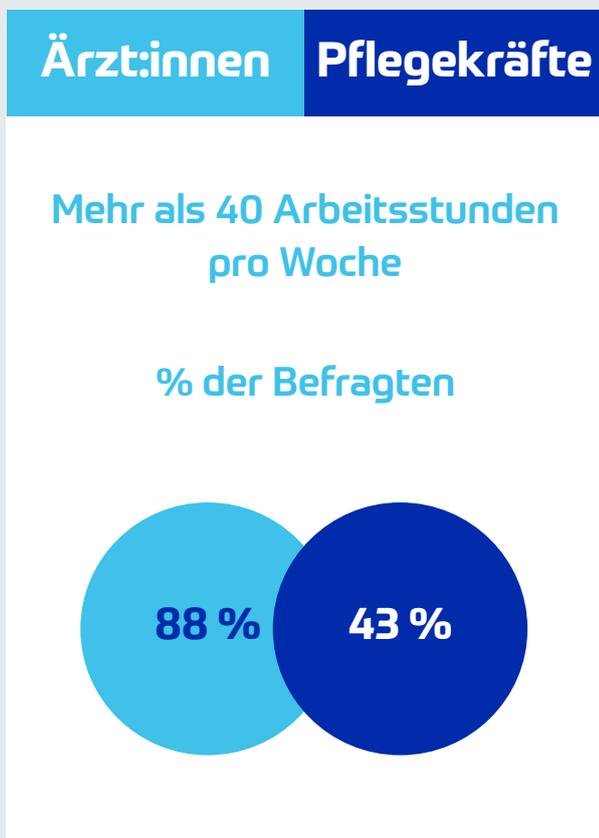
Faktoren, die Überlastung und Burnout begünstigen

Laut einer Studie der Universität Saragossa, Spanien, erhöht ein Arbeitspensum von mehr als 40 Wochenstunden das Burnout-Risiko. Dort heißt es: „Personen, die mehr als 40 Stunden pro Woche arbeiteten, zeigten gegenüber denen, die weniger als 35 Wochenstunden arbeiteten, das größte Risiko eines ‚frenetic burnout‘.“ Der Begriff ‚frenetic‘, zu Deutsch etwa ‚fieberhafter‘, wurde für eine bestimmte Gruppe geprägt, nämlich „ehrgeizige Menschen, die Gesundheit und Privatleben für die Arbeit zurückstellen.“

Fast alle Teilnehmenden gaben bei der Online-Befragung an, dass sie sich schon einmal

ausgebrannt gefühlt haben. Damit steht im Zusammenhang, dass die große Mehrheit (88 %) der befragten Ärzt:innen mehr als 40 Stunden pro Woche arbeitete. Bei den Pflegekräften waren es 43 % (Abbildung 4).

Abbildung 4:
Anteil der Online-Befragten, die mehr als 40 Stunden pro Woche arbeiten



”

Man hat nur begrenzte Kontrolle über die Struktur des Arbeitstages. Bei Arbeitsbeginn weiß man nicht, wann man sich hinsetzen, eine Tasse Kaffee trinken, zu Mittag essen oder auch nur auf die Toilette gehen kann. Man muss immer sofort reagieren und Aufgaben bis zu einer bestimmten Uhrzeit erledigen.⁵

”

Zum Stress tragen immer zahlreiche Faktoren bei. Unsere Kommunikation beispielsweise spielt eine wichtige Rolle. Wir tragen heute ständig Mini-Computer mit uns herum. Die ganze Zeit sind wir beschäftigt, nie inaktiv, folglich kommt unser Gehirn nie zur Ruhe. Daran müssen wir als Gesellschaft arbeiten.⁶

⁵ Sara Heyman, Krankenschwester und Journalistin, Schweden

⁶ Dr. Pia Dellson, Senior Consultant in Medizinischer Onkologie und Psychiatrie, Universitätsklinikum Lund, Schweden

Bei den qualitativen Telefoninterviews kristallisierten sich diverse Ursachen heraus, die Stress, Überarbeitung und schließlich Burnout fördern. Die meisten resultieren aus organisationsinternen Gegebenheiten. Andere ergeben sich aus politischen Rahmenbedingungen.

Besonders kritisch äußerten sich die Befragten zur enormen Arbeitsbelastung. Diese wird durch viele kurzfristige Änderungen der Dienstpläne erschwert und reicht von gestrichenen Feiertagen und freien Wochenenden bis zur Grenze des Erträglichen. Der empfundene Mangel an Autonomie und Selbstbestimmung über den eigenen Arbeitstag ist für viele Befragte eine Quelle der Unzufriedenheit. Etliche klagten darüber, ständig von einer Aufgabe zur nächsten hetzen zu müssen und zu wenig Zeit mit ihren Patient:innen verbringen zu können. Andere hätten gerne eine engere Patient:innenbeziehung, um die Wirkung verordneter Behandlungen direkt nachverfolgen zu können. Hier ist die Führungsebene angesprochen. Denn sie legt die Rahmenbedingungen und Regeln fest, die letztlich viele Aspekte des Arbeitsalltags bestimmen – allen voran ein verlässlicher Dienstplan, die Zusammensetzung der Teams pro Schicht, die Möglichkeiten zum Austausch über die behandelten Fälle, das Angebot an Rückzugsorte sowie das allgemeine Arbeitsklima und das Maß an gegenseitiger Wertschätzung und Anerkennung. Eine umfassende Liste der stressauslösenden Faktoren enthält Tabelle 1.



Patient:innen sind heute tendenziell anspruchsvoller als noch vor einigen Jahrzehnten.⁷



Die emotionale Erfüllung läuft Gefahr, verloren zu gehen. (...) Die Zeit in der Klinik ist deutlich geringer geworden, aber die Effizienzerwartung deutlich höher.⁸

⁷ Dr. Phillippe Kohl, Herzchirurg, Universitätsklinikum Lüttich, Belgien

⁸ Prof. Dr. Matthias Rose, Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik an der Charité Universitätsmedizin, Deutschland

Tabelle 1: **Faktoren, die zu Stress und Überlastung im Krankenhausalltag beitragen**

Faktoren auf Ebene des einzelnen Gesundheitsversorgers / Krankenhauses	
Dokumentations- und Verwaltungsaufwand	„Ein großer Stressfaktor ist die administrative Arbeitsbelastung. Ärzt:innen und Pflegekräfte müssen heutzutage hohe Anforderungen an das Berichtswesen erfüllen. Viel dieser Dokumentation geht auf die Abklärung dessen zurück, was sie bereits getan haben, anstatt die Daten weiter zu verwenden.“ ⁹
Hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck	„Patient:innen müssen sofort und ohne Zeitverlust behandelt werden. Die Verweildauer im Krankenhaus wird immer kürzer und es gibt einen zunehmenden Patient:innenstrom durch mehrere Instanzen der Gesundheitsversorgung.“ ¹⁰
Mangelnde Planbarkeit des Arbeitstages	„Man hat kaum Kontrolle über die Struktur des Arbeitstags. Bei Arbeitsbeginn weiß man nicht, wann man sich hinsetzen, eine Tasse Kaffee trinken, zu Mittag essen oder auch nur auf die Toilette gehen kann. Man muss immer gleich reagieren und Aufgaben bis zu einer bestimmten Uhrzeit erledigen. Zusätzlich wird man gerufen, wenn es Patient:innen schlechter geht. Dann muss man alles andere liegenlassen und sich kümmern. Tag für Tag so zu arbeiten ist extrem stressig.“ ¹¹
Unzureichende Selbstbestimmung	„Ich glaube, der wichtigste Grund für Burnout im Klinikalltag ist die fehlende Autonomie bei der eigenen Arbeit und der fehlende Einfluss auf die eigene Work-Life-Balance.“ ¹²
Ungerechtigkeiten	„Die meisten von uns lieben ihre Arbeit. Die Klinikleitung sollte dafür sorgen, dass Dienstpläne eingehalten werden und wir Pausen machen und Urlaub nehmen können. Vor allem zu Weihnachten 2020 war es vielen im Gesundheitswesen wichtig, ihren Urlaub nehmen zu können. Es erfordert gute Führung, hier eine gerechte Verteilung der Schichten und der Mehrarbeit sicherzustellen.“ ¹³
Höhere Ansprüche der Patient:innen	„Patient:innen haben heute viel mehr Mitsprache bei ihrer Behandlung als noch vor wenigen Jahren. Das ist natürlich eine gute Sache, doch können sie mitunter sehr hohe Ansprüche stellen.“ ¹⁴
Ineffiziente Prozesse	„Auch schlechte Prozesse sind verantwortlich. Diese Belastung könnte man natürlich durch eine extrem ‚industrielle‘ Aufstellung der Prozesse in der Organisation verbessern.“ ¹⁵
Unzureichende emotionale Befriedigung	„Fast alles ist prozessoptimiert und qualitätsgesichert. Es gibt kaum persönliche Beziehungen zu den Patient:innen. Den Behandlungserfolg kann man bestenfalls an ihren Werten ablesen, aber kaum emotional erleben.“ ¹⁶
Faktoren auf Ebene des Gesundheitswesens bzw. der Politik	
Mangelhafte Ausstattung und Ressourcen	„Die Sparmaßnahmen haben auch den NHS stark belastet. Man sieht deutlich, dass es manche der unterstützenden Strukturen, in die wir früher eingebettet waren, einfach nicht mehr gibt.“ ¹⁷
Vergütungsmodelle	„In Australien haben wir Einzeleinstellungsvergütung. Folglich brauchen wir einen hohen Durchsatz: Er ist die Voraussetzung dafür, dass wir unsere Fixkosten decken und ausreichende Erlöse generieren, um unsere Infrastruktur und Behandlungsangebote aufrechterhalten und verbessern zu können. Man hat ständig das Gefühl, nicht hinterherzukommen.“ ¹⁸

⁹ Mette Maria Skjøth, Senior Project Manager and Registered Nurse Odense University Hospital, Dänemark

¹⁰ Dr. Helena Domínguez, Cardiology Consultant, Universitätsklinikum Bispebjerg und Frederiksberg Hospital, außerordentliche Professorin, Abteilung für Biomedizin, Kopenhagen, Dänemark

¹¹ Sara Heyman, nurse & journalist, Schweden

¹² Diede Mansens, Chief Nursing Information Offic, Antonius Ziekenhuis, Niederlande

¹³ Dr. Tanja Laukkala, Acting Chief Psychiatrist, HUS Helsinki University Hospital, Finnland

¹⁴ Diede Mansens, Chief Nursing Information Offic, Antonius Ziekenhuis, Niederlande

¹⁵ /¹⁶ Dr. Markus Vogel, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Neuwerk, Deutschland

¹⁷ Dr. Tanya Pankhurst, Consultant Nephrologist, Director of Digital Healthcare/CCIO University Hospitals Birmingham, Großbritannien

¹⁸ Dr. Steve Hambleton, Deputy Chair of the Primary Healthcare Reform Steering Committee, Adjunct Professor, University of Queensland and General Practitioner, Australien

Medizinische Dokumentation trägt zur Überlastung bei



Bei OPs gibt es immer so viel Schreibarbeit. Ich finde, wir bräuchten bessere Software, um administrative Aufgaben zu vereinfachen.¹⁹



Wir Ärzt:innen müssen heutzutage alles dokumentieren. Der Verwaltungsaufwand ist höher als noch vor zehn Jahren. Es ist alles recht schwierig, aber man muss es ordentlich machen, sonst könnte es später Probleme geben.²⁰



Wir haben vor einiger Zeit eine Umfrage durchgeführt. Sie ergab, dass das ärztliche Personal im Krankenhaus etwa 11 Stunden pro Woche für medizinische Dokumentation aufwenden muss, davon sind bis zu zwei Drittel Freitextberichte. Als Folge verbringen Ärzt:innen viel weniger Zeit mit den Patient:innen und sie empfinden die medizinische Dokumentation als massive Belastung. Nur rund 13 % des Arbeitstages entfallen auf die Arzt-Patienten-Interaktion.²¹

^{19,20} Dr. Esther Bloemheugel, Fachärztin in Weiterbildung in orthopädischer Chirurgie, Sint Maartenskliniek, Niederlande

²¹ Dr. Simon Wallace, CClO, Nuance Communications, Großbritannien

Laut einem Artikel in der Fachzeitschrift JAMIA (Journal of the American Medical Informatics Association) vom 15. Februar 2021 hatte die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitsakte in den USA – gemäß dem sogenannten HITECH-Act (Health Information Technology for Economic and Clinical Health) von 2009 – eine unbeabsichtigte Nebenwirkung. Sie führte zu Burnout bei Klinikärzt:innen. „Das Ausmaß des Burnouts beim ärztlichen Personal und die treibenden Faktoren, wie erhöhte Dokumentationsanforderungen, wurden erheblich unterschätzt,“ heißt es im Artikel.

²² Dr. Phillipe Kohl, Herzchirurg, Universitätsklinikum Lüttich, Belgien

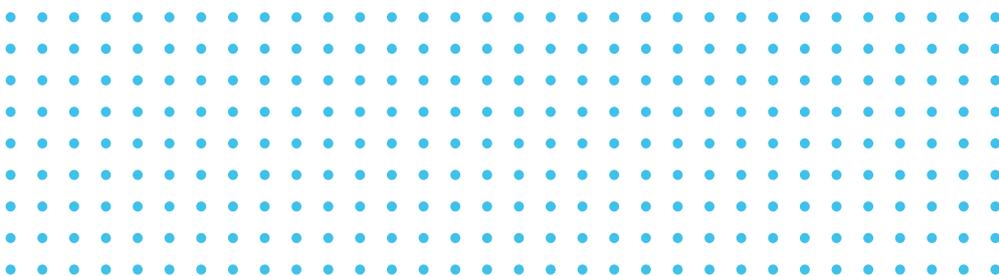
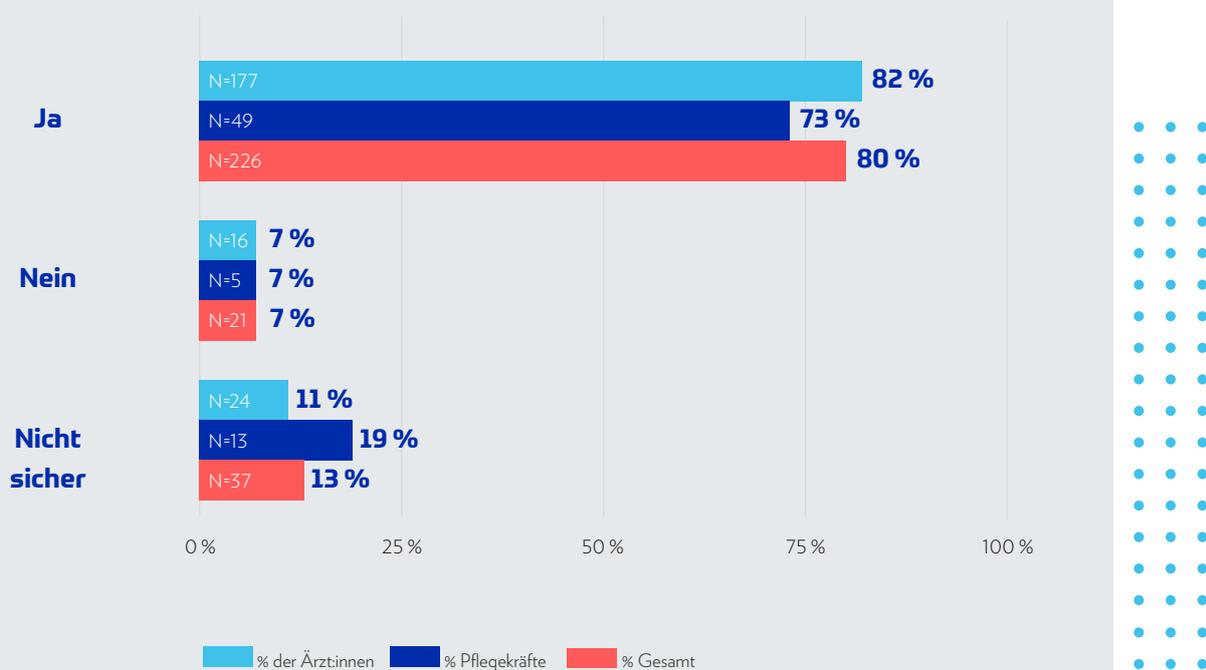
Und dass, obwohl schon vor Einführung die möglichen Folgen klar benannt wurden. „Mehr Dokumentationsaufwand, erhöhte kognitive Belastung, Unmengen an Daten und vorzeitiger Berufsausstieg von Ärzt:innen“. Die Ergebnisse der HIMSS-Studie untermauern diese Feststellung. Ein Arzt formuliert es wie folgt: „Wir können aus Effizienzgründen nicht ohne elektronische Patientenakten arbeiten. Das steht außer Frage. Aber ich denke, die elektronischen Patientenakten tragen zum gewissen Grad zum Burnout bei, da sie den Stress erhöhen.“²²

Generell, so zeigt die Umfrage der HIMSS, wird die medizinische Dokumentation als Belastung und Stressfaktor gesehen. Die Frage, ob sie wesentlich zur Erschöpfung bzw. zum Burnout bei Ärzt:innen und Pflegekräften beiträgt, bejahten 80 % (82 % der Ärzt:innen und 72 % der Pflegekräfte). Die übrigen Befragten gaben an, „nicht sicher“ zu sein (13 %), oder antworteten mit Nein (7 %) (Abbildung 5).

Abbildung 5:
Online-Befragung bestätigt Korrelation zwischen Dokumentation und Burnout bei Ärzt:innen und Pflegekräften

BEFRAGTE DENKEN, DASS MEDIZINISCHE DOKUMENTATION ZUM BURNOUT BEITRÄGT

GESAMT N=284 (217 ÄRZT:INNEN UNS 67 PFLEGEKRÄFTE)



3.3

Maßnahmen, die Überlastung und Burnout vorbeugen können



Fördern Sie eine Kultur der Offenheit, Inklusion, Empathie, des Vertrauens und der Unterstützung. Pflegen Sie einen offenen Umgang mit dem Thema psychische Gesundheit und machen Sie deutlich, wie wichtig es ist, das eigene seelische Wohlbefinden zu schützen. Wichtig ist auch, die Anzeichen für psychische Probleme bei sich oder anderen zu kennen und eine offene und unterstützende Kommunikation zu pflegen. Fördern Sie auch teambildende Maßnahmen, gegenseitige Unterstützung und Achtsamkeit. Unterstützen Sie darüber hinaus und belohnen Sie gute Zusammenarbeit, nicht nur Individualität und Wettbewerb. Bieten Sie Programme oder Workshops – online oder offline –, die bei der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung unterstützen und bei denen man auch lernen kann, wie man auf persönlicher Ebene wie auch in der Organisation Resilienz aufbauen kann.²³

²³ Lene Søvold, klinische Psychologin, Mental Health Advisor, Schweden

Die befragten Ärzt:innen und Pflegekräfte nannten zahlreiche Maßnahmen, mit denen sich die Häufung von Stressfaktoren vermeiden ließe. Neben dem Inhalten der Tabelle 1 nannten sie auch Maßnahmen zur Selbstfürsorge, die jede:r selbst unabhängig vom Arbeitgeber ergreifen kann. Unter anderem wurde ein „gesunder“ Lebensstil mit ausgewogenen Ess- und Schlafgewohnheiten, Spaziergänge in den Pausen und Achtsamkeitsübungen genannt.

Am häufigsten aber wurden Maßnahmen angesprochen, die auf Ebene der jeweiligen Organisation umzusetzen sind. Genannt wurden z. B. ein kooperativer Führungsstil, der die Anliegen der Beschäftigten stärker einbezieht, oder ein Führungsansatz, der auf einer gemeinsamen Zielvorstellung basiert und die medizinischen Erfolge für alle Beteiligten greifbarer macht. Überhaupt äußerten die Befragten ein starkes Bedürfnis nach Unterstützung in verschiedenen Bereichen, z. B. emotionale Unterstützung wie, Gelegenheiten schaffen zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch im Kolleg:innenkreis, das allgemeine Befinden regelmäßig zu erfassen (z. B. mit „Stimmungstagebücher“-Apps), therapeutische Maßnahmen für Beschäftigte anzubieten, Beschäftigte mit Fahrrädern auszustatten und ihnen damit zu Pandemiezeiten den öffentlichen Nahverkehr zu ersparen, für angemessene Rückzugsräume zu sorgen oder Verpflegung für die Nachtschichten zur Verfügung zu stellen. Weitere Vorschläge betrafen verlässliche Dienstpläne ohne häufige Last-Minute-Änderungen, eine gerechte Verteilung von Schichten und Überstunden zur Verbesserung der Work-Life-Balance, regelmäßige Schulungen zur Auffrischung der relevanten Kompetenzen sowie ein Klima der Wertschätzung für die Leistungen der Beschäftigten – wobei

sich Letzteres in diversen Maßnahmen der Mitarbeiter:innenfürsorge ausdrücken kann, aber auch in einer besseren Bezahlung, insbesondere für Pflegekräfte.

Da Ärzt:innen und Pflegekräfte ihre Schichten in Teams absolvieren, standen Ansätze zur Verbesserung der Teamarbeit ganz oben auf der Wunschliste. Dazu gehören unter anderem, dass gerne in festen Teams mit vertrauten Kolleg:innen gearbeitet wird, um Reibungsverluste zu vermeiden und den Austausch untereinander zu fördern. Weiterhin wurde sich eine Minimierung von personellen Engpässen und Zeitarbeit gewünscht. Eine zentrale Erkenntnis aus der Befragung war die Bedeutung des kollegialen Umfelds. Gegenseitige Unterstützung im Team, sei enorm wichtig – sowohl für ein effektives und effizientes Arbeiten als auch für das psychische Wohlbefinden.

Viele Befragte meinten, dass zum Abbau von Stress und Arbeitsbelastung die Prozesse optimiert werden sollten. Dies gelte vor allem für die medizinische Dokumentation. Viele bezeichneten sie als den „weniger wichtigen“ Teil der Arbeit, der nur zu Lasten der Patient:innenversorgung gehe. Der Wunsch nach einer engeren Patient:innenbeziehung wurde häufig und in unterschiedlicher Form geäußert. Über die Fortschritte behandelter Patient:innen auf dem Laufenden zu sein, z. B. sich über ein Portal über ihren Krankenhausaufenthalt, ihre Krankheit oder den geplanten Eingriff informieren zu können – all das wurde als wesentlich für die Arbeitszufriedenheit thematisiert. Eine umfassendere Liste der Anregungen findet sich in Tabelle 2.



Ich denke, wir sollten zu einem Führungsansatz übergehen, der die Zusammenarbeit auf Augenhöhe und in einer respektvollen, kooperativen Atmosphäre fördert. Wir brauchen mehr Flexibilität und eine bessere Work-Life-Balance. Außerdem müssen wir dafür sorgen, dass es den Menschen am Arbeitsplatz gut geht. Wir müssen Kommunikation, emotionale Kompetenzen und Offenheit in den Belegschaften weiterentwickeln.²⁴



Die Entlastung von administrativen Aufgaben wäre wichtig.²⁵

²⁴ Raakel Pirinen, Nurse, Laakson sairaala, Finnland

²⁵ Dr. Markus Vogel, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Neuwerk, Deutschland

Tabelle 2: **Faktoren, die Stress und Überlastung im Gesundheitswesen verhindern**

Faktor auf persönlicher Ebene

Selbstfürsorge

„Wir müssen auch lernen, uns um uns selbst zu kümmern.“²⁶

Faktoren auf organisatorischer Ebene

**Effiziente
Verwaltungsprozesse**

„In digitale Hilfsmittel und Prozesse investieren, um die Bürokratie zu entschlacken, z. B. durch Reduzierung des Dokumentationsaufwands.“²⁷

Kollaborativer Führungsstil

„Man braucht ein Management, das zuhört, Infos weitergibt, Leistung anerkennt und Trainings anbietet. Ebenso eine gute Ausstattung und Logistik.“²⁸

**Unterstützung und Schutz
des Wohlbefindens**

„Als herausragende Beispiele sind gut organisierte Nachtdienste zu nennen, mit beleuchteten Parkhaus- und Krankenhauswegen, Verpflegung, einer durchgehend anwesenden Pflegeleitung und Gesundheitstipps für die Nachtschicht. Einige Einrichtungen haben inzwischen auch eigens bezahlte Personalpools, die bei Engpässen einspringen. Das hilft enorm, sowohl in der Ambulanz als auch auf den Stationen.“²⁹

Zuverlässige Dienstpläne

„Für das Pflegepersonal ist ein verlässlicher Dienstplan wichtiger als alles andere. Das heißt, nicht immer nachts einspringen zu müssen, weil jemand krankgemeldet ist – denn das erzeugt viel Stress.“³⁰

Schulungen

„Das Klinikpersonal muss die Chance haben, seine Kompetenzen vernünftig weiterzuentwickeln und einzusetzen.“³¹

Anerkennung

„Ich finde es sehr wichtig, dass man gut für Beschäftigte sorgt und ihnen das Gefühl gibt, etwas zu zählen. Wenn man am Arbeitsplatz Angebote hätte, die das Gefühl der Fürsorge vermitteln – Ruhe- oder Sporträume zum Beispiel –, wenn man sich um die Gesundheit der Leute kümmern und ihnen generell Respekt entgegenbringen würde – das könnte viel bewirken.“³²

Work-Life-Balance

„Flexibilität und eine gute Work-Life-Balance fördern.“³³

Patient:innenbeziehung

„Es sollten mehr Ressourcen in die Entwicklung von Informationsportalen gesteckt werden, wo Patient:innen Infos zu wichtigen Themen und Antworten auf häufige Fragen finden.“³⁴
„Feedback zu Behandlungsfortschritten ist sehr wertvoll.“³⁵

Teamwork

„Die Stabilität des Teams ist essenziell. Stabilität sorgt für effektivere Kontinuität, Kommunikation, Information und gegenseitige Hilfe. Deshalb ist sie in unserem Krankenhaus ein wichtiges Anliegen.“³⁶

Gehalt

„Wäre die Bezahlung besser, würden mehr Pflegekräfte bleiben. Es würde vermitteln: ‚Wir wertschätzen Ihre Arbeit und sind uns bewusst, dass Sie auch an Wochenenden im Einsatz sind.‘ Wenn mehr Pflegekräfte blieben, gäbe es weniger Stress, denn es würde die Planung und den Erhalt des Fachwissens im Krankenhaus erleichtern.“³⁷

Krankenhausarchitektur

„Die Architektur von Gesundheitseinrichtungen muss angepasst werden, um die Aufgaben der Beschäftigten zu erleichtern, zum Beispiel durch kürzere Wege zwischen Krankenzimmern und auf den Fluren.“³⁸

²⁶ Raakel Pirinen, Registered nurse, Laakson sairaala, Finnland

²⁷ Dr. Clair Sullivan, Program Lead, Queensland Digital Health Academy Research Group, University of Queensland; Chief Digital Health Officer, Metro North Hospital and Health Service, Australien

²⁸ Nicole Mercier, Nurse Manager, Hôpital de Fourvière, Lyon, Frankreich

^{29/30} Prof. Christel Bienstein, Präsidentin beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Ratsmitglied im Deutschen Pflegerat, Pflegewissenschaftlerin und ausgebildete Krankenschwester, Deutschland

³¹ Mette Maria Skjøth, Senior Project Manager and Registered Nurse Odense University Hospital, Dänemark

³² Dr. Tanya Pankhurst, Consultant Nephrologist, Director of Digital Healthcare/ CCIO University Hospitals Birmingham, Großbritannien

³³ Dr. Steve Hambleton, Deputy Chair of the Primary Healthcare Reform Steering Committee, Adjunct Professor, University of Queensland and General Practitioner, Australien

³⁴ Medical Doctor, Dänemark

³⁵ Nina Evenrud-Finneid, ICU nurse, Elverum Hospital, Norwegen

³⁶ Dr. Phillipe Queruel, Head of Rehabilitation and Burns unit, Hôpital Léon Bérard, Frankreich

³⁷ Sara Heyman, nurse & journalist, Schweden

³⁸ Nicole Mercier, Nurse Manager, Hôpital de Fourvière, Lyon, Frankreich

4

Auswirkungen der Pandemie auf Überlastung und Stress im Gesundheitswesen

„COVID hat natürlich den Stress und das Arbeitsaufkommen im Krankenhaus massiv erhöht.“³⁹

„COVID hat die Arbeit und das Leben von uns allen verändert. Die physischen und psychischen Auswirkungen sind gravierend, vor allem bei Ärzt:innen und Pflegekräften. Denn für sie war es zuvor schon schwierig, Arbeit und Privatleben zu vereinbaren.“⁴⁰

„Einer der stressreichsten Faktoren war die Unberechenbarkeit der Pandemie – nicht nur für uns, sondern für alle. Durch das Virus ist die Zahl der Einweisungen angestiegen, und es ist schwierig, das Infektionsrisiko richtig einzuschätzen.“⁴¹

„Es fallen zusätzlich belastende, enorme Hygienemaßnahmen an.“⁴²

„Die Pandemie wird im Krankenhaus als Belastung wahrgenommen. Das erzeugt definitiv eine Stress-Situation. Unsicherheit erzeugt Stress, Sicherheit baut Stress ab.“⁴³

Die Mehrheit der Befragten war sich einig, dass Stress und Überlastung durch COVID noch zugenommen haben. Bei der Online-Umfrage etwa wurde die Frage, ob die Pandemie das Gefühl der Erschöpfung und Überarbeitung noch verschlimmert habe, von 88 % der Antwortenden bejaht – davon 77 % Ärzt:innen und 23 % Pflegekräfte – ; die übrigen Befragten verneinten diesen Effekt (3 %) oder gaben an, „nicht sicher“ zu sein (9 %) (Abbildung 6).

³⁹ Dr. Afzal Chaudhry, Director of Digital, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Großbritannien

⁴⁰ Diede Mansens, Chief Nursing Information Officer, Antonius Ziekenhuis, Niederlande

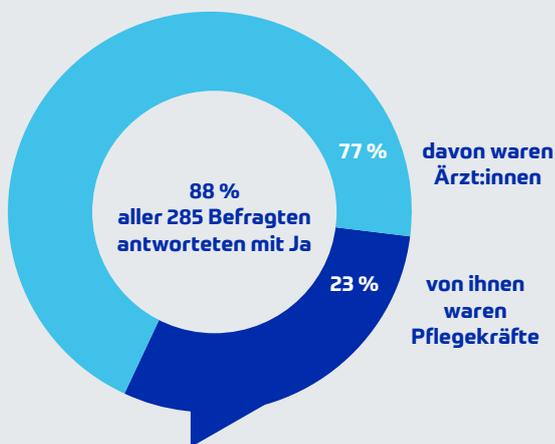
⁴¹ Dr. Helena Domínguez, Cardiology Consultant, Universitätsklinikum Bispebjerg und Frederiksberg Hospital, außerordentliche Professorin, Abteilung für Biomedizin, Kopenhagen, Dänemark

⁴² Prof. Christel Bienstein, Präsidentin beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Ratsmitglied im Deutschen Pflegerat, Pflegewissenschaftlerin und ausgebildete Krankenschwester, Deutschland

⁴³ Dr. Markus Vogel, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Neuwerk, Deutschland

Abbildung 6:
Die COVID-19-Pandemie hat Stress und Arbeitsbelastung im Gesundheitswesen erhöht

Meinen Sie, dass die COVID-19-Pandemie das Gefühl der Erschöpfung und Überarbeitung verschlimmert hat?



Die qualitativen Telefoninterviews lieferten weitere Details. Ein wesentlicher Stressfaktor war die hohe Unsicherheit rund um die Pandemie. Sie löste bei Beschäftigten im Gesundheitswesen, vor allem denen mit direktem Patient:innenkontakt, Angst und Besorgnis aus. Krankenhausbeschäftigte machten sich besonders große Sorgen um die eigene Gesundheit und die ihrer Angehörigen. Mit Voranschreiten der Pandemie kamen laufende Änderungen in Dienstplänen und Arbeitsabläufen hinzu, oft in letzter Minute. Die Befragten erzählten, dass sie Urlaube absagen mussten, um weitere Schichten zu übernehmen, was Arbeitsbelastung und Stress noch steigerte. Nicht selten wurden sie auch auf die Intensivstation veretzt, wo sie erst eingearbeitet werden mussten und dann auf die Hilfe des spezialisierten intensivmedizinischen Personals angewiesen waren – ein weiterer Stressfaktor. Und Intensivpflegekräfte berichteten von der schwierigen Arbeit mit Patient:innen in Isolierung: vom stundenlangen Verharren am Krankenbett ohne Essen und Trinken und teilweise ohne jegliche Möglichkeit mit Kolleg:innen zu kommunizieren.

Pandemiebedingte Veränderungen in der Gesundheitsversorgung

Die Pandemie erforderte vielfältige Änderungen in Arbeitsabläufen und in der Krankenversorgung, welches ebenfalls als Stressquelle empfunden wurde (Tabelle 3). Ein Großteil des klinischen Personals musste nun Schutzkleidung tragen und neue Fähigkeiten erlernen, um in anderen Abteilungen einspringen zu können. Bestimmte Behandlungen, etwa geplante operative Eingriffe oder Gruppentherapien, mussten abgesagt werden. Gleichzeitig hat sich ein Trend zu Online-Konsultationen herauskristallisiert. Dieser betrifft jedoch eher Ärzt:innen, die wann immer es möglich ist, jetzt mehr Telemedizin praktizieren und Präsenztermine vermeiden.



Seit COVID-19 machen wir Patient:innentermine häufiger per Videokonferenz. In Finnland ist da eine große Veränderung im Gange, die alle Bereiche des Gesundheitswesens erfasst – vor allem die Psychiatrie.⁴⁴



In der Ambulanz mussten wir die Patient:innensteuerung ändern, und so haben wir die Präsenztermine reduziert. Viele Patient:innen haben sich auf Online-Lösungen verlegt, ihre Termine erst mal verschoben oder aus Angst vor Ansteckung ganz abgesagt.⁴⁵

⁴⁴ Dr. Tanja Laukkala, Acting Chief Psychiatrist, HUS Helsinki University Hospital, Finnland

⁴⁵ Dr. Helena Domínguez, Cardiology Consultant, Universitetsklinikum Bispebjerg und Frederiksberg Hospital, außerordentliche Professorin, Abteilung für Biomedizin, Kopenhagen, Dänemark

Tabelle 3: **Veränderungen in der Gesundheitsversorgung durch die COVID-19-Pandemie**

Zunahme von Fernkonsultationen	„Inzwischen spreche ich mit dem größeren Teil meiner Patient:innen – also über 50 % – per Videochat, z.B. per Skype oder Teams. Persönliche Termine mit Patient:innen der klinischen Ambulanz habe ich kaum noch.“ ⁴⁶
Tragen von Schutzausrüstung	„Das Arbeiten in kompletter Infektionsschutzausrüstung ist auch körperlich anstrengend. Es ist im Raum heiß, die Maske erschweren das Atmen und man kann über mehrere Stunden nichts trinken oder essen.“ ⁴⁷
Neue Kompetenzen und Arbeitsfelder	„Es ist anstrengend in neue Abteilungen versetzt zu werden, mit neuen Kolleg:innen und neuen Aufgaben. Eine völlig neue Situation für das Personal und auch die Leitung. Es waren schnelle Entscheidungen zu treffen, dauernd erschienen neue Richtlinien.“ ⁴⁸ „Pflegerkräfte mussten sich neue Fähigkeiten aneignen, um in anderen Abteilungen arbeiten zu können, zum Beispiel auf der Intensivstation.“ ⁴⁹
Verzögerungen bei der Behandlung	„Hochakute Fälle werden wegen der Hygieneanforderungen und Sicherheitsvorkehrungen verzögert und möglicherweise schlechter versorgt. Bei einem Schlaganfall zum Beispiel sterben pro Minute eine Million Gehirnzellen ab. Bei Verdacht auf COVID kann sich die Behandlung wegen der umständlicheren Logistik leicht um 15 Minuten verzögern.“ ⁵⁰
Wegfall von Behandlungen	„Wegen COVID kann ich keine Gruppentrainings oder -therapien durchführen, da alle Gruppen abgesagt wurden. Ich kann also nicht zur Genesung meiner Patient:innen beitragen. Das ist für mich beruflicher Stress, weil ich meine Kernaufgabe nicht erfüllen kann.“ ⁵¹

⁴⁶ Dr. Tanja Laukkala, Acting Chief Psychiatrist, HUS Helsinki University Hospital, Finnland

⁴⁷ Nina Evenrud-Finneid, ICU nurse, Elverum Hospital, Norwegen

⁴⁸ Mette Maria Skjøth, Senior Project Manager and Registered Nurse Odense University Hospital, Dänemark

⁴⁹ Leena Setälä, Sustainability Director at Hospital District of Southwestern Finland, Development Director at Health Campus Turku

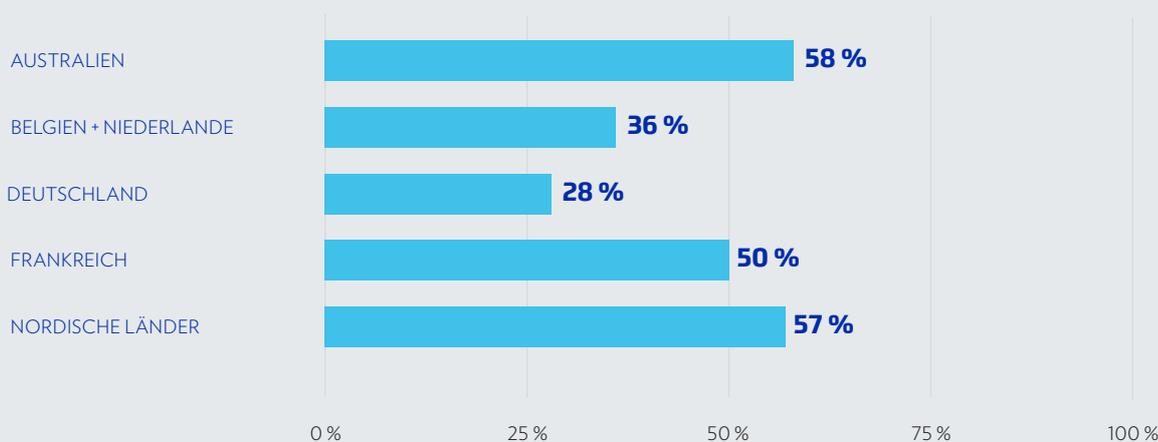
⁵⁰ Medical Doctor, Schweden

⁵¹ Dr. Pia Dellson, Senior Consultant in Medical Oncology and Psychiatry, Lund University Hospital, Schweden

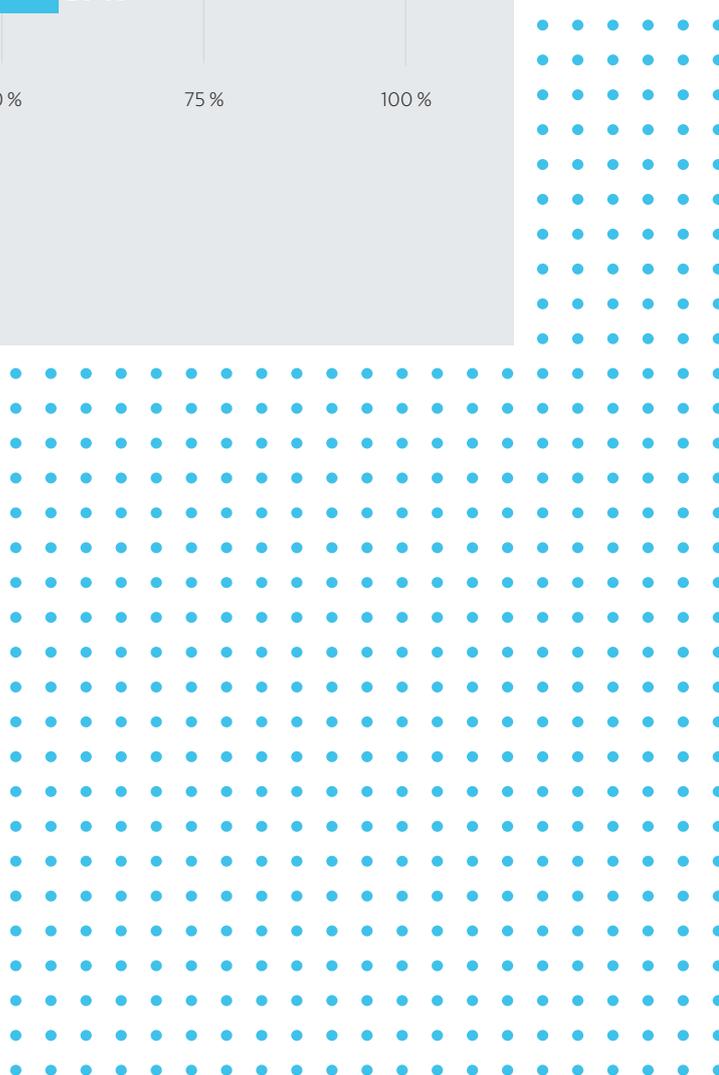
Viele Ärzt:innen aller Regionen bestätigten in der Online-Umfrage, dass sie seit Beginn der Pandemie Fernkonsultationen durchgeführt haben (Abbildung 7).

Abbildung 7: Nutzung von Fernkonsultationen nach Regionen

PROZENTSATZ DER ÄRZT:INNEN, DIE SEIT BEGINN DER PANDEMIE FERNKONSULTATIONEN DURCHGEFÜHRT HABEN N=331



Neben vielen stressauslösenden Faktoren in der COVID-19 Pandemie, berichteten die Befragten auch von stressreduzierenden Aspekten. So ist beispielsweise, durch die enge Zusammenarbeit in der Krisensituation, die Bindung zwischen den Kolleg:innen enger geworden und bei der Arbeit wurde mehr „Solidarität und innere Erfüllung“ empfunden.



5

Welche Rolle spielt Technologie bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen?



Technologie bietet umfangreiche Möglichkeiten, den Zeitaufwand für Dokumentation und andere Routineaufgaben zu verringern. So haben Ärzt:innen und Pflegekräfte mehr Zeit für ihre wichtigsten Aufgaben: Hilfe und Beratung für Patient:innen.⁵²

⁵² Lene Søvold, klinische Psychologin, Mental Health Advisor, Schweden



Technologie bietet großartige Möglichkeiten, aber es ist auch wichtig, das menschliche Element richtig einzubinden. Wenn sie längerfristig akzeptiert und genutzt werden soll, muss Technologie einen Mehrwert schaffen und unsere Aufgaben und Arbeitsweisen positiv verändern. Ich denke es geht darum, die richtige Technologie zur richtigen Zeit einzusetzen, um die richtigen Tools für unsere Arbeit zur Hand zu haben.⁵³

⁵³ Helen Balsdon, Chief Nursing Information Officer, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Großbritannien

Welche Bedeutung kann Technologie spielen, wenn es um Überlastung von Ärzt:innen und Pflegekräften geht? Hilft sie, die Ursachen zu lindern, die zu Stress und letztlich Burnout führen, oder kann sie diese sogar verstärken? Laut den HIMSS-Untersuchungsergebnissen kann Technologie sowohl zu Burnout-Problemen beitragen als auch sie reduzieren.

5.1

Digitale Retter: Technologie hilft bei Stressabbau und Aufgabenbewältigung

„Digitale Technologie kann auf jeden Fall hilfreich sein.“⁵⁴

„Technologie hilft, Stress abzubauen und mehr Zeit für Patient:innen freizuräumen, was wiederum zur Stärkung der therapeutischen Beziehung beiträgt.“⁵⁵

„Mir erscheint die Digitalisierung ist heute nahezu die einzige Option, die kommenden Aufgaben bewältigen zu können.“⁵⁶

Dies sind nur einige von vielen positiven Aussagen, die bei den Interviews zum Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen fielen (Abbildung 8). Auffällig war, dass sich die Antworten in den untersuchten Ländern trotz der unterschiedlichen Reife der

Gesundheitssysteme ähnelten. Das ist ein Indikator für die insgesamt positive Haltung gegenüber dem Einsatz von Technologien.

Die Antworten vermitteln eine klare Botschaft. Technologie ist dann sinnvoll, wenn sie bei der Kernaufgabe, der Gesundheitsversorgung, wirksam unterstützt. Entsprechend wird sie umso nutzbringender empfunden, je mehr sie dazu beiträgt, die Versorgung der Patient:innen im Einklang mit den medizinischen Arbeitsabläufen zu verbessern. Technologie muss Hilfe für ein spezifisches Problem bieten und einen unmittelbaren Wert schaffen. Und sie muss sich letztlich daran messen lassen, inwieweit sie die Arbeitsbedingungen verbessert. Die nachfolgenden Aspekte fanden die Befragten besonders hilfreich bei der Verbesserung des Patient:innenwohls.

⁵⁴Raakel Pirinen, Registered nurse, Laakson sairaala, Finnland, ⁵⁵Lene Søvold, Clinical Psychologist, Mental Health Advisor, Schweden

⁵⁶Prof. Dr. Matthias Rose, Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité Universitätsmedizin, Deutschland

Abbildung 8: So kann Technologie zu besseren Behandlungsergebnissen beitragen

Erhöht Patientensicherheit und bessere Behandlungsergebnisse	Effizienzsteigerung	Verbessert das Wissen über Krankheitsursachen
<ul style="list-style-type: none">• Verbessert Patient:innensicherheit und -versorgung durch erleichterten Datenzugriff und -austausch zwischen allen Beteiligten.• Unterstützt qualitativ bessere medizinische Entscheidungen mit KI-Algorithmen, die auf evidenzbasierten Daten fundieren.• Erleichtert vielfältige Formen von Fernkonsultationen und verbessert so den risikoarmen Zugang zur Versorgung. Die Telemedizin hat sich auch bei der Versorgung schwächerer und weniger mobiler Patient:innen als hilfreich erwiesen.• Apps und andere digitale Tools können genutzt werden, um Kontakt mit Patient:innen aufzunehmen und sie zur konsequenteren Einhaltung ihres Behandlungsplans zu motivieren.• Über Portale können Ärzt:innen und Pflegekräfte ihre Patient:innen mit Informationen versorgen. Das verbessert sowohl die Versorgungsqualität als auch die Beziehung zueinander.	<ul style="list-style-type: none">• Schnellerer und verbesserter Zugriff auf medizinische Daten mithilfe medizinischer Informationssysteme, ohne lange Suchzeiten.• Mobile Technologien verbessern zudem ortsunabhängig die Eingabe bzw. den Zugriff auf medizinische Informationen.• Technologie kann die medizinische Dokumentation erleichtern und Zeit sparen.	<ul style="list-style-type: none">• Mit Analytics-Technologien gewonnene Erkenntnisse tragen wesentlich dazu bei, sowohl die personalisierte Medizin als auch das Gesundheitsmanagement zügiger weiterzuentwickeln.• Sensortechnologie kann genutzt werden, um außerhalb der Gesundheitseinrichtungen mehr Patient:innendaten zu sammeln und so die Entscheidungsqualität zu verbessern – sowohl auf Ebene der Patient:innen als auch auf Ebene der Gesamtbevölkerung.

In unserer Befragung hoben vor allem Ärzt:innen der Fachbereiche Psychologie, Radiologie und Onkologie positiv hervor, dass Fernkonsultationen den Zugang zu Gesundheitsleistungen erweitern können.

Die Pandemie hat der Digitalisierung einen zusätzlichen Schub verpasst. Vor allem [Telemedizin kommt immer öfter zum Einsatz](#). Laut der HIMSS-Studie konnte diese Technologie dazu beitragen, den pandemiebedingten zusätzlichen Stress zu lindern, allerdings nur, wenn sie bereits vor dem COVID-Ausbruch installiert worden war. Denn wer bereits überarbeitet ist oder unter Burnout-Symptomen leidet, hat nur noch sehr

begrenzte Kapazitäten und tut sich schwer, veränderte Arbeitsabläufe zu verinnerlichen, die oft mit der neuen Technologie einhergehen. Dazu eine Pflegekraft: „Wir sind gerade alle sehr erschöpft, und es fehlt die Energie, um sich den Umgang mit neuen Technologien anzueignen. Man lernt so viel leichter, wenn man sich wohlfühlt und nicht zu viel Druck hat.“⁵⁷ Als Lösungsmöglichkeiten nannten einige der Befragten gezielte Schulungen, Helpdesk-Funktionen oder die Unterstützung durch jemanden, der vom Krankenhaus eigens für die Aufgabe abgestellt wird.

⁵⁷ Raakel Pirinen, Registered nurse, Laakson sairaala, Finland

5.1.1

KI-basierte Dokumentation kann Arbeitsbedingungen verbessern

Da die medizinische Dokumentation so häufig als Belastung und Stressfaktor beschrieben wurde, befasst sich diese HIMSS-Studie hier näher mit dem Thema. Untersucht wurde, ob und wie Technologien diese administrativen Aufgaben erleichtern könnten. Bei der Online-Befragung nannte ein Drittel der Teilnehmenden KI-gestützte Spracherkennungstechnologie als möglichen Ansatz. Viele äußerten auch, dass KI-basierte Dokumentationslösungen ihre Arbeitssituation verbessern könnten, z.B. durch Erhöhung der Patient:innensicherheit, Vereinfachung von Arbeitsabläufen sowie Diagnose- und Therapieunterstützung durch Hervorhebung relevanter Details in der Patientenakte.



5.2

Nutzen und Nutzerfreundlichkeit der Technologie gehen Hand in Hand

„Wenn man mit schlechten Systemen arbeiten muss, zu langsame oder zu wenige Computer hat, wenn Leute keinen Zugang zum System haben oder nicht richtig geschult werden, wenn das System nicht intuitiv bedienbar ist oder wenn es nicht für den Krankenhausalltag konzipiert ist und nicht das tut, was es im Arbeitsprozess soll – all das erhöht den Stress enorm.“⁵⁸

„KI-basierte Dokumentationslösungen oder andere digitale Technologien können vielleicht die Arbeit in einigen Bereichen erleichtern, aber insgesamt spielt die Technologie eine untergeordnete Rolle.“⁵⁹

Bei Einführung einer neuen Technologie steht und fällt der Erfolg mit der Nutzerfreundlichkeit. Verursacht die Bedienung mehr Unterbrechungen, als sie an Vorteilen bietet, und ist sie nicht intuitiv, kommt es zu Frustration und Erschöpfung. Dann verfehlt die Technologie ihre wichtigste Aufgabe: die Entlastung des medizinischen Personals. Wie bereits in Abschnitt 3.2 erläutert, führte die Nutzung der elektronischen Krankenakte in den USA zu einer höheren Arbeitsbelastung und mehr Burnout. Entsprechend kommentierten das die Teilnehmenden unserer Befragung: „Es gibt viele Systeme für die elektronische Patientenakte, die alles andere als gut sind“⁶⁰, hieß es unter anderem.

Andere Befragte stellten den Sinn einer Gesundheitsdatenerfassung im derzeitigen Umfang in Frage, da sie für alle Beteiligten, die erfassen, dokumentieren und analysieren



Die elektronische Patientenakte hat einiges zum Burnout beigetragen, weil sie den Stress verstärkt. Ich meine, wenn sie ordnungsgemäß entwickelt und mit den richtigen Schulungen unterstützt würde, wäre das schon deutlich besser. Der Schulungsbedarf ist nicht zu unterschätzen – ebenso die Bedeutung von Supportteams, die in die korrekte Bedienung einweisen. [...] Ich denke, das ist auch für die Sicherheit enorm wichtig.⁶¹

⁵⁸ Dr. Tanya Pankhurst, Consultant Nephrologist, Director of Digital Healthcare/ CCIO University Hospitals Birmingham (UHB), UK

⁵⁹ Sara Heyman, Krankenschwester und Journalistin, Schweden

⁶⁰ Dr. Tanya Pankhurst, Consultant Nephrologist, Director of Digital Healthcare/ CCIO University Hospitals Birmingham (UHB), UK

⁶¹ Dr. Phillipe Kohl, Herzchirurg, Universitätsklinikum Lüttich, Belgien



Die Eingabe von Daten in die elektronische Krankenakte ist eine Zusatzbelastung für alle Ärzt:innen und Pflegekräfte. Das war anfangs problematisch, aber nach einer Weile haben wir uns ans System gewöhnt und finden es nicht mehr so schwierig.⁶³



Ich finde, beim Einsatz von Technologie sollte man von einem praktischen Problem ausgehen und eine technologische Lösung dafür suchen. Heute ist es umgekehrt: Wir bemühen uns, neu entwickelte intelligente Technologien irgendwie in unserem Bereich der Gesundheitsversorgung unterzubringen.⁶⁴

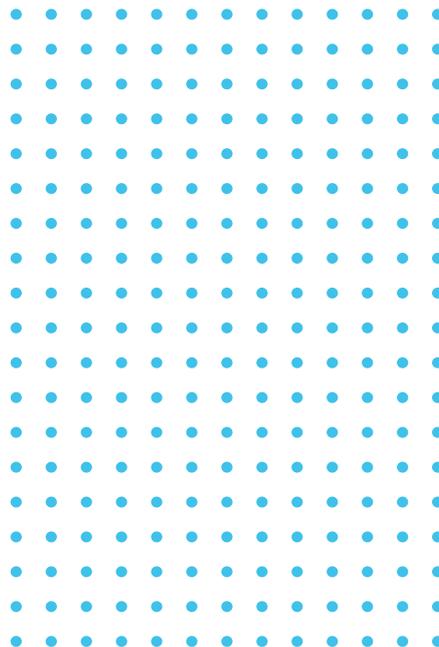
⁶³ Dr. Bertrand Marchand, Allgemeinchirurg, Gap Hospital, Frankreich

⁶⁴ Dr. Helena Domínguez, Cardiology Consultant, Universitätsklinikum Bispebjerg und Frederiksberg Hospital, außerordentliche Professorin, Abteilung für Biomedizin, Kopenhagen, Dänemark

müssen, Mehrarbeit bedeute. „Die Einführung neuer Technologien sollte nicht zur Erfassung unnötiger Daten führen, nur weil man das jetzt kann.“⁶² Ein Problemfeld, das auf Ebene der einzelnen Krankenhausorganisationen wie auch der Gesundheitspolitik genauer beleuchtet werden sollte.

Da die Einführung neuer Technologien häufig Störungen im Arbeitsablauf verursacht, sollte sie vom Management mitgetragen und von Schulungen und anderen Unterstützungsmaßnahmen flankiert werden. „Wenn man den Beschäftigten sagt, dass die Einführung der neuen Technologie zunächst mühsam sein kann, letztlich aber die Arbeitsbedingungen verbessern wird, können sie sich eher damit anfreunden“, meinten einige Befragte. Aber auch der Zeitpunkt sollte gut überlegt werden. Bei hoher Arbeitsbelastung und großem Stress – wie während der COVID-Pandemie – ist die Einführung neuer Technologien und Arbeitsabläufe nicht zu empfehlen.

⁶² Dr. Afzal Chaudhry, Director of Digital, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, UK





DIE PERSPEKTIVE DES TECHNOLOGIEEXPERTEN

Interview mit Dr. Simon Wallace,
CCIO Nuance Healthcare

Dieses Whitepaper beschäftigt sich mit Überlastung und Burnout. Wo ziehen Sie die Grenze zwischen beidem?

| Dr. Wallace: Überlastung lässt sich als ein Zuviel an Arbeit definieren, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe in einem bestimmten Zeitraum geleistet wird. [...]. Schauen wir uns beispielsweise das Arbeitsvolumen an, könnte das die Anzahl der Notfälle sein, die eine Ärzt:in mit Bereitschaftsdienst in 24 Stunden annimmt. Da im Winter deutlich mehr Fälle in die Notaufnahme kommen als im Sommer, ist das Überlastungsrisiko entsprechend größer. Ein anderes Beispiel: Auf Intensivstationen beträgt der empfohlene Betreuungsschlüssel 1:1. Durch COVID wurde dieser Schlüssel vorübergehend ausgesetzt. Das Pflegepersonal betreut nun, je nach Schwere, zwei bis vier Fälle pro Person. Auch hier kommt es zu einer Überlastung.

Wie äußert sich Burnout bei Ärzt:innen und Pflegekräften, im Unterschied zur Überlastung?

| Dr. Wallace: Burnout-Symptome entwickeln wir, wenn wir längere Zeit ununterbrochen einer überhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt sind. Das zehrt so sehr an unseren physischen und psychischen Kräften, dass unsere natürliche Resilienz überstrapaziert wird und wir nicht mehr mit der Belastung zurechtkommen. Ein Burnout manifestiert sich als Stress mit zusätzlichen emotionalen Symptomen. Betroffene empfinden Selbstzweifel und ein Gefühl des Versagens, fühlen sich hilflos, eingengt, möglicherweise auch innerlich distanziert von der Arbeit und unmotiviert.

Wird die Überlastung unerträglich, entwickelt sich daraus ein Burnout. Im Grunde tragen mehrere Faktoren zum Burnout bei, doch die wichtigsten sind der enorme Arbeitsdruck und die Sorge um die Sicherheit der betreuten Patient:innen – zumal, wenn diese zusätzlich Beschwerden äußern.

Es ist wichtig zu betonen, dass Burnout seit Jahren ein zunehmendes Problem im Gesundheitswesen ist. Im letzten Jahr kam aber noch der Druck durch COVID hinzu und hat das ohnehin vorhandene Problem noch verschlimmert. Dabei geht es nicht nur um die exponentielle Zunahme der Arbeitslast, sondern auch, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen mit der Angst zur Arbeit gehen, selbst krank zu werden.

Alle Befragten der qualitativen Umfrage waren sich der Vorteile digitaler Technologien bewusst – aber sie betonten auch, dass deren Einführung schwierig sein kann. Wie muss sich Technologie weiterentwickeln, um das zu lösen?

| Dr. Wallace: Die Pandemie hat die Verbreitung der Technologie stark beschleunigt. Allerdings sollten Technologien auch immer aus den richtigen Gründen eingesetzt werden. Eine Technologie – ganz gleich, welche – muss den Bedürfnissen der Nutzer:innen entsprechen und darf bei den ohnehin hektischen Abläufen und knappen Zeitfenstern nicht noch mehr Belastung oder Zeitdruck schaffen. Die wichtigsten Anforderungen sind daher: Technologie muss einfach und intuitiv zu bedienen sein. Sie sollte Prozesse beschleunigen oder zumindest keine

zusätzliche Zeit kosten. Technologie muss auch leicht und einfach an die komplexen medizinischen Abläufe anpassbar sein. Sie muss Arbeitsschritte automatisieren können, ohne die Sicherheit zu gefährden. Sie muss dazu beitragen, unnötige Verwaltungs- und Prozessschritte zu eliminieren. Und das Wichtigste, sie muss Ärzt:innen und Pflegepersonal mehr Zeit für die eigentliche Aufgabe verschaffen, die Interaktion mit Patient:innen.

Ärzt:innen und Pflegekräfte müssen den unmittelbaren Nutzen einer Technologie in ihren tagtäglichen Abläufen erkennen. Diese muss sicher sein, darf keine medizinischen Risiken verursachen und muss letztlich die Sicherheit der Patient:innen erhöhen. Technologie hat ihre Bewährungsprobe bestanden, wenn Menschen nach der ersten Anwendung nie wieder in einer Einrichtung arbeiten wollten, in der es diese Technologie nicht gibt.

Könnten Sie für die Einführung neuer Technologien ein paar Strategien empfehlen, die zur besseren Akzeptanz bei den Ärzt:innen und Pflegekräften beitragen?

| Dr. Wallace: Eine Technologie wird dann besser angenommen, wenn sie von den Betroffenen selbst gründlich geprüft und an ihre Workflow-Anforderungen angepasst wurde. Darüber hinaus sollten Krankenhäuser oder Praxen „Champions“ definieren, die eine erfolgreiche Einführung zusätzlich unterstützen. Diese sogenannten „Super-User“ müssen auf Abruf helfen können, wenn das medizinische Personal bei der Anwendung Probleme hat, etwa in Ambulanzen oder auf den Stationen. So wird die Technologie nicht gleich wieder aufgegeben, wenn etwas nicht sofort funktioniert.

Auch Trainings sind ein Grundbestandteil einer erfolgreichen Einführungsstrategie. Sie sollten möglichst einfach und fokussiert sein. Wir haben das Feedback bekommen,

dass kurze Lernvideos von 30 bis 60 Sekunden Länge mit Tipps und Tricks für die wichtigsten Funktionen hilfreich sind. Wichtig ist auch, dass eine Organisation für wirksame Feedbackmechanismen sorgt. So ist sichergestellt, dass die Verantwortlichen von allen Anwendungsproblemen erfahren und direkt Gegenmaßnahmen treffen können. Z.B. hat der National Health Service (NHS) in Großbritannien hier besonders gute Arbeit geleistet. In einem Netzwerk aus sogenannten Chief Clinical Information Officers und Chief Nurse Information Officers übernehmen Ärzt:innen und Pflegekräfte bei der Einführung neuer Technologien eine wichtige Rolle.

Wenn Beschäftigte im Gesundheitswesen die Vorteile der Technologie aus ihrem privaten Alltag kennen, hilft das ebenfalls sehr beim Abbau potenzieller Widerstände. Sie erkennen selbst, dass man einige der zu Hause genutzten Funktionen auch aufs Arbeitsleben übertragen könnte und sind dann am Arbeitsplatz aufgeschlossener.

Können Sie Beispiele dafür nennen, wie die Technologie, insbesondere die Spracherkennung, dazu beigetragen hat, die Arbeitsbelastung und den Stresspegel beim medizinischen Personal zu senken?

| Dr. Wallace: Wir haben festgestellt, dass im Krankenhausalltag etwa 11 Stunden pro Woche für die medizinische Dokumentation aufgewendet werden. Bis zu zwei Drittel davon sind Freitexteingaben. Das geht zu Lasten der Zeit mit Patient:innen – nur etwa 13 % des Arbeitstages entfallen auf die Interaktion mit ihnen –, und viele Ärzt:innen fühlen sich mit der medizinischen Dokumentation überfordert.

Trägt das zu Überlastung und Burnout bei? Vor der zweiten Pandemiewelle haben wir dazu eine weitere Umfrage durchgeführt. 87 % der Befragten in der Primärversorgung und 70 % in der Sekundärversorgung gaben an, dass der Aufwand für die medizinische Dokumentation erheblich zum Burnout beiträgt.

Kann Technologie dazu beitragen, die Überlastung und den Stress zu reduzieren? In der medizinischen Dokumentation hat die Cloud-basierte Spracherkennung auf der Grundlage künstlicher Intelligenz (KI) durchaus dieses Potenzial. Statt zu tippen oder zu diktieren, können Ärzt:innen und Pflegekräfte Aufnahmeberichte, Rundschreiben, Behandlungsberichte, Entlassungsberichte oder Arztbriefe einfach per Spracheingabe erstellen. Spracherkennungstechnologie verschlankt und vereinfacht den medizinischen Dokumentationsprozess. Wir sprechen dreimal schneller, als wir tippen, und bei der KI-gestützten Spracherkennung sorgen Deep Learning und Algorithmen inzwischen für sehr hohe Genauigkeit. Das reduziert Frustrationen und Korrekturaufwand. Was die Genauigkeit angeht, ist die Spracherkennung inzwischen bestens geeignet für den Berufsalltag. Man kann damit auch im Krankenhausinformations- bzw. Praxisverwaltungssystem navigieren, statt sich überall durchzuklicken. Und da die Software in der Cloud gehostet ist, kann man von überall darauf zugreifen, etwa in verschiedenen Krankenhausabteilungen oder sogar Krankenhäusern. Vor allem während COVID können Ärzt:innen auf diese Weise sogar Telesprechstunden von zu Hause aus durchführen.

Spielt die Spracherkennung eine Rolle beim Stressabbau? Klare Antwort: Ja. Sie spart Zeit bei der Erstellung der Dokumentation, reduziert Verzögerungen und verbessert den Kommunikationsfluss und die Qualität der Patientenakte. Lassen Sie mich das anhand zweier Beispiele veranschaulichen:

1. Eine große Herausforderung für niedergelassene Ärzt:innen ist oft der langsame Versand von Arztbriefen. In Großbritannien z.B. geben einige NHS-Einrichtungen viel Geld für externe Schreibdienste aus, in anderen fehlt es an Schreibkräften. Anders bei Krankenhäusern, in denen die Ärzt:innen mittels Spracherkennung ihre Entlassungsbriefe selbst erstellen. Dort

konnten die Bearbeitungszeiten dafür von zwei bis drei Wochen auf zwei bis drei Tage verkürzt werden. In einigen Fällen bekamen die Patient:innen den Brief direkt bei der Entlassung mit.

2. Eine unabhängige Studie über Dokumentation in der Notaufnahme hat ergeben, dass 40 % schneller gesprochen als getippt wurde. Die resultierende Zeitersparnis wurde dort auf durchschnittlich 3,5 Minuten pro Notfall beziffert. Auf ein Jahr hochgerechnet, sparte die Technologie im untersuchten Krankenhaus – alle Abteilungen und Fälle zusammengenommen – 389 Arbeitstage ein. Das entspricht zwei ärztlichen Vollzeitstellen in der Notaufnahme.

Anhand dieser Daten errechnete Erip Topol (siehe auch [Topol Review](#)) Folgendes: Wenn NHS-Rettungsstellen in ganz Großbritannien nur eine Minute pro Patient:in einsparen, ergibt das bei einem Aufkommen von geschätzten 24 Millionen Notfällen pro Jahr 400.000 Stunden an eingesparter Zeit. Überträgt man diese eingesparte Minute auf die Ambulanzen, werden jährlich eine Million zusätzliche Stunden Ambulanzsprechzeit frei. Was also pro Fall nach wenig klingen mag, summiert sich auf eine enorme Zeitersparnis. Alles in allem bestätigt das Feedback aus den Krankenhäusern, dass die Spracherkennung die Dokumentationslast verringert. Ein Arzt erzählte mir, dass er jetzt nicht mehr länger bleiben muss, um Papierkram zu erledigen, sondern pünktlich zu seinen Kindern nach Hause gehen kann.

Sie arbeiten für ein internationales Unternehmen. Unterscheidet sich nach Ihrer Wahrnehmung das Ausmaß des Burnouts bei Ärzt:innen und Pflegekräften zwischen den verschiedenen europäischen Ländern und auch im Unterschied zu Australien?

| **Dr. Wallace:** Gesundheitssysteme sind weltweit Überlastung und Burnout ausgesetzt.

Dafür gibt es mehrere Gründe. Zum einen haben die Erfolge der Medizin im 20. und frühen 21. Jahrhundert dazu geführt, dass die Menschen immer älter werden. Dadurch kommt es aber auch zunehmend zu Multimorbiditäten und die Behandlungen dieser chronischen Erkrankungen ist oft komplex. Diese Zusatzbelastung trägt eindeutig weltweit zu Überlastung und Burnout bei und gilt also auch für alle europäischen Länder und Australien.

In jedem Land kommen jedoch weitere Gründe für Burnout hinzu, wie z.B. Personalengpässe. Auch sind die unterschiedlichen Bereiche des Gesundheitssystems in den einzelnen Ländern mehr oder weniger voneinander entkoppelt, was in jedem einzelnen Fall ebenfalls zu Überlastung und Burnout beiträgt. Zusätzlich Spannungen können auch unterschiedliche Vergütungsmodelle verursachen. Wenn Ärzt:innen in einem stark durch Versicherungen geprägten System nach der Anzahl behandelter Patient:innen bezahlt werden, kann das eine weitere Stressursache sein. Je nach Land gibt es auch unterschiedliche Ausbildungsniveaus und unterschiedliche Grade der Bürokratisierung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Überlastung und Burnout in allen Ländern auftreten – allerdings aus unterschiedlichen Gründen, die unbedingt auch berücksichtigt werden sollten. In allen Ländern hat COVID die Lage noch verschärft. Doch auch ohne COVID sind Überlastung und Burnout Alltag und werden es weltweit bleiben.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Digitalisierungsgrad eines Gesundheitssystems und dem Ausmaß des Burnouts bei Ärzt:innen und Pflegekräften?

| Dr. Wallace: Man sollte erwarten, dass der Beitrag zur Reduzierung des Burnouts bei Ärzt:innen und Pflegekräften umso größer ausfällt, je stärker und besser ein Gesundheits-

system digitalisiert ist. Andererseits, wenn es trotzdem an Betten oder Personal mangelt, ist der Stress letztlich immer noch da.

Aber sehen wir uns einmal den Digitalisierungsgrad genauer an. Die elektronische Patientenakte ist wohl einer der größten und schwierigsten Veränderungsprozesse, denen sich ein Gesundheitssystem unterziehen kann. Jede Implementierung führt zu erheblichen Änderungen. Dabei hängt der Erfolg von vielen Faktoren ab, z.B. in einem Krankenhaus von vereinbarten Arbeitsabläufen, guten Schulungen und der ansteckenden Begeisterung des „Champions“. An einigen Stellen konnte mit digitalen Tools die administrative Last verringert und gleichzeitig die Patient:innensicherheit verbessert werden – Beispiele sind die elektronische Laborauftrags- und Befundübermittlung oder Rezeptausstellung. Andere Bereiche hingegen, etwa die medizinische Dokumentation, werden weiterhin stiefmütterlich behandelt. Dabei bin ich überzeugt, dass digitale Lösungen wie KI-basierte Spracherkennung diese Prozesse wirksam unterstützen könnten und zum Abbau der Belastungen beitragen. Nimmt man noch den virtuellen Assistenten hinzu, mit dem man per Spracheingabe in der elektronischen Krankenakte navigieren und Änderungen vornehmen kann, reduziert sich die Anzahl nötiger Klicks beträchtlich – und mit zunehmendem Einsatz der Technologie wächst die Zeitersparnis.

Meiner Ansicht nach können hoch digitalisierte Gesundheitsversorger viel zur Reduktion von Stress und letztlich Burnout tun, aber die Einbettung der nötigen Prozesse braucht Zeit. Daher ist es erfolgskritisch, dass die Entscheider bzw. Leitungsebenen hinter den Veränderungen stehen. Nur so können sie in der gesamten Organisation die nötige Akzeptanz finden.

Die Pandemie hat die Vorteile der Technologie sehr deutlich gemacht. Haben Sie Veränderungen in den Prozessen der medizinischen Dokumentation bemerkt?

| Dr. Wallace: Als im März 2020 die ersten COVID-19-Erkrankten eintrafen, achteten wir auf Symptome wie Husten, Atemnot und Fieber. Wir wussten noch nichts über Geruchs- und Geschmacksverlust, Verfärbungen von Fingern und Zehen oder die Rolle von Dexamethason. Da COVID eine neuartige Erkrankung ist, mussten Ärzt:innen Erkenntnisse detailliert und zügig dokumentieren. Dazu brauchten sie passende Dokumentationsmethoden, aber ohne den zeitraubenden Prozess. Der Einsatz von Spracheingabe war in dieser Hinsicht hilfreich. Vor allem auch wegen der besseren Qualität und Detailtiefe der Notizen gegenüber getippter Dokumentation. Auch wurde der Einsatz von Spracherkennung gerade beim Tragen der Schutzausrüstung als echter Vorteil empfunden.

Im Zuge der Pandemie haben sich mehr Möglichkeiten aufgetan, vom Tippen und digitalen Diktieren wegzukommen und medizinische bzw. Pflegedokumentation einfach per Spracheingabe zu erfassen. Zwar ist die Pandemie eine gewaltige Herausforderung für die Gesundheitssysteme und die dort Beschäftigten, doch gibt es immerhin einen positiven Nebeneffekt. Die Chance, auf Technologien umzusteigen, die das ganze Miteinander im Patient:innenkontakt deutlich verbessern. KI-gestützte Spracherkennung wird dabei eine bedeutende Rolle spielen. Das ist schon heute absehbar.

6

Fazit: Maßnahmen zur Stressbewältigung – Empfehlungen an Gesundheitsversorger und Politik

Wie Dr. Alessi im Vorwort zu diesem Whitepaper betonte, ist Burnout vermeidbar. Um aber zu verhindern, dass sich Überlastung immer mehr aufbaut und in Burnout mündet, braucht es gezielte Gegenmaßnahmen. Die Ärzt:innen und Pflegekräfte, mit denen wir sprachen, machten dazu eine Reihe Vorschläge. Eine erfolgreiche Umsetzung kann auf Ebene des einzelnen Gesundheitsversorgers oder aber auf Ebene der Politik erfolgen – je nach Vorschlag und abhängig vom Gesundheitssystem sowie dem zugrunde liegenden Finanzierungsmodell (Tabelle 4).

Die Vorschläge zur Selbstfürsorge, die Überlastung reduzieren sollen, wurden bereits in Abschnitt 3.3 erörtert. Im folgenden Maßnahmenkatalog zur Stressbekämpfung tauchen sie daher nur als möglicher Ansatz für Krankenhäusern und Praxen auf.

Tabelle 4: Maßnahmenkatalog zur Reduzierung von Überlastung im Gesundheitswesen auf institutioneller und staatlicher Ebene

Maßnahmen auf Ebene der einzelnen Gesundheitsversorger	Maßnahmen auf gesundheitspolitischer bzw. gesellschaftlicher Ebene
<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung des Personals zur Verbesserung des Betreuungsschlüssels • Zuverlässigkeit und Stabilität von Technologie sicherstellen • Personalschulungen in Selbstfürsorgemaßnahmen, z.B. Entspannungstechniken, achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, Meditation • Unterstützende Unternehmenskultur schaffen, die Empathie und regelmäßigen Austausch fördert, zur Früherkennung von Überlastungs- und Burnout-Symptomen • Einbindung des medizinischen Personals bei Festlegung der Anforderungen an Technologieprojekte. Betroffene müssen selbst an der Definition des Workflows mitarbeiten, um sicherzustellen, dass Daten zur richtigen Zeit am richtigen Ort von der richtigen Person erfasst werden. Unter Beachtung, dass der Informationsbedarf zweckmäßig und relevant ist. • Einführung von Schulungen und Kursen – geleitet von Kolleg:innen oder Fachleuten –, in denen die Anwender:innen in der optimalen Nutzung von IT-Lösungen unterwiesen werden • Pflege einer änderungsfreundlichen Unternehmenskultur, in der das Führungsmodell auf einer gemeinsamen Zielvorstellung basiert und somit die Erfolge medizinischer Arbeit für alle Beteiligten greifbar werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Ansehens der Pflegeberufe (einschließlich der Bezahlung), um Nachwuchskräfte anzuziehen • Schaffung von Anreizen für die Implementierung von Technologien • Unterstützung bei der Umsetzung gesetzlicher Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und Bereitstellung angemessener Ressourcen • Verabschiedung von Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften, die ausreichende Ruhezeiten zwischen Bereitschaftsdienst und regulären Schichten gewährleisten • Stärkere Verzahnung der Pflege mit der Technologie und Schaffung von Positionen, die effizientere Prozesse in der stationären Versorgung sicherstellen (wie z.B. Chief Nurse Informatics Officer) • Einklang zwischen Finanzierungs- und Pflegemodell gewährleisten • Schaffung eines stärkeren gesellschaftlichen Bewusstseins zum Thema Work-Life-Balance, z.B. wie in Skandinavien

7

Methodik der Studie

Die diesem Whitepaper zugrundeliegenden Untersuchungen wurden zwischen dem 19.11.2020 und dem 26.02.2021 durchgeführt. Sie bestanden aus einer Online-Umfrage, qualitativen Telefoninterviews und Sekundärforschung. Insgesamt nahmen 443 Personen teil: 416 Ärzt:innen und Pflegekräfte an der Online-Umfrage, weitere 27 wurden telefonisch interviewt. Die beiden Untersuchungsmethoden befassten sich unterschiedlich intensiv mit der Prävalenz von Überlastung und Burnout bei der Arbeit, den verstärkenden und mindernden Faktoren, den Beiträgen der Pandemie zum Anstieg der Arbeitsbelastung sowie der Rolle der Technologie bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

1. Online-Umfrage

(23.11.2020 bis 14.01.2021):

Insgesamt nahmen 416 praktizierende Ärzt:innen und Pflegekräfte aus Australien, Belgien, Dänemark, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, Norwegen und Schweden an der Online-Umfrage teil. Gefragt wurde nach der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitsbelastung und ob die Befragten sich überlastet fühlten. Die Umfrage ging auch darauf ein, wie die Pandemie das Gefühl der Erschöpfung und Überlastung verstärkt sowie die Häufigkeit von Fernkonsultationen steigert. Außerdem wurde danach gefragt, was Krankenhäuser, Praxen und Regierungen tun könnten, um Burnouts zu verhindern. Ferner wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen Verwaltungsaufwand und

Burnout beim medizinischen Personal besteht und ob Spracherkennungslösungen bei der Bewältigung der Dokumentation entlasten können.

2. Qualitative Telefonumfrage

(19.11.2020 bis 26.02.2021):

Insgesamt 27 Ärzt:innen und Pflegekräfte aus Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, Norwegen, Schweden und Großbritannien wurden telefonisch interviewt. Die Befragung folgte einem strukturierten Fragebogen. Meist wurden pro Land zwei Ärzt:innen und eine Pflegekraft befragt. Der Fragebogen ermittelte die Prävalenz von Burnout beim medizinischen Personal sowie Faktoren, die dazu beitragen und ihn verhindern. Darüber hinaus wurde untersucht, welche organisatorischen Veränderungen die Auswirkungen von Überlastung verringern könnten und wie sich die COVID-19-Pandemie auf die jeweilige Arbeitsbelastung der Befragten ausgewirkt hat. Zusätzlich wurde hinterfragt, was Krankenhäuser und Praxen tun können, um das Befinden der Belegschaft zu verbessern, und welche Rolle die Technologie bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen spielen könnte.

3. Sekundärforschung

Hier wurden insbesondere wissenschaftliche Studien zum Thema Burnout bei Ärzt:innen und Pflegepersonal in ausgewählten europäischen Ländern und in Australien ausgewertet.

Abbildung 9: Stichprobenzusammensetzung der Online-Umfrage nach Ländern

- Australien
- Frankreich
- Belgien
- Niederlande
- Deutschland
- Norwegen
- Schweden
- Dänemark

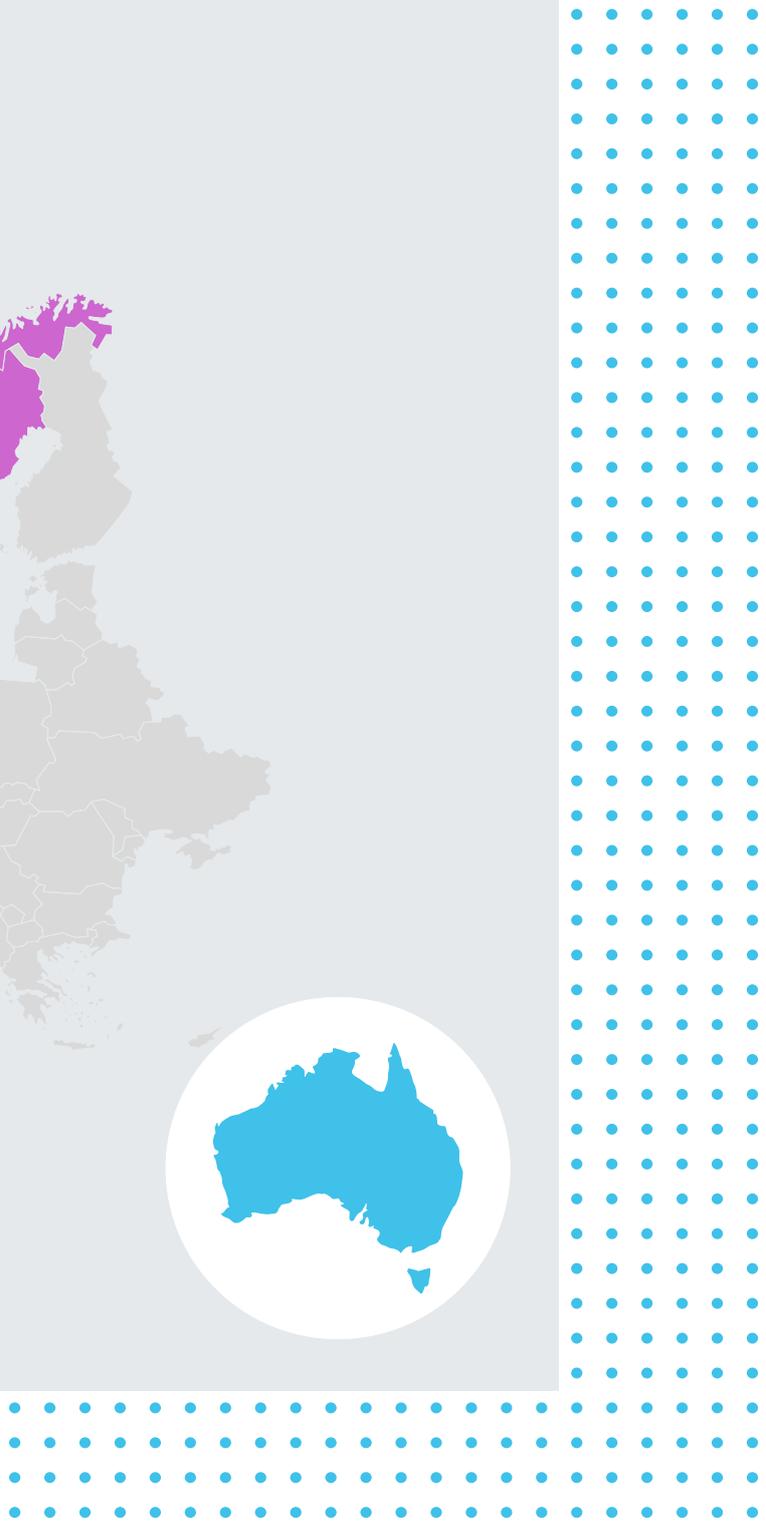
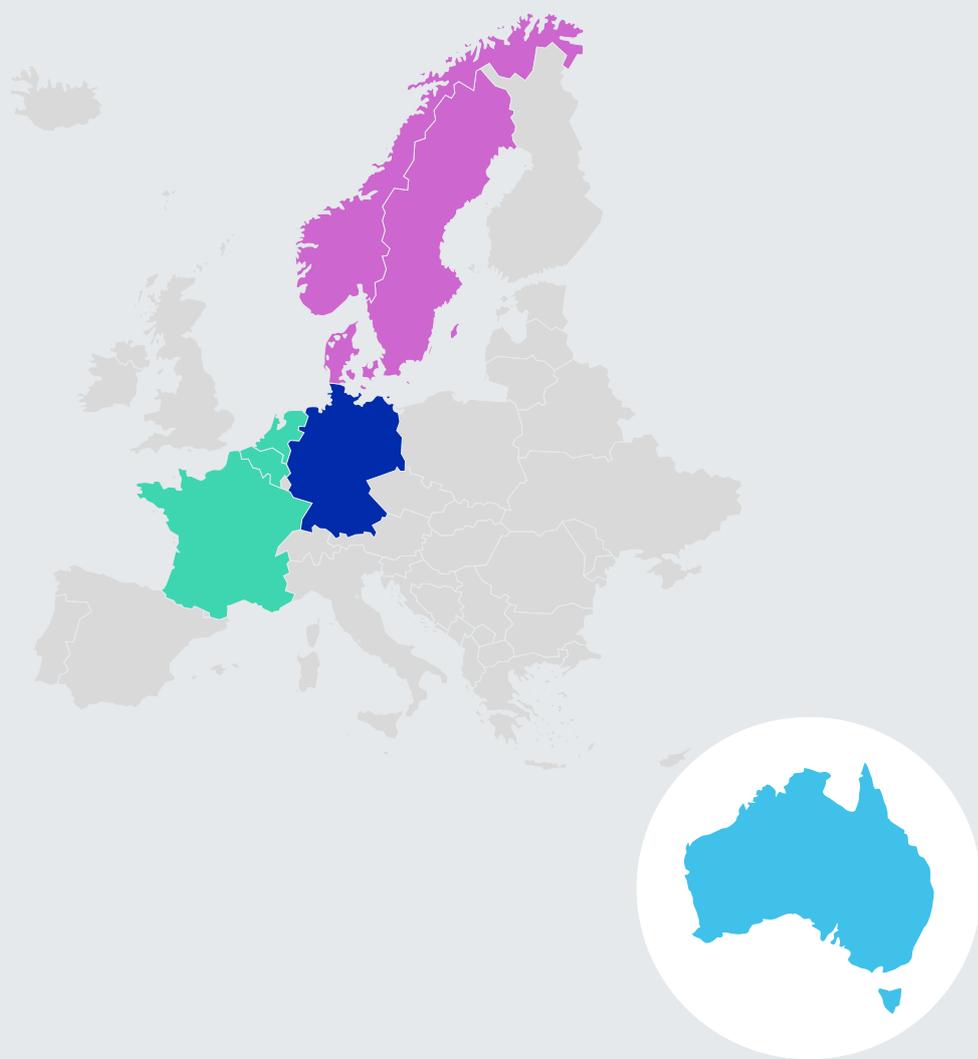


Abbildung 10: Stichprobenszusammensetzung der Online-Umfrage nach Berufsgruppe

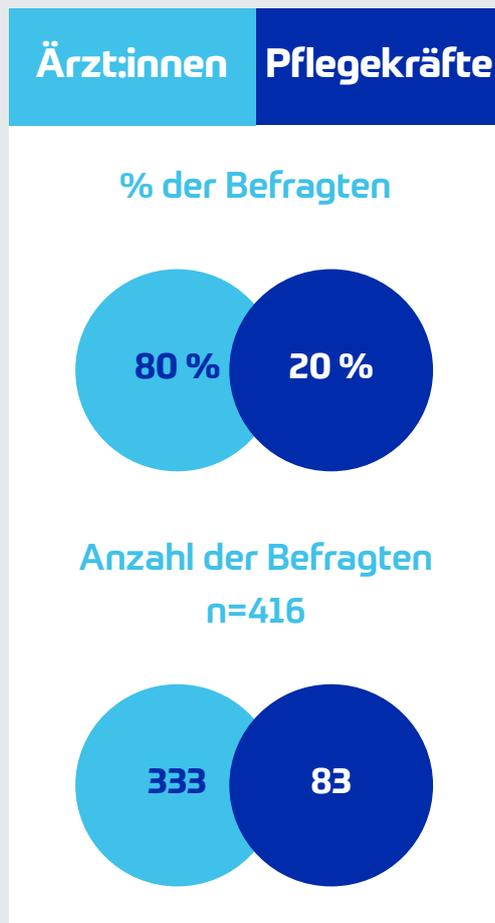


Abbildung 11: Stichprobenszusammensetzung der Online-Umfrage nach Segmenten

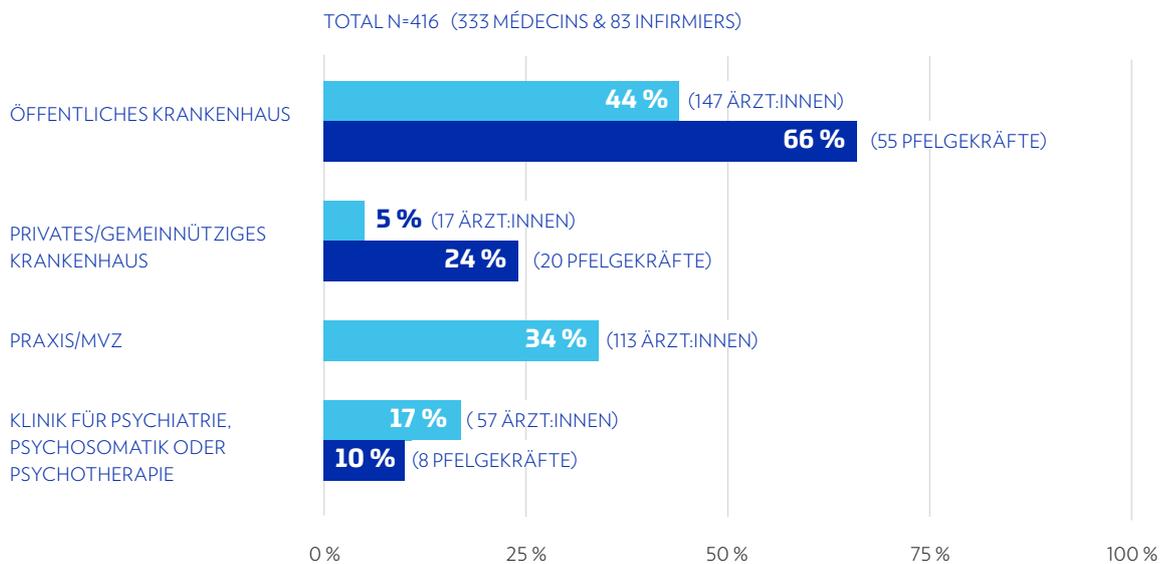


Abbildung 12: Stichprobenzusammensetzung der qualitativen Telefonumfrage nach Ländern

- Australien
- Frankreich
- Belgien
- Niederlande
- Deutschland
- Norwegen
- Schweden
- Dänemark
- Finnland
- Großbritannien

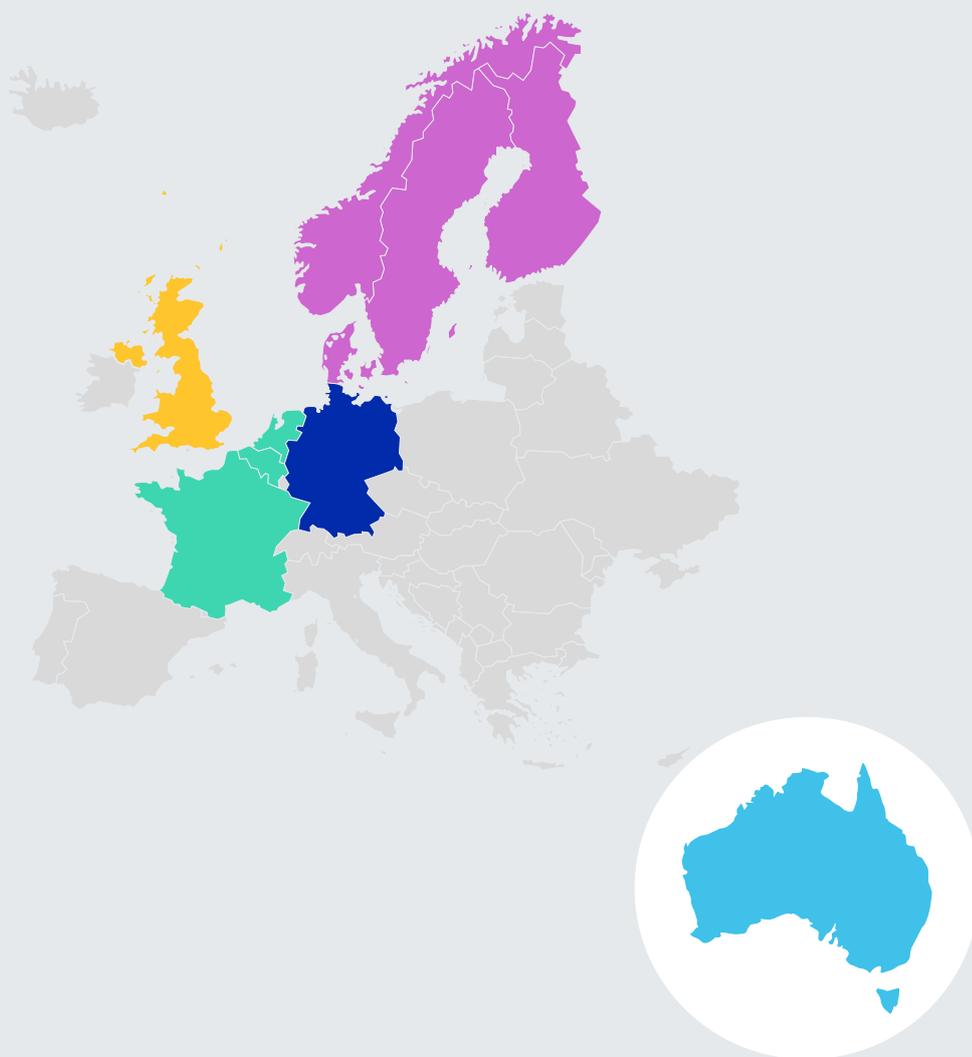
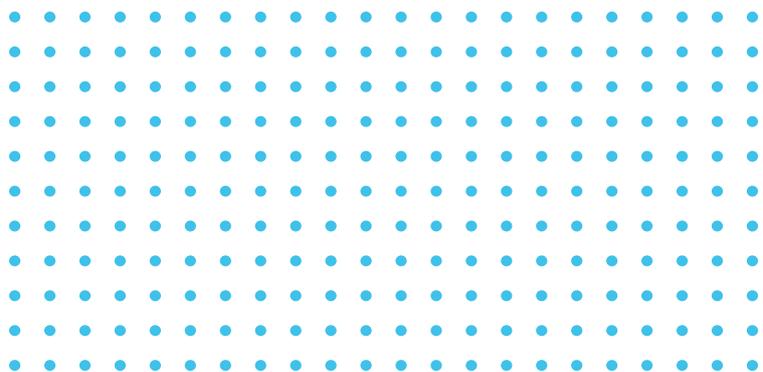
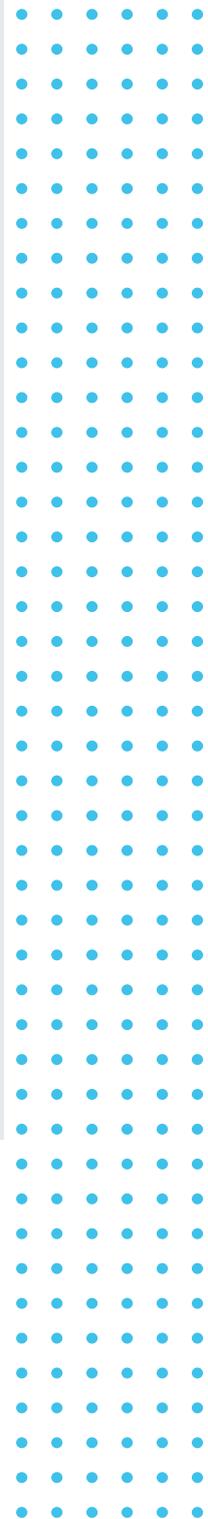
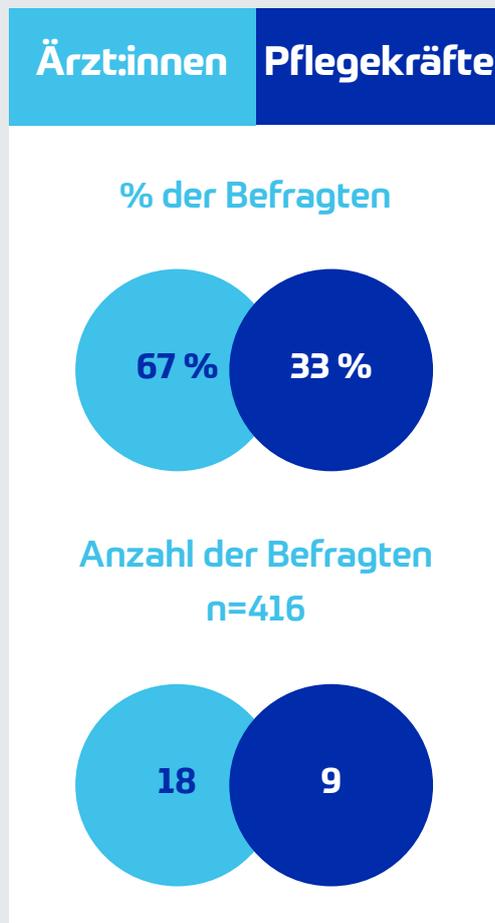


Abbildung 13: Stichprobenszusammensetzung der qualitativen Telefonumfrage nach Berufsgruppe





Über Nuance Communications, Inc.

Nuance Communications (Nuance) ist Technologie-Pionier und Marktführer im Bereich der dialogorientierten KI und Ambient Intelligence. 77 Prozent der Krankenhäuser in den USA und 85 Prozent aller Fortune-100 Unternehmen weltweit vertrauen Nuance als Full-Service-Partner. Wir liefern intuitive Lösungen, die Menschen ermöglichen, andere zu unterstützen.

© 2021 Nuance Communications Ireland, Ltd. Alle Rechte vorbehalten. Nuance und das Nuance-Logo sind Marken und/oder eingetragene Marken von Nuance Communications, Inc. oder seinen Konzerngesellschaften in den USA und/oder anderen Ländern. Alle anderen hier erwähnten Marken- und Produktnamen sind Marken oder eingetragene Marken der jeweiligen Inhaber.

Erstellt von:

