

# **Psychische Belastung von Pflegekräften: Supervision gegen das Ausbrennen auf der Intensivstation?**

Silke Doppelfeld

## **Zusammenfassung**

Die hohen Belastungen für Pflegekräfte in Akutkliniken, die durch komplexe physische, psychische und soziale Probleme der Pflegeempfänger sowie die ungünstigen Rahmenbedingungen verursacht werden, prägen derzeit den Arbeitsalltag von Fachkräften der Pflege. Eine Auswertung von Literatur aus dem angloamerikanischen Bereich hat ergeben, dass ein großer Teil der Pflegekräfte an den Folgen von primärer und sekundärer Traumatisierung, an Empathie- bzw. Mitgefühlerschöpfung und am Burn-out leiden. Diesen Belastungen von Pflegekräften wird in Deutschland derzeit kaum Aufmerksamkeit geschenkt, obwohl hohe Krankheitsstände und kurze Verbleibszeiten im Beruf bereits verzeichnet wurden und die Empathiefähigkeit der Pflegekräfte ein wichtiger Indikator für gute Pflegequalität ist. Bei der Analyse der institutionellen Rahmenbedingungen sowie der Interaktionskonstellationen von professionellen Personen innerhalb des Systems konnten Belastungsindikatoren wie moralischer Stress von Pflegekräften und verschiedene Phänomene von Aggression bis hin zur Gewalt am Arbeitsplatz Krankenhaus beschrieben werden. Die Pflegekräfte selbst sowie die Führungskräfte in den Kliniken sind gefordert dieser Problemlage professionell zu begegnen. Fallsupervision, Teamsupervision und auch Einzelsupervision reduzieren die Belastungserfahrung von Pflegekräften deutlich und ermöglichen die Entwicklung von individuellen Copingstrategien zum Erhalt und Neugewinn von Resilienz. In diesem Beitrag werden exemplarisch am Beispiel der Intensivpflege die Angebote Supervision und Coaching diskutiert. Die grundlegenden Überlegungen sind auf andere pflegerische Handlungsfelder übertragbar.

**Schlagwörter:** Pflegeberuf – Mitgefühlerschöpfung – Burn-out – moralischer Stress – sekundäre Traumatisierung

## **Summary**

### **Psychological distress of caregivers: Supervision against burnout in emergency hospitals?**

Extremely high stress in emergency hospitals caused by complex physical, psychological and social problems of care recipients as well as unfavourable environmental conditions currently characterize the daily work of caregivers. An evaluation of Anglo-American

literature reveals large numbers of staff suffering from primary and secondary traumatization, compassion fatigue and burnout. Today in Germany there is hardly any attention given to this aspect of burnout, though high sickness and staff turnover have already been registered. By analysing the institutional framework and the interactions between healthcare professionals within the system, further stress indicators could be found, such as moral stress in nurses and various forms of aggression including violence in the workplace hospital. Nurses themselves and executives in hospitals are required to confront this problematic situation professionally. Case, team, and individual supervision reduce the nurses' sustained burden significantly. It enables the development of individual coping strategies to maintain and regain resilience. In this paper an approach to prevention is discussed using the example of intensive care. These basic considerations are transferable to other treatment areas of nursing.

**Key words:** caregivers – compassion fatigue – burn-out – moral distress – secondary traumatization

## 1 Anstieg der psychischen Erkrankungen bei Pflegekräften

In der Bundesrepublik Deutschland wird weder der sekundären Traumatisierung noch der Empathieerschöpfung, die von Figley (1995) als »compassion fatigue« (Mitgeföhlrserschöpfung) beschrieben wurde, und dem Ausbrennen der Pflegekräfte hinreichend Aufmerksamkeit geschenkt, obwohl ein deutlicher Anstieg an psychischen Erkrankungen, insbesondere der Erschöpfungszustände, in allen pflegerischen Handlungsfeldern zu verzeichnen ist. In der Vergangenheit verließen Pflegekräfte noch auf Grund von Erkrankungen des Bewegungsapparates ihren Beruf, heute rückt beruflicher Stress und dessen Folgeerkrankungen immer mehr in den Fokus (Goesmann u. Nölle, 2009; Statistisches Bundesamt, 2009). Das Berufsrisiko des Ausbrennens besteht für alle Pflegekräfte gleichermaßen, jedoch wurde durch verschiedene Untersuchungen nachgewiesen, dass gerade bei Pflegekräften, die in der Intensiv- und Notfallversorgung tätig sind, eine hohe Prävalenz (> 50 %) der Empathieerschöpfung, die in Verbindung mit berufsbedingter Traumatisierung steht, besteht (Dominguez-Gomez u. Rutledge, 2009; Young, Derr, Cicchillo u. Bressler, 2011): »There is a cost of caring.« Die Empathieerschöpfung (»compassion fatigue«) ist laut Figley (1995) eine besondere Form des Ausbrennens bei helfenden Berufen.

Hoopar, Craig, Janvrin, Wetsel und Reimels haben im Jahr 2010 bei einer Messung über standardisierte Instrumente zur Diagnostik der Empathieerschöpfung und Burn-out bei Pflegekräften, die in der Notfall- und Intensivpflege tätig sind, einen Anteil von bis zu 83 Prozent Burn-out und bis zu 86 Prozent Empathieerschöpfung bei Intensivpflegekräften erheben können. Es handelt sich hierbei zwar um Daten aus den USA, jedoch ist es wahrscheinlich, dass die Prävalenz in der Bundesrepublik Deutschland ähnlich hoch ist, da sich die Anforderungen des Handlungsfeldes Intensiv- und Notfallmedizin, in dem die Pflege-

kräfte agieren, in ihren beruflichen Anforderungen nicht wesentlich unterscheiden. Bereits im Jahr 2003 wurde in einer deutschen Vergleichsstudie die posttraumatische Belastungsstörung nach beruflicher Traumatisierung von Rettungskräften und anderen helfenden Berufen untersucht. Es stellte sich heraus, dass bei 41 Prozent der teilnehmenden Intensivpflegekräfte aus deutschen Großstadtkliniken eine posttraumatische Belastungsstörung vorlag (Hausmann, 2006, S. 75).

In den letzten zehn Jahren haben sich die beruflichen Belastungen durch die Erhöhung der Zuständigkeit für die Krankenhausbehandlungsfälle pro Pflegekraft weiter zugespitzt. Leitende Pflegekräfte sind gefordert, dem spezifischen Belastungs- und Gesundheitsrisiko von Notfall- und Intensivpflegekräften Rechnung zu tragen, indem sie Warnsignale einer berufsbedingten Traumatisierung frühzeitig wahrnehmen und adäquat präventiv intervenieren. Dazu ist es notwendig, dass alle Intensivpflegekräfte und vor allem leitende Pflegekräfte spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten bezüglich dieser Problemstellung erwerben. Es wird gefordert, Pflegekräfte durch Aus-, Fort- und Weiterbildung besonders zu qualifizieren, um geeignete Copingstrategien zur Prävention der Mitgefühlerschöpfung entwickeln zu können. Selbstreflexion spielt eine besondere Rolle bei der Entwicklung eigener Copingstrategien.

Vor dieser Einsicht wird deutlich, dass Supervision und Beratung neben informationsvermittelnden Angeboten und Seminaren zur Förderung der sozialen Kompetenzen eine zentrale Rolle bei der Prävention von berufsbedingter Traumatisierung und der Bewältigung von beruflichem Stresserleben der Pflegekräfte einnehmen müssen. Durch geeignete Präventionsmaßnahmen könnte es gelingen, die Personalfuktuation durch Ausbrennen im Pflegeberuf einzudämmen und die Berufszufriedenheit von Pflegekräften zu fördern. Letztlich würden sich diese beiden Aspekte auch auf die Pflegequalität positiv auswirken, da erfahrene Personal in einem anspruchsvollen Handlungsfeld verbleibt und zudem über individuelle Copingstrategien verfügt, um mit den psychischen Belastungen entsprechend umzugehen (Potter et al., 2010; Meadors, Lamson u. Sira, 2010; Hooper et al., 2010). Die Empathie der Pflegekraft als wichtige Ressource im Pflegeprozess kann dadurch erhalten bleiben und sichert damit die individuelle Pflegequalität.

## 2 Psychodynamik im Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist gleichermaßen ein Problemlösungs- und Beziehungsprozess. Die soziale Begegnung zwischen Pflegekräften und den betroffenen kritisch erkrankten Menschen, wird ständig von vitaler Bedrohung und existenzieller Angst auf Seiten der Patienten überschattet. Intensivpflegekräfte agieren im direkten Kontakt mit Menschen die fast ausschließlich in Notfall- und Ausnahmesituationen sind. Dies kann von Seiten der Pflegeempfänger und deren An-

gehörigen als traumatisch erlebt werden. Die Rolle der Intensivpflegekraft stellt durch die direkte und fortwährend wiederholte Konfrontation mit Leid, Schmerz, Angst und Tod hohe Anforderungen. Dadurch entsteht eine übertragene, vergleichbare hohe psychische Belastung des Pflegepersonals. Rollenbedingt kann dieser Belastung im Arbeitsumfeld einer Intensivstation und auch in anderen pflegerischen Handlungsfeldern mit existenzieller Belastung für die Pflegeempfänger, wie zum Beispiel Onkologie und Palliativpflege, nicht ausgewichen werden. Intensivpflegekräfte werden nahezu automatisch in die Erlebenswelt und die Verarbeitungsprozesse ihrer Pflegeempfänger und deren Angehörigen hineingezogen (Doppelfeld, 2012).

Intensivpflegekräfte sind zeitgleich Helfer, aber auch permanent Zeuge von Notfallsituationen und Krisen im Leben ihrer Mitmenschen. Sie können sich diesem Umstand auf Grund ihrer beruflichen Rolle nicht entziehen. Man spricht daher auch von berufsbedingter Traumatisierung. Ein weiterer Begriff der in diesem Zusammenhang genutzt wird, ist die emotionale Ansteckung, die auch zu kognitiven Konsequenzen wie zum Beispiel zum sozialen sowie bewussten emotionalen Rückzug bzw. innerer Kündigung führt (Lemke, 2006). Diese Reaktionen sind als normale psychische Schutzreaktion auf belastende Situationen anzusehen, in denen Intensivpflegekräfte gleichermaßen als Zeugen und als Helfer agieren (Hausmann, 2006). Es kann dadurch bei Pflegekräften als Folge der berufsbedingten Traumatisierung zu einer posttraumatischen Belastungsstörung kommen, die von Figley bei professionellen Helferinnen und Helfern als »compassion fatigue« beschrieben wird (Figley, 1995). Im Hinblick auf Figleys Konstrukt des »compassion fatigue« erfolgt an dieser Stelle zunächst eine Begriffsklärung, da der in der deutschen Literatur genutzte Begriff »Mitgefühlser schöpfung« nicht ganz zutreffend für diese Problematik ist. Mitgefühl ist ein emotionaler Zustand der helfenden Person und motiviert dazu, Leiden zu lindern.

Empathie und Mitgefühl stehen in Bezug zueinander. Empathie ist die Fähigkeit zur Erfahrung von Emotionen des hilfsbedürftigen Gegenübers. Dies gilt in helfenden Berufen als Grundlage des *Helfenkönnens*. Das »Sich-einfühlen-Können« hilft zum Beispiel, im Pflegeprozess Schwierigkeiten bei der gemeinsamen Zielsetzung von Pflegekraft und Pflegeempfänger zu überwinden. Mitgefühl ist demgegenüber die emotionale Grundlage für die Motivation, das Leiden anderer Lebewesen lindern *zu wollen*. Durch Empathie werden auch negative Emotionen wie Angst, Wut, Schmerz anderer Personen aufgenommen, die die helfende Person belasten bis lähmen können, wenn kein adäquater Umgang damit erlernt wurde. Die Empathie allein ist damit kein ausreichender Aspekt des Mitgefühls, jedoch wird sie gebraucht, um Mitgefühl zu empfinden (Simon, Pryce, Roff u. Klemmack, 2005; Burtson u. Stichler, 2010).

Es bedarf Lernprozesse, damit Mitgefühl Energie gibt, anstatt Energie zu rauben. Wenn »Leiden« durch Empathie erlebt wird, ist Mitgefühl die natürliche Reaktion, aus der dann die Handlung folgt: Anteilnahme, aktives Annehmen,

Mittragen und Unterstützung. Wenn Pflegekräfte einen inadäquaten Umgang mit Empathie haben, verlieren sie die Fähigkeit, Mitgefühl zu empfinden. Mitgefühl als menschliche Reaktion wird durch Empathie transformiert (Haak, 2013). Der Pflegeprozess scheitert und Pflege wird zur rein mechanischen oder zur instrumentellen Handlung. Die Empathie im pflegerischen und therapeutischen Kontakt gilt damit als Schlüsselfaktor zur Empathieerschöpfung oder der »Mitgefühlerschöpfung« von der Figley spricht.

Die sekundäre posttraumatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch die von der akuten Situation ausgelösten, jedoch diese überdauernden Symptome, der Übererregung, der Intrusion und des Vermeidungsverhaltens bezüglich bestimmter Triggerreize. Pflegekräfte selbst nennen oft Beispiele wie »nicht einschlafen können«, »hochdrehen«, »insgesamt erregter sein«, »schneller aggressiv werden«, »patzig sein«, »mangelnde Konzentrationsfähigkeit« und »ständige Übererregung« oder auch »Dauerwachsamkeit«, die der Rubrik Übererregung zugeordnet werden können. In der Kategorie Vermeidung werden Aspekte betrachtet, die mit einer Vermeidung von aversiven Reizen assoziiert wird, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. So zeigen viele Pflegekräfte im eigenen Krankheitsfall ein Vermeidungsverhalten, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ferner werden Erfahrungen kundgetan, in denen es Helfenden nicht mehr möglich war, im Privatleben etwas »Nettes« zu tun, wie zum Beispiel sich mit Freunden zu treffen oder »einfach mal ins Kino« zu gehen oder den eigenen Haushalt zu führen. Das Leitsymptom der posttraumatischen Belastungsstörung, die Intrusion, also das Wiedererleben mit dem Erleben von Kontrollverlust sowie eine Identifikation mit dem Opfer, trifft oftmals auf Pflegekräfte zu (Doppelfeld, 2012).

Die Symptome der »Mitgefühlerschöpfung« gemäß Figley sind auf den ersten Blick identisch mit denen des posttraumatischen Belastungssyndroms. Bedeutsam ist allerdings, dass die betroffenen Pflegekräfte darüber hinaus eine reduzierte Empathiefähigkeit bei sich selbst wahrnehmen und feststellen, dass das persönliche Interesse an einer menschlichen Begegnung mit dem hilfsbedürftigen Gegenüber völlig verloren geht. Daher sollte der Begriff Mitgefühlerschöpfung im fachlichen Sprachgebrauch durch Empathieerschöpfung ersetzt werden (Haak, 2013). Für Außenstehende ist zu beobachten, dass direkte Patientenkontakte von Seiten der betroffenen Pflegekräfte gemieden werden und die Arbeit zunehmend mechanisch erledigt wird (Doppelfeld, 2012).

Wichtig zu wissen ist, dass die Empathieerschöpfung ein vermeidbares und behandelbares Phänomen ist (Abendroth, 2011; Beck, 2011). Als Schutzfaktoren gegen Empathieerschöpfung bzw. Mitgefühlerschöpfung sieht Figley die Fähigkeit der Helfenden, sich innerlich von den traumatischen Erlebnissen distanzieren zu können, sowie die Zufriedenheit und Überzeugung, den Betroffenen effektiv helfen zu können. Vorangegangene eigene Traumata oder aktuelle kritische Lebensereignisse wie zum Beispiel ein Krankheitsfall in der Familie, können die Entstehung einer Empathieerschöpfung fördern. Sofern die berufliche All-

tagsroutine häufig gestört wird, trägt dies ebenfalls zur Entwicklung einer Empathieerschöpfung bei (Frey, 2009). Die Manifestation einer Empathieerschöpfung kann zudem von bestimmten kulturellen und gesellschaftlichen Rollenerwartungen an die Beziehung von Pflegekraft und Pflegeempfänger gefördert werden. Historisch geprägte und unreflektiert übernommene Rollenfacetten der Pflegekräfte sind hier von Bedeutung. Pflegekräfte können ein übertriebenes Fürsorgebedürfnis für ihre Pflegebedürftigen entwickeln, in denen alle eigenen Bedürfnisse negiert werden. Kommt es zu einem Ungleichgewicht von Energiequellen und Energieverlust der Pflegekraft, führt dies zur psychosozialen Instabilität. Die Vulnerabilität der einzelnen Pflegekraft wird von spezifischen Risikofaktoren von Pflegekräften gefördert. Dies mindert wiederum die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der Pflegekraft, traumatische Ereignisse bewältigen zu können (Abendroth, 2011).

Das soziale Umfeld, womit die Partnerinnen und Partner, die Familie und der Freundeskreis der Pflegenden, aber auch die sozialen Strukturen am Arbeitsplatz gemeint sind, haben regulativen Einfluss darauf, ob die Resilienz verstärkt oder gemindert wird. Die Lebenswelt der Intensivpflegekräfte besteht nicht nur aus dem Arbeitsleben. Der Umgang mit Energieverlust und Energiegewinn hängt zu einem großen Teil von einem ressourcenorientierten Verständnis einer Work-Life-Balance zusammen (Schreyögg, 2005; Bloniasz, 2011). Pflegekräfte sollten zuerst lernen für sich selbst zu sorgen, um für andere sorgen zu können. Dazu gehört insbesondere eine Reflexion der professionellen Rolle aber auch der eigenen Werte und Ziele (Meadors et al., 2010). Neben dem sozialen Umfeld spielen persönliche, biografische, emotionale und kognitive Aspekte eine Rolle. Als wichtige Risikofaktoren für die sekundäre Traumatisierung von beruflich Helfenden sind durch die Traumaforschung folgende benannt worden:

- vorangegangene eigene Traumatisierung, auch sekundäre Traumatisierungen;
- allgemeine psychische Konstitution, zum Beispiel Lebensstress und psychische Gesundheit bzw. fehlende psychosoziale Kompetenzen;
- instabiles soziales Umfeld, zum Beispiel Probleme in Partnerschaft, Krankheits- oder Sterbefall in der Familie, Konflikte am Arbeitsplatz;
- demografische Faktoren wie Alter und Geschlecht; junge weibliche Betroffene gelten als gefährdeter;
- fehlende Ressourcen im Sinne psychischer Kompetenz, zum Beispiel Verdrängen versus problemzentrierte Lösungssuche (Lemke, 2006, S. 16 f.).

### **3 Bedeutung spezifischer Belastungsindikatoren**

Der Dreh- und Angelpunkt eines möglichen Präventionskonzeptes ist die Förderung und der Erhalt von Resilienz, also der Widerstandskraft gegen die permanent auf die Pflegekraft einwirkenden Belastungen sowie die Entwicklung eines Bewusstseins für die eigene Vulnerabilität, die natürliche Verletzbarkeit in

belastenden Situationen. Die Pflegekraft selbst ist einerseits gefordert, individuelle Strategien unabhängig des Systems Krankenhaus zu entwickeln, sowie ihre eigenen Grenzen zu erkennen und bewusster mit ihnen umzugehen. Andererseits besteht die Notwendigkeit, die im System Krankenhaus vorhandene Resilienz begünstigender Ressourcen aufrechtzuerhalten oder gar auszubauen. Die Resilienz der einzelnen Pflegekraft wird durch mögliche Risikofaktoren, die aus der besonderen Arbeitssituation auf einer Intensivstation hervorgehen, permanent angegriffen. Die Pflegekräfte selbst, aber auch die Verantwortungsträger in den Kliniken, sind gefordert, Risikofaktoren für das Ausbrennen zu erkennen und zu minimieren. Diese sind nicht allein in der Interaktion mit den kritisch erkrankten Menschen im Sinne einer sekundären Traumatisierung zu suchen, sondern bedürfen einer genauen Analyse des jeweiligen Arbeitsplatzes (Doppelfeld, 2012).

### 3.1 Institutionelle Faktoren

Verschiedene institutionelle Rahmenbedingungen einer Akutklinik können als belastend erlebt werden. Gefördert wird dieses negative Erleben von den Institutionsmerkmalen eines Krankenhauses. Friesacher vergleicht den Kontext »Intensivstation« mit dem soziologischen Modell der »totalen Institution« nach Goffman (Friesacher, 2003). Auch wenn dieser Begriff negative Assoziationen erzeugen könnte, erscheint es hilfreich, dieses Modell heranzuziehen, um bestimmte Strukturen von sozialen Institutionen, in denen es zwischen allen Akteuren zur Interaktion kommt, zu beleuchten. Krankenhäuser zählen kategorial zu den sozialen Einrichtungen, die von der Gesellschaft zur Fürsorge für schutzbedürftige Personengruppen eingerichtet wurden. Goffman (1986) unterscheidet bei der Betrachtung der agierenden Personen in der Institution zwischen »Insassen«, womit im Krankenhaus Patientinnen und Patienten gemeint sind, und »Personal«, womit alle Personengruppen gemeint sind, die in der Institution beruflich tätig werden.

Er deckt damit die asymmetrische Machtverteilung sowie die starren, oftmals unreflektierten Normen in sozialen Institutionen auf. Totale Institutionen sind durch bestimmte Merkmale gekennzeichnet, die psychodynamische Auswirkungen bei allen Beteiligten entfalten können. Als Kernaussage macht Goffman mit diesen Merkmalen deutlich, dass die Autonomie aller Akteure im System Krankenhaus stark beschnitten wird. Das gesamte Handeln unterliegt hierarchiegebundenen Normen und Regeln und im Bereich der Institution Intensivstation geht es einzig und allein darum, das oberste Ziel, also das Überleben der Patienten, zu sichern. Vor diesem gesellschaftlich legitimierten obersten Ziel werden nachrangige, aber dennoch auch lebenswichtige Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten oftmals nicht beachtet. Die wesentlichen Merkmale des Traumas, in einer hochemotionalen Stresssituation weder fliehen noch aktiv gegen die Ursachen ankämpfen oder in irgendeiner Form Einfluss auf das Ge-

schehen nehmen zu können, werden allein schon von einem Aufenthalt in einer Intensivstation sowie den daran geknüpften medizinischen Maßnahmen erfüllt, auch wenn die existenzielle Gefährdung rein rational im Vordergrund der Situationsbetrachtung steht.

Eine Behandlung auf der Intensivstation ist keineswegs angenehm für die Betroffenen, da sie mit massivem Kontrollverlust einhergeht und zudem medizinische und pflegerische Maßnahmen als schmerzhaft erlebt werden. Dies löst bei den kritisch erkrankten Menschen posttraumatische Belastungssyndrome hervor (Besendorfer, 2002; Friesacher, 2003; Twigg, Humphris, Jones, Bramwell u. Griffiths, 2008). Problematisch ist vor allem die allgewaltige Fremdbestimmung, die auf einer Intensivstation systemimmanent ist. Die »Insassen« einer Intensivstation durchleben einen völligen Kontrollverlust, auch wenn es bei allen an ihrem Körper durchgeführten Maßnahmen um Hilfeleistungen des Personals, zur Wiederherstellung der Gesundheit geht und diese zur Abwendung des Todes führen sollen. Durch die Einschränkung ihrer Kommunikationsmöglichkeiten können sich die wenigsten Patientinnen und Patienten in der Situation selbst dazu äußern (Braedel u. Doppelfeld, 2009). Die zentrale Autorität im Sinne Goffmans (1986) ist die Macht, die von patriarchalischen Strukturen einer Intensivstation ausgeht.

Die Prämisse lautet dabei: »Wir wissen am besten, was gut für die Patienten und Patientinnen ist, denn sie wollen doch weiter leben« (Doppelfeld, 2012). Auch hier gelten die Mechanismen einer Traumatisierung des Pflegepersonals, die im institutionellen Kontext der Intensivstation sowohl Zeugen als auch Durchführende von potenziell traumatisierenden Maßnahmen für die Patienten sind. Die Pflegekräfte kommen durch ihre Rolle der Ausführenden in eine selbst zugeschriebene, potenzielle »Täterrolle«, welche Auslöser für moralischen Stress sein kann (Maiden, Georges u. Connelly, 2011). Moralischer Stress ist ein noch wenig beachteter Risikofaktor bei der Diskussion um die Entstehung von sekundärer Traumatisierung, Mitgefühlerschöpfung und Burn-out-Syndromen sowie der allgemeinen Bedeutung für die psychische Belastung des Intensivpflegepersonals (Doppelfeld, 2012).

Die pflegerische Versorgung von Menschen aller Altersstufen im Handlungsfeld der Akutklinik unterliegt der Abrechnung über medizinische Fallpauschalen. Pflege wird damit zur »Nebenbeileistung« in einem hochkomplexen Versorgungsprozess deklassiert, der medizinische Dienstleistungen wie operative Eingriffe in den Mittelpunkt stellt und die daran gebundenen notwendigen Versorgungsprozesse in der Rekonvaleszenzphase der Patienten ignoriert. Ziel ist es, nach dem wirtschaftlichen Maximalprinzip Gesundheitsdienstleistungen anzubieten. Dieses Dilemma verhindert, dass Pflegekräfte den individuellen Bedürfnissen und Besonderheiten von Patienten und deren Angehörigen professionell Rechnung tragen können. Pflegekräfte reagieren auf akute Situationen am Patientenbett und koordinieren Arbeitsprozesse, damit die Wirtschaftlichkeit vor dem Hintergrund des Abrechnungssystems gewährleistet ist. Dabei bleiben



wenig Gestaltungsräume für die eigentliche Arbeit mit den Patienten, was die Berufszufriedenheit von Pflegekräften stark negativ beeinflusst.

Der zunehmende Druck durch kurze Verweildauer der Patienten, hohe Arbeitsbelastungen durch komplexe physische, psychische und soziale Probleme der Zielgruppe sowie ungünstige Rahmenbedingungen wie Personalmangel und Schichtdienste prägen derzeit den Arbeitsalltag von Fachkräften der Pflege. Viele Pflegekräfte erleben diesen Zustand als ein »Rennen im Hamsterrad«, das nicht mehr zu stoppen ist, und gehen davon aus, dass sich dieser Zustand eher zuspitzen als entspannen wird. »Schlimmer geht immer« ist eine bittere Aussage, die als spöttisches Motto zum gegenwärtigen Zustand den Galgenhumor einiger Pflegekräfte erkennen lässt. Die meisten Pflegekräfte haben diese Situation akzeptiert und entwickeln aus eigenem Antrieb wenig positive Perspektiven oder gar Gestaltungsräume ihrer Arbeit und überstehen ihre Schicht nach dem Leitsatz: »Kopf über Wasser und schwimmen« (Aussagen übernommen nach einem Workshop mit Intensivpflegekräften im Februar 2013). Die Motivation, durch eine helfende Tätigkeit Zufriedenheit zu erlangen, wird zunehmend in Frage gestellt, bis es schließlich zum Zustand der Sinnentleerung der Tätigkeit kommt und die Burn-out-Gefährdung wächst.

Nicht selten kommt es zu emotionalen Konflikten zwischen den Berufsgruppen, aber auch innerhalb der einzelnen Personalgruppen. Berufsethische Konflikte zwischen Medizin und Pflege sind häufig zu beobachten. Über den Grad von Konflikten hinaus, kommt es auch zur Ausübung von psychischer Gewalt zwischen dem »Personal« einer Intensivstation. Dies bezieht sich sowohl auf das Pflorgeteam als auch auf das multiprofessionelle Team. Ein Erklärungsansatz dafür sind möglicherweise Macht- und Ohnmachtsgefühle, die durch interne Hierarchien ausgelöst werden. Die Interaktion zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hat großen Einfluss auf die Sozialisation der dort arbeitenden Personen. Ein bekanntes Phänomen ist die horizontale Feindseligkeit zwischen Pflegekräften und eine aggressive Grundstimmung im multiprofessionellen Team (Stokowski, 2010).

### **3.2 Risikofaktor: Konflikte und Gewalt am Arbeitsplatz**

Das Pflorgeteam und auch das multiprofessionelle Team einer Intensivstation kann für die einzelne Pflegekraft eine wichtige Ressource darstellen. Funktionierende Beziehungen im Kollegenkreis führen zur Berufszufriedenheit und damit auch zur Verbesserung der Pflegequalität. Ein respektvolles und wertschätzendes Arbeitsklima ist in jedem Fall motivierend für die einzelne Pflegekraft der Intensivstation. Zudem vermittelt so ein Arbeitsklima allen Teammitgliedern Sicherheit. Demgegenüber führen viele Konflikte und ein feindseliges Verhalten im Pflorgeteam dazu, dass Pflegekräfte ihren Arbeitsplatz verlassen,

den Beruf verlassen oder ein Burn-out-Syndrom erleiden (Embriaco et al., 2007; Alspach, 2007; Alspach, 2008).

Persönliche Konflikte bis hin zum offenen feindseligen Verhalten innerhalb des Pflgeteams sowie die direkte Missachtung von Kolleginnen und Kollegen wirken sich negativ auf die Stressbewältigungsmechanismen der Pflegekräfte aus. Ein solcher Zustand strapaziert kontinuierlich die Resilienz bzw. entfaltet traumatisierende Wirkung. Die horizontale Feindseligkeit als spezielle Form des Mobbing unter Pflegekräften und auch den Mitgliedern anderer Berufsgruppen wird im Allgemeinen auf die Hierarchie und den allgemeinen Führungsstil in Gesundheitseinrichtungen zurückgeführt. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in Machtkämpfe hineingezogen, die durch eine konfliktbeladene Arbeit und starre organisatorische Rahmenbedingungen gefördert werden. Der Gesundheits- und Sozialbereich gilt in Deutschland als ein Handlungsfeld, in dem ein hohes Mobbingrisiko vorherrscht (Bundesverband der Unfallkassen, 2005).

Durch mangelnde professionelle Kommunikationsfähigkeit und unreflektierten anklagenden Sprachgebrauch kommt es zu dysfunktionaler Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten (Schmalenberg u. Kramer, 2009). Zur Reflexion dieser Kommunikationsprobleme, die nicht selten eskalieren, eignet sich daher das transaktionsanalytische Modell des »Dramadreiecks« der manipulativen Rollen, mit dem Rollenwechsel von Kommunikationspartnern analysiert werden können. Es handelt sich beim Dramadreieck um die klassischen Rollen des »Retters«, analog auch des »Helfers«, des »Verfolgers« und des »Opfers«. Im »Dramadreieck« der Arzt-Pflegekraft-Beziehung streiten sich die Pflegekraft und der Arzt fortwährend um die »Retterrolle«. Beide Berufsgruppen glauben zu wissen, was gut für die Patientinnen und Patienten ist, und wechseln sich innerhalb dieses konkurrierenden Verhaltens in »Retter- und Verfolgerrolle« ab.

Dieses unreflektierte Ausleben der beruflichen Rolle produziert Ohnmachtsgefühle und Aggression bei den Personen, die aus ihrer Sicht die »Helfer- bzw. Retterrolle« nicht erfolgreich ausfüllen können und sodann in die ohnmächtige »Opferrolle« gehen. Neben der jammernden »Opferrolle« wird die zynische »Verfolgerrolle« oftmals von den Pflegenden eingenommen, wenn sie sich von Ärztinnen und Ärzten, die in der »Retterrolle« agieren, herabgesetzt fühlen. Die »Verfolgerrolle« ist dabei als aktive Rolle zu betrachten, weil der »Verfolger« den »Retter« durch diffamierende und zynische Kommentare beleidigen kann. Anklagendes Verhalten in der »Opfer bzw. Verfolgerrolle« ist vor allem bei ethischen Konflikten im multiprofessionellen Team häufig zu beobachten. Gegenseitige Kränkungen und Herabwürdigungen zwischen »Verfolger« und »Retter« sind die Folge. Pflegenden in der »Verfolgerrolle« sehen im Arzt einen »Täter«, der dem Patienten nichts Gutes tut, sondern über seine »Helfer- bzw. Retterrolle« Machtmissbrauch ausübt. Es kommt in diesem Zusammenhang zu einer »Mittäterschaft« der »Verfolgerperson«, wenn Pflegekräfte in ihrer beruflichen Rolle der ärztlichen Assistenzkraft, bei diagnostischen und therapeu-

tischen Maßnahmen mitwirken müssen, auch wenn diese nicht ihrer berufsethischen Auffassung entsprechen.

Dies führt zu moralischen Konflikten und zur Beschädigung des beruflichen Selbstbildes der Pflegekräfte (Doppelfeld, 2012). Das häufig konfliktbeladene Verhältnis zur Medizin wurde in der angloamerikanischen Literatur bereits beschrieben. Derzeit gibt es noch keine deutsche Übersetzung für das in den USA beschriebene Konzept des »disruptive physician«, jedoch werden auch in Seminaren für Pflegekräfte in Deutschland Konfliktsituationen häufig mit den Worten »wenn die Ärzte sich danebenbenehmen«, »Ärzte wollen nur ihr Ding machen«, »Ärzte benehmen sich asozial« beschrieben (Aussagen von Pflegekräften in Konfliktseminar, 2012). Das Benehmen der Ärztinnen und Ärzte wird als aggressiv, abwertend oder geringschätzend gegenüber Patientinnen und Patienten und gegenüber dem Pflegepersonal beschrieben (Leape u. Fromson, 2006). In der Literatur wird der »disruptive physician« als eine Person beschrieben, die die allgemeine Arbeitsmoral missachtet. Als »disruptive behaviour« wird das Bloßstellen und Kritisieren des Pflegepersonals vor Patientinnen und Patienten sowie Wutausbrüche während diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einschließlich des Herumwerfens von Arbeitsmaterial wie Instrumenten oder benutzten Einmalartikeln genannt (Leape u. Fromson, 2006; Longo, 2010).

Diese Verhaltensweisen werden von den Pflegekräften als demütigend erlebt. Sie können diesen Situationen rollenbedingt kaum ausweichen und sie sind letztlich auch diejenigen, die den Arbeitsplatz nach Eingriffen am Patienten wieder aufbereiten müssen. Die aggressiven Personen entziehen sich zudem arbeitsreichen Situationen und vermeiden Kontakte mit dem Pflegepersonal, so dass es zu Schwierigkeiten zunächst in der Kommunikation und in Folge zu einer uneffektiven Versorgung der Patientinnen und Patienten führt. Dieser Zustand erhöht den Stressfaktor für die übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an diesen Arbeitsplätzen, da Pflegekräfte versuchen, eigenverantwortlich die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten, indem sie die Wachsamkeit für den Patienten erhöhen, um die fehlende Präsenz des Arztes zu kompensieren oder mit eigenen Strategien die Schicht mit möglichst wenig Arztkontakt hinter sich bringen. Es konnte belegt werden, dass viele Pflegekräfte das aggressive Verhalten von Ärzten als Grund für einen Arbeitsplatzwechsel angeben (Rosenstein, Russell u. Lauve, 2002).

Es wird diskutiert, dass dieses aggressive Verhalten ein spezifischer Hinweis auf ein beginnendes Burn-out-Syndrom bei den durch dieses Verhalten auffallenden Ärzten sein kann. An Ärztinnen und Ärzte werden viele verschiedene Rollenerwartungen gestellt. Möglicherweise spielen Ohnmachtsgefühle und Versagensängste gegenüber den gesellschaftlichen, institutionellen und hierarchiebedingten Rollenerwartungen sowie nicht zuletzt auch die Rollenerwartungen des Pflegepersonals bei der Entstehung dieses Phänomens eine Rolle (Bergner, 2010). Es besteht die Vermutung, dass sich dieses Verhalten unter anderem dadurch manifestieren konnte, dass es durch ein antiquiertes historisches

Rollenverständnis von Seiten der Führungskräfte der Akutkliniken zu lange geduldet wurde (Rosenstein et al., 2002; Longo, 2010).

### 3.3 Risikofaktor: Moralischer Stress

Moralischer Stress entsteht, wenn die Pflegekraft eine Vorstellung davon hat, was für die Patientin oder den Patienten am besten ist, jedoch die Erwartungen der Bezugspersonen, der Institution, den Mitgliedern anderer Berufsgruppen oder der Gesellschaft dem diametral gegenüberstehen. Die Werte und die Rollenerwartung der Pflegekraft passen nicht zu der Arbeitswirklichkeit. Viele Pflegekräfte wechseln deswegen ihren Arbeitsplatz oder verlassen ganz den Beruf. Moralischer Stress stellt eine Bedrohung für die moralische Integrität der Pflegekräfte dar, da ihr berufliches Handeln als nicht mehr kongruent mit den eigenen Werten erlebt wird. Schließlich wird in diesem Zusammenhang auch das Selbstbild der Pflegekraft nachhaltig verletzt. Situationen, die bei Pflegekräften moralischen Stress auslösen, variieren genauso wie die individuellen Werte und die eigenen Rollenerwartungen, die von jeder Pflegekraft selbst definiert werden (Corley, Minick, Elswick u. Jacobs, 2005). Hier einige Beispiele für Situationen:

- lebensverlängernde Maßnahmen durchführen müssen, die nicht unbedingt im Interesse der Patienten sind;
- inadäquate Kommunikation und mangelnde Information zwischen den professionellen Helfergruppen;
- inadäquate Aufklärung des Patienten sowie der Bezugspersonen hinsichtlich palliativer Versorgungsalternativen zur Intensivmedizin;
- unangemessener Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitssystems;
- inadäquate Personalbesetzung einer Intensivbehandlungseinheit hinsichtlich der Qualifikation der Pflegekräfte;
- unzureichende Schmerzbehandlung der Patienten (Epstein u. Delgado, 2010);
- unnötige (schmerzhaft) diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei sterbenden Menschen nach Anordnung des Arztes durchführen zu müssen;
- Patienten die Wahrheit vorzuenthalten (Maiden et al., 2011).

Wie diese Beispiele erkennen lassen, entwickelt sich moralischer Stress vor allem aus einem Ohnmachtsgefühl heraus, das Pflegekräfte durch die geringen Gestaltungsmöglichkeiten in ihrem Kompetenzbereich erleben, die den Rahmenbedingungen ihres Arbeitsplatzes und den Strukturen des Gesundheitssystems geschuldet sind. Moralischer Stress hat damit negativen Einfluss auf die Berufszufriedenheit und das Selbstwertgefühl der Pflegekräfte. Eine nachgewiesene Konsequenz anhaltenden moralischen Stresses ist die Entwicklung eines Burn-out-Syndroms (Epstein u. Delgado, 2010).

## **4 Prävention durch Achtsamkeit und Resilienz**

Resilienz als Schutz vor dem Ausbrennen ist trainier- und ausbaubar. Intensivpflegekräfte sollten ein Angebot erhalten, sich in allen Rollen und Lebensbereichen betrachten und dabei Ideen entwickeln zu können, wie die eigene Widerstandskraft individuell zu fördern und zu erhalten ist. Ein weiterer Kerngedanke ist es, das Gesamtteam einer Intensivstation zu stärken, damit es als Ressource nutzbar wird. Bei der Präventionsarbeit mit Intensivpflegekräften wird ein Training der Selbstreflexion daher zum zentralen Element. Durch Selbstreflexion können die verschiedenen Denk-, Fühl-, und Handlungsweisen wahrgenommen, hinterfragt und weiterentwickelt werden. Dazu gehört ebenfalls ein achtsamer Umgang mit sich selbst. Achtsamkeit ist die direkte Präsenz und Aufmerksamkeit in einem bestimmten Moment, die es ermöglicht, Gedanken, Gefühle und Empfindungen wahrzunehmen und wertfrei zu beobachten. Unter Achtsamkeit kann somit auch ein Training des Geistes verstanden werden. Meditation ist hier besonders hilfreich. Achtsamkeitstraining zielt darauf ab, den Geist wieder fokussieren zu können, wenn er durch Informationsflut zu schnellem und sprunghaftem Denken verleitet wurde. Im Kernpunkt soll diese Fokussierung dazu dienen, Entscheidungen bewusst zu treffen und den eigenen Weg klar zu haben. Wenn sich Menschen ihrer Denk-, Fühl- und Handlungsweisen bewusst werden, kann dies auch zu einem bewussten Umgang mit sich selbst und anderen Menschen führen. Dies führt im Endeffekt auch dazu, dass Menschen besser in der Lage sind, ihre Grenzen wahr- und ernstzunehmen (Wellensiek, 2011). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, das persönliche Gleichgewicht im Sinne einer Work-Life-Balance zu finden und die persönliche Psychohygiene individuell zu gestalten. Dazu zählen zum Beispiel ein positiver Kontakt zu Menschen, Tieren und der Natur.

## **5 Die Rolle von Supervision und Coaching**

Pädagogische Interventionen spielen bei der Entwicklung von Resilienz eine zentrale Rolle. Die Beratung als pädagogische Intervention ist ein geeignetes Angebot für erwachsene Menschen, die sich aus eigener Motivation weiterentwickeln möchten. Supervision und Coaching sind Beratungsformen, die zur Problemlösung innerhalb beruflicher Zusammenhänge und zur Weiterentwicklung der Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in sozialen Berufen genutzt werden (Schreyögg, 1998, 2012). Auch wenn das Coaching eher als ein Angebot für die Führungskräfte aller Hierarchieebenen gilt und die Supervision eher die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Institution als Zielgruppe fokussiert, wäre institutionell zu prüfen, ob nicht auch Intensivpflegekräfte für sich Coaching in Anspruch nehmen sollten, um in ihrer Rolle Sicherheit zu erlangen. In jedem Fall erscheint ein Coachingangebot für die leitenden Intensivpflege-

kräfte sinnvoll, um ihr Führungsverhalten im Hinblick auf die Prävention von psychischen Belastungen ihrer Mitarbeiter zu reflektieren und stetig weiterzuentwickeln.

Der Begriff Coaching kommt aus dem Sport und kann durch individuelle Förderung das Beste in Menschen hervorrufen, indem ihre Fähigkeiten und Begabungen aufgespürt, gefördert und zur Entwicklung gebracht werden. Durch Lösung von Blockaden können Krisen, Stress und Burn-out bewältigt werden (Haak, 2013). Coaching kann somit gleichermaßen zur Bewältigung individueller sowie kollektiver beruflicher Krisen, aber auch zur Karriereberatung und zur Steigerung sozialer Kompetenzen dienen. Coaching muss nicht zwingend in Einzelsitzungen stattfinden, es könnte auch in Form eines Teamcoachings angeboten werden, in dem die Möglichkeiten eines Teams, die selbstgesteuerten Möglichkeiten des Erlebens und Verhaltens, weiterentwickelt werden. Dazu zählen die Förderung der Selbstreflexion und die Anerkennung der Eigenverantwortung, das Entdecken von eigenen Ressourcen und Potenzialen, das Finden einer stimmigen Work-Life-Balance und die bewusste Gestaltung der Rollen im persönlichen Leben sowie die Entwicklung einer eigenständigen Problemlösungskompetenz in schwierigen Situationen (Höfeld, 2009).

Die Supervision ist inhaltlich auf zwischenmenschliche Handlungsvollzüge von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in sozialen Dienstleistungssystemen zentriert. Dabei kann sowohl die Interaktion innerhalb des Teams als auch mit dem Leistungsempfänger der beruflichen Tätigkeit im Mittelpunkt stehen. Dies richtet sich nach den Anliegen der Personen, die Supervision in Anspruch nehmen. Ziel ist es, Handlungsvollzüge »besser« als bisher zu gestalten, wobei als »Verbesserung« im Allgemeinen eine humanere und/oder effektivere Praxis verstanden wird. Bei der Supervision handelt es sich zumeist um Settings, in denen Gruppen beraten werden, die das gleiche berufliche Ziel verfolgen. Dieses als »Teamsupervision« bezeichnete Verfahren dient in erster Linie der Weiterentwicklung der Organisation. Durch Selbstreflexion lernt jedoch jede Person, die an einer Supervision teilnimmt und hat somit die Chance; sich individuell weiterzuentwickeln. Neben der Reflexion von schwierigen Zusammenhängen im Team und der Organisation wird das Verstehen der Pflegeempfänger gefördert, um in eine angemessene Beziehung treten und Ziele verfolgen zu können (Haak, 2013).

Beide Verfahren sind grundsätzlich geeignet, Problemlösungsprozesse bei Einzelpersonen oder in Teams in Gang zu bringen. Beide Verfahren verfolgen einen ressourcenorientierten Ansatz sowohl im Team als auch für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es wird sicherlich von Erfolg gekrönt sein, diese beiden Verfahren als Angebot für die individuelle Entwicklung der Intensivpflegekräfte und für die Führungskräfte zu etablieren. Supervision und Coaching könnten durchaus nicht nur zu bestimmten Anlässen angeboten werden, sie wären eine nachhaltige Möglichkeit, nicht nur ausschließlich die katastrophalen und besonderen Ereignisse zu bearbeiten, sondern würden auf einer Intensiv-

station, wo das »Nichtnormale« schon zum Alltagsprogramm geworden ist, eine Chance bieten, die kumulative Dichte an belastenden Ereignissen aufzuarbeiten. Vergleichbar sind auch Balintgruppen, die sich in der Medizin bereits zur Prävention des Burn-out-Syndroms und der Mitgefühlerschöpfung etablieren konnten (Benson u. Margraith, 2005).

Neben einer kontinuierlichen Begleitung sollte auch die Möglichkeit bestehen, außergewöhnliche Situationen, die unter die Rubrik »Schlimmer geht immer« fallen, in Form einer »Ersten Hilfe für die Seele« aufarbeiten zu können. In Anlehnung an andere Helfergruppen, könnte die Nachbereitung traumatisierender Ereignisse in Form von Debriefingverfahren erfolgen.

## 6 Fazit und Ausblick

Durch die Auseinandersetzung mit und die individuelle Regulation von spezifischen Risikofaktoren, die eine berufliche Traumatisierung, Empathieerschöpfung und das Ausbrennen im Handlungsfeld der Intensivpflege begünstigen, wurde als Kerngedanke die Erhaltung der Resilienz von Pflegekräften vorgestellt. Sicherlich können diese Darstellungen sehr schockierend wirken und von der Thematik Empathieerschöpfung durch sekundäre Traumatisierung ablenken. Dennoch ist diese Perspektive aus Sicht der Verfasserin wichtig und sinnvoll, weil eine Handlungsfeldanalyse die spezifische Situation von Intensivpflegekräften verdeutlichen kann und offenlegt, warum die Resilienz der Intensivpflegekräfte ständig strapaziert wird. Aus der Erfahrung heraus existiert bei Intensivpflegekräften oft die Annahme: »Die Arbeit mit den Patienten ist es nicht; was uns stresst, das Drumherum macht es aus.« Möglicherweise ist dies ein Verdrängungsmechanismus oder innerer Widerstand, Konflikte und Feindseligkeiten in den Mittelpunkt zu rücken, damit sich nicht mit den eigenen Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühlen auseinandergesetzt werden muss, die durch die existenzielle Bedrohung der Patienten vorliegt.

Neben reflexiven Verfahren spielen daher auch informationsvermittelnde Methoden eine Rolle, um die Intensivpflegekräfte über das Berufsrisiko einer sekundären Traumatisierung und deren Folgen aufzuklären. Letztlich sollte eine Nachhaltigkeit im persönlichen gesundheitsförderlichen Verhalten der Intensivpflegekräfte erreicht werden, die nur über eine kontinuierliche professionelle Begleitung von Intensivteams gelingen kann. Intensivpflegekräfte brauchen eine besondere Wertschätzung ihrer Arbeit, da diese von ihnen selbst oftmals als sinnlos erlebt wird. Spezielle dauerhafte Angebote zur Psychohygiene würden eine besondere Wertschätzung durch den Arbeitgeber signalisieren und könnten eine Chance für die einzelne Pflegekraft bieten, eigene Copingstrategien entwickeln zu können, wie mit den spezifischen Belastungen auf einer Intensivstation umgegangen werden kann.

## Literatur

- Abendroth, M. (2011). Overview and summary: Compassion fatigue: Caregivers at risk. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (1).
- Alspach, G. (2007). Critical care nurses as coworkers: Are our interactions nice or nasty? *Critical Care Nurse*, 27 (3), 10–14.
- Alspach, G. (2008). Lateral hostility between critical care nurses: A survey report. *Critical Care Nurse*, 28 (2), 13–19.
- Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25 (1), 1–10.
- Benson, J. L., Margraith, K. (2005). Compassion fatigue and burnout. The role of Balint groups. *Australien Family Physician*, 34 (6), 497–498.
- Besendorfer, A. (2002). Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen. *Pflege*, 15, 301–308
- Bergner, T. M. H. (2010). Burnout bei Ärzten. *Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Bloniasz, E. R. (2011). Caring for the caretaker: A nursing process approach. *Creative Nursing*, 17 (1), 12–15.
- Braedel, A., Doppelfeld, S. (2009). Die Weiterbildung zur Intensivpflegefachkraft. Entwicklung eines integrativen und modularisierten Curriculums. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Katholische Hochschule NRW, Köln.
- Bundesverband der Unfallkassen (2005). *Psychische Belastungen am Arbeits- und Ausbildungsplatz – ein Handbuch. Phänomene, Ursachen, Prävention*. München: Bundesverband der Unfallkassen.
- Burtson, P. L., Stichler, J. F. (2010). Nursing work environment and nurse caring: Relationship among motivational factors. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (8), 1819–1831.
- Corley, M. C., Minick, P., Elswick, R. K., Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12 (4), 381–390.
- Doppelfeld, S. (2012). Sekundäre Traumatisierung: Konzeptentwicklung zur Prävention der Mitgefühlerschöpfung bei Intensivpflegekräften. Unveröffentlichte Masterthesis zur Erlangung des Grades Master of Arts, Katholische Hochschule NRW, Fachbereich Gesundheitswesen, Köln.
- Dominguez-Gomez, E., Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35 (3), 199–204.
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175 (7), 686–692.
- Epstein, E., Delgado, S. (2010). Understanding and addressing moral distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 15 (3). Zugriff unter <http://nursingworld.org/Main-MenuCategories/EthicsStandards/Courage-and-Distress/Understanding-Moral-Distress.html>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Frey, C. (2009). Sekundärer traumatischer Stress bei Helfenden. In T. Mayer, U. Schnyder



- (Hrsg.), Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern (S. 233–255). Bern: Hans Huber.
- Friesacher, H. (Hrsg.) (2000). Pflege in lebensbedrohlichen Situationen: Intensivpflege. In B. Rennen-Allhoff, D. Schaeffer (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft (S. 417–446). München und Weinheim: Juventa Verlag.
- Goesmann, C., Nölle, K. (2009). Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik. Hrsg. von der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät, Forschungsbereich Arbeitssoziologie Technische Universität Dortmund.
- Goffman, E. (1986). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (6. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Haak, G. (2013). Seminarunterlagen der Weiterbildung zur Fachberaterin für Selbstfürsorge im Arbeitsfeld »Menschen, die Menschen begleiten«, z. B. psychosoziale Arbeit, Pädagogik, Pflege etc. Freiburg.
- Hausmann, C. (2006). Einführung in die Psychotraumatologie. Stuttgart: UTB.
- Höfeld, G. (2009). Coaching. Definition, Ziele, Anwendungsbereiche. BTS aktuell, 22 (64), 3–4.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36 (5), 420–427.
- Leape, L., Fromson, J. (2006). Problem doctors: Is there a system-level solution? *Annals of Internal Medicine*, 144 (2), 107–116.
- Lemke, J. (2006). Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Kröning: Asanger.
- Longo, J. (2010). Combating disruptive behaviors: Strategies to promote a healthy work environment. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 15 (1).
- Maiden, J., Georges, J. M., Connelly, C. D. (2011). Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30 (6), 339–345.
- Meadors, P., Lamson, A., Sira, N. (2010). Development of an educational module on provider self-care. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26 (4), 152–158.
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., Olsen, S., (2010). Compassion fatigue and burnout. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (5), E56–E62.
- Rosenstein, A. H., Russell, H., Lauve, R. (2002). Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage. Study links bad behavior by doctors to nurses leaving the profession. *The Physician Executive*, 6, 8–11.
- Schreyögg, A. (1998). Was ist Coaching? Zugriff am 13.03.2012 unter <http://www.schreyoegg.de/content/view/81/37/>
- Schreyögg, A. (2005). Coaching und Work-Life-Balance. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 12 (4), 309–319.
- Schreyögg, A. (2012). Was ist Supervision? Zugriff am 08.05.2012 unter <http://www.schreyoegg.de/content/view/89/38/>
- Schmalenberg, C., Kramer, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20.000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 29 (1), 74–83.
- Simon, C. E., Pryce, J. G., Roff, L. L., Klemmack, D. (2005). Secondary traumatic stress

- and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23 (4), 1–14.
- Stokowski, L. (2010). A matter of respect and dignity. Bullying in the nursing profession: How common is bullying in nursing? Zugriff am 02.03.2012 unter [http://www.medscape.com/viewarticle/729474\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/729474_2)
- Twigg, E., Humphris, G., Jones, C., Bramwell, R., Griffiths, R. D. (2008). Use of a screening questionnaire for post-traumatic stress disorder (PTSD) on a sample of UK ICU patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52 (2), 202–208.
- Statistisches Bundesamt (2009). Krankenpflege – Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. Zugriff am 22.05.2012 unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009\\_08/PDF2009\\_08.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/PDF2009_08.pdf?__blob=publicationFile)
- Wellensiek, S. K. (2011). *Handbuch Resilienz-Training. Widerstandskraft und Flexibilität für Unternehmen und Mitarbeiter*. Weinheim u. Basel: Beltz.
- Young, J. L., Derr, D. M., Cicchillo, V. J., Bressler, S. (2011). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in heart and vascular nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34 (3), 227–234.

**Korrespondenzadresse:** Silke Doppelfeld, Brabanter Str. 48, 53919 Weilerswist-Lommersum; E-Mail: [s.doppelfeld@gmx.de](mailto:s.doppelfeld@gmx.de)