

Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Bachelorthesis

**„Zentrale Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag von Pflegekräften der stationären
Akutversorgung“**

Zur Erreichung des akademischen Grades Bachelor of Science (B.Sc.)

Erstgutachter

Prof. Dr. Pihl, Christian

Zweitgutachter

Prof. Dr. Goller, Eileen

Autorin: Miriam Groß
Matrikelnummer: 39812
Hochschule: Westsächsische Hochschule Zwickau
Fakultät: Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Studiengang: Gesundheitsmanagement

Wilkau-Haßlau, den 13.09.2022

Anmerkungen

Um Formulierungen möglichst kurz zu halten, wird in der vorliegenden Bachelorthesis für personenbezogene Bezeichnungen die im Deutschen übliche männliche Form verwendet. Aus diesem Grund wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher sowie diverser Schreibformen verzichtet. Alle Personenbezeichnungen gelten stets für alle drei Geschlechter.

Abstract

Ziel der vorliegenden Bachelorthesis ist es zu ermitteln, welche Belastungsfaktoren den Arbeitsalltag von Pflegekräften einer Akutklinik bestimmen. Dem vorangestellt wird eine Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand des Themas sowie den bereits bekannten Erkenntnissen auf diesem Gebiet vorgenommen. Anschließend werden die Arbeitsbeanspruchungen im Pflegeberuf theoriebasiert erläutert, Möglichkeiten zur Gesunderhaltung verdeutlicht und die aktuelle Fachkräftesituation der Krankenpflege betrachtet. Im Anschluss erfolgt die Erläuterung der Methodik der Datenerhebung in Form von leitfadengestützten Experteninterviews. Die Ergebnisse dieses Vorgehens werden zunächst anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse untersucht, anschließend kodiert und in daraus entstehende Kategorien eingeordnet. Die daraus erzielten Ergebnisse werden übersichtlich dargestellt und umfassend diskutiert, sodass am Ende ein Ausblick und eine Handlungsempfehlung gegeben werden können.

Anmerkung:

Um den Rahmen der vorliegenden Bachelorthesis nicht zu sprengen, wird im gesamten Aufriss des Themas die allgemeine Situation des Klinikalltags betrachtet und nicht die spezifischen Auswirkungen der Corona-Pandemie untersucht. Es werden weiterhin die notwendigsten Angaben zur Vorgehensweise und im Hinblick auf die Ergebnisdarstellung einbezogen.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2018	9
Abbildung 2: Richtlinien für gesundheitsbezogene Interventionen im Unternehmen.....	14
Abbildung 3: Offene Stellenangebote nach Berufsgruppe.....	19
Abbildung 4: Offene Stellen für Fachkräfte.....	20
Abbildung 5: Patienten pro Pflegekraft im internationalen Vergleich.....	21
Abbildung 6: Wertschätzung der Arbeit der Pflegefachkräfte im internationalen Vergleich..	22
Abbildung 7: Zufriedenheit im Job im internationalen Vergleich	22
Abbildung 8: Hauptgründe der Fluktuation	24
Abbildung 9: Darstellung der Häufigkeit einer Kategorie	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Expertenerklärung	30
Tabelle 2: Kategoriedarstellung	31

Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherungsgesetz
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Bzgl.	Bezüglich
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
o.D.	ohne Datum
SGB V	Sozialgesetzbuch zur gesetzlichen Krankenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch zur gesetzlichen Unfallversicherung
WHO	Weltgesundheits-Organisation
z.B.	zum Beispiel

Inhaltsverzeichnis

<i>Anmerkungen</i>	<i>II</i>
<i>Abstract</i>	<i>III</i>
<i>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</i>	<i>IV</i>
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	<i>V</i>
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte	5
2.1.1 Zentrale Belastungsfaktoren	5
2.1.2 Arbeitsbedingte Beanspruchungsfolgen	8
2.1.3 Ressourcen in der Krankenpflege	10
2.2 Gesunderhaltung der Pflegekräfte am Arbeitsplatz	11
2.2.1 Definitionen von Gesundheit	11
2.2.2 Rechtliche Grundlagen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes	13
2.2.3 Gesundheitsförderung in der Krankenpflege	16
2.3 Betrachtung der Fachkräftesituation in der Krankenpflege	17
2.3.1 Demographische Auswirkungen	17
2.3.2 Aktuelle Fachkräftesituation	18
2.3.3 Berufsausstieg von Pflegefachkräften der Krankenpflege in Deutschland	20
3 Methodik	24
3.1 Stichprobe	24
3.2 Erhebungsmethode	27
3.3 Datenauswertung	28
4 Ergebnisse	30
4.1 Kategorie A: Gesundheitsangebote	32
4.2 Kategorie B: Zusatzaufgaben	33
4.3 Kategorie C: Körperliche Belastungsfaktoren	35
4.4 Kategorie D: Psychische Belastungsfaktoren	36
4.5 Kategorie E: Herausforderungen von Beruf und Familie	38
4.6 Kategorie F: Arbeitsqualität	41
4.7 Kategorie G: Arbeitsinhalt	43
4.8 Kategorie H: Pflegepersonal	46
5 Diskussion	49
5.1 Methodendiskussion	49
5.1.1 Theorierecherche	49
5.1.2 Datenerhebung mittels Leitfaden	50
5.1.3 Interviewsetting	51
5.1.4 Auswertung	52
5.2 Ergebnisdiskussion	53
6 Ausblick	59
7 Literaturverzeichnis	61
8 Anhang	68

9 *Eidesstaatliche Erklärung*..... 91

1 Einleitung

Bereits seit einigen Jahren ist die Krankenhausbranche einem stetigen Wandel begriffen, der bis heute anhält. Aus diesem Grund rücken die pflegerische Versorgung und damit auch der Pflegeberuf zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit. Steigende Patientenzahlen, der fortschreitende Rückzug der Länder aus der Krankenhausfinanzierung und der wirtschaftliche Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, stellen nur einige der Herausforderungen dieses Sektors dar. Diese Entwicklung wird sich auch in Zukunft fortsetzen. (Roth o.D.)

Mit der zunehmenden Nachfrage an Gesundheitsdienstleistungen ist gleichzeitig der immer weiter steigende Bedarf, an qualifiziertem Pflegepersonal in stationären Krankeneinrichtungen verbunden. (Isfort, 2013) Dieses Personal ist jedoch unter anderem aufgrund demografischer Auswirkungen nicht mehr so verfügbar wie notwendig. Es fehlt der Nachwuchs des in Rente gehenden Personals, um die Versorgung der Patienten aufrecht zu erhalten. Im Ergebnis werden immer mehr Patienten behandelt, ohne dass die Personalausstattung den Arbeitsaufgaben folgt. Bereits zwischen 1994 und 2009 ist die Zahl der zu betreuenden Fälle je Vollkraft um 25% gestiegen. Außerdem sieht die Managementstrategie in praktisch allen Krankenhäusern vor, je Vollkraft noch mehr Fälle aufzunehmen. (Roth o.D.) Dadurch wird versucht die Einnahmen der Krankenhäuser zu steigern, um die unzureichende Finanzierung der Krankenhausbehandlung sowie die fehlende Investitionsförderung der Länder auszugleichen. Vor diesem Hintergrund belegt die Sonderauswertung des DGB-Index Gute-Arbeit für die Krankenhaus-Beschäftigten, dass eines der größten Probleme dieser Branche die Arbeitsintensität ist, welche nicht zuletzt auch die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten beeinflusst.

Im Jahr 2017 wurde im Rahmen der Time to Care Studie (Deloitte, 2017) in 14 europäischen Ländern die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachkräften im Krankenhaus erhoben. Die Ergebnisse für Deutschland zeigen, dass 62% zufrieden und 18% nicht zufrieden mit ihrer Arbeit sind. In den Niederlanden sind zum Vergleich 84% der Pflegekräfte mit ihrer Arbeit zufrieden und 9% nicht zufrieden. Unter Rückgriff auf die Gesamtheit der Ergebnisse, kann damit festgestellt werden, dass der Anteil der generell oder sehr zufriedenen Pflegekräfte in Deutschland am niedrigsten in ganz Europa ist. Kein anderes europäisches Land hat in dieser Umfrage so hohe Werte hinsichtlich der Unzufriedenheit. Die Time to Care Studie untersucht weiterhin, wie die Befragten selbst ihre Arbeitsbelastungen wahrnehmen. Auf Basis der dort gewonnen Erkenntnisse wird deutlich, dass die Belastung in deutschen Krankenhäusern im

internationalen Vergleich als besonders hoch empfunden wird und dass das Arbeitspensum für die deutschen Pflegekräfte eine erhebliche Belastung darstellt. 66% stufen den Umfang ihres Arbeitsvolumens als relativ schwierig zu bewältigen ein und liegen damit europaweit an der Spitze. (Deloitte, 2017) Auffällig ist nach Einschätzung der Autoren, dass die Belastung gegenüber der zuletzt 2012 durchgeführten Studie erheblich gestiegen ist. Der Hauptgrund liegt nach Meinung der Befragten an der gestiegenen Patientenzahl und der gleichzeitig abnehmenden Mitarbeiterzahl. Die Folgen dessen reichen von Arbeitsverdichtungen für das verbleibende Personal über Unzufriedenheit und höheren Fluktuationsraten bis hin zur sinkenden Qualität in der Patientenversorgung.

Das Ziel dieser Arbeit liegt darin, die bereits bekannten Belastungsfaktoren unter Rückgriff auf wissenschaftliche Studien dieses Themenbereichs für die Praxis darzustellen. Es soll ermittelt werden welche zentralen Belastungsfaktoren primär den normalen Arbeitsalltag von stationär beschäftigten Fachkräften einer Akutklinik prägen. Gleichermaßen soll auf Veränderungen eingegangen werden, die sich bis heute herauskristallisiert haben.

Zur Annäherung an dieses Ziel wird folgende zentrale Fragestellung aufgestellt und strukturiert beleuchtet:

Welche zentralen Belastungen erfahren Pflegekräfte im Hinblick auf den Arbeitsalltag in einer Akutklinik?

Das Themenfeld der Krankenpflege bezüglich der Arbeitsbedingungen und einhergehender Belastungsfaktoren ist ein weitreichendes Gebiet, welches nicht auf alle Pflegesettings sowie die Gesamtanzahl der Beschäftigten in der Pflege übertragen werden kann. Um ein genaues Ergebnis zu erzielen und den zu untersuchenden Bereich einzugrenzen, wird sich im praktischen Teil auf das Pflegefachpersonal in der Akutpflege konzentriert. Im Rahmen dessen sollen die Paracelsus Klinik in Zwickau, das Heinrich-Braun-Klinikum in Zwickau und das Heinrich-Braun-Klinikum in Kirchberg betrachtet werden. Da sich das Ziel der vorliegenden Arbeit nicht mit einer einzelnen Fragestellung umreißen und beantworten lässt, werden im Zuge der Annäherung an das Themenfeld noch sechs weitere Unterfragestellungen aufgestellt.

Die Fragen sind relevant, um einen besseren Einblick in das zu untersuchende Gebiet zu erlangen und um Ende einen umfassenden Gesamtüberblick über die Situation in der Praxis zu geben.

Mittels der themenspezifischen Fachliteratur konnten erste Einblicke zu bestehenden Arbeitsanforderungen gesichtet werden, welche jedoch nicht automatisch den Praxisalltag der Experten bestimmen mussten.

Um die Arbeitsabläufe sowie einhergehende Arbeitsanforderungen des Stationsalltags zu umreißen, wurde die **erste** spezifische Unterfragestellung erarbeitet:

- **Was prägt aus Sicht der Pflegekräfte den Arbeitsalltag im Hinblick auf die Arbeitsanforderungen in der stationären Krankenpflege?**

Um zu klären welche äußerlichen Faktoren primär den Arbeitsalltag in der Versorgung der Patienten beeinflussen, ist die Aufstellung der **zweiten** Fragestellung erfolgt:

- **Gibt es neben dem pflegerischen Berufsbild extrinsische Einflussgrößen, die den Tagesablauf bestimmen und wenn ja, welche sind die Hauptbestandteile?**

Zudem soll ermittelt werden, wie sich die Arbeit auf die Pflegekräfte auswirkt und wie dies im Arbeitsalltag einzuordnen ist. Dies führt zur **dritten** Fragestellung:

- **Welche intrinsischen Einflussfaktoren entstehen mit dem Arbeitsalltag der Pflegekräfte, die die Arbeit zusätzlich erschweren?**

Das Berufsfeld der Krankenpflege ist durch weitgehend unflexible Arbeitszeiten geprägt, die sich häufig in Arbeit im Schichtsystem, am Wochenende und Feiertagen niederschlagen. Außerdem ist der Arbeitsalltag von ungeplanten Ereignissen geprägt, wodurch die Pflegenden eine nicht zu vernachlässigende Einsatzbereitschaft für ihren Beruf zeigen müssen. Um die Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie zu untersuchen, führt dies zur **vierten** Fragestellung:

- **Ist es aus Sicht der Pflegekräfte dauerhaft möglich, den Beruf mit ihrer Familie zu vereinbaren?**

Da neben der pflegerischen Versorgung und der Gesundheit der Patienten gleichermaßen die Gesundheit der Mitarbeiter geschützt werden muss, sollte diese an primärer Stelle seitens des Arbeitgebers stehen. Denn nur gesunde Mitarbeiter können langfristig am Arbeitsplatz erhalten werden. Aus diesem Grund ergibt sich folgende **fünfte** Unterfragestellung:

- **Inwieweit erfahren die Pflegekräfte eine Fürsorge bezüglich Ihrer Gesunderhaltung seitens Ihres Arbeitgebers?**

Der gesichteten Literatur konnte entnommen werden, dass ein Kernproblem der Krankenpflege die relativ geringe Anzahl verfügbaren Personals verglichen mit der viel größeren Patientenmenge ist. Außerdem geht daraus hervor, dass diese Situation bereits seit einigen Jahren das Gesicht der Krankenpflege prägt, Tendenz steigend. Im Zuge der Gewinnung neuer Aspekte soll ermittelt werden, was heute anders im Vergleich zur Ausbildungszeit der Befragten ist. Auf dieser Grundlage ergibt sich die **sechste** und damit letzte Unterfragestellung:

- **Welche Veränderungen haben die Pflegekräfte bis heute im Hinblick auf ihre Arbeit im Berufsalltag wahrgenommen?**

Die Untersuchung soll mittels qualitativer Datenerhebung geschehen. Eine genaue Analyse zum Thema erfolgt im theoretischen Hintergrund. Die methodische Vorgehensweise und die daraus hervorgehenden Ergebnisse werden anschließend dargestellt und zudem kritisch diskutiert. Abschließend wird noch ein Ausblick zum Inhalt sowie eine Empfehlung gegeben.

2 Theoretischer Hintergrund

Um sich dem Thema anzunähern und die Fachkräftesituation im Pflegeberuf zu erklären, müssen zunächst die wesentlichen Kernprobleme im Gesundheits- und Pflegeberuf betrachtet werden. Dementsprechend werden zunächst die Arbeitsbeanspruchungen im Pflegeberuf aufgegriffen und zentrale Belastungsfaktoren sowie berufsbedingte Beanspruchungsfolgen verdeutlicht. Auch werden vorhandene Ressourcen im Berufsfeld vorgestellt.

Im nächsten Schritt wird die Gesunderhaltung der Pflegefachkräfte beleuchtet und der inhaltliche Hergang mit rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der Gesundheitsförderung in der Krankenpflege untermauert. Dazu werden zunächst verschiedene Definition hinzugezogen, um den Begriff „Gesundheit“ zu konkretisieren.

Abschließend wird die Fachkräftesituation in der Krankenpflege betrachtet und anhand demografischer Einflüsse sowie der vorher bearbeiteten Gliederungspunkte erklärt. In dem Zuge werden ebenfalls Gründe für den Ausstieg aus den Pflegeberufen in Deutschland benannt.

2.1 Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte

In diesem Kapitel werden die Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf näher beleuchtet. Dabei werden unter Rückgriff auf den aktuellen Forschungsstand bereits bekannte Belastungsfaktoren, die mit dem Berufsbild einhergehen, dargestellt. Vor diesem Hintergrund werden zudem daraus resultierende Folgen für das Pflegepersonal abgeleitet. Auch wird Bezug auf die in der Pflege bestehenden Ressourcen genommen und deren Präsenz im Arbeitsalltag beleuchtet.

Im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse wird ausschließlich der stationäre Berufsalltag von Pflegefachkräften in einem Krankenhaus betrachtet. Jedoch wird grundsätzlich zwischen der ambulanten Pflege, der stationären Langzeitpflege und der Versorgung im Krankenhaus unterschieden. Die spezifischen Situationen der ersten beiden Betreuungsformen werden im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht.

2.1.1 Zentrale Belastungsfaktoren

Der demografische Wandel umfasst nicht nur die Veränderung von Morbiditätsstrukturen, sondern auch einen Anstieg in der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen was gleichzeitig zu einer steigenden Nachfrage an qualifizierten Pflegefachkräften führt. Ebenso

bedingt er die personelle Verfügbarkeit in Bezug auf die Alterung der Krankenpflegekräfte selbst. (Jacobs et al., 2019) Die hohen Belastungen sowie die ungünstigen Rahmenbedingungen im Bereich der Krankenpflege, prägen den Arbeitsalltag der Beschäftigten. Die Pflegefachkräfte sind durch ihre Arbeit tagtäglich hohen körperlichen und seelischen Anforderungen ausgesetzt. Zudem erfordern Patienten, die an mehreren Beschwerden leiden und zunehmend auch demenziell Erkrankte, von den Pflegenden ein großes Maß an persönlichem und fachlichem Einsatz. (Glaser, 2006)

Im Folgenden werden überblickshaft relevante Belastungsfaktoren beschrieben, von denen Beschäftigte der Krankenpflege, in nationalen und internationalen Studien der letzten zehn Jahre berichteten. Dazu zählen unter anderem der DAK-BGW Gesundheitsreport (2005; 2006), die NEXT-Studie (Hasselborn et al., 2005; Metz et al., 2010), die RN4Cast-Studie (Aiken et al., 2012; Zander & Busse, 2012) sowie der Arbeitsreport Krankenhaus (Bräutigam et al., 2014). Die Durchführung dieser Studien erfolgte in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie ambulanten Pflegediensten. Trotz unterschiedlicher sektoraler und organisationaler Rahmenbedingungen konnten hinsichtlich der Versorgung im Krankenhaus, Anforderungen an die Arbeitstätigkeit festgestellt werden, welche sich als Einflussgrößen für Belastungserleben beschreiben lassen und von den anderen Sektoren abgegrenzt werden können.

Laut der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) ist die überwiegende Anzahl an Belastungsfaktoren in den Bereichen Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, soziale Beziehungen, Arbeitsumgebung sowie neue Arbeitsformen anzusiedeln (Barthelme & Garms-Homolová, 1999). Im Folgenden werden ausschließlich die präsentesten Faktoren zu psychischen und körperlichen Belastungen beschrieben.

Das Belastungserleben kann in Makro-, Meso- und Mikroebene unterteilt werden, in denen zwischen weiteren Einflussgrößen unterschieden wird.

Auf der „*Makroebene*“ ordnen sich allgemeine soziokulturelle, politisch-rechtliche und ökonomische gesellschaftliche Einflussfaktoren an. Die geringe gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung für den Pflegeberuf und die Unzufriedenheit mit der monetären Vergütung stellen präzente Belastungsfaktoren dar (Buxel, 2011; Bräutigam et al., 2014). Gleichmaßen ist die Arbeit in der Gesundheits- und Krankenpflege durch eine hohe Arbeitsdichte gekennzeichnet, wodurch sich die Weitergabe von wichtigen Informationen zwischen den Kollegen und Führungskräften unzureichend gestaltet (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Der Umgang mit Wirtschaftlichkeitsaspekten oder mit beruflichen

Kooperationsproblemen sowie zusammenhängenden Umstrukturierungsprozessen aufgrund der DRG-Finanzierung, lassen sich als weitere Einflussgrößen der Belastung benennen. Angesichts der steigenden Verwaltungs- und Dokumentationsanforderungen stellt die Bürokratisierung darüber hinaus einen deutlichen Mehraufwand, bedingt durch die Zunahme patientenferner Aufgaben, und damit einen weiteren Belastungsfaktor dar.

Auf der nachfolgenden „*Mesoebene*“ lassen sich organisationsbezogene und materiell-technische Außeneinflüsse benennen. Hinsichtlich der Arbeits(zeit)organisation gehören Überstunden, ständiger Zeitdruck, der Umgang mit Schicht- und Wochenenddiensten und die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie, zu den Hauptbelastungen im Pflegeberuf. Im gleichen Zuge können Arbeitsunterbrechungen durch nicht vorhersehbare Ereignisse, wie beispielsweise ungeplantes längeres Verbleiben bei den Patienten genannt werden. (Theobald, 2018) Hinzu kommen der geringe Handlungs- und Gestaltungsspielraum bei der Arbeit und die festgelegte Abfolge der Arbeitsschritte. Geringe Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, welche beispielsweise eine unzureichende Unterstützung vom Arbeitgeber oder fehlende Möglichkeiten zur Verbesserung der beruflichen Position beinhalten, bilden weitere hinzukommende Belastungsfaktoren. (DAK-BGW, 2006, S. 17; Brady et al., 2010) Neben den vielen körperlichen Anforderungen, vor allem in Form von häufigem Heben und Tragen sowie ungünstiger Körperhaltungen bei der Arbeitserfüllung, lassen sich im Hinblick auf die Arbeitsumgebung weitere Faktoren benennen (Estryn-Behar et al., 2005). So kann die Belästigung durch dauerhafte Geräusche und Unruhe ebenso aufgeführt werden (Simon, 2011) wie der regelmäßige Umgang mit Körperflüssigkeiten, durch den das Pflegepersonal einer zusätzlichen Infektionsgefährdung beziehungsweise verschiedenen Infektionsrisiken ausgesetzt ist.

In der letzten Ebene, der „*Mikroebene*“, können aus den genannten Studien weitere Belastungsfaktoren im intrapersonalen und personal-soziopsychischen Bereich aufgeführt werden. Als negativen Faktor im intrapersonalen Bereich ist die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation, beispielsweise durch widersprüchliche oder unvereinbare Arbeitsanweisungen, anstelle von zielführender berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit zu nennen (Brady & Cummings, 2010, S. 425ff). Hinzu kommen interprofessionelle Spannungen und Feindseligkeiten zwischen den Kollegen, die auf die Individualität der Mitarbeiter, persönliche Ressourcen sowie die eigene Regulation am Arbeitsplatz zurückzuführen sind. Zusätzlich stellt die mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen und

Vorgesetzte, gleichermaßen einen Belastungsfaktor im Pflegeberuf dar. (Bartholomeyczik et al., 2008; Zander & Busse, 2012)

Nicht zu vernachlässigen sind auch die umfangreichen emotionalen Anforderungen, die im personal-soziopsychischen Bereich eine zentrale Rolle spielen. Die Konfrontation mit dem Tod und der Umgang mit Krankheit, Leid und Trauer gehören zum Arbeitsalltag in diesem Berufsfeld. Auch wird die Arbeit durch die Interaktion mit aggressiven und unfreundlichen Patienten negativ beeinflusst. (Simon et al., 2005)

Mit diesen Aspekten können einhergehende psychosomatische Beschwerden, emotionale und psychische Belastungen sowie Stress als Hauptbelastung aufgezeigt werden. Als zusätzliche Belastungsquelle können Rollenkonflikte und moralischer Stress der Pflegekräfte genannt werden, da diese im realen Berufsalltag dem existierenden Berufsideal nicht in jedem Fall gerecht werden können. (Bräutigam & Evans, 2014; Kleinknecht-Dolf et al., 2015, S. 94, 100)

2.1.2 Arbeitsbedingte Beanspruchungsfolgen

Vor dem Hintergrund der im Pflegeberuf bestehenden Belastungsfaktoren, wie im vorherigen Kapitel ausführlich beschrieben, können einhergehende Beanspruchungsfolgen der Arbeitsanforderungen beim Pflegepersonal abgeleitet werden. Diese können in körperliche und psychische Beschwerden unterteilt werden.

Die in der Literatur beschriebenen körperlichen Auswirkungen belaufen sich auf verschiedene Belastungsbereiche. Nach der Analyse von Bartholomeyczik zählen zu den häufigsten Folgen Rücken- und Nackenschmerzen, Hautausschlag, Migräne, gynäkologische Beschwerden und Kreislaufstörungen (Bartholomeyczik, 1993).

Hinzu kommen psychische Belastungsfolgen, welche durch die Arbeitstätigkeit im Gesundheits- und Pflegesektor ausgelöst werden. Nach dem BKK-Gesundheitsreport von 2016 weisen Pflegekräfte arbeitsbedingte Beanspruchungsfolgen wie emotionale Erschöpfung, eine reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit, Niedergeschlagenheit und Depersonalisierung auf (Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung Nordrhein-Westfalen, 2016). Die zunehmende Arbeitsbelastung durch andauernde körperliche, seelische und emotionale Anforderungen im Beruf, lässt sich als Konsequenz und Erklärung für den hohen Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen und Ausfällen der Pflegekräfte ablesen. Die Arbeitsunfähigkeitstage von Pflegekräften weisen im Jahr 2018 fast doppelt so viele Krankheitstage, verglichen mit dem Durchschnitt der restlichen Erwerbstätigen auf. Pflegekräfte waren 22,9 Tage im Vergleich zu

14,9 Tagen, bei den Berufstätigen insgesamt krankgeschrieben (siehe Abbildung 1). (Techniker Krankenkasse, 2019)

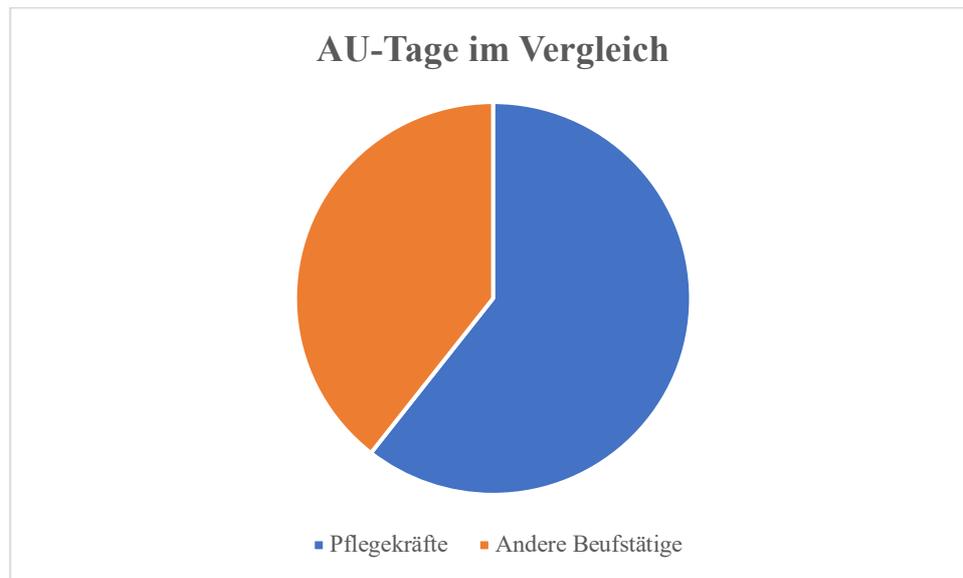


Abbildung 1: Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2018
Quelle: Eigene Darstellung

Der Krankenstand bei den Pflegekräften ist in den vergangenen Jahren auf 6,7 Prozent angestiegen. Damit liegt der statistische Wert deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt von 5,3 Prozent (AOK-Bundesverband, 2017). Beschäftigte in der Pflege fallen aufgrund von Langzeiterkrankungen, wie Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychischen Erkrankungen, mehr als 6 Wochen aus (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2020).

Laut der NEXT-Studie sind die vorherrschenden Arbeitsbelastungen im Bereich der Krankenpflege sowohl der Grund für einen innerberuflichen Wechsel des Arbeitsplatzes als auch dem kompletten Ausstieg aus dem Beruf selbst, im Sinne eines grundsätzlichen Berufswechsels (Hasselhorn et al., 2005). Hinsichtlich der Hintergründe für einen Ausstieg aus den Pflegeberufen in Deutschland soll zu einem späteren Zeitpunkt der Thesis Stellung genommen werden. Nach Schätzungen des Robert-Koch-Institutes (2015) wird diese Entwicklung in Zukunft eher weiter zu- als abnehmen. Aufgrund dessen sind akut neue Strategien gefordert, die zur Steigung der Attraktivität des Pflegeberufes beitragen und die Beschäftigten in den Pflegeberufen möglichst lange verweilen lassen (Pick et al., 2005). Um dies realisieren zu können wird es immer bedeutender die Gesundheit der Pflegekräfte zu erhalten, Ressourcen in der Krankenversorgung zu nutzen sowie Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen anzubieten, um so den Pflegebedarf adäquat abdecken zu können (Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

2.1.3 Ressourcen in der Krankenpflege

Mit Ressourcen im Krankenpflegebereich werden Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einflüsse bezeichnet, die die Beschäftigten bei der Bearbeitung ihrer Tätigkeitsschwerpunkte unterstützen. Dabei können die Ressourcen aus Fähigkeiten oder Hilfsmitteln der Pflegefachkraft selbst bestehen. Das bedeutet, dass beispielsweise eine hohe Widerstandsfähigkeit beziehungsweise Resilienz, eine hohe Motivation oder auch ein engagierter Angehöriger als positive Indikatoren, für Ressourcen in der Krankenpflege angesehen werden. (Spranger, 2020) Um die hohen Arbeitsanforderungen in der Krankenversorgung zu bewältigen, können Arbeitsressourcen einen wichtigen Beitrag leisten. Die Ressourcen dieses Sektors lassen sich in persönliche, soziale und betriebliche Ressourcen unterteilen. Eine Aufgliederung der Ressourcen besteht bislang lediglich für die stationäre Krankenpflege (BMG, 2017).

Unter *persönlichen Ressourcen* werden unter anderem die Möglichkeit, Aufgaben selbst planen und einteilen zu können, sowie das gleichzeitige Verständnis und die Umsetzungsfähigkeit von Anforderungen durch die Pflegekraft verstanden. Hinzu kommen die Fähigkeiten Probleme zu lösen und die Verfügbarkeit von Unterstützung bei Bedarf. Persönliche Ressourcen gehen immer vom betreffenden Akteur selbst aus. (BMG, 2017)

Hingegen wird nach Leavy (1983) unter *sozialen Ressourcen* die Verfügbarkeit unterstützender und hilfreicher Beziehungen verstanden. In diesem Zusammenhang ist die Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzten sowie die vertrauensvolle Zusammenarbeit und Anerkennung zu benennen. Hinzu kommen der Kontakt und Austausch mit Kollegen und in sozialen Netzwerken. (Leavy, 1983)

Betriebliche Ressourcen beziehen sich auf einrichtungsbezogene Aspekte. In diesem Rahmen kann die Aufgabenvielfalt und Verantwortung der Tätigkeiten, verbunden mit Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten genannt werden. Hinzu kommt die Möglichkeit sich an Arbeitstätigkeiten zu beteiligen und diese auch vollständig auszuführen. Außerdem sind Ressourcen wie hoher Handlungs- und Entscheidungsspielraum zu nennen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).

2.2 Gesunderhaltung der Pflegekräfte am Arbeitsplatz

Ermüdung und Stress können Resultat negativer Beanspruchungsfolgen, wie beispielsweise Zeit- und Leistungsdruck, unklare Schichtplanbarkeiten oder mangelnde Regenerationsphasen, im Pflegeberuf sein. Daraus können gesundheitliche Einschränkungen und psychische Erkrankungen entstehen (Wohlers & Hombrecher, 2016). Hinsichtlich der zunehmenden Relevanz dieser Problematik und der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, wird die Gesunderhaltung der Pflegefachkräfte am Arbeitsplatz immer bedeutender. Vor dem Hintergrund der bereits benannten Gesundheitsrisiken, soll in diesem Kapitel die Gesunderhaltung von Pflegekräften am Arbeitsplatz beleuchtet werden. Dem vorangestellt werden verschiedene Definitionen aufgeführt, um „Gesundheit“ eine Begriffsbestimmung zu geben. Anhand von Rechtsnormen werden rechtliche Grundlagen beschrieben, die ein erweitertes Bewusstsein zur Gesundheitsförderung im Pflegeberuf schaffen sollen.

2.2.1 Definitionen von Gesundheit

Zur Definition des Begriffs der Gesundheit gibt es verschiedene Ansichten und Theorien. In herkömmlichen Betrachtungsweisen wird die Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit definiert. Der Begriff „Gesundheit“ selbst lässt sich jedoch nicht allein durch eine einzelne Definition bestimmen, da diese immer aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden muss. (Franzkowiak & Hurrelmann, 2018)

Um den Rahmen der theoretischen Betrachtung in dieser Arbeit nicht zu sprengen, wird sich im Zuge einer umfassenden Definition auf zwei anerkannte und weit verbreitete Bestimmungen beschränkt. Die erste Begriffsbestimmung bezieht sich auf die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheits-Organisation und die andere auf das Gesundheitsverstehen des Soziologen Aaron Antonovsky, welches mit Hilfe des Salutogenese-Modells erklärt wird.

Die Weltgesundheits-Organisation (WHO) beschäftigte sich im Jahre 1946 mit der Frage, was Gesundheit ist und kam dabei zu der weitgefassten Definition: „*Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen*“ (WHO, 2016). Mit dieser Definition verdeutlicht die WHO, dass jemand, der keine körperliche Krankheit aufweist, nicht gleichzeitig als gesund zu bezeichnen ist. Am häufigsten wird Krankheit anhand körperlicher Befunde, beispielsweise durch Blutuntersuchungen oder bildgebenden Verfahren diagnostiziert. Jedoch können bestimmte

körperliche Beschwerden, wie beispielsweise Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen oder Unzufriedenheit über einen längeren Zeitraum der Grund für manifeste körperliche Krankheiten sein. Diese können durch chronische Belastungen am Arbeitsplatz entstehen. In der Satzung der WHO wird Gesundheit durch die drei Kriterien der biologischen, der psychischen und der sozialen Gesundheit bestimmt. (WHO, 2016, zitiert nach Struhs-Wehr, 2017, S. 7) Das bedeutet, dass der Mensch hinsichtlich jedes der drei genannten Kriterien als gesund oder krank gelten kann.

Im Hinblick auf die im weiteren Verlauf folgende (betriebliche) Gesundheitsförderung ist es zielorientiert, die Wissenschaft der Entstehung von Gesundheit anzusehen und zu verstehen. Mit Hilfe der Kenntnis der am Gesundheitsprozess beteiligten Faktoren, können gleichzeitig Rückschlüsse auf die proaktive Stärkung und Förderung von Gesundheit gezogen werden. Die Wissenschaft, die sich mit diesem Thema beschäftigt, nennt sich Salutogenese und wird im nächsten Absatz als zweite Gesundheitsdefinition erläutert.

Seit den 90er Jahren erfolgte eine zeitgemäße Anpassung und damit ein Paradigmenwechsel des Gesundheitsbegriffes in Form eines Strategiewechsels, von dem in der Medizin vorherrschenden Weltbild der Pathogenese zur Salutogenese (Meifert & Kesting, 2004, S. 7). Die bislang bekannte Pathogenese beschäftigt sich ausschließlich mit der Entstehung und Bekämpfung von Krankheiten. Darunter zählen alle Heilungsprozesse, die Minimierung von weiteren Folgen sowie operative und medikamentöse Maßnahmen, die notwendig sind, um die Funktionsfähigkeit wiederherzustellen. (Wellabe, 2020) Dieses Konzept konnte mit der Salutogenese von Antonovsky abgelöst werden. Er selbst verweist aber darauf, dass beide Modelle ihre Rechtmäßigkeit haben und sich sinnvoll ergänzen.

In der Theorie von Antonovsky (1993) liegt der Fokus nicht auf der Beseitigung von Krankheit, sondern, unter Einbeziehung verschiedener Faktoren auf der Entwicklung von Gesundheit. In seiner Überlegung vertrat er in Anlehnung an Lazarus ein Stressmodell, in dem Menschen verschieden mit bestimmten Situationen umgehen und daraus verschiedene gesundheitliche Konsequenzen entstehen, die jedoch nicht zwangsläufig zu Stress führen müssen. Ein Mensch, der permanent Stressfaktoren ausgesetzt ist, benötigt demzufolge ein gewisses Maß an Resilienz und Ressourcen, um seine Gesundheit erhalten zu können. (Antonovsky, 1993) In seiner Forschung versteht Antonovsky den Menschen als ein Wesen, das aktiv Einfluss auf seine Gesundheit nehmen kann. Als eine zentrale und steuernde Gesundheitsressource werden von ihm das Kohärenzgefühl und die zugehörigen individuellen Widerstandsfaktoren definiert.

Das Kohärenzgefühl bezeichnet laut Antonovsky (1993) ein dynamisches wie beständiges Gefühl eines maßgeblichen Vertrauens darin, dass sich die Dinge im Leben gut entwickeln werden. Der Grundstein wird im Kindesalter gelegt, die weitere Entfaltung erfolgt durch Erlebensefahrungen sowie Lebenserfahrungen während des gesamten Lebens. Nach Antonovsky setzt sich das Kohärenzgefühl aus drei Komponenten zusammen: die *Verstehbarkeit*, als kognitives Verarbeitungsmuster von äußeren Reizen, die *Machbarkeit*, als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster und Bewältigung der Schwierigkeiten und die *Sinnhaftigkeit*, als emotional sinnvolles Empfinden des Lebens. (Antonovsky, 1993, zitiert nach Struhs-Wehr, 2017) Außerdem werden von ihm weitere Faktoren benannt die einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Diese bezeichnet er als generelle Widerstandsfaktoren. Dazu gehören individuelle, gesellschaftliche sowie ökonomische und materielle Ressourcen die Lebenserfahrungen prägen und das Kohärenzgefühl formen. Unter individuellen Ressourcen sind alle körperlichen, kognitiven und psychischen Fähigkeiten des Menschen zu verstehen. Gesellschaftliche Ressourcen beinhalten intakte Sozialnetze, eine politische und ökonomische Stabilität und funktionierende gesellschaftliche Netze. Ökonomische und materielle Ressourcen bilden unter anderem finanzielle Möglichkeiten, eine finanzielle Sicherheit und Unabhängigkeit. Hinzu kommen der Zugang zu Dienstleistungen und ein sicherer Arbeitsplatz. (Struhs-Wehr, 2017)

2.2.2 Rechtliche Grundlagen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes

Die *Ottawa-Charta* der Weltgesundheits-Organisation hat mit der Begriffsbestimmung von Gesundheit das Gerüst für ein maßgebliches Verständnis von Gesundheit und schlussendlich den Grundstein für moderne betriebliche Gesundheitsförderung gelegt. Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung fand am 21. November 1986 in Ottawa statt. Gemäß dem Aufruf zum aktiven Handeln für das Ziel: „Gesundheit für alle“, ist Gesundheit ein grundlegendes Recht aller Menschen. Dieses bezieht sich hauptsächlich auf die Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit und die Berufung die eigene Gesundheit zu stärken. Die zugehörige Gesundheitsdefinition der WHO ist im Kapitel 2.2.1 ausführlich definiert. Im Rahmen der Konferenz zur Gesundheitsförderung wird diese im weiteren Sinn als die Geburtsstunde der Gesundheitsförderung angesehen.

Einen weiteren Meilenstein setzte die 1989 von der Europäischen Union verabschiedete Rahmenrichtlinie, die einen wegweisenden Impuls für die Durchführung von Maßnahmen zur

Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit darstellte. Diese Rahmenrichtlinie wurde 1996 mit dem Arbeitsschutzgesetz in nationales Recht umgesetzt. (Struhs-Wehr, 2017 zitiert nach WHO, 1986) Im weiteren Verlauf werden wesentliche Gesetze für gesundheitsbezogene Interventionen in Unternehmen erläutert, welche in Abbildung 2 dargestellt sind.

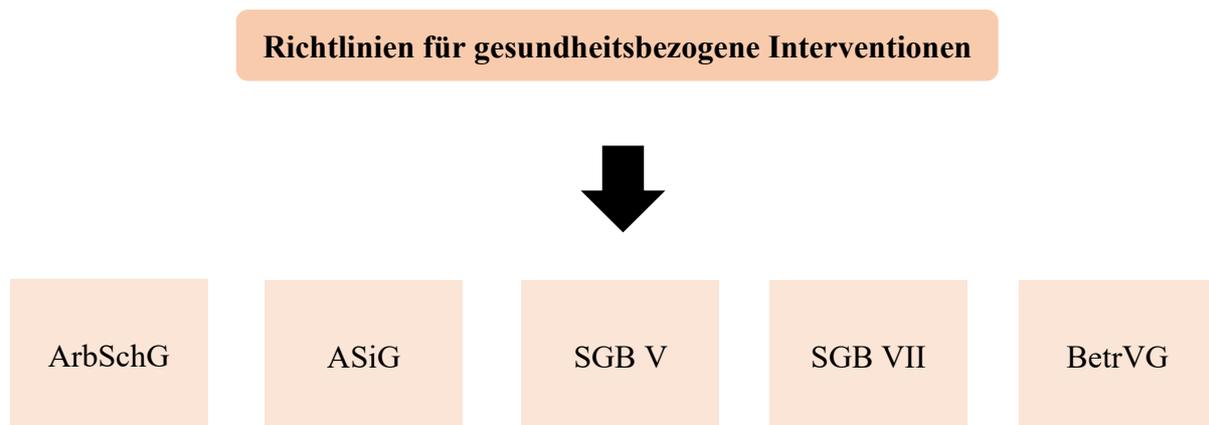


Abbildung 2: Richtlinien für gesundheitsbezogene Interventionen im Unternehmen
Quelle: Eigene Darstellung

Das **Arbeitsschutzgesetz** (*ArbSchG*) § 2 verpflichtet den Arbeitgeber zur Umsetzung der EG-Rahmenrichtlinie auf nationaler Ebene. Das Gesetz beinhaltet die allgemeinen Grundpflichten des Arbeitgebers dahingehend, die Verantwortung für die Sicherheit und den Schutz der Gesundheit seiner Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu übernehmen und umzusetzen. Im Vordergrund des Gesetzes stehen die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, die Verhütung von Unfällen und die menschengerechte Arbeitsgestaltung. Des Weiteren beinhaltet § 6 ArbSchG die Kontrolle über Gefährdungspotentiale der körperlichen sowie auch der psychischen Gesundheit, welche mittels einer regelmäßigen Gefährdungsbeurteilung festgestellt werden sollen. Die psychische Gesundheit und ihre Bemessung im Hinblick auf möglichen Gefährdungen ist durch die Aufnahme in das Arbeitsschutzgesetz seit 2013 ein wichtiger Faktor der Arbeitswelt.

Hinsichtlich des ArbSchG lässt sich feststellen, dass neben dem technischen und medizinischen Arbeitsschutz auch die ganzheitliche Gesundheitsvorsorge und -förderung im Unternehmen geregelt wird.

Das **Arbeitssicherungsgesetz** (*ASiG*), welches 1973 verabschiedet worden ist, regelt neben dem ArbSchG die personellen Voraussetzungen für die Gestaltung des Gesundheitsschutzes im Unternehmen. Im ASiG sind die Bestellung und die Aufgaben von Betriebsärzten und

Fachkräften für Arbeitssicherheit laut § 1, 3, 6 ASiG geregelt. Ebenfalls wird darin im § 9 ASiG festgelegt, dass diese Personengruppen zur Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat verpflichtet sind. Erforderlich ist darüber hinaus die Einrichtung eines Arbeitsschutzausschusses, dessen Zusammensetzung nach § 11 bestimmt wird.

Das *Sozialgesetzbuch zur gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)* von 1988 thematisiert im dritten Abschnitt des 5. Sozialgesetzbuches zur gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. In den §§ 20a und 20b SGB V ist die Verpflichtung der Krankenversicherungen zur Mitwirkung bei betrieblicher Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit in Bezug auf arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren geregelt.

Das *Sozialgesetzbuch zur gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)* aus dem Jahre 1996 stellt in § 14 SGB VII zur gesetzlichen Unfallversicherung sicher, dass Versicherungsträger für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, wie psychischen Belastungen am Arbeitsplatz, Sorge zu tragen haben. Die Unfallversicherungsträger arbeiten hinsichtlich der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Krankenkassen zusammen. Gemäß § 17 Abs. 1 SGB VII haben die Unfallversicherungsträger die Durchführung von Präventionsmaßnahmen in den Unternehmen zu überwachen und die Arbeitgeber sowie die Beschäftigten zu beraten.

Das *Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG)* regelt die bedeutsamen Aufgaben und Rechte der Betriebs- und Personalräte, welche über Mitwirkungsrechte (z.B. Arbeitszeit- und Pausenregelungen), Kontrollrechte (bzgl. Einhaltung von Sicherheitsvorschriften), Informationsrechte (z.B. Informationen über Planung von Arbeitsverfahren und -abläufen), Einigungszwang (z.B. für die Bestellung von Betriebsärzten oder Sicherheitsfachkräften), sowie Initiativrechte (z.B. Gesundheitsförderung) und Vorschlagsrechte (z.B. Gesundheitsförderung) verfügen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1972). Außerdem sind im BetrVG wichtige Kriterien der humanen Qualität von Arbeit festgelegt, wie Ausführbarkeit, Beeinträchtigungsfreiheit, Persönlichkeitsförderung und Schädigungslosigkeit, die gegenüber dem Arbeitgeber eingefordert werden können.

2.2.3 Gesundheitsförderung in der Krankenpflege

Mit der Einführung des Präventionsgesetzes im Jahr 2016 wird der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Pflegeberufe ein hoher Stellenwert zugeordnet. Im Vordergrund stehen dabei die Wiederherstellung und den Erhalt des gesundheitlichen Gleichgewichts. Die Gesundheitsförderung umfasst vorhandene Ressourcen, Schutzfaktoren und Bedingungen, die die Gesundheit stärken und dazu animieren, die eigene Gesundheit zu wahren und gesundheitliche Beschwerden abzuwenden. (Hurrelmann & Horn, 2011; Kaba-Schönstein, 2017) Dabei kann die Gesundheitsförderung in der Krankenpflege, auf die in Kapitel 2.2.2 definierte Ottawa Charta zurückgeführt werden, welche besagt dem „*Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung befähigen*“ (WHO, 1986).

Durch entsprechende betriebliche Maßnahmen, die sowohl auf die Arbeitsorganisation als auch das Verhalten der Mitarbeiter abzielen, können negative Beanspruchungsfolgen verringert und der Gesundheitszustand der Beschäftigten verbessert werden. Die betriebliche Gesundheitsförderung unterteilt sich in „Verhaltensprävention“ und „Verhältnisprävention“. Zur **Verhaltensprävention** gehören alle Maßnahmen, welche die individuellen Bewältigungskompetenzen bei auftretenden Belastungen erhöhen können, wie beispielsweise Trainingsangebote. Im Vordergrund steht dabei die Stärkung der Individuen auf körperlicher und geistiger Ebene. Zugehörige Interventionsbereiche bilden dabei Entspannungsverfahren, Psychoedukation und kognitiv-behaviorale Maßnahmen zum Umgang mit schlecht beeinflussbaren Gewohnheiten. (Oppolzer, 2010; Riedel-Heller et al., 2013).

Demgegenüber konzentrieren sich **verhältnisorientierte Maßnahmen** auf die Struktur und die Arbeitsorganisation. Dabei können organisatorische, technische und ergonomische Maßnahmen, wie zum Beispiel die optimale Gestaltung des Arbeitsplatzes, negative physische Belastungsfaktoren von dem Betroffenen abwenden. (Schlick et al., 2018)

Im Pflegebereich hat die Studie „Lifestyle and Shiftwork: Designing and Testing a Model for Health Promotion of Iranian Nurses“ (Mokarami et al., 2020) ergeben, dass durch bestimmte Faktoren das körperliche und psychische Wohlbefinden der Krankenpfleger verbessert werden kann. Dazu gehören Aspekte eines gesunden Lebensstils, wie körperliche Aktivität und Bewegungsförderung, gesundes Ernährungsverhalten, Aufrechterhaltung des Körpergewichts und Vermeidung von Rauchen. Eine besondere Bedeutung wird dabei der Bewegungsförderung

zugesprochen, da diese bestätigt, dass bereits zügiges Gehen gesundheitsförderliche Effekte bewirkt. Eine weitere Studie zur körperlichen Aktivität und Lebensqualität bei älteren Erwachsenen (de Vries et al., 2012) zeigt, dass dadurch das Mortalitätsrisiko gesenkt und die Lebenserwartung verlängert werden kann. Gleichmaßen wird die Gesamtmorbidität verringert und das mentale Gesundheitsbefinden verbessert.

Aus diesem Grund wird die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich der Krankenpflege in Deutschland zunehmend erkannt und im gleichen Zuge mit der Erprobung von Maßnahmen vielerorts begonnen, da es bislang noch an einer evidenzbasierten Interventionsentwicklung fehlt (Schaeffer & Horn, 2018).

2.3 Betrachtung der Fachkräftesituation in der Krankenpflege

In diesem Kapitel soll die Fachkräftesituation in der Krankenpflege aufgegriffen und deren Entwicklung aufgrund von Einflussfaktoren erklärt werden. Da der demografische Wandel bei dieser Problematik eine entscheidende Rolle spielt, werden im Hinblick auf die aktuelle Fachkräftesituation zunächst demografische Auswirkungen betrachtet. Danach wird die Fachkräftesituation in der Krankenpflege beleuchtet und anhand von aktuellen Zahlen verdeutlicht. Abschließend werden die Hauptgründe der Mitarbeiterfluktuation näher erläutert.

2.3.1 Demographische Auswirkungen

Der Begriff Demographischer Wandel wird häufig verwendet, wenn es um die strukturelle Veränderung der Bevölkerung Deutschlands geht. Grundsätzlich ist bekannt, dass sich die Bevölkerungspopulation im Zuge der nächsten Jahre und Jahrzehnte deutlich verändern wird (Institut der deutschen Wirtschaft, 2017). Wesentliche Merkmale, die vom demographischen Wandel geprägt sind, sind die Veränderung in der Alters- und Geschlechterstruktur, die regionale Verteilung der Bevölkerung, die Bevölkerungsentwicklung und die Lebensform der Menschen, die in Deutschland leben. (Bundesministerium des Inneren, 2011, S. 11) Zu den Hauptgründen der aktuellen Entwicklungen zählen zum einen sinkende beziehungsweise auf niedrigem Niveau stagnierende Geburtenraten nach der Generation der Babyboomer und zum anderen steigende Lebenserwartungen in der Bevölkerung. (Walla et al., 2006)

Für die Unternehmen in Deutschland wird es zu den zentralen Herausforderungen gehören, den Folgen des demografischen Wandels entgegenzuwirken. In den Pflegeberufen kann hier von

einer dreifachen Belastung gesprochen werden. Dreifache Belastung daher, weil nicht nur die Gesamtbevölkerung altert und das Risiko auf krankenpflegerische Versorgung angewiesen zu sein steigt, sondern auch weil die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege zusehends altert, während zu wenig neues Personal nachkommt. Bereits heute gibt es in fast der gesamten Republik einen Mangel an pflegerischem Personal, vor allem im Bereich der Fachkräfte (Seyda et al., 2021). Die Suche nach und Akquise von jungen Nachwuchskräften hat sich für die Betriebe im Gesundheits- und Pflegesektor, zu einem sogenannten „war for talents“ entwickelt. (Brand et al., 2015, S. 47) Aufgrund der in Kapitel 2.1 erläuterten Arbeitsbedingungen sowie des allgemein schlechten Rufes der Krankenpflege bei jungen Menschen, wird es immer schwieriger die in Rente eintretenden Kollegen durch neue zu ersetzen. Diese Nachwuchskräfte sind darüber hinaus aufgrund der Geburtenzahlen nicht mehr so vielzählig, wie die noch im erwerbsfähigen Alter stehende Babyboomer-Generation.

2.3.2 Aktuelle Fachkräftesituation

Die Fachkräftelücken in den Pflegeberufen sind bereits heute größer als in jedem anderen Beruf. Aus diesem Grund ist mit einer steigenden Nachfrage an solchen Fachkräften und einer weiteren Verschärfung des Fachkräftemangels in den Berufen der Krankenpflege zu rechnen. Dazu zählen Berufe der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege, sowie der Kinderkrankenpflege. Um die Veränderung im Laufe der letzten Jahre aufzuzeigen, wird neben der Fachkräftesituation im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege nachfolgend ein Exkurs zur Arbeitsmarktentwicklung der gesamten Pflegeberufe genommen. Im Jahr 2011 lag die Zahl offener Stellen bei rund 40.000 und ist bis zum Jahr 2021 auf über 57.000 angewachsen. Laut den Berechnungen des Kompetenzzentrums für Fachkräftesicherheit für das Jahr 2021 entspricht dies einen Anstieg von 42,7 Prozent (Seyda, 2021, zitiert nach KOFA, 2021). Die Verteilung der offenen Stellen hinsichtlich der zugehörigen Berufsgruppe wird in Abbildung 3 dargestellt. Dabei richtet sich die überwiegende Mehrheit mit 63,9 Prozent der offenen Stellen richtet an Fachkräfte mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung. Für Helfer in den Pflegeberufen waren 22,4 Prozent der offenen Stellen ausgeschrieben. Auch gab es für Experten mit Master oder Diplom 4,7 Prozent offene Stellen, dicht gefolgt von 3,6 Prozent für Spezialisten mit Fortbildungsabschluss. (KOFA, 2021, zitiert nach Seyda, 2021)



Abbildung 3: Offene Stellenangebote nach Berufsgruppe
 Quelle: Eigene Darstellung

Im Jahr 2020 gab es durchschnittlich über 1.480.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Pflegeberufen. (KOFA, 2021, zitiert nach Seyda, 2021) Davon ausgehend bildeten Fachkräfte mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung (Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger und Altenpfleger) mit knapp 62 Prozent, die größte Gruppe. Den Rest machten Spezialisten mit Fortbildungsabschluss (Fachkrankenpfleger, Fachkinderkrankenpfleger, Altenpflegespezialist, Aufsichts- und Führungskräfte sowie Alten- und Krankenpfleger mit sonstiger Spezialisierung) mit 6,4 Prozent der Beschäftigten aus, sowie Experten mit 2,0 Prozent. Auf Helfer in den Pflegeberufen entfielen knapp 30,0 Prozent.

Obwohl die Anzahl der Fachkräfte in der Altenpflege mit 54.000 Beschäftigten und in der Gesundheits- und Krankenpflege um über 65.000 Beschäftigten seit 2013 angestiegen ist, bestehen besonders in diesem Bereich bereits seit vielen Jahren starke Engpässe. Bereits im Jahr 2011 lag die Fachkräftelücke für Fachkräfte mit Berufsausbildung bei etwa 19.200 offenen Stellen und ist bis Mitte 2018 auf über 34.800 Stellen angestiegen. Im Jahr 2021 konnten circa 31.500 Stellen für Pflegefachkräfte mit Berufsausbildung nicht besetzt werden. Eine überblickshafte Darstellung wird nachfolgend in Abbildung 4 dargestellt.

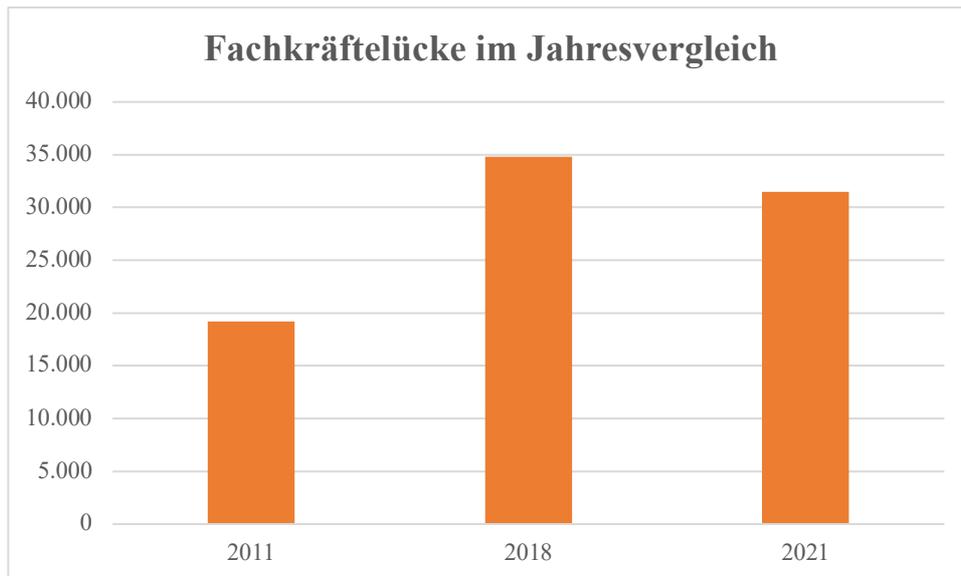


Abbildung 4: Offene Stellen für Fachkräfte
Quelle: Eigene Darstellung

Das bedeutet, dass sich die Stellenüberhangsquote für die Pflegeberufe seit über einem Jahrzehnt auf einem hohen Level bewegt. (KOFA, 2021, zitiert nach Seyda, 2021) Die Stellenüberhangsquote für Fachkräfte mit abgeschlossener Berufsausbildung in der Kranken- und Altenpflege lag im Jahresdurchschnitt 2020/21 bei 80,1%.

In der Gesamtwirtschaft lag diese zum Vergleich bei 27,7 Prozent. Folglich findet sich im Jahresdurchschnitt 2020/21 die größte Fachkräftelücke in der Altenpflege mit über 17.000 Personen. Die zweitgrößte Lücke besteht im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege mit 14.000 Personen. (KOFA, 2021, zitiert nach Seyda, 2021) Dies bedeutet, dass neben der Altenpflege Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege von allen Berufen bundesweit die größten Fachkräfteengpässe überhaupt aufweisen.

2.3.3 Berufsausstieg von Pflegefachkräften der Krankenpflege in Deutschland

Im Folgenden wird der Ausstieg aus dem Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege, von Fachkräften im stationären Krankenhaus, als Folge der zuvor genannten Belastungen näher beleuchtet. Die durchschnittliche Verweildauer von ausgebildeten Pflegekräften in der Krankenpflege, bevor es zu einem generellen Ausstieg oder einer Umorientierung im Beruf kommt, liegt bei circa 14 Jahren (Die Techniker, 2017).

Im Berufsalltag von Fachkräften der Gesundheits- und Krankenpflege ist derzeit die Versorgung von durchschnittlich zehn Patienten vorgesehen. Um einen Eindruck von der damit verbundenen Arbeitslast zu gewinnen, werden nachfolgend weitere Länder im Hinblick auf die

Patientenanzahl einer Pflegefachkraft dargestellt (siehe Abbildung 5). (Zander & Busse, 2019) Demzufolge ist ersichtlich, dass deutsche Pflegefachkräfte fast doppelt so viele Patienten versorgen müssen, wie beispielsweise Fachkräfte in den Niederlanden.

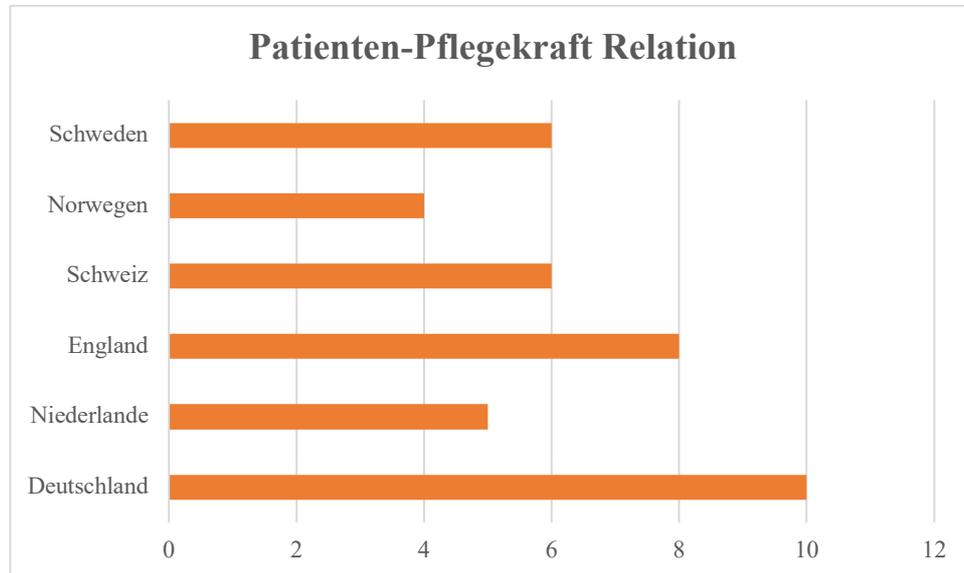


Abbildung 5: Patienten pro Pflegekraft im internationalen Vergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Jedoch benötigen nicht nur die Patienten Zuwendung, sondern gleichwohl die Pflegekräfte selbst. Dies kann zum Beispiel durch die Wertschätzung ihrer Arbeit passieren. In Bezug auf die Arbeit der Fachkräfte soll sowohl die Anerkennung und Wertschätzung als auch die eigene Zufriedenheit im Beruf dargestellt werden. Aus den Ergebnissen der RN4Cast-Studie von Zander und Busse (2019) geht hervor, dass 35% der Pflegefachkräfte in Deutschland für ihre Arbeit Lob und Anerkennung erfahren, was niederländische Pflegekräfte mit 51% angeben. In England geben 47% der Befragten an für ihre Arbeit Wertschätzung zu erfahren, in der Schweiz 61%, in Norwegen 56% und in Schweden 46% (siehe Abbildung 6). (Zander & Busse, 2019) Dabei ist deutlich erkennbar, dass Deutschland hinsichtlich der betrachteten Länder am schlechtesten abschneidet.

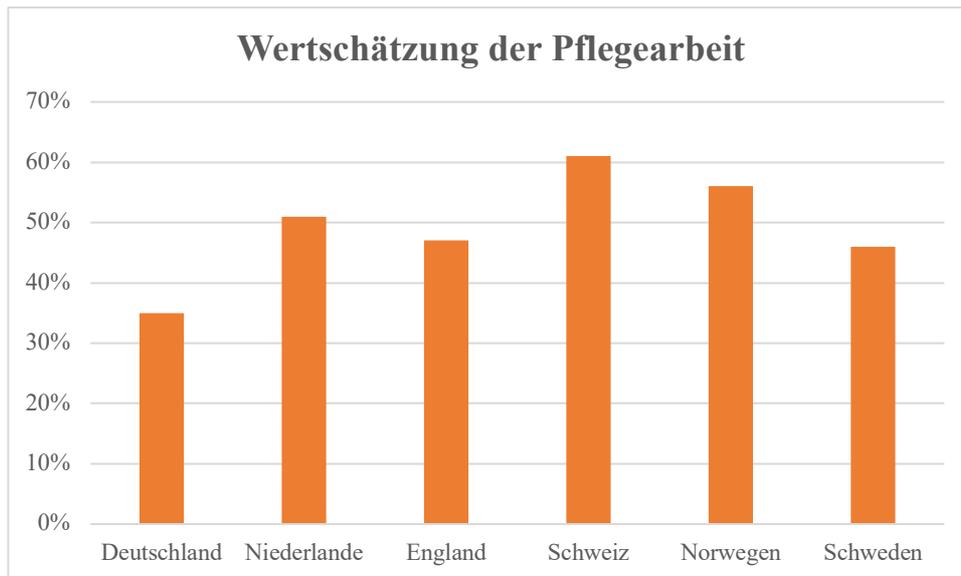


Abbildung 6: Wertschätzung der Arbeit der Pflegefachkräfte im internationalen Vergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Ebenfalls ist die eigene Zufriedenheit im Beruf ein wichtiger Faktor dafür, ob die Pflegefachkräfte sich für oder gegen einen Ausstieg aus dem Beruf entscheiden. In Deutschland geben 34% der befragten Fachkräfte eine subjektive Zufriedenheit im Beruf an. Im Hinblick auf den internationalen Vergleich liegen die Niederländer bei 42%, England bei 54% und die Schweiz bei 66%. Nur Norwegen mit 22% und Schweden mit 20% liegen mit ihren Angaben zur Zufriedenheit unter Deutschland (siehe Tabelle 7).

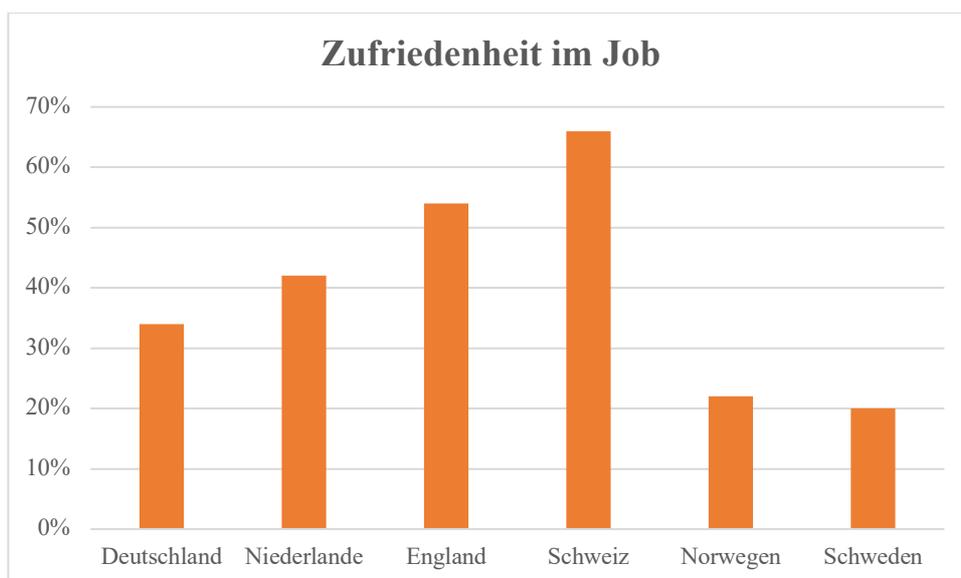


Abbildung 7: Zufriedenheit im Job im internationalen Vergleich
Quelle: Eigene Darstellung

Weiterhin gibt ein Drittel der Pflegefachkräfte in Deutschland an, im Berufsalltag überfordert zu sein. Nach den hier betrachteten Ländern konnte lediglich bei den Engländern mit 42% ein höherer Wert, mit Fachkräften die sich überfordert fühlen, verzeichnet werden. (Zander & Busse, 2019) Von 2000 bis 2017 gingen laut der Gewerkschaft Verdi (2018) 10.622 deutsche Pflegefachkräfte ins Ausland verloren. Zu den Hauptgründen dafür zählen eine geringere Arbeitsdichte und ein besserer Verdienst. Bezugnehmend zu den Ergebnissen einer Sonderauswertung von Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, sind hinsichtlich der Vergütung 73% der deutschen Fachkräfte in der Krankenpflege der Meinung, für ihre Arbeit nicht leistungsgerecht entlohnt zu werden. (Institut DGB-Index, 2018) Darüber hinaus schätzen 80% der Krankenpfleger ein, ihre Arbeit sehr häufig beziehungsweise häufig gehetzt auszuüben. Weitere 55% der Befragten sind häufig mit Arbeitsanforderungen konfrontiert, die nur schwer miteinander zu vereinbaren sind. Dies führt dazu, dass 49% der Pflegekräfte in der Krankenpflege angeben bei ihrer geleisteten Arbeit Abstriche in der Qualität machen zu müssen. Den Beruf unter den jetzigen Arbeitsbedingungen bis zum Rentenalter durchhalten zu können, geben nur 22% der Beschäftigten an. Dieser Anteil wäre allerdings annahmegemäß fünf Mal so groß, wären die Arbeitsbedingungen der Krankenversorgung besser. (Institut DGB-Index, 2018)

Die nachfolgende Statistik (siehe Abbildung 8), welche in Anlehnung an die Studie „Pflege-Thermometer 2018“ erstellt wurde, zeigt überblickshaft, die sich aus den Studienergebnissen resultierenden Beweggründe für einen Berufsausstieg. Im Rahmen dieser Studie wurden mittels eines Fragebogens 13.223 voll- und teilstationäre Einrichtungen in ganz Deutschland zu aktuellen und zukünftigen Entwicklungen sowie auch zur Fluktuation von Mitarbeitern befragt. Die Rücklaufquote der Fragebögen beläuft sich auf N=1067 und ist laut eigenen Einschätzungen des Pflege-Thermometers auf die Grundgesamtheit übertragbar. Die Ergebnisse zeigen, dass neben dem demografischen Wandel die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege ein wichtiger und gleichzeitig an dritter Stelle stehender Beweggrund, für einen Ausstieg aus dem Beruf sind (Isfort et al., 2018).

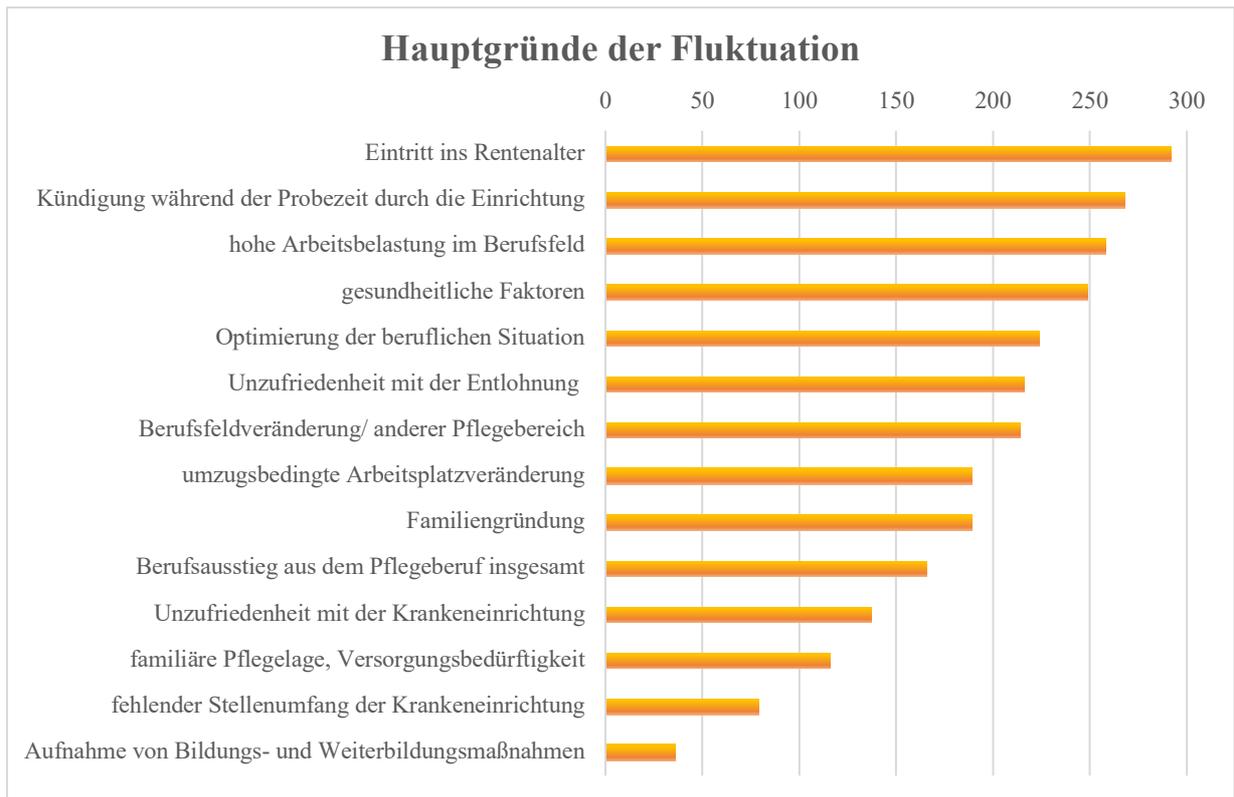


Abbildung 8: Hauptgründe der Fluktuation
 Quelle: In Anlehnung an Isfort et al., 2018

3 Methodik

Um eine Antwort der formulierten Forschungsfrage herzuleiten, wird im weiteren Verlauf die methodische Vorgehensweise erklärt. Es wird auf die Art der Stichprobe eingegangen und die Auswahl der Experten begründet. Anhand der verwendeten Erhebungsmethode wird nachstehend der erarbeitete Interviewleitfaden näher beleuchtet. Zum Schluss wird die Datenauswertung aufgegriffen und konkretisiert.

3.1 Stichprobe

Die Auswahl der Teilnehmer richtete sich nach den zuvor aufgestellten Forschungsfragen. Aus diesem Grund wurde sich primär auf Experten einer stationären Akutklinik gestützt. Dazu wurden Teilnehmer ausgewählt, die aufgrund ihres Berufes an entscheidender Stelle mit dem Thema befasst sind. Ein zusätzliches Augenmerk lag auf dem mittleren Alter der Beschäftigten, wodurch von einer weitreichenden Berufserfahrung ausgegangen wird. Da bereits ein umfangreicher Wissensstand zum Thema vorliegt, wird die Anzahl der durchzuführenden

Interviews an dessen „theoretischer Sättigung“ festgemacht, auf welche zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal kurz eingegangen wird. Auf Basis dessen kann der pflegerische Berufsalltag, zusammen mit den dabei einhergehenden Belastungsfaktoren, aufgegriffen werden.

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte in mehreren Schritten. Einen ersten Schritt beinhaltet die Recherche von umliegenden Krankenhäusern im Landkreis Zwickau. Ein besonderes Suchkriterium war dabei lediglich die Standortnähe von Krankenhäusern der stationären Akutversorgung. Als gewonnene Treffer konnten das Kreiskrankenhaus Kirchberg GmbH, das Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau und die Paracelsus-Klinik Zwickau erhoben werden. Anhand deren Homepages konnte für jedes der Krankenhäuser ein geeigneter Ansprechpartner der Klinikleitung ermittelt werden, welche im nächsten Schritt um ihr Einverständnis hinsichtlich des weiteren Vorgehen gebeten wurden. Da die Zeit dieser Ansprechpartner meist knapp bemessen ist, erfolgte die Kontaktaufnahme durch ein Anschreiben per E-Mail. Darin wurden das Anliegen, die Vorgehensweise und das Ziel der Befragung kurz beschrieben. Außerdem umfasste die E-Mail eine Vorstellung zur Person des Verfassers sowie die Kontaktdaten, um eine Rückmeldung zu ermöglichen, verbunden mit der Bitte für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Bereits nach einer Woche erhielt der Verfasser eine Rückmeldung, vom Ansprechpartner des Heinrich-Braun-Klinikums in Zwickau sowie eine Einladung zum persönlichen Gespräch. Die Terminvereinbarung wurde per Telefonat abgestimmt.

Zwei Wochen später meldete sich der Ansprechpartner des Klinikums in Kirchberg per E-Mail, mit möglichen Terminen zum Gespräch, zurück. Auch hier konnte ein fester Termin zum Gespräch vereinbart werden.

In dessen Rahmen wurden der Leitfaden und die Dauer des Interviews erläutert sowie die datenbezogene Weiterverwendung der Informationen aus den zu führenden Interviews erklärt. In beiden Fällen konnte eine Einwilligung der Klinikleitung zur Interviewbefragung der dort stationär beschäftigten Pflegekräfte eingeholt werden. Die Auswahl der jeweils zugehörigen Fachabteilung des Interviewpartners erfolgte dabei zufällig. Im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse, konnten vier geeignete Teilnehmer zum Interview gewonnen werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Experten anonymisiert. Mit der im Folgenden dargestellten Bezeichnung werden die Interviewteilnehmer im weiteren Verlauf mit ihrer dazu gehörigen Fachabteilung verbunden.

Experte A und **Experte D** gehören der Station 03 – 0 – Internistische Intensivmedizin an. Die Abteilung zählt mit zwei weiteren Spezialabteilungen (Kardiologie und Angiologie) zur Inneren Medizin I. Hier werden Menschen behandelt, die maschinelle Beatmung, maschinelle Nierenersatzverfahren oder medikamentöse Kreislaufunterstützung benötigen. Außerdem erfolgt die Behandlung von Menschen mit Vergiftungen, lebensbedrohlichen Infektionen, Blutungen des Magen-Darm-Traktes, Herzrhythmusstörungen sowie nach einem Herzinfarkt. (Heinrich-Braun-Klinikum o.D.)

Experte B ist am Außenstandort Kirchberg in der medizinischen Facheinrichtung der Neurorehabilitation (Station KBG01A und KBG02B) beschäftigt. Schwerpunkt dieser Station ist die Versorgung von Patienten, unmittelbar nach einem akuten Ereignis, wie z.B. Schlaganfall, Hirnschädigungen sowie schweren Schädel-Hirnverletzungen. Weiterhin zählt zum Versorgungsangebot die weiterführende und medizinische Rehabilitation für eine direkte Anschlussbehandlung. (Heinrich-Braun-Klinikum o.D.)

Experte C gehört zur Station 03 – 1A und 03 – 1B – Kardiologie, welche besonderen Fokus auf die Behandlung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen legt (Heinrich-Braun-Klinikum o.D.).

Alle Interviewteilnehmer haben eine dreijährige Berufsausbildung genossen und sind seitdem zwischen 29 und 40 Jahren im Beruf tätig. Die Teilnehmer sind 50 bis 56 Jahre alt und ausschließlich Frauen. Die Interviewteilnehmer konnten im Zeitraum vom 09.11.2021 bis zum 18.11.2021 in einem persönlichen Einzelinterview vor Ort der jeweils benannten Abteilung befragt werden. Anzumerken ist dabei, dass im Rahmen der Befragung jegliche Schutzmaßnahmen in Bezug auf COVID-19 beachtet wurden. Die Interviews umfassten eine zeitliche Dauer von 28 und 37 Minuten. Vom Paracelsus-Klinikum in Zwickau konnte bis zum Zeitpunkt der letzten Interviewbefragung keine Rückmeldung empfangen werden, weshalb sich auf Experte A, B, C und D beschränkt wurde. Außerdem konnten im Rahmen der durchgeführten Interviews wiederholte Antworten verzeichnet werden, mit dessen Präsenz der inhaltliche Charakter des Themas untermauert werden konnte. Auch kann mittels der vorliegenden Theorie zum Thema die bereits erwähnte „theoretische Sättigung“, auf Basis des Datenmaterials der geführten Interviews abgedeckt werden. Grundlegend wird diese durch das Erheben und Analysieren mehrerer Datenquellen erreicht und gilt dann als gesättigt, wenn keine neuen Eigenschaften erkannt werden können. Im Rahmen dieser Arbeit konnten bereits

bekannte Aspekte der zugrundeliegenden Literatur mittels der durchgeführten Interviews für die Praxis generiert werden, ohne dass sich daraus komplett neue Gesichtspunkte ergeben haben.

3.2 Erhebungsmethode

Daten können methodisch mit Hilfe von qualitativen und quantitativen Verfahren erhoben werden. Zur Erhebung der im Rahmen dieser Arbeit gewonnenen Interviewdaten wurde sich dabei auf das leitfadengeführte Experteninterview als qualitative Methode gestützt. Dazu wurden semistrukturierte Interviews (Groeben & Scheele, 2000) geführt.

Vorteil dieser Erhebungsmethode ist, dass subjektive Theorien durch den vorhandenen Leitfaden theoriegeleitet erfasst und rekonstruiert werden können. Mittels offener Fragen an die Interviewten können neue Erkenntnisse im Hinblick auf die Forschungsfrage gewonnen werden, um den bestehenden theoretischen Rahmen mit praktischen Kenntnissen zu untermauern. Aufgrund der dargestellten Vorteile wurde diese Methodik vom Verfasser gewählt.

Zur Durchführung der Interviews wurde vom Verfasser ein geeigneter Leitfaden (siehe Anhang 1) gefertigt. Die Erstellung des Leitfadens erfolgte nach der SPSS-Methode nach Helfferich. Das Vorgehen zur Erarbeitung unterteilt sich in vier Schritte, wobei das Kürzel „SPSS“ für „Sammeln“, „Prüfen“, „Sortieren“ und „Subsumieren“ steht (Helfferich, 2005, S. 161ff.).

Im ersten Schritt „**Sammeln**“ wurden zunächst alle Fragen gesammelt, die im Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand von Interesse sind.

Im zweiten Schritt „**Prüfen**“ wurden die Fragen unter Aspekten des Vorwissens und der Offenheit auf ihre Geeignetheit überprüft.

Im nächsten Schritt „**Sortieren**“ erfolgte die Sortierung der verbliebenden Fragen und Stichworte nach inhaltlichen Aspekten, so dass Fragenkomplexe entstanden.

Im letzten Schritt „**Subsumieren**“ bekam der Leitfaden seine besondere Form, indem alle Fragen an entsprechender Stelle in den Leitfaden angeordnet wurden.

Mittels dieser Vorlage wurde im Ergebnis ein Leitfaden bestehend aus vier Komplexen erarbeitet. Dabei wurde darauf geachtet, die Fragen aufeinander aufbauend zu stellen, um im Gespräch vom Allgemeinen zum Spezifischen zu gelangen. Mit dieser Struktur konnten spätere Antworten entsprechend analysiert und die jeweiligen Kategorien gebildet werden.

Der erste Komplex beinhaltete:

- eine Begrüßung, eine Einleitung ins Thema und das Ziel der Befragung. Zudem wurden von den Interviewpartnern allgemeine Aspekte zur Berufstätigkeit abgefragt.

Der zweite Komplex umfasste:

- den Hauptteil der Befragung. Hierbei wurden Fragen zur Arbeitstätigkeit und -beanspruchung gestellt, welche die Arbeitssituation der Befragten aufgreifen und alle Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag darstellen sollten. Außerdem erfragte der zweite Komplex Maßnahmen, welche den Pflegekräften unterbreitet werden, um die eigene Gesundheit zu erhalten und sicherzustellen.

Der dritte Komplex bezog sich auf:

- Fragen, die zurückliegendes nochmals aufgegriffen und gleichzeitig abgeschlossen haben.

Der vierte Komplex erklärte:

- die Vorgehensweise zur Weiterverwendung der personenbezogenen Daten.

Am Ende des Leitfadens ordnete sich, gemäß der Datenschutzgrundverordnung, die Einwilligungserklärung zum Interview und zur Verwendung der Daten ein. Zu jedem Interview lag der Leitfaden in Papierform vor, so dass jeder Interviewteilnehmer die Erklärung unterschreiben konnte.

Vorangestellt an die Befragung der Teilnehmer, erfolgte ein erster Pretest zur Qualität des Leitfadens. Die dabei festgestellten Probleme hinsichtlich der Verständlichkeit wurden im Rahmen einer Überarbeitung der Fragenformulierung behoben. Dem zweiten Pretest konnten keine Verständlichkeitsprobleme mehr entnommen werden, weshalb der Leitfaden zur Befragung eingesetzt wurde. Zusammenfassend enthält der Leitfaden 22 Fragen mit 2 Unterfragen. Die dafür vorgesehene Interviewdauer umfasst 30 Minuten. Die Erstellung, Anordnung und Überarbeitung der Fragen beanspruchten 2 Wochen. In einem letzten Schritt wurde der Leitfaden zur Absicherung dem Betreuer dieser Arbeit zugesandt.

3.3 Datenauswertung

Um Daten zu gewinnen werden vorab, gegen Einwilligung und Unterschrift der Teilnehmer, alle Interviews mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und abgespeichert. Die Datenauswertung wird mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015)

vorgenommen. Durch diese können komplexe Denkstrukturen der Teilnehmer erhoben und das sprachliche Datenmaterial, welches in Gesprächssituationen gewonnen wurde, aufbereitet und ausgewertet werden.

Im ersten Schritt der Datenauswertung werden die aufgenommenen Audiodateien transkribiert. (Fuß & Karbach, 2014) Nonverbale Äußerungen wie zum Beispiel Räuspern werden dabei nicht berücksichtigt. Dieses Material wird dann im nächsten Schritt erneut bearbeitet – es werden Rechtschreibung und nicht identifizierbare sprachliche Fehler korrigiert. Anschließend werden die Transkripte für jedes Interview als Anhang (Anhang 2-5) beigelegt.

Zur Weiterbearbeitung erfolgt die Abspeicherung in einem separaten Dokument, um die folgende Inhaltsanalyse übersichtlicher zu gestalten (Mayring, 2015). Um zu einem späteren Zeitpunkt die Aussagen der Interviewteilnehmer zitieren zu können, werden alle Antworten der Reihe nach durchnummeriert. Auf Basis dessen ist die wichtigste Grundlage geschaffen, um nachfolgend mit der Codierung zu beginnen. Jedes der Interviews wird im Tabellenkalkulationsprogramm Excel, entsprechend der vorab festgelegten Nummerierung der Zeilen, hinterlegt. Die entstehende Tabelle wird anschließend mit zwei weiteren Spalten ergänzt, die hinter dem eigentlichen Interviewtext platziert sind und bei der Auswertung für die Codierung und die daraus entstehenden Kategorien verwendet werden. Bei der Bearbeitung der nun vorliegenden Datengrundlage wird jedes Interview einzeln Zeile für Zeile aufmerksam durchgeschaut. Dabei werden ausschließlich die Kernaussagen einer oder mehrerer Zeilen analysiert und Codewörter entwickelt. Dies führt dazu, dass nicht exakt jede Zeile der einzelnen Interviews in einen Code überführt wird. Sobald ein Codewort gefunden wurde, erfolgt die Bearbeitung am nächsten Element. Das Schema der Codierung wird so lange angewendet, bis alle wichtigen beziehungsweise relevanten Textelemente für jedes Interview kodiert sind. Die jeweils identifizierten Codes werden in einer der ergänzten Excelspalten hinterlegt.

Den letzten Schritt der Inhaltsanalyse bildet die Entwicklung von Kategorien. Zur Kategorienbildung wird die letzte in Excel erstellte Spalte verwendet. Dazu werden zunächst alle entwickelten Codewörter in absteigender Reihenfolge geprüft. Dann wird der Reihe nach für jedes Codewort eine passende Kategorie gebildet. Zusammenpassende Codewörter werden derselben Kategorie zugeordnet. Für jedes weitere Codewort wird entschieden, ob die Zuordnung zu einer bereits bestehenden Kategorie möglich ist oder ob eine neue Kategorie erstellt werden muss. Dieses Schema wird auf jedes Element angewendet, bis für alle Codewörter eine passende Kategorie erstellt wurde (siehe Anhang 6-9).

Nachdem diese Vorgehensweise beendet wurde, werden die gebildeten Kategorien erneut untersucht. Dabei können gegebenenfalls zusammengehörige Rubriken noch zu einer Kategorie

zusammengefasst werden. Zum Schluss werden die ermittelten Kategorien mit einer kurzen Bezeichnung, mittels Großbuchstaben, versehen (Anhang 10). Diese Buchstaben dienen der Strukturierung der späteren Bearbeitung und erleichtern im weiteren Verlauf den Bezug und die Analyse der vorliegenden Daten.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die aus den geführten Interviews gewonnenen Daten ausgewertet und daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen dargestellt. Dabei wird sich grundlegend auf den allgemeinen Tagesverlauf im Krankenpflegealltag gestützt und Aussagen zur Corona-Pandemie nicht mit einbezogen. Die allgemeinen Rahmenbedingungen der Interviews sind in der folgenden Tabelle (Tabelle 1) zusammengefasst:

Tabelle 1: Expertenerklärung

Experte	Station	Geschlecht	Alter	Interviewdauer (in Minuten)	Experten- ID
A	Internistische Intensivmedizin	Weiblich	50	36:06,79	I1
B	Neurorehabilitation	Weiblich	52	29:28,56	I4
C	Kardiologie	Weiblich	57	27:25,00	I3
D	Internistische Intensivmedizin	Weiblich	56	31:13,00	I2

Quelle: Eigene Darstellung

Sie enthält die unter 3.1 dargestellten Angaben zu den Interviewpartnern und deren Tätigkeitsbereichen in der dort beschriebenen anonymisierten Form. Die jeweilige Experten-ID, die im weiteren Verlauf als Bezugsgröße verwendet wird, ist ebenso dargestellt wie das zeitliche Ausmaß, in dem jeder Teilnehmer auf die Interviewfragen geantwortet hat. Zudem beinhaltet die Tabelle die Station, welcher der jeweilige Teilnehmer zugehörig ist und das Geschlecht. Auch wird das Alter der Teilnehmer angegeben, da sich die Fragen im Interviewleitfaden grundsätzlich an Pflegekräfte mit Berufserfahrung richten.

Beim Bereinigen sowie der anschließenden Zusammenfassung der vielfältigen Antworten, haben sich im Schritt der Kodierung acht Hauptkategorien ergeben. Diese sind in Tabelle zwei dargestellt. Dabei wurde vor allem die Häufigkeit des Vorkommens herausgearbeitet, um zu verdeutlichen, bei welcher Kategorie eine Vielzahl gleichlautender Antworten gegeben wurden. Die Darstellung der gefundenen Kategorien erfolgt in absteigender Reihenfolge, um die Ergebnisse nach ihrer Häufigkeit zu bearbeiten. Zudem wird die Häufigkeitsverteilung der acht Kategorien anhand eines Säulendiagramms (siehe Abbildung 9) anschaulich dargestellt.

Tabelle 2: Kategoriedarstellung

Kategorie	Kategorie Bezeichnung	Häufigkeit
A	Gesundheitsangebote	10
B	Zusatzaufgaben	12
C	Körperliche Belastungs- faktoren	13
D	Psychische Belastungs- faktoren	15
E	Herausforderungen von Beruf und Familie	17
F	Arbeitsqualität	26
G	Arbeitsinhalt	33
H	Pflegepersonal	34

Quelle: Eigene Darstellung

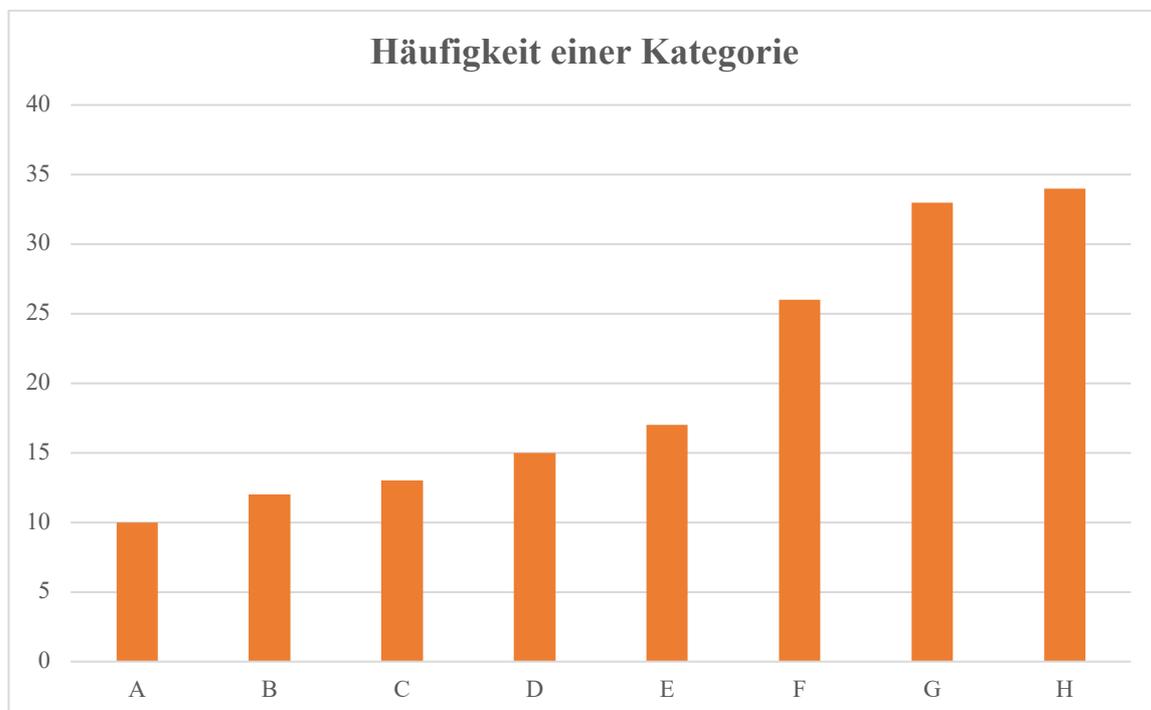


Abbildung 9: Darstellung der Häufigkeit einer Kategorie

Quelle: Eigene Darstellung

Nachdem die Kategorien tabellarisch aufsteigend in ihrer Häufigkeit vorliegen, erfolgt der nächste Schritt im Rahmen der Inhaltsanalyse. Dabei wird die Zusammensetzung der acht Kategorien aufgegriffen und mit einzelnen Antworten der Interviewpartner verstärkt. Begonnen wird mit Kategorie A (Gesundheitsangebote) bis hin zur Kategorie H (Pflegepersonal). Für einen besseren Überblick wird die Verschriftlichung der gewonnenen Daten der Reihe der Interviewpartner nach vorgenommen. Das heißt, dass in jeder Kategorie immer mit I1 begonnen wird und alle Häufungen der jeweiligen Kategorie angegeben werden. Dieser Vorgang erfolgt, bis jeder Interviewpartner bis hin zu I4 bearbeitet wurde.

4.1 Kategorie A: Gesundheitsangebote

In dieser Kategorie werden verschiedene Gesundheitsangebote, welche den Pflegekräften vom Arbeitgeber unterbreitet werden, vorgestellt. Dazu wurde im Leitfaden eine Frage entwickelt, die erfragt, welche Angebote den Mitarbeitern zur Verfügung stehen, um die eigene Gesundheit präventiv zu fördern und sicherzustellen. Bei der Auswertung hat sich eine 10-fache Nennung dieser Kategorie ergeben.

Im Gespräch wird von I1 die Möglichkeit zur Teilnahme an Yoga-Kursen, Physiotherapie-Kursen und die Bildung von Fahrradgruppen benannt. Auch äußert sich der Gesprächspartner zur Inanspruchnahme dieser Angebote und sagt: *„[...] das wurde auch ganz gut genutzt“* (I1, Z. 112-114, Anhang 2).

Die Möglichkeit zur Teilnahme an Yoga-Kursen wird ebenso im Interview mit I2 benannt. Zur Nutzung äußert sich I2 jedoch anders und sagt: *„[...] wenn du fertig bist mit deiner Arbeit willst du zusehen, dass du nach Hause kommst [...]“* (I2, Z. 206-207, Anhang 3). Dazu erklärt er, dass nach der Arbeit die Motivation fehlt, anschließend noch Sport zu machen. (I2, Z. 205-208, Anhang 3).

Von I3 wird auf die Frage geantwortet, dass grundsätzlich Angebote zur sportlichen Betätigung unterbreitet werden und zudem noch Nordic Walking als Angebot hinzugefügt. Allerdings äußert sich der Befragte ähnlich wie I2 und erklärt, dass die Mehrheit nach Dienstende direkt nach Hause will. Hinzu fügt I3 noch, dass es dennoch probiert wird, aber sich die Umsetzung größtenteils schwierig gestaltet. (I3, Z. 315-216, Anhang 4)

Einen neuen Aufschluss in dieser Kategorie gibt Interviewpartner vier und benennt als erstes das Dasein des Gesundheitsmanagements. Allerdings untermalt I4, was im Gespräch mit I2 und I3 ersichtlich geworden ist, nämlich, dass dies kaum von den Pflegekräften in Anspruch genommen wird. Von I4 werden die bereits genannten Sportangebote, Yoga und Nordic-Walking, noch einmal aufgezählt, „[...] die man mehrmals in der Woche vor oder auch nach der Schicht nutzen kann.“ (I4, Z. 425-427, Anhang 5) Auf Nachfrage, ob es dementsprechend auch so genutzt wird, gesteht I4 nach der Arbeit eher weniger bereit dazu zu sein. Besser ist es an einem freien Tag oder im privaten zuhause sportlich aktiv zu sein.

4.2 Kategorie B: Zusatzaufgaben

Sämtliche Antworten, die in Bezug auf patientenferne Zusatzaufgaben im Arbeitsalltag der Pflegekräfte auftreten, werden innerhalb dieser Kategorie aufgezeigt. Im Sinne der Auswertung konnte diese Kategorie 12-mal in ihrer Häufigkeit gezählt werden. Um die Antworten zielführend zu erhalten, wurde direkt nach zusätzlichen patientenfernen Aufgaben gefragt.

Eine erste Nennung gibt es im ersten Interview mit I1. Im Gespräch antwortet er neben den eigentlichen Aufgaben, viele zusätzliche Aufgaben zu haben und erweitert darauf „[...] ganz viele patientenferne Aufgaben oder Tätigkeiten“ (I1, Z. 25, Anhang 2) zu haben. Die Bestellung und anschließende Verräumung von Arzneien und Verbandsmaterial zählt zum einen dazu. Dieser Vorgang nimmt sehr viel Zeit in Anspruch, da es sehr aufwändig ist in den Schränken zu schauen, was an Material und Medizin fehlt, wie I1 erklärt. Außerdem gibt Interviewpartner eins die anschließende Verräumung als aufwändig an. (I1, Z. 31-33, Anhang 2)

Des Weiteren zählt die Säuberung von Putzräumen und der Küche sowie das Wegbringen von Blutproben zu den Zusatztätigkeiten der Pflegekräfte. (I1, Z. 28-29, Anhang 2) Im gleichen Interview wird zu den bisher genannten Faktoren von I1, die Dokumentation und Sortierung von Befunden genannt. (I1, Z. 30, Anhang 2) Einen weiteren Mehraufwand, in Bezug auf die Patienten, stellt jede Infektion mit Krankheitserregern dar. I1 erklärt: „[...] jeder Patient, der isoliert werden muss mit einer Infektionskrankheit, ist mehr Arbeit“ (I1, Z. 36-37, Anhang 2). Eine weitere Häufung dieser Kategorie, gibt es bei der Beantwortung zur Frage nach jetzigen Veränderungen, im Vergleich zur Ausbildungszeit. I1 bezieht sich in der Beantwortung auf das mehr gewordene Arbeitsaufkommen im Pflegeberuf, was außerhalb von gelernten Pflegetätigkeiten liegt. Als Beispiel werden von I1 „[...] Küche aufräumen, Geschirrspüler einräumen und ausräumen und aufwaschen“ (I1, Z. 121-122, Anhang 2) genannt. Im weiteren

Verlauf des Gespräches wird vom vorliegenden Interviewpartner die Arbeit am Schreibtisch angesprochen. In diesem Rahmen auert sich der Gesprächspartner, dass es manchmal dazu kommt, die Patienten der Station den ganzen Dienst über nicht zu sehen, weil die Schreibtischarbeit zu viel Zeit beansprucht. Des Weiteren erzählt I1 dazu, dass Daten in die Patientenkurve einzutragen, ohne zu wissen ob diese sachgemäß sind, weil er den Patienten dazu gar nicht wirklich kennt. (I1, Z. 131-134, Anhang 2)

Im zweiten Interview wird die Planbarkeit des Arbeitstages mit der zusätzlichen Dokumentation von Patientendaten in Bezug gebracht. I2 spricht darüber, dass neben anderen Arbeitstätigkeiten, die Dokumentation immer ein Grund ist, weshalb der Dienst nicht punklich endet. (I2, Z. 173-174, Anhang 3) Außerdem redet er darüber, dass im Falle eines Besuchsverbotes, zusätzlich zu den Aufgaben, die auf Station erledigt werden müssen, noch patientenbezogene Sachen erledigt werden. (I2, Z. 179-180, Anhang 3) Die Organisation der Säuberung von schmutziger Wäsche der Patienten und die Entgegennahme sauberer Wäsche von den Angehörigen, zählt dabei mit hinein. (I2, Z. 181-182, Anhang 3) Im letzten Teil des Interviews wird nach Veränderungen verglichen mit der Ausbildungszeit gefragt. Dabei gibt I2 die anfangs genannte Dokumentation als eine Veränderung an. Außerdem ist I2 der Meinung, dass *„[...] vom Arbeitgeber her die Dokumentationen wichtiger als die Pflege“* (I2, Z. 216, Anhang 3) sind.

Gesprächspartner drei bejaht ebenso zusätzliche patientenferne Aufgaben zu haben. *„Also Dokumentation ist ja ganz wichtig und wird ja auch immer mehr statt weniger [...]“* (I3, Z. 248-249, Anhang 4) erzählt er im Interview. Des Weiteren gibt er an, zum Großteil seiner Arbeitszeit mit Dokumentationsaufgaben beschäftigt zu sein. Neben der Dokumentation erzählt I3 darüber, auch Dinge zum Wohlbefinden der Patienten zu erledigen. In diesem Zusammenhang erklärt der Gesprächspartner, dass es oftmals Patienten gibt, die nicht selbst aufstehen können. Aus diesem Grund entstehen für das Pflegepersonal zusätzliche Aufgaben, neben der Arbeit auf Station. I3 benennt im Gespräch, für die Patienten Telefonkarten zu holen und anzumelden oder auch gewisse Dinge aus der Cafeteria einzukaufen. (I3, Z. 250-251, Anhang 4)

Eine erste Nennung gibt es im vierten Interview bei der Frage nach patientenfernen Tätigkeiten, die neben der eigentlichen Arbeit noch zusätzlich erledigt werden müssen. Der interviewte Gesprächspartner beantwortet die Frage damit, dass er *„[...] zum Beispiel nachts sehr viel ausräumen [...]“* (I4, Z. 369, Anhang 5) muss. In diesem Zusammenhang spricht der Befragte

von den Lieferungen der Apotheke, die in den Schränken der Station verräumt werden müssen. Weitere Zusatzaufgaben von I4 sind „[...] Staub wischen im Zimmer, Geräte putzen [...], Geschirrspüler ausräumen.“ (I4, Z. 371, Anhang 5) In der Beantwortung dieser Frage betonte der Interviewpartner in seinem Arbeitsalltag „[...] viel drum rum [...]“ (I4, Z. 372, Anhang 5) zu machen und zählt die Telefonate mit Angehörigen als letzten Faktor auf.

4.3 Kategorie C: Körperliche Belastungsfaktoren

In dieser Kategorie werden alle körperlichen Belastungsfaktoren der Pflegekräfte, die sich im Rahmen der Auswertung ergeben haben, aufgezeigt. Für diese Kategorie konnten insgesamt 13 Angaben erzielt werden, welche nachfolgend dargestellt werden. Im Leitfaden zum Interview wurde dazu die Frage: „Welche körperlichen Belastungen entstehen in ihrem Arbeitsalltag?“ entwickelt.

Im ersten Interview antwortet der Gesprächspartner auf diese Frage, dass körperliche Beschwerden durch das Gewicht der Patienten entstehen. I1 erklärt dazu: „Mit zunehmenden Gewicht der Patienten entstehen zunehmende körperliche Belastungen.“ (I1, Z. 62-63, Anhang 2) Außerdem ist der Befragte der Meinung, dass die zu versorgenden Patienten „[...] immer größer und schwerer werden“ (I1, Z. 63-64, Anhang 2). Da der Befragte sich im Gespräch äußert, dass die Arbeit auf die Knochen geht, erfolgte eine weitere Frage zu diesem Thema. Diese erfragt, welche Körperregion hauptsächlich belastet wird. I1 bezieht Stellung und gibt an überwiegend Beschwerden im Rücken und allgemein körperliche Beschwerden zu haben. Weiterhin erzählt der Gesprächspartner im Interview aufgrund der Arbeit „[...] viel Kopfschmerzen [...]“ (I1, Z. 67, Anhang 2) zu haben.

Als körperliche Belastung wird von I2 der Stress im Arbeitsalltag angegeben. Dazu kommt, dass jede Tätigkeit im Stehen ausgeübt wird. I2 gibt weiterhin an, auf Arbeit ständig im Laufschrift unterwegs zu sein. (I2, Z. 193-194, Anhang 3) In Bezug auf die eigene Station, erzählt der Befragte, dass eine Aufgabe der Neurorehabilitation darin liegt, die Patienten zu mobilisieren. Dies geschieht hauptsächlich nach einem schweren Ereignis und beansprucht neben dem Patienten, hauptsächlich die am Patienten arbeitende Pflegekraft. (I2, Z. 194-195, Anhang 3) Dass die Arbeit körperlich anstrengend ist, wird auch im weiteren Interviewverlauf mit I2 besprochen. In diesem Zusammenhang berichtet I2: „Nach der Arbeit ist man einfach so unter Anspannung, dass man im Prinzip einfach nur noch nach Hause will.“ (I2, Z. 208-209,

Anhang 3) Zum Abschluss des Interviews wird die Frage „Was müsste besser gestaltet und organisiert sein, damit die Arbeit noch für alle attraktiver wäre?“. Die Beantwortung von I2 geht mit der letzten Häufung der Kategorie im Interview zwei einher. Der Gesprächspartner ist der Meinung, dass die Arbeit als attraktiver angesehen wäre, wenn die Pflegekräfte nicht immer an ihrer Belastungsgrenze arbeiten würden. (I2, Z. 220, Anhang 3)

Eine erste Nennung zu körperlichen Belastungen gibt es im Interview drei auf die Frage welche körperlichen Belastungen im Arbeitsalltag entstehen. Der Interviewpartner I3 antwortet „[...] schon extrem [...]“ (I3, Z. 274, Anhang 4) von körperlichen Belastungen betroffen zu sein und gibt als Grund dafür an, dass die Patientenschaft körperlich nicht leichter wird. (I3, Z. 274, Anhang 4) Er erklärt dazu „[...] das sind viele, die sehr schwer sind und wenn man die betten und lagern muss .. geht das schon ganz schön an die Substanz.“ (I3, Z. 275-276, Anhang 4) In Bezug auf Gesundheitsangebote die dem Befragten, vor oder nach der Arbeit, als sportliche Betätigung angeboten werden, gibt I3 an, nach der Arbeit körperlich nicht in der Lage dazu zu sein. Als eine Möglichkeit zum Sport, wird von dem Befragten unter anderem Nordic Walking aufgezählt. Von I3 wird dieses Angebot nicht genutzt, weil er es bevorzugt, im Anschluss an einen Dienst, nach Hause zu fahren. (I3, Z. 311-312, Anhang 4) I3 erklärt: „Da will man nicht noch eine Stunde durch den Wald laufen.“ (I3, Z. 314-315, Anhang 4) Eine weitere Häufung gibt es bei der vorletzten Frage. Diese erfragt, ob es aus der Sicht von I3, Schwerpunkte von Belastungsfaktoren gibt. Zum einen bezieht sich der Gesprächspartner auf die körperliche Beanspruchung, die mit dem Körpergewicht der Patienten einhergeht. Zum anderen benennt er den Zeitaufwand, den der Pflegeberuf mit sich bringt. (I3, Z. 334-335, Anhang 4)

Im vierten Interview geht der Befragte auf die Frage nach körperlichen Belastungsfaktoren dahingehend ein, dass er angibt Rückenbeschwerden zu haben. Der Grund dafür sind schwere Patienten, „[...] die man auch allein betten und lagern muss, wenn gerade kein anderer kann.“ (I4, Z. 393-394, Anhang 5) Des Weiteren erzählt I4, aufgrund der hohen Konzentration im Arbeitsalltag, Kopfschmerzen zu bekommen. (I4, Z. 395, Anhang 5)

4.4 Kategorie D: Psychische Belastungsfaktoren

Die im weiteren Verlauf dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf psychische Belastungsfaktoren, welche mit der Arbeit im Pflegeberuf einhergehen. Die Ergebnisse in dieser Kategorie, stützen sich zum Teil auf die Frage: „Welche psychischen Belastungen gehen

mit Ihrer Arbeit einher?“ Insgesamt konnten im Prozess der Auswertung 15 Treffer gezählt werden.

I1 beantwortet die Frage damit, dass ihn das Schicksal der Patienten nicht kalt lässt. Hinzu fügt er, nach vielen Jahren im Beruf mit gewissen Dingen besser umgehen zu können, jedoch gibt es „[...] auch immer Dinge mit meistens jüngeren Leuten, wo man schon manchmal zu tun hat.“ (I1, Z. 57-58, Anhang 2) Schlimme Krankheitsbilder von Patienten, die zum Teil noch sehr jung sind und der Eintritt eines plötzlichen, unerwarteten Ereignisses, werden von I1 ebenso als psychische Belastung genannt. Dazu erklärt sich der Gesprächspartner und sagt: „Und das ist .. schon hart und das hat auch nichts mit den vielen Berufsjahren zu tun, denn das geht einem schon nah.“ (I1, Z. 59-61, Anhang 2) Im weiteren Verlauf des Gespräches wird der Umgang mit psychischen Belastungen thematisiert. Dies geschieht aufgrund der Frage: „Inwieweit werden die Belastungen mit nach Hause genommen?“ Der Befragte antwortet: „Bei bestimmten Dingen kommt es immer wieder dazu, dass man die mit nach Hause nimmt [...].“ (I1, Z. 84-84, Anhang 2) Er ist jedoch dennoch der Meinung, im privaten zuhause, nicht regelmäßig an berufliche Ereignisse zu denken. „Das gelingt je nach Dienst mal mehr und mal weniger gut.“ (I1, Z. 87-88, Anhang 2)

Interviewpartner zwei antwortet auf die Frage nach psychischen Belastungen damit, dass es ihn am meisten psychisch mitnimmt, wenn junge Menschen einen schlimmen Unfall hatten. (I2, Z. 190-191, Anhang 3) Besonders, wenn „[...] die Aussicht auf Genesung eigentlich schon herabgesetzt ist.“ (I2, Z. 191-192, Anhang 3) I2 erzählt im Interview, dass von ihm „Schon sehr oft [...]“ (I2, Z. 199, Anhang 3), Ereignisse des Arbeitsalltags mit nach Hause genommen werden. Dies begründet er damit, „[...] weil die Schicksale der Patienten vor allem auch bei jungen Menschen sehr schlimm sind.“ (I2, Z. 199-200, Anhang 3)

Eine erste Nennung dieser Kategorie gibt es im dritten Interview auf die Frage nach Arbeitsanforderungen des Befragten. In seiner Antwort beschreibt I3 anspruchsvolle Zustandssituationen der Arbeit, weswegen er zu dem Entschluss kommt, dass die Arbeit einen psychischen Stress darstellt. (I3, Z. 238-239, Anhang 4) Der Beantwortung zur Frage nach psychischen Belastungen, die mit der Arbeit einhergehen, kann entnommen werden, dass I3 bereits 40 Jahre im Beruf ist. Aus diesem Grund berichtet der Befragte von einem „Schutzpanzer“, den er mit steigenden Berufsjahren entwickelt hat. (I3, Z. 264-265, Anhang 4) „Aber es gibt doch hin und wieder Einzelschicksale, wo man dann schon dran zu kauen hat.“

(I3, Z. 266-267, Anhang 4) Des Weiteren zählt I3 die Sorge um das Wohl der Patienten, als psychische Belastung, auf. In diesem Zusammenhang bezieht er Stellung zur Arbeitsweise von jungen Ärzten, die ohne ausreichende Einarbeitung, direkt von der Universität auf Station kommen. (I3, Z. 269-270, Anhang 4) I3 ist der Meinung, dass dies ein Problem darstellt, weil diese „[...] das zehnte Mal gar nicht wissen, wie sie händeln müssen.“ (I3, Z. 270-271, Anhang 4) „Und dann hat man als ältere Schwester immer das Gefühl, dass der Patient nicht gut versorgt ist, und das nimmt man dann schon mit nach Hause.“ (I3, Z. 271-273, Anhang 4) Auf die gezielte Frage, inwieweit die Belastungen der Arbeit mit nach Hause genommen werden, wiederholt sich der Befragte zum bereits angesprochenen Thema und sagt: „Ja, na wie gesagt, im Laufe der Jahre ist man mit den ganzen Dingen vertraut und kann damit zurechtkommen [...].“ (I3, Z. 285-286, Anhang 4)

Wie im Interview mit I1, I2 und I3 wird von I4, der „[...] Umgang mit schwerkranken Patienten und noch vielmehr das Krankheitsbild von schwerkranken jungen Patienten [...]“ (I4, Z. 386-387, Anhang 5), als psychischer Belastungsfaktor genannt. Dazu benennt der Gesprächspartner den Eintritt von plötzlichen Ereignissen, wie den frühzeitigen Tod von Patienten, als weiteren psychischen Belastungspunkt. I4 gibt an, dass ihm dies besonders im Sinn bleibt, wenn er in seiner Schicht noch Kontakt mit dem Patienten hatte und keine Verschlechterung abzusehen war. (I4, Z. 388-390, Anhang 5) In so einem Fall berichtet der Befragte darüber, dass ihm vieles „[...] doch auch Tage danach nicht so leicht aus dem Kopf geht [...]“ (I4, Z. 405-406, Anhang 5). Hinzu kommt, die Todesmitteilung den Angehörigen des verstorbenen Patienten zu überbringen ist, welches von I4 als „[...] eine Hürde [...]“ (I4, Z. 407, Anhang 5) bezeichnet wird. Die nächste Häufung in diesem Interview gibt es bei der Frage nach Störfaktoren an der Arbeit von I4. In diesem Zusammenhang stört den Befragten, dass er „[...] oft der Zeit so hinterherläuft [...]“ (I4, Z. 442, Anhang 5) und „[...] dass man nur im Dauerstress ist [...]“ (I4, Z. 443, Anhang 5). Er gibt an, sich durch seine Arbeit sehr gehetzt zu fühlen, was für ihn gleichzeitig der Grund ist, weshalb auf Arbeit keine positive Stimmung aufkommt. (I4, Z. 444-445, Anhang 5)

4.5 Kategorie E: Herausforderungen von Beruf und Familie

Unter dieser Kategorie subsumieren sich Herausforderungen, welche mit dem Spannungsfeld zwischen beruflichen Herausforderungen und familiären Belangen im Zusammenhang stehen.

Dabei werden Störfaktoren der Arbeit sowie die Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie erläutert. Die Kategorie erzielt insgesamt 17 Nennungen.

Als erste Herausforderung benennt I1, dass durch die Arbeit im Schichtsystem immer Konflikte zwischen Arbeit und Familie entstehen. (I1, Z. 89, Anhang 2) Dazu erklärt I1: *„Du willst ja deiner Familie gerecht werden aber hast halt auch einen bindenden Dienstplan [...]“* (I1, Z. 89-91, Anhang 2) Außerdem *„[...] kommt es halt auch an deinen freien Tagen dazu, dass du von der Arbeit angerufen wirst, ob du nicht doch arbeiten kommen kannst.“* (I1, Z. 92, Anhang 2), fügt I1 hinzu. Der Gesprächspartner macht deutlich, dass die Entscheidung darüber dennoch bei jedem selbst liegt, ungeplant einzuspringen oder nicht. (I1, Z. 95-96, Anhang 2) *„Man weiß ja aber auch wie die Situation auf Arbeit ist und wenn ich da jetzt gar nichts vor habe, meine Familie versorgt ist und sowieso nur zu Hause sitzen würde dann gehe ich natürlich .. und helfe meinem Team aus.“* (I1, Z. 96-99, Anhang 2) Dazu betont der Gesprächspartner: *„Das kann man aber nicht dauerhaft, weil dann laufe ich am Limit und meine Familie gleich mit.“* (I1, Z. 99-101, Anhang 2) Als nächste Herausforderung benennt I1 den abrupten Wechsel von Schichten, wodurch Konflikte mit der Familie entstehen, wenn er von heute auf morgen in eine andere Schicht muss. (I1, Z. 102-103, Anhang 2) Eine letzte Nennung im ersten Interview hat sich zur Abschlussfrage entwickelt. I1 ist der Meinung, dass die Bezahlung im Gesundheits- und Pflegebereich nicht attraktiv genug ist und das Grundproblem darin liegt, *„[...] dass das dann keiner mehr machen will [...].“* (I1, Z. 157, Anhang 2)

Im zweiten Interview hat sich die erste Nennung dieser Kategorie bei der Antwort zu Faktoren, die das Arbeitsverhalten beeinflussen oder erschweren, ergeben. Dabei wird von I2 das ständige Risiko einer Infektion, aufgrund von Patienten, die isoliert werden müssen, genannt. (I2, Z. 186-187, Anhang 3) Der Beruf im Gesundheits- und Pflegebereich erfordert, dass die Versorgung und Pflege von Patienten rund um die Uhr sowie am Wochenende und Feiertagen gewährleistet ist. Dieses Thema wird von I2 angesprochen, wobei von ihm, im Hinblick auf seine Familie, die Arbeit am Wochenende kritisiert wird. (I2, Z. 202, Anhang 3) Eine besondere Herausforderung sieht I2 darin, *„[...] wenn die Familie zu Hause ist und du gehst permanent arbeiten.“* (I2, Z. 202-203, Anhang 3) Der letzten Frage zur Attraktivitätssteigerung des Berufes, fügt sich die letzte Nennung im zweiten Interview hinzu. Der Gesprächspartner ist der Meinung, dass *„[...] gegenüber den Normalstationen eine bessere Entlohnung.“* (I2, Z. 221-222, Anhang 3) zielführender wäre.

Die nächste Häufung in dieser Kategorie entsteht bei Konflikten, die im Hinblick auf den Beruf und das Privatleben vom Befragten entstehen. Für den Gesprächspartner I3 entstehen „*Manchmal ganz viele [...]*“ (I3, Z. 289, Anhang 4) Konflikte, was er durch die Arbeit im Schichtsystem begründet. (I3, Z. 289, Anhang 4) I3 offenbart im Interview, dass dieses Problem geringer wird, wenn „*[...] die Kinder aus dem Haus sind.*“ (I3, Z. 290, Anhang 4) Auch spricht der Befragte darüber, dass es für ihn ein „Spagat“ war, in Schichten zu arbeiten und gleichzeitig der Familie gerecht zu werden, wo die Kinder noch klein waren. (I3, Z. 291-292, Anhang 4) Neben der Arbeit der Familie gerecht zu werden, bezieht sich gleichzeitig auf die nächste Nennung, die bei der Frage zu Gesundheitsangeboten für die Mitarbeiter entsteht. I3 berichtet darüber, dass die Teilnahme nach einem Dienst für viele schwierig ist, „*[...] weil sie ihre Kinder abzuholen haben [...]*“. (I3, Z. 313, Anhang 4) Jedoch liegt für I3 die nächste Herausforderung darin im privaten Sport zu treiben, weil dies aufgrund der Schichten nicht regelmäßig möglich ist. (I3, Z. 316-318, Anhang 4) Mit der Antwort zur letzten Frage, werden von I3 zwei weitere Herausforderungen genannt. Als erste Herausforderung wird die unzureichende Bezahlung für die Arbeit in der Pflege genannt, welche im Sinne von I3 besser bezahlt sein müsste, um das Berufsfeld der Pflege attraktiver zu machen. (I3, Z. 336, Anhang 4) Mehr Flexibilität im Beruf, wird von I3 als nächstes genannt. Hinzu fügt der Gesprächspartner, im Vergleich zu seinen Anfangsjahren flexibler arbeiten zu können und seitens des Arbeitsgebers der Versuch dazu da ist. (I3, Z. 339-341, Anhang 4) „*Es wird schon versucht auf die Mitarbeiter einzugehen und die Anliegen von den Mitarbeitern umzusetzen, aber gerade in diesem Berufsfeld ist es halt schwierig.*“ (I3, Z. 341-343, Anhang 4)

Der letzte Gesprächspartner I4 beantwortet die Frage zu Konflikten zwischen Arbeit und Familie. Im Interview sagt er: „*Da haben wir uns gut organisiert, da wir uns schon so lange kennen, mein Mann und ich und unser Kind ist auch groß.*“ (I4, Z. 409-410, Anhang 5) Er betont dabei, dass dadurch Auslöser, die zu einem früheren Zeitpunkt zu einem Konflikt geführt haben, heutzutage keine Konflikte mehr entstehen lassen. (I4, Z. 410-411, Anhang 5) Als früheren Konfliktpunkt beschreibt I4, wenn er aufgrund der Arbeit Familienveranstaltungen absagen und der Mann allein daran teilnehmen musste. (I4, Z. 414-415, Anhang 5) Eine letzte Nennung dieser Kategorie erfolgt beim ungeplanten Arbeitsantritt von I4. Der Gesprächspartner berichtet darüber, dass Konflikte entstanden sind, wenn er im Urlaub von der Arbeit angerufen wurde und anstatt frei zu haben, auf Arbeit gegangen ist. (I4, Z. 416-417, Anhang 5)

4.6 Kategorie F: Arbeitsqualität

Dieser Kategorie unterordnen sich alle Nennungen, bei welchen ein Zusammenhang mit der Arbeitsqualität der Krankenpflege hergestellt werden konnte. Bezugnehmend zu dieser Kategorie konnten 26 Angaben erzielt werden.

I1 sieht auf die Frage zur Planbarkeit der Dienste die Organisation und Struktur der eigenen Arbeit (I1, Z. 14, Anhang 2) als Voraussetzung, um „[...] *den Tag so strukturiert wie möglich für sich und auch für den Patienten hinzukriegen.*“ (I1, Z. 15-16, Anhang 2) Als schlechtes Beispiel dazu erzählt der Befragte, dass aufgrund ungeplanter Dinge im Arbeitsalltag „[...] *auch eine Essensausgabe nicht nach der Zeit, wo es eigentlich sein müsste, möglich ist.*“ (I1, Z. 21-22, Anhang 2) Im weiteren Gespräch kommt auf die Frage nach erschwerenden Faktoren der Arbeit, der plötzliche Ausfall von Personal zur Sprache. Bezugnehmend zu dieser Problematik erklärt der Befragte die Betreuung für mehrere Patienten übernehmen zu müssen, wodurch die „[...] *Zeit dann für jeden Patienten weniger, als wie es eigentlich sein sollte.*“ (I1, Z. 40-41, Anhang 2) ist. Kritisch dazu äußert I1, dass er „[...] *von seinen eigenen Patienten eigentlich gar nichts hat.*“ (I1, Z. 45-46, Anhang 2) Im Hinblick auf die Arbeitnehmer wird von I1 ein weiterer negativer Aspekt angesprochen, welcher Einfluss auf die Gesundheit der Krankenpfleger hat: I1 ist der Meinung, dass dem Arbeitgeber unwichtig ist, ob das Pflegepersonal gesund und leistungsfähig auf Arbeit erscheint. Vielmehr habe dieser vorrangig Interesse daran, dass die Dienste besetzt werden „[...] *und wie ist egal.*“ (I1, Z. 108, Anhang 2) Als negative Entwicklung der Pflege nennt I1 die Dokumentation von Patientenakten, von Patienten, die er in seinem Dienst nicht einmal zu Gesicht bekommen hat. (I1, Z. 134, Anhang 2) Dahingehend sieht er als negativ an, dass aufgrund der Dokumentation weniger Zeit für die Patienten bleibt und „[...] *das was man mal gelernt hat also den Patienten pflegen und für ihn da sein [...]*“ (I1, Z. 137-138, Anhang 2) in der heutigen Zeit nicht mehr macht. Auf die Frage nach Dingen, die den Befragten an seiner Arbeit stören antwortet er: „*Dass man keine Zeit mehr für den Patienten hat.*“ (I1, Z. 143, Anhang 2) Des Weiteren gibt er als Belastungsfaktor an, für alle Arbeitstätigkeiten zu wenig Zeit zu haben. (I1, Z. 147, Anhang 2)

Im Interview mit dem zweiten Befragten erfolgt eine erste Nennung zur vorliegenden Kategorie bei der Frage zu patientenfernen Arbeitstätigkeiten. Dabei erzählt I2, zum Wohlbefinden der Patienten neben der Arbeit zusätzliche Dinge zu erledigen. Als Beispiel nennt er „[...] *dass die Leute frische Wäsche oder Pflegeprodukte haben.*“ (I2, Z. 184-185, Anhang 3) Eine letzte

Nennung von I2 bezieht sich auf Dinge, die ihn an seiner Arbeit stören. Im Interview sagt I2, dass es ihn stört *„Zu wenig Zeit für Patienten.“* (I2, Z. 218, Anhang 3) zu haben.

Der dritte Gesprächspartner empfindet, dass hohe Anforderungen an die Ausführung seiner Arbeitstätigkeiten gestellt werden. Im Interview erklärt I3, dass gewisse Tätigkeiten wie Blutzucker messen, Spritzen geben, Essen austeilen nach bestimmten Zeiten erfolgen müssen und die Einhaltung dessen nicht an jedem Tag funktioniert. (I3, Z. 235-236, Anhang 4)

Die Qualität der Pflege wird von dem Befragten in einem Zusammenhang mit der Arbeitsqualität von jungen Ärzten gesehen. Im Interview spricht I3 darüber, dass junge Ärzte, die direkt nach dem Universitätsabschluss auf Station kommen, im Stationsalltag die Pflegequalität wenig steigern und primär theoretisches Wissen anwenden, weil ihnen die praktische Erfahrung fehlt. (I3, Z. 269-271, Anhang 4) Kritisch sieht er zudem die Zusammenarbeit mit diesen Ärzten. (I3, Z. 267-268, Anhang 4)

Der Befragte ist der Meinung, dass die Qualität der Arbeitsleistung durch eine gute Zusammenarbeit im Team gesteigert werden kann. Als Begründung dazu nennt I3, *„[...] wenn man sich untereinander besser versteht und miteinander zurechtkommt, dann arbeitet man in einer gewissen Weise etwas fröhlicher.“* (I3, Z. 280-282, Anhang 4) Des Weiteren geht I3 auf Unterschiede im Vergleich zu seiner Ausbildungszeit ein und gibt an, vor 30 Jahren mehr Zeit für den Patienten gehabt zu haben. (I3, Z. 320-321, Anhang 4) Als negativ benennt der Befragte, dass ihm *„[...] die Zeit fehlt, sich mal mit dem Patienten zu beschäftigen.“* (I3, Z. 322-323, Anhang 4) Der geringe Zeitfaktor wird von I3 als ein Kernproblem in der Krankenpflege gesehen. (I3, Z. 331, Anhang 4)

Im Interview mit I4 gibt der Befragte an, dass mit seiner Arbeit eine gewisse Leistungsfähigkeit und Einsatzbereitschaft einhergehen (I4, Z. 360-361, Anhang 5), *„[...] mit der man schon auf Arbeit kommen muss.“* (I4, Z. 361, Anhang 5) Die Ärzte zu suchen und keine klaren Anweisungen entgegen nehmen zu können, wird von I4 als erschwerender Faktor der Arbeit genannt. Im weiteren Verlauf kommt die Organisation der Einhaltung von Pausen zur Sprache. Darauf äußert sich der Befragte und sagt, dass er aufgrund einer guten Planung immer eine Pause wahrnehmen kann und dabei die Versorgung der Patienten nicht gefährdet ist. (I4, Z. 382, Anhang 5) Durch die Versorgung und Pflege von Patienten entstehen für die Pflegekräfte allerdings körperliche Belastungen, die zur Nennung einer weiteren Häufung führt. I4 spricht dabei im Interview an, dass jeder Arbeitstag volle Konzentration erfordert und *„[...] er ständig bei der Sache sein muss.“* (I4, Z. 396, Anhang 5)

I4 beantwortet die Frage zum Verhältnis der Kollegen untereinander in Bezug auf die Arbeitsleistung, indem er wie folgt antwortet: „*Die Arbeit auf Station ist immer nur so gut, wie das Team was zusammenarbeitet.*“ (I4, Z. 400-401, Anhang 5) Im Hinblick auf die Ausbildungszeit gibt der Befragte wie I1, I2, und I3 an jetzt weniger Zeit für den Patienten zu haben. (I4, Z. 436, Anhang 5) Dieses Thema kommt bei der anschließenden Frage ebenso auf. Der Befragte sieht als Belastungsfaktor, dass er auf Arbeit „[...] keine Zeit hat und den Patienten manchmal nicht so zeitaufwändig behandeln kann [...]“. (I4, Z. 450-451, Anhang 5)

4.7 Kategorie G: Arbeitsinhalt

Im Folgenden werden alle erfassten Faktoren, die grundlegend den Klinikalltag des Krankenpersonals füllen, dargestellt. Den Rahmen dieser Kategorie bilden 33 Angaben, die sich im Zuge der durchgeführten Interviewbefragung ergeben haben.

Der Befragte I1 gibt an, neben der grundlegenden Patientenversorgung viele Aufgaben erledigen zu müssen. (I1, Z. 4-5, Anhang 2) Durch die Arbeit im Krankenhaus hat I1 eine sehr hohe Verantwortung in Bezug auf die Patienten und dies besonders, wenn Aufgaben von Ärzten übermittelt werden. (I1, Z. 5-7, Anhang 2) Neben den zu versorgenden Patienten gehört außerdem die Kommunikation mit den Angehörigen zum Arbeitsinhalt von I1. (I1, Z. 9-10, Anhang 2) I1 spricht im Interview darüber „[...] mehrere Dinge gleichzeitig machen [...]“ (I1, Z. 8, siehe Anhang) zu müssen und daher eine gute Organisation der eigenen Arbeitsschritte erforderlich ist. (I1, Z. 9, Anhang 2) Die Arbeit auf der Intensivstation wird vom Befragten als nicht planbar empfunden, „[...] weil es in allen 5 Minuten anders sein kann.“ (I1, Z. 11, Anhang 2) Im Arbeitsalltag der Pflege erfordern gesundheitliche Veränderungen des Patienten eine schnelle Reaktionsbereitschaft der Pflegekräfte, wodurch das vorher Geplante dem hintenangestellt wird. (I1, Z. 12-14, Anhang 2) Dem prozentualen Verhältnis zwischen geplanter und ungeplanter Arbeit wird vom Befragten keine numerische Angabe zugeordnet. Dazu gibt er an, dass in der Pflege jeder Tag anders ist und immer andere Arbeitsabläufe vorherrschend sind, weshalb sich kein pauschaler Wert bestimmen lässt. (I1, Z. 18, Anhang 2) Im weiteren Verlauf kommt das Thema zum Pflegeschlüssel auf, welcher auf der Intensivstation bei einer eins zu zwei Betreuung liegt. Jedoch berichtet I1 „[...] manchmal 3-4 Patienten [...]“ (I1, Z. 44-45, Anhang 2) zu betreuen und somit das doppelte Volumen an Arbeit zu haben. (I1, Z. 45, Anhang 2) Ergänzend zur Krankenpflege stellt gleichermaßen die Organisation einer Pause eine Herausforderung für I1 dar. Dazu sagt er: „Manchmal gibt es

Dienste wo man nicht dazu kommt eine Pause zu machen [...]“ (I1, Z. 47-48, Anhang 2), obwohl die Inanspruchnahme dieser vom Befragten als notwendig eingeschätzt wird. Um eine Pause zu machen, müssen die Intensivpatienten der Einzelbetreuung vorübergehend von anderen Kollegen übernommen werden. I1 erklärt dazu: „Da muss jemand anderes meine Patienten in der Zeit übernehmen und ich gehe dann in die Pause. Und dann muss ich umgedreht, dass die Kollegin in die Pause gehen kann sie auch wieder rauslösen [...]“ (I1, Z. 51-53, Anhang 2). Dabei verweist I1 darauf, dass die Abdeckung der Patientenversorgung an erster Stelle steht und bei jedem Schritt darauf geschaut werden muss, „dass die Versorgung vom Patienten gewährleistet ist [...]“ (I1, Z. 72, Anhang 2). Eine letzte Nennung im vorliegenden Interview fußt auf der Frage zu Veränderungen im Vergleich zur Ausbildungszeit. Im Vergleich zu heute hat das Arbeitsaufkommen in der Krankenpflege eine Veränderung erfahren, weil es aus Sicht von I1 „[...] eindeutig mehr geworden“ (I1, Z. 119, Anhang 2) ist.

Die Beantwortungen von I2 erzielen ebenso Nennungen in dieser Kategorie. Eine erste Nennung entsteht bei der Erläuterung von primären Arbeitsaufgaben des Stationsalltags. Dabei zählt I2 neben der Krankenversorgung, gleichwohl die Überwachung der Patienten sowie die Spezialisierungsaufgabe der Station, das Trachealkanülenmanagement, auf. (I2, Z. 164-165, Anhang 3) Weiterhin erzählt I2 ständig Multitasking-Aufgaben gerecht werden zu müssen und von einem Patienten zum anderen zu rennen. (I2, Z. 166-167, Anhang 3) An der Planbarkeit des Arbeitstages kritisiert I2 die Bereichspflege, die von ihm eine Sprungbereitschaft seiner Arbeitstätigkeiten verlangt. „Man rennt also von der Aufgabe, die man gerade macht immer weg [...]“ (I2, Z. 171-172, Anhang 3) fügt I2 als Erklärung hinzu. Der Befragte gibt an, aus diesem Grund „[...] nie pünktlich nach Hause gehen [...]“ (I2, Z. 173, Anhang 3) zu können. Eine Pause kann I2 sehr unregelmäßig „[...] und dann auch noch mit kurzen Unterbrechungen.“ (I2, Z. 188, Anhang 3) in Anspruch nehmen. Dafür verantwortlich sind die laufenden Monitore und die Patienten klingel. (I2, Z. 189, Anhang 3) Als weitere Arbeitsbeanspruchung wird von I2 die ständige Einsatzbereitschaft bei kurzfristigen Personalausfällen genannt. (I2, Z. 201, Anhang 3)

I3 stützt sich bei der Beschreibung seiner Arbeitsinhalte, auf die Grundbedürfnisse der zu pflegenden Patienten. Das heißt, dass neben der Ausführung von medizinischen Tätigkeiten die Patienten ebenso gewaschen und mit Essen versorgt werden müssen. Zudem wird die Überwachung von Monitoren als Arbeitsinhalt genannt. (I3, Z. 227-230, Anhang 4)

Die Arbeitsanforderungen werden von I3 als hoch eingeschätzt, was er durch den dazugehörenden Arbeitsaufwand begründet. (I3, Z. 231, Anhang 4) Er spricht darüber, dass viele Dinge gleichzeitig zu erledigen sind, besonders wenn nur zwei oder drei Pflegekräfte für eine Station da sind. (I3, Z. 237-238, Anhang 4) Als weniger anspruchsvoll sieht der Befragte die Arbeit an, wenn das Miteinander mit den Patienten gut funktioniert. (I3, Z. 233-234, Anhang 4) Der Arbeitsalltag von I3 „[...] ist vom Groben her planbar.“ (I3, Z. 241, Anhang 4) Dazu bezieht er sich auf Grundtätigkeiten, wie „[...] zum Beispiel die Körperpflege ..., Frühstück und Infusionen.“ (I3, Z. 241-242, Anhang 4) Als Beanspruchung zur eigentlichen Arbeit beschreibt I3 die Faktoren, die vorher nicht zu beeinflussen sind, wie Akutzugänge (I3, Z. 243, Anhang 4) „[...] oder wenn es Patienten schlecht geht.“ (I3, Z. 243-244, Anhang 4) Das prozentuale Verhältnis ungeplanter und geplanter Arbeit gibt der Gesprächspartner im Verhältnis von 50:50 an. (I3, Z. 245, Anhang 4) Tendenziell ist es jedoch so, „[...] dass das Geplante weniger ist und das Ungeplante mehr wird.“ (I3, Z. 246-247, Anhang 4) Eine zusätzliche Belastung, die im Hinblick auf den Arbeitsalltag von I3 genannt wird, ist der entstehende Stress bei vielen Akutzugängen. (I3, Z. 277, Anhang 4) Der Befragte empfindet, dass dann die Arbeit „[...] manchmal ganz hart.“ (I3, Z. 277-278, Anhang 4) ist. Als zusätzlich erschwerend bezeichnet werden Maßnahmen, die zum Schutz vor Infektionen ergriffen werden müssen.

Für den Befragten hat sich im Vergleich zur Ausbildungszeit das Pensum seiner Arbeitstätigkeiten insoweit geändert, dass die „[...] Aufgaben zum Teil mehr.“ (I3, Z. 320, Anhang 4) geworden sind. Zudem nennt der Befragte Störfaktoren, die mit der Arbeit einhergehen. I3 erzählt im Interview darüber, für seine Aufgaben wenig Zeit zu haben und deshalb von Zimmer zu Zimmer flitzen zu müssen. (I3, Z. 328, Anhang 4) Bezugnehmend zum Arbeitstempo wäre es für I3 schöner, „[...] wenn der Schwestern- und Patientenschlüssel größer wäre.“ (I3, Z. 330, Anhang 4)

Neben den bereits genannten Arbeitstätigkeiten (Pflege und Überwachung von Patienten), zählt I4 innerhalb dieser Kategorie „[...] die schnelle Reaktion, die Absprache mit Ärzten, die Übergabe von medizinischen Ereignissen an Kollegen, Kontrollgänge [...]“ (I4, Z. 351-353, Anhang 5) auf.

Eine weitere Nennung erfolgt zur Frage nach entsprechenden Arbeitsanforderungen, die mit der klinischen Stationsarbeit in einem Zusammenhang stehen. Diesbezüglich antwortet I4 „[...] auf die Veränderungen von Vitalwerten reagieren, dann vieles gleichzeitig zu händeln und dabei ständig hin und her zu rennen.“ (I4, Z. 356-357, Anhang 5) Weiterhin spricht der Befragte darüber, an viele Dinge gleichzeitig denken zu müssen. (I4, Z. 358, Anhang 5)

Das prozentuale Verhältnis zwischen geplanter und ungeplanter Arbeit gibt I4 im Verhältnis 60:40 an. (I4, Z. 368, Anhang 5) Der Befragte äußert ebenfalls sich zur Frage nach Faktoren, die seine Arbeit erschweren. Als besonders erschwerend sieht I4 die persönliche oder telefonische Kommunikation mit den Angehörigen, welche sich grundlegend schwierig gestaltet, da diese „[...] manches nicht einsehen und sich querstellen.“ (I4, Z. 377, Anhang 5) Weiterhin gibt er an, nicht jedem Patienten aus einem Zimmer immer gleich viel Aufmerksamkeit schenken zu können, weshalb sich diese oftmals benachteiligt fühlen und „bockig“ (I4, Z. 379, Anhang 5) werden. Als Unterschied im Vergleich zur Ausbildungszeit benennt der Gesprächspartner, „[...] dass die Anforderungen viel höher geworden sind durch neue Verfahren [...]“ (I4, Z. 434-435, Anhang 5) und es auf der Intensivstation deutlich mehr neue Technik gibt. (I4, Z. 435, Anhang 5) Außerdem äußert er sich kritisch darüber, aufgrund des Mangels an Personal, die Pflege für viel zu viele Patienten ableisten zu müssen. (I4, Z. 439, Anhang 5) Die ständige Geräuschkulisse, durch hupende und piepende Überwachungsgeräte, werden vom Befragten ebenfalls als Belastungssituation beschrieben. (I4, Z. 448-449, Anhang 5)

4.8 Kategorie H: Pflegepersonal

Die vorliegende Kategorie hat im Ergebnis des Codier- und Kategorisierungsprozess die meisten Angaben erhalten. Dabei konnten 34 Nennungen gezählt werden. Sie beinhaltet alle Aspekte, die primär mit dem Personal in Verbindung stehen, sich im Laufe der Berufsjahre verändert haben oder im Sinne der Interviewpartner verbessert werden können.

Eine erste Angabe ergibt sich hinsichtlich des plötzlichen Ausfalls von Personal. Dies zählt I1 als erschwerenden Faktor seiner Arbeit auf, weil von einer Pflegekraft, noch zusätzlich mehrere Patienten betreut werden müssen. (I1, Z. 38, Anhang 2) Um Pausen während der Arbeit in Anspruch nehmen zu können, ist eine Zusammenarbeit mit Kollegen notwendig, um sich gegenseitig abwechseln zu können. (I1, Z. 50-51, Anhang 2) Daher spielt die Zusammenarbeit mit Kollegen eine wichtige Rolle, um die Arbeitsleistung zu optimieren. In einem großen Team gibt es verschiedene Charaktere was bedeutet, dass die Zusammenarbeit gut oder eher weniger gut harmoniert. Als sinnbringend sieht der Befragte an, körperlich anstrengende Dinge zu zweit zu erledigen (I1, Z. 74-75, Anhang 2), um „[...] sich selbst zu schützen und auch dem Patienten es etwas einfacher zu machen.“ (I1, Z. 75-76, Anhang 2) Der Befragte ist der Meinung, dass mit einer guten Zusammenarbeit untereinander, die gesamte Arbeitsleistung gesteigert werden

kann. (I1, Z. 76-77, Anhang 2) In diesem Rahmen spielt das Vertrauen gegenüber Kollegen eine große Rolle, besonders wenn anspruchsvolle Aufgaben abzugeben sind. Dabei erzählt I1, dass er mit gewissen Kollegen gerne zusammenarbeitet, „[...] weil man da weiß das man sich auch darauf verlassen kann.“ (I1, Z. 79-80, Anhang 2) Hinzu fügt I1, durch einige Zeit im Beruf zu wissen, mit wem die Zusammenarbeit gut oder weniger gut funktioniert. (I1, Z. 81-83, Anhang 2) Die Gesundheit der Pflegekräfte hat im Krankenhausbetrieb von I1 laut eigener Aussage einen sehr geringen Stellenwert. Der Befragte äußert sich dazu sehr negativ, indem er sagt: „Gefühlt ist der Stellenwert und wie es dir geht egal.“ (I1, Z. 107-108, Anhang 2) Weiterhin wird die Personaldecke vom Befragten als sehr dünn eingestuft, weshalb der Mitarbeiter dennoch funktionieren muss, um die Pflegeversorgung aufrecht zu erhalten. (I1, Z. 110-111, Anhang 2) In Bezug auf die Frage nach Veränderungen zur Ausbildungszeit benennt I1 die Einsparung einer Stationshilfe, die überwiegend außerpflegerische Tätigkeiten übernommen hat. (I1, Z. 123-124, Anhang 2) „Solche Tätigkeiten sind dadurch auf jeden Fall mehr geworden und was weniger geworden ist, ist das Personal auf der Station.“ (I1, Z. 124-126, Anhang 2) Die Personalbesetzung für die Dienste hat sich vergleichsweise halbiert. (I1, Z. 126-127, siehe Anhang) Im Gespräch berichtet der Interviewpartner darüber „[...] manchmal allein oder zu zweit für die Hälfte der Station zuständig [...]“ (I1, Z. 131, Anhang 2) zu sein. Das Hauptproblem der Pflege sieht der Befragte darin, „[...] dass zu wenig Personal da ist [...]“ (I1, Z. 146, Anhang 2). Als weiteren Punkt wird die Qualifizierung des Personals genannt. Dazu merkt I1 an, dass ein größerer Personalbestand auch keine Lösung wäre, wenn das zusätzliche Personal in der Praxis keine Unterstützung darstellt. (I1, Z. 148-149, Anhang 2) Um die Pflege nach außen attraktiver zu gestalten und wieder aufzuwerten, sieht I1 zunächst die Herstellung der Wertschätzung für den Pflegeberuf im Vordergrund. (I1, Z. 154-155, Anhang 2) Als weiteren Punkt nennt er die Verbesserung des gesamten Miteinanders sowie der immer größer werdenden Spannungen zwischen Kollegen, welche von ihm durch den geringen Personalbestand begründet werden. (I1, Z. 160, Anhang 2)

Im zweiten Interview hat sich die erste Angabe bei der Frage zur Planbarkeit des Arbeitsalltages entwickelt. Diesbezüglich antwortet der Befragte, aufgrund der ständigen Personalunterbesetzung seine Arbeit nie pünktlich beenden zu können. (I2, Z. 168-169, Anhang 3) Den ständigen Personalmangel benennt I2 ebenso als negativen Einflussfaktor seiner Arbeit. (I2, Z. 186, Anhang 3) Positiv äußert sich der Gesprächspartner zur Zusammenarbeit mit Kollegen. Dahingehend gibt er an, dass das Verhältnis untereinander sehr gut ist (I2, Z. 196-197, Anhang 3) und dies die Grundvoraussetzung, für eine gute Arbeitsleistung ist. Zum

Stellenwert der Mitarbeiter im Krankenhausbetrieb gibt der Befragte an, „[...] *nicht das Gefühl von einer Mitarbeiter-Wertschätzung.*“ (I2, Z. 204, Anhang 3) zu haben. Weiterhin äußert sich I2 zu Veränderungen im Vergleich zu seiner Ausbildungszeit. Hierbei spricht er an, dass die jungen Pflegekräfte gegenüber den Älteren keinen Respekt mehr haben. (I2, Z. 212-213, Anhang 3) Als weitere Veränderung wird die flache Hierarchie benannt, welche vom Befragten als positiv für die jungen Pflegekräfte angesehen wird. (I2, Z. 214, Anhang 3) Der hauptsächliche Belastungsschwerpunkt liegt aus der Sicht von I2 auf dem unzureichenden Personal. (I2, Z. 218, Anhang 3)

I3 sieht die Zusammenarbeit mit Kollegen in Abhängigkeit zu einer guten Arbeitsleistung. Dazu erzählt er, dass nur dann ein gutes Arbeitsklima besteht, wenn die Zusammenarbeit untereinander harmoniert. (I3, Z. 282-284, Anhang 4) Des Weiteren fehlt dem Befragten von Seiten des Arbeitgebers eine gewisse Wertschätzung für seine Arbeit. (I3, Z. 294, Anhang 4) Hinzu fügt I3, dass aufgrund des Außenstandortes in Kirchberg, der Kontakt zur Pflegedienstleitung in Zwickau sehr gering ist und diese „[...] *die Schwestern in Kirchberg nicht mal kennen.*“ (I3, Z. 309, Anhang 4) Im weiteren Verlauf des Gespräches beantwortet I3 die Frage zu wesentlichen Veränderungen im Vergleich zu seiner Ausbildungszeit damit, dass das Personal deutlich weniger geworden ist. (I3, Z. 319, Anhang 4) Eine letzte Nennung konnte bei der Frage zur besseren Darstellung des Berufsbildes erzielt werden. Dabei gibt der Befragte an, dass zunächst die Wertschätzung des Arbeitgebers gegenüber seinen Mitarbeitern gesteigert werden muss, um den Beruf für alle attraktiver zu machen. (I3, Z. 336-337, Anhang 4)

Im Auswertungsprozess des vierten Interviews hat sich eine erste Angabe auf die Frage zur Inanspruchnahme von Pausen ergeben, welche für I4 stark von der Zusammenarbeit untereinander abhängig ist. (I4, Z. 383-384, Anhang 5) Das Arbeitsklima zwischen den Kollegen wird vom Befragten als „[...] *unterschiedlich gut* [...]“ (I4, Z. 397, Anhang 5) angegeben. Er führt aus, die gesamte Teamarbeit nur dann verbessern zu können, wenn er mit speziellen Kollegen zusammenarbeitet. (I4, Z. 397-398, Anhang 5) Weiterhin gibt der Gesprächspartner eine Einschätzung zum Stellenwert der Pflegekräfte seitens des Arbeitgebers ab. Der Befragte ist nicht der Auffassung, „[...] *dass die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter letztendlich so einen hohen Wert hat* [...]“ (I4, Z. 421-422, Anhang 5). Hinsichtlich der Frage zu langfristigen Veränderungen, die im Vergleich zur Lehrzeit aufgetreten sind, beantwortet er damit „[...] *dass es weniger Personal gibt* [...]“ (I4, Z. 434, Anhang 5) Der Personalmangel auf Station wird vom Befragten auch gleichzeitig als Schwerpunkt der

Belastungsfaktoren angesehen. (I4, Z. 447, Anhang 5) Um die Arbeit zu verbessern müsste aus Sicht von I4 „[...] *genügend Personal da sein* [...]“ (I4, Z. 452, Anhang 5) und zusätzlich noch eine Hilfskraft, die ausschließlich für Nebentätigkeiten zuständig ist. (I4, Z. 454, Anhang 5) Als letzten Punkt geht I4 auf die Anerkennung des Arbeitgebers gegenüber seinen Mitarbeitern ein, indem er diese als nicht vorhanden einstuft. Für den Befragten wäre die Arbeit deutlich attraktiver, wenn er von Seiten des Arbeitgebers bezüglich seiner Arbeit „[...] *eine gewisse Anerkennung bekommen würde* [...]“ (I4, Z. 459-460, Anhang 5).

5 Diskussion

5.1 Methodendiskussion

Im Folgenden Abschnitt werden die Theorierecherche der verwendeten Literatur und die Datenerhebung mittels des erstellten Leitfadens anhand positiver und negativer Aspekte näher beleuchtet und diskutiert. Darüber hinaus werden ebenso das Interviewsetting und die Auswertung der Daten in die Diskussion einbezogen.

5.1.1 Theorierecherche

Um sich dem Thema anzunähern, wurde sich im Vorfeld mit dem Belastungserleben sowie einhergehenden Einflussfaktoren, die im Arbeitsalltag von Pflegekräften der stationären Akutversorgung auftreten, beschäftigt. Bezüglich dieser Thematik wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken der Westsächsischen Hochschule sowie bei Springer Link betrieben. Unter Rückgriff dieser Datenbanken kann dies als positiver Aspekt der Vorgehensweise hinsichtlich der wissenschaftlichen Fundierung, der hinzugezogenen Literatur bewertet werden. Weiterhin ist positiv zu betrachten, dass die gesichtete Literatur ausreichend Charakter für den theoretischen Rahmen bot. Jedoch ist anzumerken, dass sich ausschließlich auf zwei Datenbanken (Cochrane und Carelit) beschränkt wurde. Möglicherweise hätte unter Einbeziehung weiterer Datenbanken der Hochschule, zusätzliche und eventuell aktuellere Publikationen gesichtet werden können. Darüber hinaus gestaltete sich die Analyse des inhaltlichen Charakters der gesichteten Literatur als sehr aufwändig. Im Rahmen dessen wurden inhaltlich überwiegend alle Bereiche der Pflege aufgegriffen, wodurch Angaben, die sich primär auf die stationäre Krankenpflege stützen, herausgefiltert werden mussten. Grundlegend hat sich

die angewendete Literaturrecherche jedoch als praktikabel erwiesen, um einen Einstieg im Thema zu finden und bisheriges Wissen zu intensivieren.

5.1.2 Datenerhebung mittels Leitfaden

Im Rahmen der Datenerhebung wurden leitfadengestützte Experteninterviews geführt und anhand der systematischen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Die Erhebung der Daten mittels eines leitfadengestützten Experteninterviews wurde ausgewählt, um sehr ausführliche und detailreiche Daten zu erhalten. Um dies zu generieren wurde der Leitfaden ausschließlich mit offenen Fragen versehen, sodass dem Befragten die Möglichkeit gegeben wird, die Beantwortung der Fragen frei zu gestalten. Da bislang kein vergleichbarer Leitfaden vorlag wurde dieser selbst erstellt. Als Nachteil dieser Methode kann genannt werden, dass im Interview seitens der Befragten andere Themen aufgegriffen wurden, die sich weit von der Beantwortung der eigentlichen Frage entfernten.

Der Interviewleitfaden umfasste insgesamt 22 Fragen und beanspruchte einen Zeitraum von etwa 30 Minuten. Er wurde in Form mehrerer Abschnitte strukturiert und erwies sich im Interview als ein gutes Instrument, um vom Allgemeinen zum Spezifischen zu gelangen. Begonnen wurde dabei mit einer Begrüßung, es folgen eine Erläuterung des Ziels und Hinweise zur Befragung, bevor allgemeine Fragen zur Berufstätigkeit, zu Belastungsfaktoren der Arbeit sowie zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter gestellt wurden. Den Abschluss bildeten Fragen zu Veränderungen und Verbesserungen im Beruf. Als praktikabel erwies es sich den Aufbau des Leitfadens kurz zu erklären, damit der Befragte eine etwaige Vorstellung zur Abfolge des Interviews hatte. Um die Praxistauglichkeit des Leitfadens vorab zu testen, wurde eine geeignete Testperson hinzugezogen und anschließend befragt. Dieses Vorgehen ist positiv zu bewerten, da in einem ersten Pretest von Seiten der Testperson Verständlichkeitsprobleme aufgefallen sind. Ein erstes Problem lag in der Formulierung einiger Fragen, da diese nicht präzise genug formuliert waren. Außerdem befanden sich zu Beginn Fragen im Leitfaden, die vom inhaltlichen Sinn das Gleiche erfragen, sich jedoch in der Formulierung unterschieden haben. Außerdem sorgte die Anordnung der Fragen anfangs für Verwirrung, was Rückfragen seitens der Experten im Interview hätte zur Folge haben können. Nach Abänderung der kritisch bewerteten Aspekte, erfolgte ein erneuter Pretest mit einer fachkundigen Testperson, bei dem sich der Leitfaden als praktikabel erwies.

5.1.3 Interviewsetting

Als Voraussetzung für die Befragung der Pflegefachkräfte im stationären Bereich wurden zuvor unabhängig voneinander Ansprechpartner der Klinikleitung in Zwickau sowie Kirchberg ausgewählt, von deren Zustimmung das weitere Vorgehen abhing. Die Ermittlung dieser Ansprechpartner erfolgte anhand der Sichtung der Homepages umliegender Akutkrankenhäuser im Landkreis Zwickau. Der Zugang zu dem jeweiligen Ansprechpartner erwies sich zu Beginn als schwierig, weil zuvor nicht ganz klar war welche Verantwortlichkeit diese mit dem stationären Krankenhausbetrieb aufwiesen. An der Vorgehensweise der Auswahl der Kliniken lässt sich kritisieren, dass in einem standortfernen Akutkrankenhaus möglicherweise ebenso Interviews hätten durchgeführt werden können, um Datenmaterial für die vorliegende Arbeit zu generieren. Dies hätte unter Umständen jedoch eine Verzerrung der Ergebnisse dahingehend hervorgerufen, dass regionale Abweichungen als Störvariable mit eingeflossen wären und wurde dadurch verworfen.

Die Kontaktaufnahme zu den Ansprechpartnern erfolgte durch ein Anschreiben per E-Mail, in der die bestehenden Möglichkeiten sowie die Flexibilität des Interviewers für ein persönliches Gespräch vorab erwähnt wurden, um die Chance der anschließenden Befragung auf Station zu erhöhen. Dabei ist zu erwähnen, dass bei allen Befragten zeitnah ein passender Termin vereinbart werden und wie geplant umgesetzt werden konnte.

Mit der positiven Rückmeldung seitens der Ansprechpartner wurde im Vorfeld des persönlichen Kennenlernens gleichwohl der Leitfaden mit angefordert, der dann auch für einen besseren Überblick den Verantwortlichen übersendet wurde. Hilfreich war es, dass beide Ansprechpartner der Interviewbefragung auf Station zugestimmt haben und ebenfalls alle angesprochenen Pflegefachkräfte für eine Face-to-Face Interviewbefragung bereitstanden. Dadurch konnten viele ausführliche Daten generiert werden, welche sich im Hinblick auf die Zielstellung als Vorteil erwiesen haben. Auch konnte durch das persönliche Gespräch die Körpersprache sowie die Einstellungshaltung der interviewten Person beobachtet werden.

Der ausgewählte Befragungsort seitens der befragten Fachkräfte sorgte für eine angenehme Gesprächsatmosphäre, was authentische Antworten der Befragten hervorbringen konnte. Da die befragten Pflegefachkräfte jedoch von unterschiedlichen Stationen stammten, muss angemerkt werden, dass deren primäres Aufgabenfeld voneinander abweicht. In der Hinsicht könnte es als geeigneter eingeschätzt werden, sich grundlegend auf Fachkräfte einer Station zu stützen. Da jedoch im Hinblick auf die Antworten der Befragten gleiche Antworten generiert

werden konnten, welche inhaltlich das Thema abdecken, ist dieser Aspekt aus Sicht des Autors als nicht kritisch zu betrachten.

Als positiv erwies es sich weiterhin das gesprochene Datenmaterial mit einem Aufnahmegerät festzuhalten, da aufgrund der langen und zügigen Antworten nicht die Möglichkeit bestand diese im vollen Umfang mitzuschreiben. Dies entwickelte sich auch zum Vorteil beim Transkribieren der Interviews (siehe Anhang zwei bis vier), da die Aufnahmen immer wieder beliebig abgespielt werden konnten. Der dafür benötigte Zeitaufwand ist jedoch kritisch zu sehen, da die Aufnahme ständig gestartet und gestoppt werden musste, bis alle Antworten der Befragten verschriftlicht werden konnten.

5.1.4 Auswertung

Hinsichtlich der angewandten Methode ist ebenfalls anzumerken, dass sich die Datenauswertung, welche nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) vorgenommen wurde, als sehr zeitaufwändig erwies. Nach der vollständigen Transkription der Interviews, erfolgte für jedes einzelne Interview die Übertragung in eine Excel-Tabelle. Anschließend wurde jede Zeile des schriftlichen Datenmaterials angesehen und der Reihe nach nummeriert. Danach wurde jede Zeile chronologisch betrachtet und wichtige Textelemente (Codewörter) aus dem Interview in eine weitere Spalte daneben geschrieben. Dies erwies sich in Summe als sehr aufwändiges Verfahren, weil jedes der Interviews einen anderen Umfang hatte und die Teilnehmer unterschiedliche Faktoren im Zuge auf ein und dieselbe Frage ansprachen.

Nachfolgend wurde die Spalte der herausgeschriebenen Textelemente geprüft, die eine umfangreiche Menge an Datenmaterial beinhaltete. Dieses wiederum wurde in der dafür vorgesehenen Categoriespalte in Kategorien überführt. Dabei wurde für jede neue Zeile und für jedes neue Textelement entschieden, ob es zu einer bereits entwickelten Kategorie passt oder ob eine neue Kategorie gebildet werden muss. Als recht kompliziert und zeitintensiv erwies sich auch die Gruppierung der Textelemente in Kategorien, da diese zu Beginn inhaltlich sehr streng vorgenommen wurde und somit eine hohe Anzahl an Kategorien entstanden ist. Nach einer weiteren Bereinigung der Kategorien war ersichtlich, dass diese granulare Aufteilung nicht zielführend ist. Es wurden daher einige Kategorien zusammengefasst und die Bezeichnung der Kategorie nochmals geändert. Aus dieser Überarbeitung sind im Ergebnis acht Kategorien entstanden, welche für einen besseren Überblick nochmal in einem Diagramm dargestellt wurden.

Es ist zu beachten, dass sich die vorliegende Arbeit ausschließlich auf das Belastungserleben sowie Belastungsfaktoren im normalen Arbeitsalltag von stationär tätigen Pflegefachkräften der Akutversorgung beziehen. Anhand der theoriebasierten Literatur, soll dies für die Praxis aus Sicht der befragten Fachkräfte dargestellt werden. Andere Themen oder Pflegebereiche finden somit keine Berücksichtigung. Abschließend ist zu erwähnen, dass sich diese Untersuchung ausschließlich, auf die im Rahmen der Erhebungsmethode entstandenen Ergebnisse stützt. Möglicherweise können mittels anderer Erhebungsmethoden umfassendere Ergebnisse erzielt werden.

5.2 Ergebnisdiskussion

Im Rahmen der Ergebnisdiskussion werden nun die im Zuge der Ergebnisaufbereitung erzielten Themeninhalte gründlich untersucht. Dabei soll der zu Beginn erstellte Interviewleitfaden, im Hinblick auf die Fragestellung sowie die zugehörigen Unterfragestellungen als Grundlage zur Beantwortung fungieren. Mittels der Diskussion werden nachfolgend alle erzielten Ergebnisse sowie die daraus entwickelten Kategorien betrachtet und anschließend diskutiert. Anzumerken ist jedoch, dass sich grundsätzlich auf die aussagekräftigsten Aspekte gestützt wird, die aus dem Tagesverlauf der Pflegefachkräfte heraus entstehen.

Bezugnehmend zur ersten spezifischen Fragestellung (an fünfter Stelle im Interviewleitfaden): „Welchen Anforderungen müssen Sie auf Arbeit gerecht werden?“ wird ersichtlich, dass die Befragten gleiche Arbeitsanforderungen benennen, die ihren Arbeitsalltag prägen. Im Hinblick auf die Versorgung der Patienten geben die Befragten an, durch ihre Arbeit hohen Arbeitsanforderungen gerecht werden zu müssen. Als besonders maßgeblich geht dabei hervor, dass der Arbeitsaufwand in der Krankenpflege sehr geballt ist und von den Pflegefachkräften viele Aufgaben gleichzeitig zu erledigen sind. Um dem gerecht zu werden ist eine gute Selbstorganisation erforderlich. Außerdem wird deutlich, dass die Befragten unter einer ständigen Einsatz- und Reaktionsbereitschaft stehen und auf (ungeplante) Veränderungen, welche von jetzt auf gleich auftreten können, reagieren müssen. Dies hat zur Folge, dass die Befragten ständig auf Achse sind und im Laufschrift von einer Aufgabe zur nächsten rennen. Hinzu kommt der knappe Zeitrahmen, in dem diese Aufgaben sowie spontan entstehende Aufgaben erledigt werden müssen. Daraus ist abzuleiten, dass das Aufgabenpensum mit der dafür vorgesehenen Arbeitszeit nicht übereinstimmt und die Befragten bei der Ausübung ihrer

Arbeitstätigkeiten, wie beispielsweise das Überprüfen von Vitalwerten, Blutzucker messen oder das Verabreichen von Medikamenten, ständig unter Zeitdruck stehen und infolgedessen eventuelle Fehler passieren können. Dies ist jedoch kritisch im Zusammenhang mit der hohen Verantwortung in der Krankenpflege zu sehen. Die Arbeit am Patienten erfordert nicht nur volle Konzentration der Pflegefachkraft, sondern bedarf zudem nicht nur einer dafür festgelegten, sondern einer dafür tatsächlich benötigten Zeit, als Bemessungsgrenze, um eine gute medizinische und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten zu können.

Die **erste Unterfragestellung** dieser Arbeit hinsichtlich der Arbeitsanforderungen im krankenschwägerischen Arbeitsalltag aus Sicht der Befragten ist damit beantwortet.

Im Hinblick auf zusätzliche Aufgaben, die sich im stationären Arbeitsalltag ergeben, konnten die Befragten eindeutige Inhalte bieten und deutlich machen, dass dieser nicht nur aus der Versorgung von Patienten besteht. Um eine medizinische Versorgung der Patienten zu ermöglichen, benötigt es entsprechende Materialien, wie beispielsweise Binden, Kompressen, Infusionen oder Medikamente, welche von der Apotheke auf Station geliefert werden. Die Bestellung und anschließende Verräumung dieser Materialien wird von zwei der Befragten als patientenferne Zusatzaufgabe empfunden, welche viel Zeit in Anspruch nimmt und somit die Patientenzeit minimiert. Auch wird unter den Befragten die Erledigung von Küchen- und Reinigungsarbeiten, wie beispielsweise Küche säubern, Geschirrspüler ausräumen oder Geräte putzen, als negative Einflussgröße gesehen. Besonders, weil diese Aufgaben tagtäglich auftreten und anstatt einer Reinigungskraft eine Pflegekraft dahingehend tätig werden muss. Wenn diese Aufgaben eine zusätzliche Person erledigen würde, wäre seitens der Pflegekräfte mehr Zeit für die Patienten auf Station. Jedoch fehlt es dafür an Personal, was auch zwei der Befragten als Situation für die Krankenpflege allgemein schildern. Hinzu kommt darüber hinaus der plötzliche Ausfall von Personal, der gleichwohl die Patientenversorgung überfordert, da auf eine Pflegefachkraft umso mehr Patienten kommen und dies im Umkehrschluss bedeutet, dass für jeden einzelnen Patienten noch weniger Zeit bleibt. Dieser Aspekt könnte sich zudem negativ im Hinblick auf die Arbeitsqualität der Pflegefachkräfte auswirken.

Ein weiterer Kritikpunkt ist aus Sicht zweier der vier Befragten die Dokumentationsarbeit, besonders die der Patientenakten. Dabei kritisiert einer der Befragten, manchmal Daten in eine Patientenakte übernehmen zu müssen, obwohl der zugehörige Patient ihm gar nicht bekannt ist. Die schriftliche Übertragung der Patientendaten ist aus Sicht der Befragten zu zeitintensiv, und es lässt sich mutmaßen, dass die Arbeit am Schreibtisch teilweise die der Patientenversorgung

übersteigt. Weiterhin zeigt dies, dass die Digitalisierung in diesem Befragungsfeld noch ausbaufähig ist.

Ebenfalls sprechen sich drei der vier Befragten deutlich für die Isolation von Infektionspatienten (allgemeine Infektionen sowie Corona-Patienten) aus, da diese im Arbeitsalltag einen zusätzlichen Mehraufwand mit sich bringen und die eigentliche Arbeit erschweren. Dabei müssen Schutzmaßnahmen ergriffen werden und extra Zimmer bereitgestellt werden, was die Anzahl möglicher Patienten pro Station gleichwohl minimiert. Besonders besteht immer ein Infektionsrisiko seitens der Mitarbeiter, was eine Ansteckung und somit den Ausfall von Personal zur Folge haben könnte. Damit kann auch die **zweite Unterfragestellung** beantwortet werden, welche extrinsischen Einflussgrößen mit dem Arbeitsalltag der stationären Akutversorgung einhergehen.

Neben extrinsischen Faktoren gibt es gleichermaßen intrinsische Faktoren, die mit dem Arbeitsalltag der Fachkräfte einhergehen. Den Ergebnissen zufolge kann festgestellt werden, dass das Schicksal der Patienten die Befragten psychisch beeinflusst. Drei der vier Befragten empfinden vor allem eine psychische Belastung, wenn die Patienten einen schlimmen Unfall hatten oder von einer schweren Krankheit betroffen sind. Zudem geben drei der vier Befragten an, dass sie vor allem das Schicksal von jungen Patienten psychisch beschäftigt, besonders wenn die Aussicht auf Genesung schon von Beginn an herabgesetzt ist. Daraus resultierend kommt es vor, dass diesen Patienten seitens der Pflegefachkräfte mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, wodurch sich andere Patienten ungerecht behandelt fühlen. Dies wiederum könnte zur Folge haben, dass diese ein negatives Verhalten nach außen zeigen und sich daraufhin Probleme mit den Angehörigen ergeben, welche die Versorgung ihres Verwandten als unzureichend erachten.

Weiterhin spielt der frühzeitige Tod von Patienten eine Rolle im Berufsalltag der Befragten. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die Befragten aufgrund der vielen Jahre im Beruf einen besseren Umgang mit solchen Ereignissen erlernt haben. Jedoch ist der Berufsalltag in der Krankenversorgung ständig von sehr plötzlichen Ereignissen geprägt. Der Auswertung des Datenmaterials zufolge ist zu entnehmen, dass durchaus vereinzelt Themen der Arbeit mit nach Hause genommen werden. Dies wiederum kann negative Auswirkungen haben, da möglicherweise Schuldgefühle seitens der Pflegefachkräfte auftreten können.

Auch körperliche Belastungen, die im Zusammenhang mit der Arbeit stehen, können als erhobener Aspekt genannt werden. Es handelt sich auch um einen Punkt, zu dem fast identische Antworten vermerkt werden konnten. Besonders auffallend ist dabei, dass das zunehmende

Gewicht der Patienten ein großes Hindernis im Berufsalltag ist, vor allem, wenn diese durch die Pflegekraft allein zu betten oder zu lagern sind. Die Befragten sprechen deutlich an, dass dadurch zunehmende körperliche Belastungen entstehen. Zwei der vier führen dahingehend aus, als Folge dieser Belastungen Rückenschmerzen oder Kopfschmerzen zu erleiden. Zielführend wäre in der Hinsicht, die Mobilisation zu zweit vorzunehmen, um den Prozess sowohl für die Kräfte als auch die Patienten gleichzeitig zu vereinfachen. Auch hier ist jedoch die Umsetzung im Hinblick auf den Personalmangel und den dadurch bedingten Zeitdruck der Pflegefachkräfte in der Praxis eher kritisch zu sehen. Anhand der genannten Aspekte lässt sich auch die **dritte Fragestellung** beantworten, die beleuchtet welche intrinsischen Faktoren im Arbeitsalltag entstehen und die Arbeit zusätzlich erschweren.

Auf die Frage welche Konflikte zwischen Arbeit und Familie entstehen konnten weitestgehend gleichlautende Antworten vermerkt werden. Aus diesen geht hervor, dass überwiegend dann Konfliktsituationen entstehen, wenn geplantes Personal ausfällt und durch ungeplantes Personal ersetzt werden muss. Dabei berichten drei der vier Befragten davon regelmäßig an freien Tagen von der Arbeit angerufen zu werden, mit der Bitte spontan einspringen zu können. Der Nachteil daran ist, dass dies ziemlich kurzfristig geschieht, eine schnelle Entscheidung erfordert und nicht im Voraus mit der Familie abgesprochen werden kann. Dabei geben zwei der Befragten an, sofern die Familie versorgt ist, für ihre Kollegen einzuspringen, obwohl sie dadurch selbst an ihrer Belastungsgrenze arbeiten müssen. Bezugnehmend zu den ermittelten Ergebnissen wird jedoch deutlich, dass dies aufgrund der zusätzlichen Belastung für die Pflegekräfte nicht dauerhaft möglich ist. Um sich selbst zu entlasten, besteht eine Möglichkeit darin, die Arbeitsstunden zu verringern. Dies jedoch verstärkt den bestehenden Personalmangel weiter und führt langfristig nicht zu einer Verbesserung der Situation.

Ein weiterer Konfliktpunkt geht mit dem Schichtsystem in der Krankenpflege einher, das außerdem durch das Erfordernis der Arbeit am Wochenende sowie an Feiertagen erschwerend für die Pflegekräfte wirkt. Daraus resultierend entstehen vermehrt Konflikte, vor allem wenn die Kinder noch klein sind und der Ehemann selbst in Schichten arbeitet. Um dem entgegenzuwirken wäre mehr Flexibilität im Hinblick auf die Arbeitszeiten von Vorteil, besonders in der Ausgestaltung des Dienstplanes. Für die Befragten ist es demzufolge ein Spagat den Beruf und die Familie zufriedenstellend miteinander zu vereinbaren. Mittels der dargestellten Aspekte lässt sich damit die **vierte Fragestellung** beantworten, inwieweit sich der Beruf mit der Familie vereinbaren lässt.

Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen, bedarf es Pflegenden, die mit ihrer Arbeit die gesundheitliche Situation der Patienten verbessern oder eine Verschlimmerung verhindern. Jedoch muss dabei gleichermaßen die Gesundheit der Pflegenden entsprechend gestärkt und präventiv geschützt werden. Dafür gibt es gesetzliche Rahmenbedingungen für gesundheitsbezogene Interventionen in Unternehmen, die den Arbeitgeber dazu verpflichten, die Gesundheit der Mitarbeiter zu schützen und sicherzustellen. In der Praxis wird davon jedoch nur teilweise Rechnung getragen. Eine Möglichkeit die der Gesunderhaltung der Mitarbeiter dient, liegt darin, sich sportlich zu betätigen. In diesem Rahmen wird bei allen Interviewpartnern vom Arbeitgeber ein umfangreiches Sportangebot unterbreitet, welches von den Befragten in Anspruch genommen werden kann. Positiv ist dabei, dass verschiedene Sportarten angeboten werden, um jedem die Möglichkeit zu geben, etwas Passendes für sich zu finden. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass die Teilnahme auch zu verschiedenen Zeiten möglich ist, um die individuellen Terminanforderungen zu berücksichtigen. Den Ergebnissen zufolge sind vor allem Nordic Walking und Yoga-Kurse die den Befragten bekanntesten Angebote. Doch selbst wenn verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung stehen, ist die Teilnahme nicht regelmäßig möglich. Im Anschluss an die Arbeit bestimmen oftmals andere Verpflichtungen den restlichen Tagesverlauf der Befragten. Außerdem wird deutlich, dass die Arbeit in der Krankenpflege sehr anstrengend ist und daher die Kraft fehlt, sich nach der Arbeit noch sportlich zu betätigen. Dies spiegelt sich auch in den Antworten von drei der Befragten wider, die angaben nach Dienstende vorzugsweise nach Hause zu fahren, anstatt die Sportangebote der Arbeit zu beanspruchen. Auffällig ist darüber hinaus, dass alle Befragten einen klaren Standpunkt ihrem Arbeitgeber gegenüber vertreten und diesen auch deutlich aussprechen. Keine der Äußerungen ist dabei als positiv zu werten. Die Befragten sind der Meinung, dass die Gesundheit der Pflegekräfte für ihren Arbeitgeber keine Rolle spielt. Vielmehr steht die Leistung des Mitarbeiters und weniger seine Gesundheit im Vordergrund. Dabei betont einer der Befragten (I3), dass der Arbeitgeber die Pflegekräfte im Heinrich-Braun-Klinikum in Kirchberg aufgrund der lokalen Distanz nicht einmal kennen wird. Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass keiner der Befragten angibt, von Seiten des Arbeitgebers eine gewisse Wertschätzung zu erfahren. Dies kann jedoch Unzufriedenheit im Beruf zur Folge haben, weshalb viele über einen Berufswechsel oder einen kompletten Ausstieg aus dem Beruf nachdenken. Zielführend wäre vielmehr den Pflegekräften Lob und Anerkennung zu übermitteln, um die Arbeitsmotivation zu erhöhen und die Arbeitsleistung zu steigern. Mit diesen Punkten wird die **fünfte Fragestellung** beantwortet, inwieweit die Pflegefachkräfte eine Fürsorge ihrer Gesundheit hinsichtlich ihres Arbeitgebers erfahren.

Auf die Frage welche Veränderungen die Befragten bis heute, im Hinblick auf ihre Arbeit im Berufsalltag und verglichen mit ihrer Ausbildungszeit wahrgenommen haben, konnten kohärente Aussagen vermerkt werden. Drei der vier Befragten sind dabei der Meinung, eine Veränderung im Arbeitsaufkommen wahrgenommen zu haben. Das bedeutet, dass nicht nur die auszuführenden Tätigkeiten mehr geworden sind, sondern gleichermaßen die Arbeitsanforderungen, die an die Pflegekräfte gestellt werden. Als Kritikpunkt sieht einer der Befragten, dass früher eine Stationshilfe für zusätzliche Aufgaben (z.B. Küchenarbeiten) zuständig war und diese Stelle aufgrund zu hoher Personalkosten gestrichen werden musste. Folglich sind solche Aufgaben neben der eigentlichen Arbeit vom Fachpersonal zu erledigen. Außerdem ist die Digitalisierung fortgeschritten, wodurch sich die Ausführung von Arbeitstätigkeiten im Hinblick auf den Umgang mit neuen Verfahren und neuer Technik verändert hat. Positiv daran ist, dass mittels neuer Technik der Zeitaufwand verringert werden kann und zudem genaue Werte übermittelt werden. Jedoch muss das (ältere) Pflegepersonal dessen Bedienung zunächst erlernen, was im ersten Schritt einer Erhöhung des Zeitaufwands gleichkommt.

Ein weiterer zu betrachtender Punkt ist die Veränderung des Personalbestandes. Hierbei vertreten alle vier Befragten die Meinung, dass sich dies zum Negativen verändert hat und darin das Hauptproblem der Krankenpflege liegt. Im Vergleich werden die Dienste heutzutage nur noch mit der Hälfte des Personals besetzt, wie noch zu Ausbildungszeiten. Dies wirkt sich gravierend auf die Versorgung der Patienten aus. Folglich haben die Pflegekräfte nicht die entsprechende Zeit, die die Pflege des Patienten eigentlich beansprucht. Aus diesem Grund sind viele Pflegekräfte unzufrieden, weil die aktuelle Arbeitssituation nicht dem Wunschbild des Berufes entspricht. Um dem entgegenzuwirken, müsste der Pflegeschlüssel zwischen Pflegekraft und Patient größer sein, sodass die Pflegenden nicht nur medizinisch, sondern auch menschlich für den Patienten da sein können.

Außerdem kann auf Basis der Ergebnisse festgestellt werden, dass die Arbeit in der Krankenpflege heutzutage wenig Anerkennung und Wertschätzung findet. Dies beeinflusst nicht nur die Arbeitsmotivation der Pflegenden, sondern gleichwohl die Gewinnung von neuen Mitarbeitern. Problematisch wirkt sich dies insbesondere auf die Stellenbesetzung des in Rente gehenden Personals aus, da zu wenig neue Fachkräfte nachkommen. Um den Versorgungsbedarf abdecken zu können, ist es notwendig die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, um dem Personalmangel entgegenzuwirken. Anhand der aufgeführten Aspekte lässt sich nun auch die **sechste Fragestellung** beantworten.

6 Ausblick

Abschließend kann nun gesagt werden, dass aufgrund der hinzugezogenen Literatur ein erster Eindruck zum Thema gewonnen werden konnte. Vor dem Hintergrund der erzielten Ergebnisse, welche anhand des verwendeten Leitfadens erhoben wurden, konnte dies für die Praxis bestätigt werden. Im Zuge dessen konnte gleichermaßen die Forschungsfrage beantwortet werden.

Die Untersuchung hat ergeben, dass die zentralen Belastungen der Pflegefachkräfte vordergründig bei der unverhältnismäßigen Personalausstattung gegenüber dem Arbeitsaufkommen liegen. Der Personalmangel ist ein stark präsent Thema und zeigt seine Auswirkungen im Arbeitsalltag dahingehend, dass die Dienste allgemein unterbesetzt sind. Nach wie vor stellen auch die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege eine hohe Belastung für die Pflegekräfte dar, welche sich nicht nur körperlich, sondern auch psychisch auswirken. Ein weiterer negativer Aspekt, der durch die Untersuchung zu Tage gekommen ist, ist das Interesse des Arbeitgebers an seinen Mitarbeitern. Dabei ist anzuführen, dass die Gesundheit der Pflegekräfte sowie die Wertschätzung ihrer Arbeitsleistung, von Seiten des Arbeitgebers nicht vorhanden ist und lediglich deren Einsatzbereitschaft zählt.

Auch prägen neben der Patientenversorgung zusätzliche patientenferne Aufgaben den Arbeitsalltag. Unter Rückgriff auf die genannten Aspekte kann festgestellt werden, dass umso weniger Zeit für die eigentliche Versorgung des Patienten bleibt. Festzustellen ist dabei, dass sich dies auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte auswirkt, da sie den Patienten nicht in dem Ausmaß versorgen können, wie sie es gerne würden.

Durch die Untersuchung ist weiterhin erkennbar, dass die Pflegekräfte ihre Arbeit gut organisieren müssen, um die Versorgung entsprechend abdecken zu können. Negativ daran ist, dass dies unter Zeitdruck geschieht und dabei wenig Zeit für den menschlichen Umgang mit dem Patienten bleibt.

Den Ergebnissen kann darüber hinaus entnommen werden, dass sich der Personalbestand sowie der Zeitaufwand für die Patienten, im Vergleich zur Ausbildungszeit der Befragten, bis heute zum Negativen für die Krankenpflege verändert haben. Alle Befragten sind der Meinung, dass die Krankenpflege deutlich attraktiver wäre, wenn die theoretische Vorstellung des Berufsbildes ebenso der Praxis entsprechen würde.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Arbeitsbedingungen der Krankenpflege, aufgrund des Missverhältnisses zwischen Angebot und Nachfrage zugunsten der

Arbeitnehmenden verbessert werden müssen. Es besteht die Notwendigkeit mehr Menschen für diesen Beruf zu begeistern und die bereits in der Krankenpflege beschäftigten Mitarbeiter, am Arbeitsplatz zu erhalten. Außerdem ist anzuführen, dass mit einer weiteren Verschlechterung dieser Situation zu rechnen ist, wie beispielsweise die Ausmaße der Corona-Pandemie zeigen. Abschließend ist noch anzugeben das die ermittelten Ergebnisse ausschließlich auf die stationäre Akutversorgung des eingeschlossenen Klinikums zu übertragen sind und somit nicht verallgemeinert werden können.

Da sich die geringe Attraktivität des Berufes überwiegend durch die vorherrschenden Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege begründet, ist es notwendig Verbesserungsmaßnahmen vorzunehmen. Trotz der geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen, die für den Arbeitgeber verpflichtend sind, besteht für die Ausgestaltung zugunsten der Pflegebeschäftigten ein Verbesserungsbedarf. Darüber hinaus können neben der Unterbreitung von Gesundheitsangeboten, seitens des Arbeitgebers für seine Mitarbeiter, weitere Maßnahmen als Verbesserungsmöglichkeit zum Tragen kommen. Dies kann mittels einer gesundheitsförderlichen Arbeitsorganisation wie z.B. Flexibilität in der Anpassung der Arbeitszeiten an die Lebensumstände der Arbeitnehmenden, unterschiedliche Arbeitsmodelle oder Abwechslung in den Arbeitstätigkeiten, vom Arbeitgeber geschehen (Troger, 2019). Nicht zuletzt ist es zielführend die Ausbildung der Krankenpflege bereits in der Schulzeit, durch Image- und Informationskampagnen entsprechend zu bewerben, sodass besonders junge Menschen die Perspektiven dieses Berufssektors verinnerlichen und mit dem Berufsbild vertraut werden.

7 Literaturverzeichnis

- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, M., Sloane D. et al. (2012). Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*; 344: 1717.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept.
- AOK-Bundesverband (2021, 16. September). *Zahlen und Fakten. Fehlzeiten durch Krankenstand*. Abgerufen 17.12.2021 von <https://www.aok.de/fk/betriebliche-gesundheit/grundlagen/fehlzeiten/ueberblick-fehlzeiten/>.
- Barthelme, G. & Garms-Homolová, V. (1999). Belastungen in der ambulanten Pflege. Schmidt, R.; Entzian, H., Giercke, K.-I., Klie, T. (Hrsg). Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege. Mabuse, Frankfurt am Main. S. 235-244.
- Bartholomeyczik, S. (1993). Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura (1993), System Krankenhaus, Weinheim: Juventa-Verlag.
- Brady, G. & Cummings, G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal Nurs Manag*; 18: 425-39.
- Brand, A., Lachmann, B. & Schubert, A. (2015). Arbeitgeberattraktivität im demografischen Wandel-Entwicklungspotentiale und Handlungsfelder, In Langoff, T. et al., Innovationskompetenz im demografischen Wandel, Springer Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 47.
- Bräutigam, C., Evans, M., Hilbert, J. & Öz, F. (2014). Arbeitsreport Krankenhaus – Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg).
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014, 01. September). *Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche*. Abgerufen 11.01.2021 von <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fakten/BIBB-BAuA-10.html>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017). Gesundheitsförderung für Pflegekräfte: Wer pflegt die Pflege? Ausgangslage: Die Arbeitssituation in der Pflege, 3. Aufl. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

- Bundesministerium für Gesundheit (2021, 21. September). *Beschäftigte in der Pflege*.
Abgerufen 22.02.2022 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigte.html>.
- Bundesministerium des Inneren (2011). Demografie Bericht, Bericht der Bundesregierung zur demographischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes; Berlin, S. 11.
- Buxel, H. (2011). Was Pflegekräfte unzufrieden macht. Deutsches Ärzteblatt, S. 108 (17): 946-8.
- Deloitte (2017). Time to care. Securing a future for the hospital workforce in Europe. Abgerufen 18.04.2022 von <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-Ishc-time-to-care-workface.pdf>.
- de Vries, N.M., van Ravensberg, C.D., Hobbelen, J.S.M., Rikkert, M.G.M.O., Staal, J.B. & Nijhuis van der Sanden, M.W.G. (2012). Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews* 11, Nr. 1, 136-149.
- Estryn-Behar, M., Nézet le, O., Laine, M., Pokorski, J. & Caillard, J. (2005). Körperliche Belastungen bei Pflegepersonal. In: Hasselhorn, H., Müller, B., Tackenberg, P., Kümmerling, A., Simon, M. Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 101-8.
- Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2018). Gesundheit. Systematisches Verzeichnis. Aktuelle Version, doi: 10.17623/BZGA:224-i023-1.0.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2014). Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Opladen & Toronto: UTB.
- Glaser, J. (2006): Arbeitsteilung, Pflegeorganisation und ganzheitliche Pflegearbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen für Interaktionsarbeit in der Pflege. In: Böhle, F, Glaser, J: (Hrsg) Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung, 1. Aufl. VS, Wiesbaden, S. 43-59.
- Groeben, N. & Scheele, B. (2000). Dialog-Konsens-Methodik im Forschungsprogramm Subjektive Theorien. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 1(2), [9 Absätze].
- Hasselhorn, H., Tackenberg, P. & Büscher, A. (2005). Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, H., Müller, B., Tackenberg, P., Kümmerling, A., Simon, M. Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15,

- Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg).
Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. S. 135-46.
- Heinrich-Braun-Klinikum (o.D.). *Leistungen Innere Medizin I*. Abgerufen von 21.03.2022
<https://heinrich-braun-klinikum.de/innere-medizin-1-leistungen.php>.
- Heinrich-Braun-Klinikum (o.D.). *Leistungen Neurorehabilitation*. Abgerufen von 21.03.2022
<https://heinrich-braun-klinikum.de/neurorehabilitation-kirchberg-leistungen.php>.
- Helfferrich, C. (2005). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 161-165.
- Hurrelmann, K. & Horn, A. (2011). Das komplementäre Verhältnis von Gesundheitsförderung und Pflege. In: Schaeffer, D./ Wingenfeld, K. (Hg.) Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim & München: Juventa, S. 727-744.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018). *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage*. Abgerufen 25.03.2022 von <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada>.
- Isfort, M. (2013). Der Pflegeberuf im Spiegel der Öffentlichkeit. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Gehlen, D., Hylla, J., Tucman, D. (2018). *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung der stationären Langzeitpflege in Deutschland*. Abgerufen 16.07.2022 von https://katho-nrw.de/fileadmin/media/foschung_transfer/forschungsinstitute/dip/Pflege_Thermometer_2018.pdf.
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (2019). Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer Verlag GmbH. ISBN 978-3-662-58934-2.
- Kaba-Schönstein, L. (2018, 15. Juni). *Gesundheitsförderung 1: Grundlagen*. Abgerufen 07.08.2021 von <https://leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/kernkonzepte-und-entwicklungen-der-gesundheitsfoerderung/gesundheitsfoerderung-1-grundlagen/>.
- Kaiser, R. (2014). Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Kamps, E., Ackermann, D. & Timmreck, C. (2018). Pflegestudie 2018. Wege aus dem Fachkräftemangel in der stationären Altenpflege. Hochschule Niederrhein.

- Kuhlmei, A. & Blüher, S. (2014). Demographische Entwicklung in Deutschland – Konsequenzen für Pflegebedürftigkeit und pflegerischen Versorgung. In Schaeffer, D., Wingenfeld, K., Handbuch Pflegewissenschaften, Beltz Juventa Verlag, Studienausgabe, Weinheim und Basel, S. 185-187.
- Kleinknecht-Dolf, M., Spichiger, E., Frei, J., Müller, M., Martin, J. & Spirig, R. (2015). Monitoring von Pflegekontextfaktoren – Erste deskriptive Studienresultate einer Querschnittserhebung der schweizerischen DRG Begleitforschung Pflege vor Einführung Swiss DRG. *Pflege*. S. 28 (2): 93-107.
- Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (2016, 11. Januar). *Auswirkungen von Belastungen in der Pflege*. LIA.fakten. Abgerufen 20.21.2021 von www.lia.nrw.de.
- Leavy, R.L. (1983). Social support and psychological disorder. A review. *Journal of Community Psychology*, (11), S. 3-21.
- Marcus, H.-J. (2015). Gesundheit und Pflege im demographischen Wandel. Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Finanzierung und Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen im demographischen Wandel.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. BETZ Verlag. 12 Auflage.12 Auflage.
- Meifert, M. T. & Kesting, M. (2004). *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte, Praxis, Perspektiven*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 7.
- Metz, A., Kunze, D., Hamann, L., Gehltomholt, E. & Urbach, T. (2010). Demografischer Wandel in der Pflege – Konzepte für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften. Machbarkeitsstudie im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Mokarami, H., Pordanjani, T.R., Ebrahimi, A.M., Kiani, F. & Faridan, M. (2020). Lifestyle and Shiftwork: Designing and Testing a Model for Health Promotion of Iranian Nurses. *26(3):262-268*. doi: 10.1177/1078390319886658.
- Oppolzer, A. (2010). *Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit*. VSA, Hamburg.
- Robert-Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI und Destatis, Berlin.
- Roth, I. (o.D.). *Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten*. Ein Branchenindex auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit. Abgerufen 16.07.2022 von

<https://innovation-gute-arbeit.verdi.de/++file++53edcf1d6f6844064a000492/download/Arbeitsbedingungen%20in%20Krankenhäusern.pdf>.

Rudow, B. (2004). Das gesunde Unternehmen. Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz, Personalpflege. München: Oldenburg Wissenschaftsverlag, S. 92.

Schaefer, R., Buschlinger, B., Groß, S. & Schwenk, M. (2016, 22. November). *Evaluationsbericht: Modellprojekt. Generalistische Ausbildung an der Verbundschule für Gesundheits- und Pflegeberufe der Marienhaus Kliniken GmbH im Saarland*. Abgerufen 03.03.2021 von https://www.verbundschule-lebach.de/uploads/media/Evaluationsbericht_Verbundschule_Lebach.pdf.

Schaeffer, D. & Horn, A. (2018, 18. Juni). *Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege*. Abgerufen 19.01.2021 von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-praevention-in-der-pflege/>.

Schlick, C., Bruder, R. & Luczak, H. (2018). Arbeitswissenschaft. Springer Vieweg, Berlin.

Seyda, S., Köppen, R. & Hickmann, H. (2021). *Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen*. Abgerufen 20.12.2021 von <https://www.iwkoeln.de/studien/susanne-seyda-helen-hickmann-pflegeberufe-besonders-vom-fachkraeftemangel-betroffen.html>.

Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Abgerufen 17.03.2021 von https://www.researchgate.net/profile/Michael-Simon-4/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_-NEXT-Studie_in_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf.

Simon, M. (2012). *Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009 – Studie für den Deutschen Pflegerat*. Abgerufen von 28.03.2021 <http://www.eu-pflegekräfte.de/info/beschaefigte-in-pflegeberufen.pdf>.

Spranger, C. (2020). I care Pflege. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme. Doi:10.1055/b-006-163255. Georg Thieme Verlag.

Statista (2022, 11. Januar). *Engpassberufe in Deutschland nach durchschnittlicher Vakanzzeit*. Abgerufen 20.01.2022 von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/420385/umfrage/vakanzzeit-von-sozialversicherungspflichtigen-arbeitsstellen-ausgewaehlter-engpassberufe-in-deutschland/>.

- Struhs-Wehr, K. (2017). *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung. Gesundheitsorientierte Führung als Erfolgsfaktor im BGM*. ISBN 978-3-658-14265-0. DOI 10.1007/978-3-658-14266-7. Köln, Deutschland.
- Techniker Krankenkasse (2017). *Die Position der TK. Ein Masterplan für die Pflege*. Abgerufen 27.01.2022 von <https://www.tk.de/resource/blob/2042726/a52e0cba10fd816e0b772b2a40ab0f38/tk-position---masterplan-fuer-die-pflege-data.pdf>.
- Techniker Krankenkasse (2019). *Gesundheitsreport. Pflegefall Pflegebranche? So geht's. DeutschlandsPflegekräften.tk*, Hamburg.
- Theobald, H. (2018). *Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?* Forschungsförderung, Nr. 383. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Troger, H. (2019). *7 Erfolgsfaktoren für wirksames Personalmanagement Antworten auf demografische Entwicklungen und andere Trends, Andere demografische und gesellschaftliche Trends*, Springer Gabler Verlag, 2. Auflage, Wiesbaden, S. 44.
- Verdi (2018, 21. Juni). *Krankenpflege: mehr raus als rein*. Abgerufen 27.07.2022 von <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/service/drei/drei-66/++co++a50138d4-84f1-11e8-bb6e-525400f67940>.
- Walla, W., Eggen, B. & Lipinski, H. (2006). *Der demographische Wandel. Herausforderungen für Politik und Wirtschaft*, Kohlhammer, Stuttgart.
- Wellabe magazine (2021, 27. November): *Was ist Salutogenese? Definition und Modell nach Antonovsky*. Abgerufen 27.04.2021 von www.wellabe.de/magazine/saltuogenese?hs_amp=true.
- WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen 02.02.2021 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.
- WHO Europa (2016). *Constitution of the World Health Organization*. Abgerufen 02.02.2021 von <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (2020). *Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2019*. Springer-Verlag GmbH Deutschland. In: Springer Nature 2020. Badura, B. et al. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2020*.
- Wohlers, K. & Hombrecher, M. (2016). *Entspann dich, Deutschland – TK Stressstudie*. Techniker Krankenkasse, Hamburg.

Zander, B. & Busse, R. (2012). Das Arbeitsumfeld als (Qualitäts-)Indikator für Patienten- und Pflegeergebnisse. In: Bechtel, P, Smerdka-Arhelger, J. (Hrsg). Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 109-22.

8 Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden

Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag von Pflegekräften im Gesundheits- und Pflegebereich
<p>Einstieg</p> <p>Sehr geehrte Frau, ich würde Sie heute gerne zu den Belastungsfaktoren, die täglich in Ihrem Arbeitsalltag auftreten und beständig sind, befragen.</p> <p>Das Ziel der Fragen ist, dass die Belastungsfaktoren von verschiedenen Blickwinkeln bzw. Interviewpartnern heraus erfragt werden und so eine Reihe von Antworten unterschiedlicher Interviewpartner zusammenkommen.</p> <p>Dabei werden ausschließlich Interviewpartner interviewt, die dem stationären Krankenhausbetrieb im 1-3-Schichtsystem angehören.</p> <p>Die Fragen beziehen sich hauptsächlich auf den Arbeitsalltag und nicht auf kurzzeitige Sonderaufgaben, wie zum Beispiel die Eröffnung einer neuen Station.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Wie lautet Ihre korrekte Berufsbezeichnung und wie lange sind Sie bereits in Ihrem Beruf tätig?2. Welcher Krankenhausstation sind Sie zugehörig?3. Wie viele Schwestern/Pfleger arbeiten auf dieser Station?4. Was zählt primär zu den Arbeitsaufgaben auf Ihrer Station?
<p>Hauptteil</p> <p>Fragen zur Arbeitstätigkeit und -beanspruchung</p> <ol style="list-style-type: none">5. Welchen Anforderungen müssen Sie auf Arbeit gerecht werden? (hohe Verantwortung, Zeitdruck, Multitasking, Angehörige)6. Inwieweit ist Ihr Arbeitstag planbar, wenn Sie mit Ihrer Schicht beginnen? Wer plant Ihren Arbeitsalltag?7. Wie sieht das prozentuale Verhältnis der geplanten und ungeplanten Arbeit Ihrer Meinung nach aus?8. Müssen von Ihnen, neben den eigentlichen Aufgaben, noch zusätzliche patientenferne Aufgaben erledigt werden? Welche sind das? (Dokumentation)9. Gibt es an Ihrer Arbeit Faktoren, die Ihre Arbeit außerdem noch beeinflussen oder erschweren? Wenn ja, welche sind das? (Schichtarbeit, Ausfall von Kollegen, Infektionsrisiko)

10. Wie können Sie Pausen während Ihrer Schicht in Anspruch nehmen?
11. Welche Dinge zählen Sie zu den zentralen Belastungsfaktoren in Ihrem Tätigkeitsfeld?
 - 11.1 Welche psychischen Belastungen gehen mit Ihrer Arbeit einher?
 - 11.2 Welche körperlichen Belastungen entstehen in Ihrem Arbeitsalltag?
12. Hat die Arbeit im Team Auswirkungen auf die Arbeitsleistung? Wie ist das Verhältnis bei Ihnen zwischen den Kollegen und Kolleginnen?
13. Welche Auswirkungen hat die Arbeit in Ihrem Team auf Ihre Belastung?
14. Inwieweit werden die Belastungen der Arbeit mit nach Hause genommen?
15. Welche Konflikte entstehen zwischen Arbeit und Familie?

Fragen zu Gegenmaßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit

16. Welchen Stellenwert hat Ihrer Meinung nach die Gesundheit der Pflegekräfte in Ihrem Krankenhausbetrieb?
17. Wie wird die Gesundheit der Mitarbeiter sichergestellt bzw. was wird dafür unternommen?
18. Welche Angebote werden den Mitarbeitern unterbreitet, um die Gesundheit präventiv zu fördern und sicherzustellen?

Abschluss und Rückblick

19. Was hat sich Ihrer Meinung nach bis jetzt am Gesundheits- und Pflegeberuf, im Vergleich zu Ihrer Ausbildungszeit verändert?
20. Was stört Sie an Ihrer Arbeit?
21. Gibt es aus Ihrer Sicht Schwerpunkte von Belastungsfaktoren?
22. Was müsste besser gestaltet und organisiert sein, damit die Arbeit noch für alle attraktiver wäre?

Ausblick

Im Zuge der daraus entstehenden Bachelorarbeit werden die Antworten des Interviews transkribiert, danach kodiert und in Kategorien zusammengefasst und in einem letzten Schritt ausgewertet. Bei dem gesamten Ablauf werden die personenbezogenen Daten anonymisiert und nur für die in der Einwilligungserklärung kenntlich gemachten Dinge verwendet.

Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten
Forschungsprojekt: Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag von Pflegekräften im

Gesundheits- und Pflegebereich

Projektleitung: Miriam Groß

Interviewdatum: _____

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von der Projektleiterin in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann. Personenbezogene Kontaktdaten werden von den Interviewdaten getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Projekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht. Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit ein Interview abubrechen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückzuziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Vorname; Nachname in Druckschrift

Ort, Datum/Unterschrift

Anhang 2: Transkript zum Interview mit I1

Interview mit I1 (09.11.2021)	Zeile
<i>F: Zu Beginn eine allgemeine Frage und zwar: wie lautet Ihre korrekte Berufsbezeichnung und wie lange sind Sie bereits im Beruf?</i>	
A: Ich bin Krankenschwester und das seit 29 Jahren.	1
<i>F: Dann die nächste Frage: Welcher Krankenhausstation sind Sie zugehört?</i>	
A: Ich bin auf einer internistischen Intensivstation.	2
<i>F: Wie viele Schwestern oder Pfleger arbeiten auf dieser Station?</i>	
A: Ca. 40.	3
<i>F: Was zählt primär zu den Arbeitsaufgaben auf ihrer Station?</i>	
A: Die Versorgung der Patienten.	4
<i>F: Okay, dann kommen wir mal zum Hauptteil, das bezieht sich auf Fragen zur Arbeitstätigkeit und Beanspruchung. Welchen Anforderungen müssen Sie auf Arbeit gerecht werden?</i>	

A: Eigentlich alles. Erstens sind es viele Aufgaben, die wir erledigen müssen, man hat eine Verantwortung, eine sehr hohe Verantwortung, weil man ja manchmal auch ärztliche Tätigkeiten übermittlemt bekommt oder übertragen. Dann muss man mehrere Dinge gleichzeitig machen, man muss sich gut organisieren können und die Gespräche mit Angehörigen kommt dann irgendwo auch dazu.	5 6 7 8 9
<i>F: Dann kommt gleich eine passende nächste Frage und zwar: Inwieweit ist Ihr Arbeitstag planbar, wenn Sie mit Ihrer Schicht beginnen?</i>	
A: Gar nicht. Auf der Intensivstation kann man nicht planen, weil es in allen 5 Minuten anders sein kann. Es kann immer irgendwas passieren, wo man drauf reagieren muss und dann kann man das was man geplant hat eigentlich schon wieder nicht mehr machen. Also man muss organisiert sein, sich selbst organisieren können trotzdem versuchen den Tag so strukturiert wie möglich für sich und auch für den Patienten hinzukriegen. Das ist aber manchmal nicht so einfach.	10 11 12 13 14 15
<i>F: Wie sieht denn da das prozentuale Verhältnis zwischen der geplanten und der ungeplanten Arbeit aus ihrer Meinung nach aus?</i>	
A: Kann man pauschal nicht sagen, denn jeder Tag ist anders. Man hat sicherlich Tage wo man gut arbeiten kann und alles so das so läuft, wie es sein sollte und dann gibt es Tage, wo nichts nachdem läuft, wie es sein sollte. Also wo wo auch eine Essengabe nicht nach der Zeit, wo es eigentlich sein müsste möglich ist. Wo also vieles nicht möglich ist und da kommt es immer darauf an, wie viel Personal da ist um das komprimieren zu können, weil man das alleine manchmal nicht hinkriegt.	16 17 18 19 20 21
<i>F: Müssen von Ihnen neben den eigentlichen Aufgaben noch zusätzliche patientenferne Aufgaben erledigt werden und welche sind das?</i>	
A: Viele. Also, wir haben ganz viele patientenferne oder Tätigkeiten. Das geht los mit Apothekenbestellung, das geht los mit Materialbestellung. Das geht los mit Materialbestellung, wenn die kommt, die wieder einzuräumen. Die Apotheke ausräumen, Putzräume säubern, Küche aufräumen säubern. Wegedienste erledigen von Blutproben fortschaffen über Patientendinge. Dann noch Befunde die wegsortiert werden müssen also auch viel Büroarbeit. Ja, aber viel nimmt die Apotheke und die Materialwirtschaft in Anspruch. Das ist sehr aufwändig in den Schränken zu schauen was fehlt, dann das zu bestellen und das am nächsten Tag oder auch dann eine Schicht später alles wieder auszuräumen oder zum Teil auszuräumen obwohl das die Arbeiter der Abteilung machen müssten.	22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
<i>F: Gibt es an Ihrer Arbeit Faktoren, die ihre Arbeit außerdem noch beeinflussen oder erschweren? Wenn ja, welches sind das?</i>	
A: Ja also jede Isolation ist ein Mehraufwand, jeder Patient der isoliert werden muss mit einer Infektionskrankheit ist mehr Arbeit. Dann wenn Personal ausfällt, was oft der Fall ist und da muss man dann mehr Patienten betreuen. Daher hat man dann umso weniger Zeit, für die eigentlichen Patienten die man eigentlich betreuen muss. Und somit ist meine Zeit dann für jeden Patienten weniger als wie es eigentlich sein sollte.	32 33 34 35 36 37
<i>F: Und wie viele Patienten kann man da maximal haben als Einzelperson?</i>	

A: Eigentlich gibt es ja einen Schlüssel, einen Pflegeschlüssel für eine Intensivstation und da ist es die 1 zu 2 Betreuung also eine Pflegekraft betreut zwei Patienten. Beziehungsweise haben wir auch manchmal 3-4 Patienten, wo man dann das doppelte Volumen an Arbeit hat und von seinen eigenen Patienten eigentlich gar nichts hat.	38 39 40 41 42
<i>F: Wie können sie Pausen während ihrer Schicht in Anspruch nehmen?</i>	
A: Unterschiedlich. Manchmal gibt es Dienste wo man nicht dazu kommt eine Pause zu machen aber man sollte die Pause machen und ich versuche es auch immer so zu machen, die halbe Stunde Pause zu machen. Da muss man sich untereinander halt raus lösen. Da muss jemand anders meine Patientin in der Zeit übernehmen und ich gehe dann in die Pause. Und dann muss ich umgedreht, dass die Kollegin in die Pause gehen kann auch wieder rauslösen und die Patienten in der Zeit übernehmen.	43 44 45 46 47 48
<i>F: Welche psychischen Belastungen gehen mit ihrer Arbeit einher?</i>	
A: Die Schicksale der Menschen lassen einen natürlich nicht kalt. Es gibt Dinge, die man nach vielen Jahren Arbeit besser verdauen kann und es gibt, aber auch immer Dinge mit meistens jüngeren Leuten wo man schon manchmal auch zutun hat. Zudem gibt es auch schlimme Krankheitsbilder oder wenn etwas doch ziemlich plötzlich unerwartet passiert. Und das ist dann manchmal schon hart und das hat auch nichts mit den vielen Berufsjahren zu tun, denn das geht einem schon nah.	49 50 51 52 53 54
<i>F: Welche körperlichen Belastungen entstehen in Ihrem Arbeitsalltag?</i>	
A: Mit zunehmenden Gewicht der Patienten entstehen zunehmende körperliche Belastungen. Aber die Patienten werden wirklich immer größer und schwerer. Und auch immer jünger und dann schon kränker und somit geht das schon auf die Knochen.	55 56 57
<i>F: Auf welche Körperregion bezieht sich das denn hauptsächlich?</i>	
A: Überwiegend Rücken und körperliche Beschwerden, was noch geht aber dann auch viel Kopfschmerzen. Und dann halt jetzt gerade mit den ganzen Masken, nimmt das schon Einfluss.	58 59 60
<i>F: Dann kommen wir mal zur nächsten Frage. Hat die Arbeit im Team Auswirkungen auf die Arbeitsleistung und wie ist das Verhältnis bei ihnen zwischen den Kollegen und Kolleginnen auf der Station?</i>	
A: Also wir sind ein relatives großes Team und viele Menschen heißt viele Charaktere. Mit dem einen kann man gut zusammenarbeiten und mit dem anderen kann man weniger gut zusammenarbeiten. Und am Ende muss man auf jeden Fall sehen, dass die Versorgung vom Patienten gewährleistet ist aber das geht mit manchen besser und mit dem anderen nicht so gut. Es ist sicherlich immer sinnbringend Dinge die körperlich anstrengend sind immer zusammen zu machen, sich selbst zu schützen und auch dem Patienten es etwas einfacher zu machen. Man kann aber auf jeden Fall, wenn man untereinander gut zusammenarbeitet die Arbeitsleistung schon steigern. Aber das ist halt so unter verschiedenen Menschen	61 62 63 64 65 66 67 68 69

aber man hat immer seine Kollegen mit denen man gerne zusammenarbeitet, weil man da weiß das man sich auch darauf verlassen kann. Man muss ja auch selber ein gewisses Vertrauen haben, wenn man Aufgaben abgibt aber das lernt man auch mit der Zeit mit wem das funktioniert und mit wem nicht.	70 71 72 73
<i>F: Die nächste Frage ist: Inwieweit werden die Belastungen der Arbeit mit nach Hause genommen?</i>	
A: Bei bestimmten Dingen kommt es immer wieder dazu, dass man die mit nach Hause nimmt aber ich habe das in der Zeit eigentlich gut gelernt, nach 8 Stunden dann einfach abzuschalten. Das gelingt nicht immer aber eigentlich gehe ich nach 8 Stunden heim und dann ist der Tag zu Ende. Das gelingt je nach Dienst mal mehr und mal weniger gut.	74 75 76 77 78
<i>F: Welche Konflikte entstehen denn zum Beispiel zwischen Arbeit und Familie?</i>	
A: Ja also durch das Schichtsystem hast du immer Konflikte. Du willst ja deiner Familie gerecht werden aber hast halt auch einen bindenden Dienstplan und dann kommt es halt auch an deinen freien Tagen dazu, dass du von der Arbeit angerufen wirst, ob du nicht doch arbeiten kommen kannst. Dann muss man halt seine Prioritäten setzen und wenn man frei hat, dann hat man auch frei. Wenn man aber angerufen wird, kann man dann trotzdem frei entscheiden, ob man nicht doch nochmal einen Tag arbeiten geht aber gezwungen werden kann man nicht. Man weiß ja aber auch wie die Situation auf Arbeit ist und wenn ich da jetzt gar nichts vor habe, meine Familie versorgt ist und sowieso nur zu Hause sitzen würde dann gehe ich natürlich nochmal zu dem einen Dienst und helfe meinem Team aus. Das kann man aber nicht dauerhaft, weil dann laufe ich am Limit und meine Familie gleich mit. Man muss halt einen Mittelweg finden und dafür bin ich, wie viele Kollegen auch jetzt mit den Stunden herunter gegangen. Es gibt aber trotzdem auch den Fall, dass man von heute auf morgen in eine andere Schicht muss und da kommt es schon zu Konflikten mit der Familie. Mein Mann arbeitet ja auch in 3 Schichten und das ist dann schon immer schwierig, dass alles unter einen Hut zu bekommen.	79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94
<i>F: Dann kommen wir mal zu der nächsten Frage. Welchen Stellenwert hat Ihrer Meinung nach die Gesundheit der Pflegekräfte in Ihrem Krankenhausbetrieb?</i>	
A: Also ehrlich gesagt gefühlt keinen. Gefühlt ist der Stellenwert und wie es dir geht egal. Die wollen nur ihre Dienste besetzt wissen und wie ist egal. Das ist zumindest das Gefühl was du vermittelt bekommst und das auch so ist. Die wollen den Dienst besetzt haben und gut. Da die Personaldecke so dünn ist, muss der Mitarbeiter da eher funktionieren.	95 96 97 98 99
<i>F: Welche Angebote werden den Mitarbeitern unterbreitet, um die Gesundheit präventiv zu fördern und sicherzustellen?</i>	
A: Es gab mal ein Angebot bis vor Corona. Da gab es Yoga-Kurse, Physiotherapie-Kurse zur Gesunderhaltung und da hatten sich auch Fahrradgruppen gebildet und sowas und das wurde auch ganz gut genutzt. Mit Corona ist das aber alles eingeschlafen aber bis Corona haben sie versucht schon angefangen so Sportgruppen zu bilden, wo man als Personal im Anschluss an den Dienst schon teilnehmen konnte. Mehr Angebote gab es dann aber auch nicht.	100 101 102 103 104 105

<i>F: Dann kommen wir mal zum Abschluss und Rückblick. Was hat sich Ihrer Meinung nach bis jetzt am Gesundheits- und Pflegeberuf, im Vergleich zu Ihrer Ausbildungszeit verändert?</i>	
A: Das Arbeitsaufkommen hat sich verändert, es ist eindeutig mehr geworden. Vor allem mehr übertragbare Aufgaben, die du zu erfüllen hast, was jetzt nicht unbedingt etwas mit der Pflege zutun hat. Zum Beispiel die Küche aufräumen, Geschirrspüler einräumen und ausräumen und aufwaschen. Das mussten wir früher schon machen aber dafür gab es eine Stationshilfe, die solche Sachen gemacht hat aber die wurde jetzt eingespart. Solche Tätigkeiten sind dadurch auf jeden Fall mehr geworden und was weniger geworden ist, ist das Personal auf der Station. Die Dienste im Vergleich zu früher kann man fast sagen sind von der Anzahl her fast halbiert. Wo ich angefangen habe, waren früh immer mindestens 6 Schwestern da und jetzt sind das nur noch 3. Die Intensivstation kann man da jetzt nicht so werten aber auf einer normalen Station ist das deutlich runtergefahren, auf das Maximale, was nur geht. Da ist man manchmal allein oder zu zweit für die Hälfte der Station zuständig und hat vielleicht mal noch ein Helferlein. Und man sieht manchmal den ganzen Dienst über seine Patienten gar nicht, weil man von dem Schreibtisch einfach nicht wegkommt. Du schreibst in die Kurve eigentlich was rein, wo du gar nicht wirklich weißt was du reinschreibst, weil du den Patient dazu gar nicht kennst. Das war früher nicht so und das hat sich zum negativen für die Patienten und auch zum negativen in der Pflege entwickelt. Dass ist auch das, was so unzufrieden in der Pflege macht, weil man das was man eigentlich mal gelernt hat also den Patienten pflegen und für ihn da sein und versorgen macht man eigentlich gar nicht mehr.	106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125
<i>F: Da komme ich gleich zu einer passenden nächsten Frage. Was stört Sie an Ihrer Arbeit?</i>	
A: Das man keine Zeit mehr für den Patienten hat. Das eigentliche, was man eigentlich mal gelernt hat also den Patienten zu versorgen und sich um ihn zu kümmern, dass das nicht mehr geht.	126 127 128
<i>F: Dann noch eine weitere Frage. Gibt es aus Ihrer Sicht Schwerpunkte von Belastungsfaktoren?</i>	
A: Das Hauptproblem der Pflege ist, dass zu wenig Personal da ist und dadurch das so wenig Personal da ist hat man auch die Zeit nicht mehr. Das ist eigentlich das Hauptproblem und es ist auch nichts anderes. Auch wenn man viel Personal hat, kommt es immer drauf an was das für Personal ist. Ist es ein qualifiziertes Personal oder ist es einfach nur als Mensch da aber nicht im Kopf. Es werden bei uns immer Köpfe gezählt, dass 8 Leute da sind aber es wird nicht geschaut, wer die Köpfe sind und ob diejenigen überhaupt alleine Patienten betreuen können.	129 130 131 132 133 134 135
<i>F: Dann noch eine Abschlussfrage: Was müsste besser gestaltet und organisiert sein, damit die Arbeit noch für alle attraktiver wäre?</i>	
A: Um die Pflege wieder aufzuwerten, müsste erstmal die Wertschätzung wieder im Vordergrund stehen. Die Pflegekraft die am Bett steht muss wieder anders wertgeschätzt werden, denn das wird sie gerade nicht mehr. Das Grundproblem ist einfach, dass das dann keiner mehr machen will und dann kommt noch die	136 137 138 139

Bezahlung dazu. Auch das ganze Miteinander ist irgendwie aus den Fugen geraten	140
finde ich, was aber sicherlich auch daran liegt das zu wenig Personal da ist und dann	141
die Spannungen immer größer werden.	142

Anhang 3: Transkript zum Interview mit I2

Interview mit I2 (11.11.2021)	
<i>F: Dann beginnen wir erstmal mit einer allgemeinen Frage. Wie lautet Ihre korrekte Berufsbezeichnung und wie lange sind Sie bereits im Pflegeberuf tätig?</i>	
A: Krankenschwester und bin seit 34 Jahren im Beruf.	143
<i>F: Die zweite Frage: Welcher Krankenhausstation sind Sie zugehörig?</i>	
A: Ich arbeite auf der Station der Neurorehabilitation.	144
<i>F: Wie viele Schwestern bzw. Pfleger arbeiten auf dieser Station?</i>	
A: Es sollten eigentlich etwas über 25 sein.	145
<i>F: Was zählt primär zu den Arbeitsaufgaben ihrer Station?</i>	
A: Versorgung überwachungspflichtiger Patienten und das Tharealkanülenmanagement.	146 147
<i>F: Dann kommen wir mal zum Hauptteil und zwar zu Fragen der Arbeitstätigkeit und Arbeitsbeanspruchung. Welchen Anforderungen müssen Sie auf Arbeit gerecht werden? Das bezieht sich zum Beispiel auf Multitasking, Aufgaben oder hohe Verantwortung und Interessen.</i>	
A: Hauptsächlich müssen wir ständig Multitaskingaufgaben gerecht werden und von einem zum anderen rennen.	148 149
<i>F: Inwieweit ist der Arbeitstag planbar, wenn Sie mit Ihrer Schicht beginnen?</i>	
A: Pünktliche Arbeitszeitbeendigung ist eigentlich schwierig, weil wir als Personal ständig unterbesetzt sind. Und wenn du praktisch jetzt zur Bereichspflege eingeteilt bist, dann bist du verpflichtet immer in das Zimmer zu rennen bei allem was ist. Man rennt also von der Aufgabe, die man gerade macht immer weg, um dort nach dem rechten zu schauen und das heißt dass du eigentlich nie pünktlich nach Hause gehen kannst. Oder du lässt halt die Dokumentation dazu weg, dann kannst du gehen.	150 151 152 153 154 155 156
<i>F: Wie sieht das prozentuale Verhältnis der geplanten und ungeplanten Arbeit Ihrer Meinung nach aus?</i>	

A: Also ungeplant ist das, dass du permanent sprungbereit sein musst. Also planbar ist es, wenn du früh deinen Dienst anfängst und denkst du kannst halb drei gehen aber das wird nicht meistens nicht so.	157 158 159
<i>F: Müssen von ihnen neben den eigentlichen Aufgaben noch zusätzliche patientenferne Aufgaben erledigt werden?</i>	
A: Jetzt in unserer Zeit der Pandemie ist es so, wenn Besuchsverbot herrscht musst du zusätzlich zu den Aufgaben die du auf Station erledigst musst du die Sachen vom Patienten, die Schmutzwäsche runterschaffen zum Dispatcher und musst die saubere Wäsche von den Angehörigen hochholen. Du hast zusätzlich noch das, dass du permanent noch woanders hinrennen musst, um praktisch gewährleisten zu können das die Leute frische Wäsche oder Pflegeprodukte haben.	160 161 162 163 164 165
<i>F: Gibt es in Ihrer Arbeit Faktoren, die Ihre Arbeit außerdem noch beeinflussen oder erschweren? Wenn ja, welche sind das? Das bezieht sich jetzt auch noch sowas wie Schichtarbeit oder Infektionsrisiko.</i>	
A: Ständiger Personalmangel, dann noch das Infektionsrisiko, weil wir eigentlich prinzipiell Patienten da haben die isoliert werden müssen.	166 167
<i>F: Wie können Sie Pausen während Ihrer Schicht in Anspruch nehmen?</i>	
A: Sehr unregelmäßig und dann auch noch mit kurzen Unterbrechungen. Man muss ja trotzdem nach der Klingel und nach dem Monitor rennen.	168 169
<i>F: Dann die nächste Frage: Welche psychischen Belastungen gehen mit Ihrer Arbeit einher?</i>	
A: Mit der psychischen Belastung vor allem wenn junge Patienten einen schlimmen Unfall hatten und da die Aussicht auf Genesung eigentlich schon herabgesetzt ist. Das nimmt einen ja schon mit.	170 171 172
<i>F: Dann die nächste Frage Welche körperlichen Belastungen entstehen in Ihrem Arbeitsalltag?</i>	
A: Körperliche Belastung ist der Stress. Beides ist immer im Laufschrift und man ist immer unterwegs und auf der Neuroreha ist das ja auch so, dass man die Leute raus mobilisieren muss, Transfer und sowas.	173 174 175
<i>F: Hat die Arbeit im Team Auswirkungen auf die Arbeitsleistung? Und wie ist das Verhältnis bei dir auf der Station zwischen den Kolleginnen und Kollegen?</i>	
A: Das Team und die Teamarbeit ist prima und daher ist das Verhältnis auch sehr gut ist. Und das wirkt sich auch auf die Arbeitsleistung aus, ohne funktioniert es nicht.	176 177 178
<i>F: Inwieweit werden die Belastungen der Arbeit mit nach Hause genommen?</i>	
A: Schon sehr oft, weil die Schicksale der Patienten vor allem auch bei jungen Menschen sehr schlimm sind.	179 180

<i>F: Welche Konflikte entstehen zwischen Arbeit und Familie?</i>	
A: Die ständige Einsatzbereitschaft bei kurzfristigen Ausfällen von Personal durch Krankheit. Dann die Wochenendarbeit, wenn die Familie zu Hause ist und du gehst permanent arbeiten.	181 182 183
<i>F: Welchen Stellenwert hat Ihrer Meinung nach die Gesundheit der Pflegekräfte in Ihrem Krankenhaus Betrieb?</i>	
A: Man hat einfach nicht das Gefühl von einer Mitarbeiter-Wertschätzung.	184
<i>F: Welche Angebote werden den Mitarbeitern unterbreitet, um die Gesundheit präventiv zu fördern oder sicherzustellen?</i>	
A: Du kannst Yoga und solche Sachen machen, aber mitunter kannst du das nicht nutzen, weil wenn du fertig bist mit deiner Arbeit willst du zusehen, dass nach Hause kommst. Da willst du dich nach deinem Dienst nicht noch hinsetzen und Yoga machen, weil du eher kaputt von der Arbeit bist. Nach der Arbeit ist man einfach so unter Anspannung, dass man im Prinzip einfach nur noch nach Hause will. Und dann bekommt man auch noch 5€ zugezahlt, wenn man sich in einem Fitnessstudio anmeldet.	185 186 187 188 189 190 191
<i>F: Okay, ja, dann kommen wir jetzt zum Abschluss im Rückblick. Und zwar Was hat sich Ihrer Meinung nach bis jetzt an Gesundheits und Pflegeberufe verändert im Vergleich zu Ihrer Ausbildungszeit?</i>	
A: Der Respekt vor den jungen Schwestern ist gegenüber den Alten nicht mehr vorhanden. Die die jetzt neu anfangen denken sie haben das Pulver schon neu erfunden. Dann ist keine Hierarchie mehr da und das ist ja eigentlich auch positiv für die Jungen. Aber der Respekt fehlt und die Umsicht fehlt. Dann ist vom Arbeitgeber her die Dokumentationen wichtiger als die Pflege.	192 193 194 195 196 197
<i>F: Dann die nächste Frage: Was stört Sie an Ihrer Arbeit?</i>	
A: Zu wenig Zeit für Patienten.	198
<i>F: Gibt es aus Ihrer Sicht Schwerpunkte von Belastungsfaktoren?</i>	
A: Ja unzureichend Personal, zu wenig Zeit.	199
<i>F: Und dann die letzte Frage: Was müsste besser gestaltet und organisiert sein, damit die Arbeit noch für alle attraktiver wäre?</i>	
A: Nicht immer nur an der Belastungsgrenze zu arbeiten, dann ausreichend Personal, dann Wertschätzung und gegenüber den Normalstationen eine bessere Entlohnung.	200 201

Anhang 4: Transkript zum Interview mit I3

Interview mit I3 (13.11.2021)	
<i>F: Wie lautet Ihre korrekte Berufsbezeichnung und wie lange sind Sie bereits im Pflegebereich tätig?</i>	
A: Die Berufsbezeichnung ist Krankenschwester und das seit 40 Jahren.	202
<i>F: Welcher Krankenhausstation sind Sie zugehörig?</i>	
A: Der inneren Kardiologie.	203
<i>F: Wie viele Schwestern bzw. Pfleger arbeiten auf dieser Station?</i>	
A: Zwischen 10 bis 12, je nachdem.	204
<i>F: Und gibt es da auch Stellen, die nicht besetzt sind?</i>	
A: Ja, das ist ja dieses Schwanken. Und manchmal sind es 10, manchmal sind es 12.	205
<i>F: Was zählt primär zu den Arbeitsaufgaben auf der Station?</i>	
A: Die Pflege der Patienten, waschen, mit Essen versorgen. Subkutanspritzen sowie IV-Spritzen verabreichen und Infusionen geben. Dann haben wir vier Überwachungs-Monitore, wo die Leute angeschlossen sind an die Herzüberwachung, Blutdruck und Sauerstoffsättigung.	206 207 208 209
<i>F: Welchen Anforderungen müssen Sie auf Arbeit gerecht werden?</i>	
A: Manchmal sind die Anforderungen schon recht hoch, weil der Arbeitsaufwand sehr geballt ist. Vieles ist fast gleichzeitig zu tun, wenn wenig Pflegekräfte da sind. Und manchmal ist es halt nicht ganz so hoch, wenn gute Patienten da sind, wo dann weniger zu tun ist. Manchmal ist es ja so, dass man die Hälfte der Station zu Zuckern hat zu bestimmten Zeiten, dass dann gespritzt werden muss, dass das Essen ansteht, das Akutzugänge kommen. Und wenn man dann bloß zu zweit oder zu dritt ist, dann ist das natürlich sehr hoch, der Arbeitsaufwand und dann muss man viele Dinge gleichzeitig versuchen hinzukriegen. Und dann ist es auch ein psychischer Stress ganz schön.	210 211 212 213 214 215 216 217 218
<i>F: Inwieweit ist der Arbeitstag planbar, wenn Sie mit Ihrer Schicht beginnen?</i>	
A: Der ist vom Groben her planbar, wo man sagt, es steht zum Beispiel die Körperpflege an, Frühstück und Infusionen. Dann kommen ungeplante Faktoren noch dazu, das heißt die Akutzugänge die kommen oder wenn es Patienten schlecht geht, was man halt nicht beeinflussen kann.	219 220 221 222
<i>F: Wie sie denn da ungefähr das prozentuale Verhältnis zwischen ungeplanter und geplanter Arbeit aus?</i>	

A: Schwierig zu sagen. An normalen Tagen würde ich vielleicht sagen 50:50. Manchmal kippt es dann aber auch, dass das Geplante weniger ist und das Ungeplante mehr wird.	223 224 225
<i>F: Müssen von Ihnen neben den eigentlichen Aufgaben noch zusätzliche patientenferne Aufgaben erledigt werden?</i>	
A: Ja auf alle Fälle. Also Dokumentation ist ja ganz wichtig und wird ja auch immer mehr statt weniger, sodass da schon ein großer Teil der Arbeitszeit für solche Sachen draufgeht. Ja, dann sind Patienten, die selber sich keine Telefonkarte holen können oder vielleicht auch mal einen Keks aus der Cafeteria und durch Corona im Moment eh alles noch schwieriger ist. Da müssen Sachen abgeholt werden, die die Angehörigen bringen, weil ja keine Besuchszeit ist.	226 227 228 229 230 231
<i>F: Gibt es in Ihrer Arbeit Faktoren, die Ihre Arbeit außerdem noch beeinflussen oder erschweren? Und wenn ja, welche sind das zum Beispiel?</i>	
A: Ja im Moment ist das Infektionsrisiko ja ganz groß an erste Stelle geschrieben. Das ist halt auch noch ein sehr großer Arbeitsaufwand, weil man ja die Patienten extra lagern muss und in ein extra Zimmer unterbringen muss und da extra Schutzmaßnahmen ergriffen werden müssen. Und im Moment ist so, dass man zur Nachtschicht auch alleine ist und wenn man dann diese Intensivpatienten hat und die Corona-Patienten, dann ist das schon sehr schwer.	232 233 234 235 236 237
<i>F: Wie können Sie Pausen während Ihrer Schicht in Anspruch nehmen?</i>	
A: An normalen Tagen gut und an Tagen, wo mehr ungeplant ist als geplant, ist es eher schlecht.	238 239
<i>F: Welche psychischen Belastungen gehen mit Ihrer Arbeit einher?</i>	
A: Ich bin jetzt 40 Jahre in dem Beruf, da hat man jetzt schon ein Schutzpanzer bisschen entwickelt, wo man jetzt nicht mehr alles mit heim nimmt. Aber es gibt doch hin und wieder Einzelschicksale, wo man dann schon dran zu kauen hat. Und dann kommt es immer noch drauf an, was hat man jetzt für Ärzte auf Station? Kann man mit den Ärzten gut zusammenarbeiten? Sind die Ärzte gut eingearbeitet worden? Weil das ist das nächste Problem, das viele neue Ärzte, junge von der Uni und das zehnte Mal gar nicht wissen, wie sie das händeln müssen. Und dann hat man natürlich als ältere Schwester immer das Gefühl, dass der Patient nicht gut versorgt ist, und das nimmt man dann schon mit nach Hause.	240 241 242 243 244 245 246 247 248
<i>F: Welche körperlichen Belastungen im stehenden Arbeitsalltag?</i>	
A: Ja, die sind schon extrem, weil das Patientengut wird nicht leichter und das sind viele, die sehr schwer sind wenn man betten und lagern muss und das geht schon ganz schön an die Substanz. Und wenn dann noch der Stress dazukommt, weil viele Akutzugänge kommen, dann wird es manchmal ganz hart.	249 250 251 252
<i>F: Hat die Arbeit im Team Auswirkungen auf die Arbeitsleistung? Und wie ist das Verhältnis bei Ihnen zwischen den Kollegen und Kolleginnen?</i>	

A: Also würde ich sagen, das Klima im Team hat schon Auswirkungen auf die Arbeitsleistung, weil wenn man sich untereinander besser versteht und miteinander zurechtkommt, dann arbeitet man in einer gewissen Weise etwas fröhlicher. Und wenn man mit Leuten zusammenarbeitet, wo es nicht ganz so harmoniert, dann macht man halt seine Arbeit und da ist es vom Klima dann doch nicht ganz so schön. Bei uns ist im Moment alles gut.	253 254 255 256 257 258
<i>F: Noch mal eine Frage zu dem, was wir gerade eben schon mal hatten. Inwieweit werden die Belastungen der Arbeit mit nach Hause genommen?</i>	
A: Ja, na wie gesagt, im Laufe der Jahre ist man mit den ganzen Dingen vertraut damit und kann damit zurechtkommen und nimmt jetzt nicht mehr jedes Einzelschicksal mit nach Hause. Aber es kommt halt doch hin und wieder Patienten, die ein bisschen mehr an die Nieren gehen.	259 260 261 262
<i>F: Welche Konflikte entstehen zwischen Arbeit und Familie?</i>	
A: Manchmal ganz viele, gerade durch das Schichtsystem. Für mich im Moment jetzt einfach, weil die Kinder aus dem Haus sind. Aber wenn man noch kleine Kinder zu Hause hat, ist das mit den Schichten, Wochenenden und Feiertagen dann halt immer ein Spagat hinzukriegen, der Familie gerecht zu werden und auf Arbeit dann halt auch noch.	263 264 265 266 267
<i>F: Welchen Stellenwert hat Ihrer Meinung nach die Gesundheit der Pflegekräfte in Ihrem Krankenhaus Betrieb?</i>	
A: Gar keinen, weil ist keine Wertschätzung da. Mal als kleines Beispiel ich meine, es gibt sicherlich jetzt nicht allzu sehr viele Schwestern, die 40 Jahre in dem Beruf tätig sind. Es gibt ein Jubiläum, wo die Mitarbeiter geehrt werden, wie zum Beispiel zum Vierzigsten. Und dann kriegt man zwar das, was von der Gewerkschaft vorgeschrieben ist, vom Haus gibt es auch eine Karte und eine Flasche Wein und eine Rose. Und dann kommt der Betriebsrat. Wäre vielleicht auch schön, wenn das die Pflegedienstleitung mal selber übernommen hätte. Wie gesagt, es gibt ja nicht so viele. Es ist ja nicht so, dass sie jetzt einen ganzen Tag damit beschäftigt sind, eine Woche lang über die Stationen zu gehen. Das ist eine Handvoll. Und das finde ich, wenn man die Wertschätzung der Mitarbeiter gegenüber ausdrücken will, eine Möglichkeit, wenigstens mal an so einem Tag zu sagen ich komme mal selber und guck mir mal die Schwester an, man lernt sich auch mal kennen, weil die Pflegedienstleitung ist in Zwickau, die kommt fast nie nach Kirchberg, der wird die Schwestern in Kirchberg nicht mal kennen.	268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282
<i>F: Welche Angebote werden den Mitarbeitern unterbreitet, um die Gesundheit präventiv zu fördern und sicherzustellen?</i>	
A: Es gibt jetzt zwar so Angebote, die man nutzen kann wo ich aber wieder sage, dass das nach dem Dienst schwierig ist. Es wird jetzt zum Beispiel Walking nach dem Dienst angeboten aber die meisten wollen nach dem Dienst nach Hause, weil sie ihre Kinder abzuholen haben oder nach einer Frühschicht total breit sind. Da will man nicht noch eine Stunde durch den Wald laufen. Also es wird probiert, aber es ist halt schwierig das jetzt umzusetzen. Und wenn man dann private Angebote	283 284 285 286 287 288

nimmt, ist es halt auch mehr durchmischt durch die Schichten, weil man halt nicht regelmäßig machen kann.	289 290
<i>F: Dann kommen wir auch schon zum Abschluss im Rückblick. Was hat sich Ihrer Meinung nach bis jetzt am Gesundheits- und Pflegeberuf im Vergleich zu Ihrer Ausbildungszeit verändert?</i>	
A: Also das Personal ist weniger geworden. Die Aufgaben zum Teil mehr. Auch anders gelagert. Also ich fand vor 30 Jahren hatte ich mehr Zeit für den Patienten.	291 292
<i>F: Ja, dann gleich zur nächsten Frage. Was stört Sie an Ihrer Arbeit?</i>	
A: Ja, das ist das, was wir in der vorherigen Frage hatten. Das einem ganz einfach die Zeit fehlt, sich mal mit dem Patienten zu beschäftigen. Wir haben jetzt gemerkt, wir hatten aufgrund von Ärztemangel Betten gesperrt und hatten nur eine halbe Station und das war echt entspannend zum Arbeiten, weil man hatte mal wieder Zeit für die Leute, es hat mal wieder Spaß gemacht und man musste nicht nur durch flitzen. Jetzt flitzt man wieder durch, fühlt sich schon schlecht, wenn man hier und da mal ein Wort redet und das wäre schon schöner, wenn der Schwestern- und Patientenschlüssel größer wäre.	293 294 295 296 297 298 299 300
<i>F: Dann zur vorletzten Frage: Gibt es aus Ihrer Sicht Schwerpunkte von Belastungsfaktoren?</i>	
A: Auf alle Fälle auf den Zeitfaktor und auf das Körperliche hin und wieder, weil es gibt ja nicht nur schwere Patienten. Es gibt halt auch Tage, wo es mit den Patienten gut ist, wo man damit dann auch gut arbeiten kann aber im Großen und Ganzen ist es schon für die Pflege sehr belastend, vom Körperlichen her und vom Zeitaufwand.	301 302 303 304
<i>F: Dann zur Abschlussfrage: Was müsste besser gestaltet und organisiert sein, damit die Arbeit für alle noch etwas attraktiver wäre?</i>	
A: Die Bezahlung ist ein Faktor. Aber im Endeffekt fehlt einfach die Wertschätzung des Arbeitgebers oder für den Beruf der Krankenschwester allgemein. Die eine Säule ist die Bezahlung und die andere Seite wäre manchmal ein bisschen mehr Flexibilität. Was sich aber in den letzten Jahren ja auch schon etwas geändert hat, das war zu meinen Anfangsjahren doch schwieriger, wenn man da mal was wollte. Es wird schon versucht auf die Mitarbeiter einzugehen und die Anliegen von den Mitarbeitern umzusetzen, aber gerade in diesem Berufsfeld ist es halt schwierig. Es lässt sich halt auch nur in Grenzen etwas umsetzen, weil sonst der Stationsablauf halt wieder gefährdet ist. Wichtig ist immer den Pflegebedarf abzudecken und erst dann kann auf Anliegen der Mitarbeiter eingegangen werden.	305 306 307 308 309 310 311 312 313 314

Anhang 5: Transkript zum Interview mit I4

Interview mit I4 (18.11.2021)	
<i>F: Wie lautet Ihre korrekte Berufsbezeichnung und wie lange sind Sie schon im Pflegeberuf?</i>	
A: Ich bin Krankenschwester und zwar seit 31 Jahren.	315
<i>F: Welcher Krankenhaus Stationen sind Sie zugehörig?</i>	
A: Das ist die internistische Intensivstation.	316
<i>F: Wie viele Schwestern bzw. Pfleger arbeiten auf dieser Station?</i>	
A: Zirka 45.	317
<i>F: Was zählt primär zu den Arbeitsaufgaben?</i>	
A: Die Pflege und Überwachung von Patienten. Und dann kommt auch die schnelle Reaktion, die Absprache mit Ärzten, die Übergabe von medizinischen Ereignissen an Kollegen, Kontrollgänge und natürlich auch die Kommunikation mit Angehörigen.	318 319 320 321
<i>F: Welchen Anforderungen müssen Sie auf Arbeit gerecht werden?</i>	
A: Auf jeden Fall bei der Pflege und Überwachung der Patienten auf die Veränderungen von Vitalwerten reagieren, dann vieles gleichzeitig zu händeln und dabei ständig hin und her zu rennen. Die ganze Zeit auf Achse zu sein, sich viele Sachen auf einmal merken müssen und an diese auch noch zu denken, wenn plötzlich Dinge passieren, die nicht geplant waren. Und dann ist man immer an eine bestimmte Leistungsfähigkeit und Einsatzbereitschaft gebunden, mit der man schon auf Arbeit kommen muss.	322 323 324 325 326 327 328
<i>F: Inwieweit ist der Arbeitstag planbar, wenn Sie mit Ihrer Schicht beginnen?</i>	
A: Das ist eigentlich gar nicht planbar auf der Intensivstation, weil sich vieles von jetzt auf gleich auch schnell ändern kann. Jeder Tag ist anders als der davor und teilweise erfordert die Arbeit auch spontanes Handeln, was gar nicht geplant werden kann, weil der Genesung von den Patienten nie zu 100 Prozent ohne Probleme verläuft.	329 330 331 332 333
<i>F: Wie Sie denn ungefähr das prozentuale Verhältnis zwischen geplanter und ungeplanter Arbeit aus?</i>	
A Ich denke, geplant ist 60 Prozent und 40 Prozent das Ungeplante.	334
<i>F: Müssen von ihnen neben den eigentlichen Aufgaben noch zusätzliche patientenferne Aufgaben erledigt werden?</i>	

A: Ja, wir müssen zum Beispiel nachts sehr viel ausräumen, was die Apotheke geliefert hat oder Schränke auffüllen. Dann müssen wir auch staubwischen im Zimmer, Geräte putzen kommt noch dazu, Geschirrspüler ausräumen. Also wir machen viel drum rum, wo halt auch Telefonate mit den Angehörigen dazu gehören. Das sind halt auch sehr viele Aufgaben, die jetzt auch nicht unbedingt patientennah sind.	335 336 337 338 339 340
<i>F: Gibt es an Ihrer Arbeit Faktoren, die Ihre Arbeit außerdem noch beeinflussen oder erschweren? Wenn ja, welche sind das?</i>	
A: Es erschwert, wenn man die Ärzte suchen muss und wenn es keine klaren Anweisungen gibt. Manchmal ist es oft noch der Kontakt mit Angehörigen, der es erschweren kann, weil die manches nicht einsehen und sich querstellen. Das geht teilweise auch von den Patienten aus, wenn sich zum Beispiel der Nachbarpatient nicht beachtet fühlt und bockig wird, weil er auch seine Zuwendung will besonders wenn man gerade beim anderen viel zu tun hat.	341 342 343 344 345 346
<i>F: Wie können Sie Pausen während Ihrer Schicht in Anspruch nehmen?</i>	
A: Kann man eigentlich immer, da das bei uns immer eine Sache der Planung ist und wenn es nur eine verkürzte Pause ist. Da kommt es dann immer auf die Zusammenarbeit an, wo man sich dann gegenseitig immer ablöst, sodass jeder seine Pause machen kann.	347 348 349 350
<i>F: Welche psychischen Belastungen gehen mit ihrer Arbeit einher?</i>	
A: Hauptsächlich ist es der Umgang mit schwerkranken Patienten und noch viel mehr das Krankheitsbild von schwerkranken jungen Patienten, die viel zu früh sterben. Oder auch wenn der Patient so plötzlich stirbt, obwohl man die Schicht davor noch miteinander zutun hatte und keine Verschlechterung abzusehen war. Da versetzt man sich teilweise schon echt hinein, obwohl man den Umgang damit, mit den Jahren im Beruf schon lernt.	351 352 353 354 355 356
<i>F: Dann kommen wir mal zur nächsten Frage. Welche körperlichen Belastungen entstehen in ihrem Arbeitsalltag?</i>	
A: Hauptsächlich sind das Rückenbeschwerden durch schwere Patienten, die man auch allein betten und lagern muss wenn gerade kein anderer kann. Dazu kommen noch Kopfschmerzen, da so eine Schicht viel Konzentration erfordert und man ja auch ständig bei der Sache sein muss.	357 358 359 360
<i>F: Hat die Arbeit im Team Auswirkungen auf die Arbeitsleistung? Und wie ist das Verhältnis bei Ihnen zwischen den Kollegen und Kolleginnen?</i>	
A: Das Verhältnis ist unterschiedlich gut, es kommt immer drauf an, wer da ist und das wirkt sich natürlich auch auf die Teamarbeit aus. Ob jetzt viele da sind, die gut miteinander können und sich auch gegenseitig helfen oder ob man eben ein Einzelkämpfer ist. Die Arbeit auf Station ist immer nur so gut, wie das Team was zusammenarbeitet.	361 362 363 364 365
<i>F: Inwieweit werden die Belastungen der Arbeit mit nach Hause genommen?</i>	

A: Dass man am Ende der Schicht noch über gewisse Dinge nachdenkt, kommt immer mal vor, da man auf Arbeit auch mit viel konfrontiert wird und allgemein sich allgemein viel merken muss. Ansonsten kommt es immer drauf an, was man auf Arbeit erlebt hat, aber vieles geht einem doch auch Tage danach nicht so leicht aus dem Kopf, wie wenn eben jüngere Patienten sterben. Das ist dann auch trotzdem immer nochmal eine Hürde den Angehörigen diese Nachricht zu überbringen.	366 367 368 369 370 371
<i>F: Welche Konflikte entstehen zwischen Arbeit und Familie?</i>	
A: Da haben wir uns gut organisiert, da wir uns schon so lange kennen, mein Mann und ich und unser Kind ist auch groß. So direkt Konflikte gibt es eigentlich nicht, weil wir uns darauf eingestellt haben. Mein Mann nervt es eher, wenn ich mal etwas von der Arbeit erzähle. Deshalb ist es für mich einfach sinnvoll die Arbeit auf Arbeit zu lassen und zu Hause meine Sachen mit der Familie zu machen. Aber zu Beginn war das schon schwierig und nervig für meinen Mann, dass er oft allein auf Familienveranstaltungen musste. Oftmals wurde ich auch angerufen, obwohl ich Urlaub hatte, wo ich auch anstatt frei zu haben auf Arbeit gegangen bin.	372 373 374 375 376 377 378 379
<i>F: Welchen Stellenwert hat Ihrer Meinung nach die Gesundheit der Pflegekräfte in Ihrem Krankenhaus Betrieb?</i>	
A: So etwas wie das Gesundheitsmanagement gibt's schon, aber das wird trotzdem nicht so sehr in Anspruch genommen. Und ich glaube nicht, dass die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter letztendlich so einen hohen Wert hat für unseren Arbeitgeber. Da hat man eher das Gefühl, dass die Gesundheit der Mitarbeiter eigentlich egal ist, Hauptsache wir sind da und können arbeiten.	380 381 382 383 384
<i>F: Dann die nächste Frage. Welche Angebote werden den Mitarbeitern unterbreitet, um die Gesundheit präventiv zu fördern oder sicherzustellen?</i>	
A: Es gibt schon so Sportgruppenangebote. Da gibt es Yoga-Angebote und auch Angebote für Nordic Walking, die man auch mehrmals in der Woche vor oder auch nach einer Schicht nutzen kann.	385 386 387
<i>F: Und wird es auch so genutzt?</i>	
A: Das ist unterschiedlich, nach der Schicht ist man froh, wenn man erstmal nach Hause gehen kann und nicht noch Sport machen muss. Da bin ich eher bereit dazu, wenn ich frei habe und gehen kann. Also ich würde das schon manchmal gerne machen, aber dann bin ich ein bisschen faul dazu dorthin zu gehen und mache es dann lieber im Privaten zu Hause und nicht noch nach der Arbeit.	388 389 390 391 392
<i>F: Dann kommen wir schon zum Abschluss im Rückblick. Und zwar was hat sich Ihrer Meinung nach bis jetzt am Gesundheits- und Pflegeberuf im Vergleich zu Ihrer Ausbildungszeit verändert?</i>	
A: Dass es weniger Personal gibt, dass die Anforderungen viel höher geworden sind durch neue Verfahren, viel mehr Technik eben gerade auf Intensivstation. Dass man einfach viel weniger Zeit hat für den Patienten. Wo ich finde, dass das auf der Intensivstation aber noch besser ist wie auf Normal-Station. Auf einer Normal-	393 394 395 396

Station haben die so wenig Personal, was die Pflege für so viele Patienten ableisten muss und das darf eigentlich gar nicht sein. Das war zu meiner Ausbildungszeit auch noch ganz anders.	397 398 399
<i>F: Was stört Sie an Ihrer Arbeit?</i>	
A: Mich stört an der Arbeit, dass man oft der Zeit so hinterherläuft, dass man nur im Dauerstress ist und das irgendwie immer weniger Personal da ist. Also das stört mich manchmal an der Arbeit, dass man sich so gehetzt fühlt. Da gibt's dann auch keine Zeit für positive Stimmung, wenn man nur daran denkt was noch zu machen ist und wie wenig Zeit dafür da ist.	400 401 402 403 404
<i>F: Gibt es aus Ihrer Sicht Schwerpunkte von Belastungsfaktoren?</i>	
A: Das ist eben der Personalmangel, dann bei uns auf Station, dass es so viel geheupe und gepiepe durch die Geräte gibt, das ist rund um die Uhr auch eine Belastungssituation, wenn man auf Arbeit ist. Und dass man halt einfach keine Zeit hat und den Patienten manchmal nicht so zeitaufwändig behandeln kann, wie man es gerne würde.	405 406 407 408 409
<i>F: Und dann noch eine Abschlussfrage. Was müsste besser gestaltet und organisiert sein, damit die Arbeit noch für alle etwas attraktiver wäre?</i>	
A: Es müsste genügend Personal da sein und das man in jeder Schicht noch einen Springer hat. Also gerade auf Intensiv, dass jeder seine Patienten hat und das noch einer da ist, der jetzt keine Patienten hat, der aber zum Beispiel CT-Fahrten übernehmen kann, der auch mal eine Spritze aufziehen kann, also jemand dem man mal eine Aufgabe zu rufen kann und der da Zeit hat und das machen kann. Und zum anderen wäre es schon, wenn man von Seiten des Arbeitgebers einfach mehr das Gefühl bekommen würde, dass man für seine Arbeit, die man macht auch von außen eine gewisse Anerkennung bekommen würde und man nicht nur auf Arbeit kommt, arbeitet und dann wieder geht.	410 411 412 413 414 415 416 417 418

Anhang 6: Übersicht zur Kodierung und Kategoriebildung von I1

Interview mit I1	
Kodierung	Kategorie
Versorgung des Patienten	G
Umfang und Verantwortung der Aufgaben	G
Multitasking Fähigkeit	G
Kommunikation mit Angehörigen	G
Unplanbare Arbeitsabläufe	G
Struktur der Arbeit	F
Unplanbarkeit im Arbeitsalltag	G
Verspätete Essensgabe	F

Reinigungsarbeiten und Zusatzaufgaben	B
Bestellung und Inventur von Material	B
Mehraufwand bei Isolation	B
Ausfall von Mitarbeitern	H
wenig Zeit für Patienten	F
Arbeitsumfang	G
geringer Patientenkontakt	F
Organisation der Pause	G
Abwechslung mit Kollegen	H
Abdeckung der Patientenversorgung	G
Schwere der Krankheit	D
Schicksal junger Menschen	D
Plötzlicher Schicksalsschlag	D
Körperbeschwerden durch schweres Patientengut	C
Rücken- und Kopfschmerzen	C
Zusammenarbeit untereinander	H
Patientenversorgung	G
Hilfestellung bei schweren Tätigkeiten	H
Qualität der Zusammenarbeit	H
Vertrauen und Verlass zu Kollegen	H
Umgang mit Belastungen	D
Arbeit im Schichtsystem	E
Zwiespalt zwischen Familie und Arbeit	E
Gleichgewicht zwischen Familie und Arbeit	E
Apprupter Wechsel zwischen Schichten	E
Stellenwert des Personals	H
Besetzung der Dienste	F
Geringer Personalbestand	H
Angebote zum Yoga- und Physiotherapie-Kurs	A
Bildung von Sportgruppen	A
Einschätzung zum Arbeitsaufkommen	G
Absolvierung von Küchentätigkeiten	B
Einsparung einer Stationshilfe	H
Weniger Personal im Stationsbereich	H
Halbierung des Personalbestandes	H
Schreibtischarbeit	B
Dokumentation zu unbekanntem Patienten	F
Kritik an der Pflege	F
Quantität der Patientenversorgung	F
keine Zeit für Patientenbeschäftigung	F
Geringe Personaldecke	H
Zeitproblem	F
Qualität des Pflegepersonals	H

Wertschätzung der Pflegekraft	H
Schlechte Bezahlung	E
Mitarbeiterverhältnis	H

Anhang 7: Übersicht zur Kodierung und Kategoriebildung von I2

Interview mit I2	
Kodierung	Kategorie
Patientenversorgung und Überwachung	G
Aufgaben gleichzeitig erledigen	G
Unterbesetzung des Personals	H
Sprungbereitschaft und unpünktliches Ende	G
Zusätzliche Arbeitszeit	G
Zuätzliche Patientenversorgung	B
Organisation frischer Wäsche	B
Gewährleistung der Grundpflege	F
Mangel an Personal	H
Risiko einer Infektion	E
Unregelmäßige Pausen	G
Unfall junger Patienten	D
Krankheitsbild	D
Stress	C
Mobilisation schwerer Patienten	C
Gute Zusammenarbeit	H
Schicksal junger Patienten	D
Einsatzbereitschaft bei Personalausfall	G
Arbeit am Wochenende	E
Fehlende Mitarbeiter-Wertschätzung	H
Yoga-Angebote	A
Kraftlosigkeit	C
Zuzahlung zum Fitnessstudio	A
Fehlender Respekt von jung zu alt	H
Maximum an Bürokratie	B
Wenig Zeit für Patient	F
Zu wenig Personal	H
Körperliche Belastungsgrenze	C
Bessere Bezahlung	E

Anhang 8: Übersicht zur Kodierung und Kategorienbildung von I3

Interview mit I3	
Kodierung	Kategorie
Hoher Arbeitsaufwand	G
Einhaltung von Arbeitsschritten	F
Gleichzeitig Dinge erledigen	G
Psychischer Stress	D
Auftreten ungeplanter Ereignisse	G
Einschätzung zum Arbeitsaufkommen	G
Dokumentationsaufgaben	B
Patientenwünsche erledigen	B
Infektionsrisiko und Schutzmaßnahmen	E
Umgang mit tragischen Ereignissen	D
Arbeitsqualität junger Ärzte	F
Arbeitserfahrung junger Ärzte	F
Sorge um Patienten	D
Gewicht von Patienten	C
Körperliche Anstrengung	C
Arbeitsaufkommen bei Akutzugängen	G
Teamarbeit bedingt Arbeitsleistung	F
Zusammenarbeit mit Kollegen	H
Fertigkeit mit psychischen Einflüssen	D
Schichtarbeit an Wochenende und Feiertag	E
Lösung für Arbeit und Familie	E
Keine Wertschätzung	H
Verhältnis zur Pflegedienstleitung	H
Angebote zur sportlichen Betätigung	A
Nordic-Walking	A
Pflichten gegenüber Familie	E
Endkräftet nach der Arbeit	C
Vereinbarkeit mit Schichten	E
Weniger Personal	H
Angestiegenes Aufgabenpensum	G
Zeit für Patient	F
Fehlende Zeit	F
Qualität und Tempo der Arbeit	G
Besserung der Patientenzeit	F
Belastung durch schwere Patienten	C
Bezahlung in der Pflege	E
Fehlende Wertschätzung des Arbeitgebers	H

Flexibilität im Beruf	E
-----------------------	---

Anhang 9: Übersicht zur Kodierung und Kategoriebildung

Interview mit I4	
Kodierung	Kategorie
Inhalte der Patientenpflege- und versorgung	G
Reaktionsbereitschaft	G
Qualität der Arbeitsleistung	F
Unplanbarkeit im Arbeitsalltag	G
Einschätzung zur Arbeitsplanbarkeit	G
Putztätigkeiten und Verräumung von Material	B
Kommunikation mit Angehörigen	G
Anweisungen von Ärzten	F
Kontakt zu Angehörigen	G
Aufmerksamkeit gegenüber Patienten	G
Pausenorganisation	F
Notwendigkeit der Teamarbeit	H
Zeitiger und plötzlicher Tod von Patienten	D
Rückenbeschwerden	C
Kopfschmerzen	C
Einsatzfähigkeit	F
Verhältnis zwischen Mitarbeitern	H
Zusammenarbeit bedingt Arbeitsleistung	F
Konfrontation tragischer Ereignisse und Tod	D
Überbringung trauriger Nachrichten	D
Organisation mit Familie	E
Beruf und Familienleben	E
Inanspruchnahme von Angeboten	A
Gesundheit der Arbeitnehmer	H
Yoga- Angebote und Nordic Walking	A
Motivation zum Sport	A
Nutzung der Mitarbeiterangebote	A
Mangel an Personal	H
Höhere Arbeitsanforderungen	G
Zeitpensum für Patient	F
Umfang der Pflegetätigkeit	G
Stress und schlechte Stimmung	D
Personalmangel auf Station	H
Geräuschbelästigung durch Geräte	G
Pflegezeit für Patienten	F

Größerer Personalbestand	H
Zusätzliche Pflegekraft	H
Wertschätzung und Anerkennung zum Mitarbeiter	H

Anhang 10: Darstellung entwickelter Kategorien

Kategorie	
Gesundheitsangebote	A
Zusatzaufgaben	B
Körperliche Belastungsfaktoren	C
Psychische Belastungsfaktoren	D
Herausforderungen von Beruf und Familie	E
Arbeitsqualität	F
Arbeitsinhalt	G
Pflegepersonal	H

9 Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Zentrale Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag von Pflegekräften der stationären Akutversorgung“ selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen aus dem Internet) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form in einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht physisch oder elektronisch veröffentlicht.

Wilkau-Haßlau, den 13.09.2022

Ort, Datum

M. Groß

Unterschrift