

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule
Nürnberg

Studiengang Health: Angewandte Pflegewissenschaften

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science (B. Sc.)

**Belastungen während der Corona-Pandemie -
Erfahrungen onkologischer Pflegekräfte**

Caroline Reck

Gutachter: Prof. Dr. phil. Heinz-Peter Olm

Abgabetermin: 29.01.2022

Abstract

Hintergrund: Die „Corona-Pandemie“ stellt für alle Menschen eine Ausnahmesituation dar. Für Pflegende ist sie allerdings neben der persönlichen auch eine professionelle Herausforderung. Das Fachgebiet der onkologischen Pflege ist für Patienten und Pflegende ein besonderes Aufgabengebiet mit diversen Herausforderungen und psychischen Belastungen. Pflegekräfte in der Onkologie müssen nicht nur Nähe und Distanz in der Betreuung schwerkranker Menschen immer wieder neu ausbalancieren, sondern auch für sich entscheiden, wie viel sie selbst mit- und ertragen können. Durch die Pandemie hat sich das Aufgabengebiet der Pflegenden teilweise verändert und die Belastungen zusätzlich verstärkt.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, Belastungen onkologischer Pflegenden während der Pandemie zu identifizieren und ob sich deren Arbeit während der „Corona-Pandemie“ in Bezug auf das Belastungserleben für sie, aber auch für onkologische Patienten aus Sicht der Pflegekräfte verändert hat.

Methodik: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt und leitfragengestützte Experteninterviews (n=4) mit Pflegefachkräften, die auf onkologischen Stationen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung arbeiten, geführt. Durch die Auswahl von Mitarbeitern verschiedener Stationen mit unterschiedlicher Berufserfahrung wurde ein breiter Blickwinkel auf die Situation und das subjektive Wahrnehmen von Belastungen ermöglicht. Zur Verschriftlichung der Interviews wurde eine wörtliche Transkription gewählt. Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Das Aufgabengebiet onkologischer Pflegekräfte während der „Corona-Pandemie“ hat sich verändert. Neben den in der onkologischen Pflege bereits bekannten Belastungen kamen durch die Pandemie und den damit verbundenen Maßnahmen zusätzliche Belastungsfaktoren hinzu. Das von der Regierung ausgesprochene Besuchsverbot in Krankenhäusern stellte nicht nur für Patienten, sondern auch für Pflegekräfte in vielfacher Hinsicht eine Herausforderung dar, die mit Zusatzbelastungen verbunden war. Doch auch die Betreuung der onkologischen Patienten musste an Qualität und Quantität einbüßen. Durch das Fehlen strikter und klarer Regeln kam es auch in den Teams zu Konflikten. Neben der Angst vor der eigenen Ansteckung und der Übertragung an private Kontakte befürchteten die befragten Pflegekräfte zudem, die vulnerablen Patienten anstecken zu können. Durch die enormen Belastungen befürchteten die Experten, dass Pflegekräfte aus dem Beruf aussteigen könnten.

Schlussfolgerung: Die „Corona-Pandemie“ hat die ohnehin angespannte Lage in der Pflege verschärft. In der onkologischen Pflege hat sich das Aufgabengebiet durch die Pandemie verändert. Das Krisenmanagement hat die Pflegekräfte zusätzlich gefordert. Die langfristige Folge könnten Kündigungen sein.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
1. Einleitung	1
2. Onkologie	3
3. Corona-Pandemie	4
3.1 Maßnahmen der Regierung	6
3.2 Einschränkung in Krankenhäusern	7
4 Belastung und Beanspruchung	9
4.1 Belastung im Beruf	11
4.1.1 Belastungen in der Pflege	12
4.1.2 Belastung in der onkologischen Pflege	14
4.1.3 Belastungen für Pflegekräfte durch die „Corona-Pandemie“	17
4.2 Folgen von Belastung im (Pflege-) Beruf	18
5. Methodik	19
5.1 Theoretischer Rahmen	19
5.1.1 Forschungsfrage	19
5.1.2 Qualitativer Forschungsansatz	20
5.1.3 Experteninterview	20
5.1.4 Leitfaden	21
5.2 Vorbereitung der Datenerhebung	22
5.2.1 Literaturrecherche	22
5.2.2 Interviewleitfaden	22
5.2.3 Auswahl / Stichprobe und Kontakt zu Interviewpartnern	23
5.3 Durchführung der Untersuchung	24
5.3.1 Datenerhebung	24
5.3.2 Datenauswertung – qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	26
6. Ergebnisdarstellung	29
7. Diskussion	40
7.1 Diskussion der Ergebnisse	40
7.2 Kritische Reflexion	43
8. Fazit und Ausblick	44
Abkürzungsverzeichnis	II
Literaturverzeichnis	III
Anhang	VIII

Abkürzungsverzeichnis

RKI	Robert Koch-Institut
WHO	Weltgesundheitsorganisation
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
EU	Europäische Union

1. Einleitung

Begriffe wie „Maskenpflicht“ und „Lockdown“ prägen seit dem Frühjahr 2020 die öffentliche Diskussion in Deutschland. Dies ist auf die „Corona-Pandemie“ zurückzuführen – ausgelöst durch eine neue, potentiell tödlich verlaufende, pandemische Viruserkrankung, die seitdem das Leben und die öffentlichen Debatten weltweit zu einem großen Teil bestimmt.

Die Gesundheitssysteme stehen seit Beginn der Pandemie vor zusätzlichen Herausforderungen (vgl. Vindegaard & Benros 2020: 540) und Pflegende in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens vor einer großen Belastungsprobe (vgl. Hunlede et al. 2020: 157).

Die Versorgung der Patienten¹ fordert während dieser Zeit veränderte Hygiene- und Schutzmaßnahmen. Zum Schutz vulnerabler Patientengruppen erließ die Bayerische Staatsregierung gesonderte Maßnahmen, die unter anderem den Besuch von Patienten in Krankenhäusern und pflegerischen Einrichtungen teilweise gänzlich verboten (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020a). Das damit verbundene Fehlen von Angehörigen bedeutete für Pflegekräfte, vor allem im onkologischen Bereich, einen erhöhten Aufwand bezüglich der Betreuung der Patienten (vgl. Hunlede et al. 2020: 157).

Maßnahmen der Pandemie-Bewältigung erschwerten die Arbeit in der Onkologie. Im deutschen Onkologie-System wurde durch das „COVID-19“-Management ein hohes Maß an zusätzlicher physischer und psychischer Belastung ausgelöst. Die Bewältigung dieser Situation und die Aufrechterhaltung laufender Behandlungen von Krebspatienten erfordern einen starken Pool an physischer und psychischer Kraft. Bereits nach wenigen Wochen stießen viele Angehörige von Gesundheitsberufen an ihre individuellen Grenzen (vgl. Büntzel et al. 2020: 2714).

Eine Umfrage bestätigte, dass die „Corona-Pandemie“ Auswirkungen auf die Onkologie hat. So gaben 38% der befragten onkologischen Mitarbeiter an, sich ausgebrannt zu fühlen. Dieses Gefühl verstärkte sich bei vielen der Befragten bei einer zweiten Umfrage drei Monate nach der ersten Erhebung. Als konsistente Prädiktoren für Burnout und Wohlbefinden wurden in der Umfrage Änderungen der Arbeitszeiten und psychologische Belastbarkeit angegeben (vgl. Banerjee et al. 2021: 1).

Es existieren jedoch offenbar noch keine Daten, wie sich die Arbeit durch die „Corona-Pandemie“ auf onkologischen Stationen verändert hat und welche Zusatzbelastungen sich aus der

¹ **Hinweis:** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

Sicht onkologischer Pflegekräfte dadurch ergeben. Daraus ergibt sich die Frage, was Pflegekräfte im onkologischen Setting während dieser Zeit als belastend wahrgenommen haben. Die Forschungsfrage für die vorliegende Arbeit lautet:

„Welche besonderen und/oder zusätzlichen Belastungen haben Pflegekräfte im onkologischen Setting während der „Corona-Pandemie“ erlebt und welche dieser Belastungen lassen sich direkt oder indirekt auf die Pandemie zurückführen?“

Die Wichtigkeit der Frage erschließt sich aus unterschiedlichen Gründen: In der Berufsgruppe der Pflege herrscht ohnehin seit langer Zeit eine angespannte Situation. Das Themengebiet der Onkologie stellt für alle Beteiligten ein besonderes Maß an psychischer Belastung dar. Onkologische Pflegekräfte werden durch das Krankheitsbild der Patienten und den damit zusammenhängenden psychischen Strapazen besonders gefordert. Dies hat zur Folge, dass Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie sowohl für Patienten als auch für das Pflegepersonal die kritische Situation zusätzlich verschärfen.

Um die Forschungsfrage zu beantworten und einen Einblick in die Thematik zu gewinnen, wurden vier problemzentrierte Interviews mit onkologischen Pflegekräften geführt und anschließend mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

Den theoretischen Rahmen für diese Arbeit bilden neben Begrifflichkeiten der „Onkologie“ und der „Corona-Pandemie“, sowie den sich daraus ergebenden Maßnahmen der Bundesregierung und Einschränkungen in Krankenhäusern, auch die Begriffe der „Belastung“ und „Beanspruchung“. Als theoretischer Hintergrund werden Belastungen im Beruf erläutert, die sich grundsätzlich in der Pflege und speziell in der onkologischen Pflege ergeben. Es folgt die Erläuterung von Belastungen, die aus der „Corona-Pandemie“ für Pflegekräfte resultieren. Zum Schluss werden Folgen von Belastungen dargelegt.

Im Anschluss an den Theorieteil folgen die Beschreibung der Methodik, die für die Beantwortung der Forschungsfrage angewandt wurde sowie die Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung.

Nachdem die Ergebnisse diskutiert und das Forschungsvorhaben kritisch reflektiert wurden, werden abschließend das Fazit und ein Ausblick dargestellt.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung für die vorliegende Arbeit befand sich Deutschland gerade am Ende des zweiten Jahres der „Corona-Pandemie“. Daher wurden die von der Regierung ausgesprochenen Maßnahmen bis zu diesem Zeitpunkt in dieser Arbeit berücksichtigt. Es handelt sich um die „Corona-Virus-Pandemie“ oder „COVID-19“ Pandemie. Zur besseren Lesbarkeit wird von „Corona-Pandemie“ gesprochen.

2. Onkologie

Das Fachgebiet der Onkologie ist ein Teilbereich der Inneren Medizin, der sich auf maligne Erkrankungen fokussiert (vgl. Care-potentials 2022). Unter „Onkologie“ versteht man die Lehre von Krebserkrankungen (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum 2007).

Die Mehrzahl der Menschen wird im Laufe ihres Lebens an mindestens einem oder mehreren gutartigen Tumoren erkranken. Diese können entweder erfolgreich behandelt werden oder stellen für die Betroffenen zu Lebzeiten keine gesundheitliche Gefährdung dar. Die Folgen unkontrollierten Zellwachstums hingegen sind bösartige Neubildungen, die als „Krebs“ bezeichnet werden (vgl. Frickhofen 2015: 22).

Die Diagnose „Krebs“ ist als eine chronische Krankheit zu verstehen. Sie bedeutet für den Betroffenen nicht nur eine erhebliche Belastung bei Diagnosestellung (vgl. Raschper 2015: 77), sondern auch, ein Leben lang von der Krankheit begleitet zu werden (vgl. Durchschlag et al. 2019: 32). In Deutschland wird jedes Jahr bei rund 500.000 Menschen die Diagnose „Krebs“ gestellt (vgl. RKI 2021b: 26), ca. 230.000 sterben daran. Die Zahlen nehmen seit Jahren zu. Krebs stellt nach Herz-Kreislaufkrankungen somit die zweithäufigste Todesursache dar (vgl. Statistisches Bundesamt 2021). Nach Aussagen des deutschen Krebsregisters des Robert Koch Instituts (RKI) wurden im Jahr 2013 über 3,5 Millionen von Krebs und anderen chronischen Krankheiten betroffene Menschen ambulant und über 1,2 Millionen Patienten stationär versorgt (vgl. Büntzel et al. 2020: 2713). In den ersten beiden Infektionswellen des „SARS-CoV-2“ ging die Zahl der stationären onkologischen Behandlungsfälle in Deutschland um bis zu 35 % im Vergleich zu den Vorjahresräumen zurück (vgl. RKI 2021b: 13).

Das Leben ändert sich für Betroffene nicht nur schlagartig mit der Diagnose „Krebs“, sondern im Laufe der Erkrankung immer wieder aufs Neue (vgl. Durchschlag et al. 2019: 32). Jeder Betroffene verarbeitet dies individuell. Häufig sind mit der empfundenen existenziellen Bedrohung auch Gefühle des Verlustes des seelischen Gleichgewichts, der Angst bis hin zur Todesangst verbunden (vgl. Raschper 2015: 77). Der Krankheitsverlauf onkologischer Patienten ist vielfältig, individuell und sehr unterschiedlich (vgl. Dreismann & Zimmermann 2021: 12). Demzufolge ergeben sich für alle Beteiligten unterschiedliche Belastungen (vgl. Dreismann & Zimmermann 2021: 11).

Onkologische Patienten zählen zudem zu den vulnerablen Patientengruppen. Dadurch ist für sie das Risiko, an einem schweren Verlauf von „COVID-19“ zu erkranken, erhöht (vgl. Lilienfeld-Toal et al. 2020). Diese vulnerable Patientengruppe galt es während der „Corona-Pandemie“ besonders zu schützen.

3. Corona-Pandemie

Zur besseren Verständlichkeit wird in diesem Abschnitt zunächst der Begriff „Pandemie“ erklärt. Es folgt eine Beschreibung der Coronaviren sowie eine kurze Erläuterung, warum der Ausbruch von „SARS-CoV-2“ zu einer Pandemie führte und welche Folgen dies hatte. Anschließend werden allgemeingültige Maßnahmen der Regierung schematisch dargestellt und die Einschränkungen in Krankenhäusern erläutert.

Da die Datenerhebung für diese Arbeit in einem Krankenhaus der Maximalversorgung in Bayern erhoben wurde, beziehen sich die beschriebenen Regeln auf die für das Bundesland Bayern geltenden.

- **Pandemie**

Eine Pandemie wird laut Robert Koch-Institut (RKI) (2015: 99) definiert als

[e]ine neu, aber zeitlich begrenzt in Erscheinung tretende, weltweite starke Ausbreitung einer Infektionskrankheit mit hohen Erkrankungszahlen und i. d. R. auch mit schweren Krankheitsverläufen.

Sie kann durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) deklariert werden, wenn sich die Übertragung neuartiger humanpathogener Erreger von Mensch zu Mensch fortsetzt (vgl. Kiehl 2015: 99) und zudem die Bevölkerung kaum oder keine vorbestehende Immunität aufweist (vgl. Bundesärztekammer 2020).

Diese Erreger können sich weltweit verbreiten und zu einer sehr hohen Erkrankungs-, aber auch Sterberate führen. Folglich kann es eine enorme Belastung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie das medizinische Versorgungssystem darstellen und zur Gefährdung der Funktionstüchtigkeit einer gesamten Volkswirtschaft werden (vgl. RKI 2017: 5).

Zudem kann dies unter dem Gesichtspunkt des Krisenmanagements ein Großschadensereignis darstellen, das zur Überforderung des üblichen Managements des Infektionsschutzes führen kann. Dies erfordert die Nutzung zusätzlicher Strukturen des Katastrophen- und Krisenmanagements (vgl. Kiehl 2015: 99).

- **Coronaviren**

Coronaviren können respiratorische Erkrankungen auslösen, die meist milde, aber in seltenen Fällen auch schwere Verläufe verursachen können. Sie sind unter Vögeln und Säugetieren weit verbreitet. Durch Genomveränderungen können sich die Eigenschaften eines Virus ändern. Dadurch kann sich die Übertragbarkeit erhöhen, die Immunantwort verändern oder ein schwerer Krankheitsverlauf die Folge sein (vgl. RKI 2021a). Solche Veränderungen sind auch bei den Coronaviren möglich.

Das 2019 erstmals aufgetretene Beta-Coronavirus, genannt „SARS-CoV-2“ ist ein bislang beim Menschen nicht identifizierter, neuartiger Stamm dieses Virus (RKI 2021a; WHO 2021). Es gilt als Auslöser der Erkrankung „COVID-19“ (vgl. RKI 2021a). Die Übertragung erfolgt hauptsächlich durch Tröpfcheninfektion, aber auch durch direkten Kontakt und kann ein schweres akutes respiratorisches Syndrom verursachen. Dauern Krankheitssymptome länger als vier Wochen über den Krankheitsbeginn von „COVID-19“ hinaus, spricht man von „Long COVID“. Das Fortbestehen der Beschwerden 12 Wochen nach Infektionsbeginn oder das Auftreten neuer, unerklärlicher Beschwerden nach über 12 Wochen bezeichnet man als "Post-COVID-Syndrom" (vgl. RKI 2021a).

- **Corona-Pandemie**

Weltweit bestand durch das Auftreten der neuartigen Virusvariante eine sehr ernst zu nehmende Situation. Die Dynamik der Verbreitung zeigte sich durch eine starke Zunahme an Fallzahlen innerhalb weniger Tage. Vor allem Menschen mit Vorerkrankungen und in hohem Alter waren von schweren Verläufen betroffen, die teilweise zum Tode führten (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2020c). Durch die rasche internationale Ausbreitung in Kombination mit potenziell tödlich verlaufenden Erkrankungen wurde das Virus zu einem Risiko für die öffentliche Gesundheit (vgl. Hui et al. 2020: 264). Daher wurde der Ausbruch des neuartigen Coronavirus am 30. Januar 2020 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum internationalen Notfall und durch die rapide Fallzunahme am 11. März 2020 zur Pandemie erklärt (vgl. WHO 2020).

In Ländern der ganzen Welt wurden Maßnahmen der physischen Distanzierung, auch „Social Distancing“ genannt, eingeführt. Diese änderten die typischen nationalen Verhaltensmuster und ließen die täglichen normalen Abläufe stillstehen (vgl. Galea et al. 2020: 817). Auch in Deutschland nahmen die Fallzahlen zu. Da sich die Erkrankung als sehr infektiös erwies und zu dieser Zeit weder eine zielgerichtete Therapie noch ein Impfstoff zur Verfügung stand, sah sich die Regierung gezwungen, Maßnahmen zur Verlangsamung der Ausbreitung zu ergreifen. Damit sollte die medizinische Versorgung sichergestellt, das Virus eingedämmt, die Ausbreitungsgeschwindigkeit reduziert (vgl. WHO 2021) und das deutsche Gesundheitssystem dadurch entlastet werden (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2020c).

Am 16. März 2020 rief die Bayerische Staatsregierung den Katastrophenfall für ganz Bayern aus, was ihr eine klare Steuerung mit weitreichenden Befugnissen und somit ein gezieltes Vorgehen gegen die Virusausbreitung ermöglichte. Die Maßnahmen sollten maßgeblich zur Bewältigung des Pandemiegeschehens beitragen (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2020c).

3.1 Maßnahmen der Regierung

Die Bayerische Staatsregierung erließ Maßnahmen, die zur Eindämmung der Verbreitung des Virus dienen sollten. Diese sind in der folgenden Abbildung schemenhaft dargestellt (siehe Abb. 1). Eine ausführliche Beschreibung einiger Maßnahmen ist im Anhang 1 zu finden.

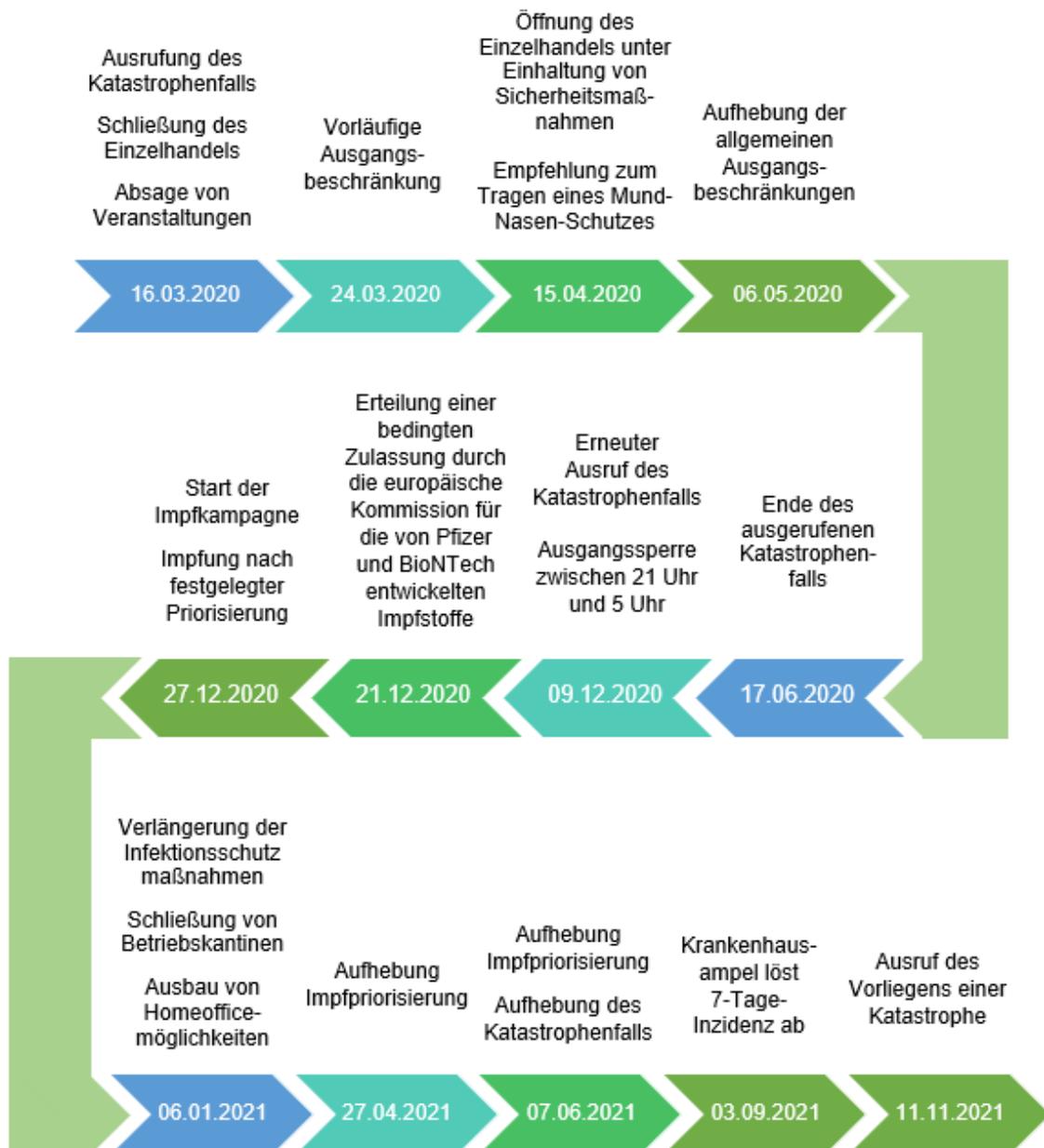


Abb. 1: Auszug aus den Maßnahmen der Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen (siehe Anhang 1, S. X)

Aufgrund der schnellen weltweiten Ausbreitung des Corona-Virus und des Schadenpotentials für Ältere, Vorerkrankte und pflegebedürftigen Menschen waren neben den allgemeingültigen Maßnahmen, die das gesellschaftliche Leben betrafen, auch im Bereich der Versorgung vulnerabler Personengruppen erhöhte Schutzmaßnahmen nötig.

3.2 Einschränkung in Krankenhäusern

Vollstationäre medizinische Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen betreuen Personen, für die eine Infektion mit dem „SARS-CoV-2“ eine besonders schwere gesundheitliche Gefährdung darstellt. Während der Pandemie galt es diese vulnerable Personengruppe in höchstem Maße zu schützen.

Aus diesem Grund und um eine Überlastung der Gesundheitssysteme zu vermeiden, wurden am 12. März 2020 Maßnahmen beschlossen, die Besuchsrechte für Pflege- und Behinderteneinrichtungen sowie Krankenhäuser einschränkten.

Ab dem 13. März 2020 untersagte das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege auf unbefristete Zeit Besuchern, die als Kontaktperson der Kategorien I und II gemäß der Definition des RKI's galten daher den Zutritt zu Krankenhäusern, vollstationären Einrichtungen der Pflege, Rehabilitations- und Versorgungseinrichtungen, in vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderung (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020b).

Das RKI definiert eine Person dann als Kontaktperson, wenn sich diese mehr als 10 Minuten im nahen Umfeld (Umkreis von weniger als 1,5 Meter) einer mit „SARS-CoV-2“ infizierten Person aufgehalten und sich nicht adäquat durch Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes oder einer FFP2-Maske geschützt hat. Auch nach einem face-to-face-Kontakt ohne Tragen eines adäquaten Schutzes bei weniger als 1,5 m Abstand, unabhängig von der Dauer des Gesprächs, gilt man als Kontaktperson. Ebenfalls wurde eine Person, die sich trotz durchgehendem adäquaten Schutz länger als 10 Minuten im selben Raum mit einer infizierten Person, bei der eine hohe Konzentration von infektiösen Aerosolen vorlag aufhielt, als Kontaktperson deklariert (vgl. RKI 2022).

Demnach durfte jeder Patient pro Tag nur noch einen Besucher für eine Stunde empfangen. Bei Vorliegen eines besonderen berechtigten Interesses war es Einrichtungen gestattet, unter Auflagen Ausnahmen zuzulassen (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020b).

Die Zugangsbeschränkung galt als eine erforderliche und geeignete Schutzmaßnahme. Diese sollte nicht nur verhindern, dass der Erreger eingetragen wird, sondern auch die medizinische Versorgung unterstützen. Durch die Anordnung wurde auch das Risiko für das medizinische und betreuende Personal, an „COVID-19“ zu erkranken verringert und so zur Aufrechterhaltung der Versorgungskapazität beigetragen (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020b).

Mit dem 25. März 2020 wurde der Besuch in Krankenhäusern und vollstationären Einrichtungen gänzlich untersagt. Ausgenommen hiervon waren lediglich Entbindungs-, Kinder- sowie Palliativstationen (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020a).

Sowohl für Patienten als auch deren Angehörigen und Bezugspersonen stellte das bis zum 8. Mai 2020 geltende Besuchsverbot eine enorme psychische Belastung dar. Besonders Patienten, die für längere Zeit im Krankenhaus bleiben mussten oder unter kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen litten, traf es besonders hart (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020d).

Da sich die Infektionszahlen positiv entwickelten, wurden ab dem 9. Mai die Besucherregelungen gelockert. Besuche waren wieder erlaubt. Dies ermöglichte wieder Kontakte zwischen Patienten und deren engstem sozialen Umfeld. Besucher mussten sich allerdings strikt an die vorgegebenen Regeln halten, die dem Infektionsschutz dienten. So galt für Besucher weiterhin die Pflicht des Tragens eines Mund-Nasen-Schutzes. Zudem sollte der Mindestabstand von 1,5 Metern eingehalten werden. Es wurde auch darauf hingewiesen, auf Besuche bei erwachsenen Patienten, die einen kurzen stationären Aufenthalt hatten und bei denen ein unproblematischer Genesungsverlauf vorherzusehen war, zu verzichten (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020d).

Wie bereits auch vor der „Corona-Pandemie“ war es jeder Einrichtung freigestellt, in Ausübung des Hausrechts Besuche an weitere Voraussetzungen zu knüpfen oder diesen in wenigen Ausnahmefällen auch gänzlich zu verbieten. Dies traf vor allem auf Isolierstationen zu (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020d).

Mit Lockerung der Maßnahmen musste jedes Krankenhaus bzw. Einrichtungen der Rehabilitation und Vorsorge ein individuelles Hygiene- und Schutzkonzept erarbeiten und beachten. Dieses musste permanent aktualisiert und der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde auf Verlangen vorgelegt werden. Zudem konnten die Besuchsrechte abhängig von der 7-Tages-Inzidenz von der jeweiligen Kreisverwaltungsbehörde eingeschränkt oder erleichtert werden (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020d).

Im Hinblick auf den Infektionsschutz wurde Personen der Zutritt zu medizinischen Einrichtungen untersagt, die in den vergangenen Tagen unter respiratorischen und unspezifischen Allgemeinsymptomen litten oder die innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einer infizierten Person hatten (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020d).

Da die Sanktionen für die Patienten sehr belastend waren und die Durchimpfung der Bevölkerung zunahm, sollten Besuchsverbote nur noch bei zwingender Notwendigkeit ausgesprochen werden. Insbesondere auf Palliativstationen, in Hospizen sowie auf Kinder- und Geburtsstationen sollte ein Besuch weitestgehend ermöglicht werden. Auch das Begleiten Sterbender

musste zu jedem Zeitpunkt gewährleistet sein (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020d).

Aufgrund der befürchteten raschen Verbreitung des Virus und der damit verbundenen Herausforderung für bayerische Krankenhäuser, sah sich die Regierung zur Ergreifung weiterer Maßnahmen gezwungen. Soweit im Einzelfall medizinisch vertretbar, sollten geplante Eingriffe und elektive Fälle aufgeschoben werden. Dadurch sollte die Behandlungskapazität für die durch „SARS-CoV-2“ betroffenen Patienten, bei denen schwere und lebensbedrohliche Krankheitsverläufe erwartet wurden, sichergestellt werden (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020c).

Nicht nur die Pandemie selbst, sondern auch die beschriebenen Maßnahmen führen bei vielen zu einem enormen Belastungserlebnis. Im nächsten Abschnitt werden daher zunächst Begrifflichkeiten zu Belastung genauer erklärt. Anschließend folgen Erläuterungen zu Belastungen in der Pflege, im onkologischen Setting sowie in der „Corona-Pandemie“.

4 Belastung und Beanspruchung

Zunächst ist eine genaue Betrachtung und Differenzierung der Begriffe „Belastung“ und „Beanspruchung“ nötig.

- Belastung

Als „Belastung“ werden "[...] objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren wie z.B. Lärm, Zeitdruck oder widersprüchliche Erwartungen an Mitarbeiter" (Maier 2018), also sämtliche auf das Individuum einwirkende Umweltfaktoren bezeichnet (vgl. Neuner 2019: 13).

Jede Tätigkeit, auch wenn sie überwiegend körperlich ausgeübt wird, kann auch psychisch belastend sein (vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. 2018: 10).

- Psychische Belastung

„Psychische Belastung“ ist laut dem Deutschen Institut für Normung e.V. demzufolge die "Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf einen Menschen zukommen und diesen psychisch beeinflussen" (Deutsches Institut für Normung e.V. 2018: 6). Diese Belastungsfaktoren wirken nicht separat, sondern in Kombination auf eine Person ein und führen so zu emotionalen und kognitiven Prozessen (vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. 2018: 10).

Neben Einflussfaktoren von außen können Belastungen aber auch innerpsychischer Natur sein. Ein ständiges Nachdenken über Probleme kann so für eine Person ebenfalls als Belastung empfunden werden (vgl. Brosschot et al. 2006: 113).

Psychische Belastungen können kurz- oder langfristige Auswirkungen haben. Hierbei sind die Begriffe kurz- und langfristig näher zu betrachten. Eine wichtige Rolle spielen hier folgende Dimensionen: Wie lange dauert die psychische Belastung an, wann setzen die Auswirkungen ein und wie lange halten diese an. So kann sich eine psychische Ermüdung z.B. daraus ergeben, wenn innerhalb einer kurzen Exposition, also innerhalb von Minuten oder Stunden, eine hohe psychische Belastung vorliegt (vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. 2018: 11).

Anforderungen und psychische Belastungen, die eine Stressreaktion hervorrufen, werden auch als „Stressoren“ bezeichnet und sind synonym zu „Belastung“ zu sehen. In der Alltagssprache werden Stressoren vereinfacht oft als „Stress“ bezeichnet, was zu Verwirrungen beiträgt. Stress ist immer das Ergebnis bzw. die Folgereaktion. Im Gegensatz dazu sind die Stressoren der Auslöser (vgl. Lohmann-Haislah 2012: 13).

- Psychische Beanspruchung

Die "unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinem aktuellen Zustand" (Deutsches Institut für Normung e.V. 2018: 7) wird als „psychische Beanspruchung“ bezeichnet. Diese kann erhöht oder reduziert werden, wenn sich die psychischen Belastungen verändern (vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. 2018: 10).

Joiko et al. (2010: 7) postulieren, dass der Mensch sogar psychische Belastungen braucht, da sie als Motor für die Entwicklung eines Menschen angesehen werden. Die Auswirkungen kurzfristiger Folgen psychischer Beanspruchung können sowohl positiv als auch negativ sein. Da jeder Mensch über andere Ressourcen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Situationen verfügt, ist die resultierende Beanspruchung individuell zu betrachten (vgl. Neuner 2019: 13). Wie beanspruchend eine Situation empfunden wird, ist demzufolge abhängig davon, was ein Individuum wahrnimmt, fühlt, erlebt, empfindet oder denkt. Zudem sind Ausmaß, Dauer und Stärke der psychischen Belastung ebenfalls von Bedeutung (vgl. Joiko et al. 2010: 10).

So können individuelle Faktoren wie Leistungsvermögen, Motivation, Fähigkeiten, aktuelles Befinden, Ressourcen und situative Bedingungen, wie soziale Unterstützung und Autonomie, die individuell empfundene Beanspruchung beeinflussen (vgl. Bartholdt & Schütz 2010: 22f.; Reif et al. 2018: 6f.).

Zu den positiven Beanspruchungsfolgen zählen beispielsweise Anregungs-, Trainings- und Lerneffekte. Eine psychische Sättigung oder Monotonie, also ermüdungsähnliche Zustände sowie das Erleben psychischer Ermüdung gehören zu den negativen Folgen der Beanspruchung. Sie werden auch „Fehlbeanspruchung“ genannt. Sie entstehen aus der Diskrepanz zwischen Anforderungen und Ressourcen eines Individuums (vgl. Bartholdt & Schütz 2010: 23; Deutsches Institut für Normung e.V. 2018: 10).

4.1 Belastung im Beruf

Analog zu vorher beschrieben, werden auch arbeitswissenschaftlich „Arbeitsbeanspruchung“ und „Arbeitsbelastung“ voneinander unterschieden (vgl. Breinbauer 2020: 18).

- Arbeitsbelastung

Die DIN EN ISO 6385:2016-12 beschreibt die Arbeitsbelastung als "äußere Bedingungen und Anforderungen in einem Arbeitssystem [...], die auf die physiologische und/oder psychische Beanspruchung einer Person einwirken" (Deutsches Institut für Normung e.V. 2016: 8).

Die deutsche Gesellschaft für Medizin (DGMS) bezeichnet psychische Belastungen, die durch soziale Gegebenheiten bedingt sind, als „psychosoziale Belastung“. Eine „psychosoziale Arbeitsbelastung“ liegt dann vor, wenn die von außen auf eine Person psychisch einwirkenden Einflüsse auf die Arbeitsorganisation oder -umwelt beschränkt sind (vgl. Neuner 2019: 12).

- Arbeitsbeanspruchung

Im Gegensatz dazu versteht man unter „Arbeitsbeanspruchung“ die

[...] innere Reaktion des Arbeitenden auf die Arbeitsbelastung, der er ausgesetzt ist und die von seinen individuellen Merkmalen (z. B. Größe, Alter, Fähigkeiten, Begabungen, Fertigkeiten usw.) abhängig ist. (Breinbauer 2020: 18)

Wie sich Belastung auf das Individuum auswirkt und das Beanspruchungserlebnis empfunden wird, hängt vom Verhältnis der Arbeitsbelastung und Bewältigungsmöglichkeiten eines Einzelnen ab (vgl. Eichendorf et al. 2014: 19). Arbeitsbeanspruchungen und -belastungen sind wie auch Beanspruchungen und Belastungen allgemein zunächst neutral zu verstehen. Sie wirken sich nicht zwangsläufig negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Arbeitnehmern aus (vgl. Breinbauer 2020: 18). So können Belastungen auch entwicklungsförderliche, aktivierende und somit positive Effekte auslösen (vgl. Eichendorf et al. 2014: 19) und ein Ansporn oder Herausforderung sein. Haben sie jedoch eine überfordernde Wirkung auf den Beschäftigten, können sie negative Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Arbeitnehmer haben (vgl. Breinbauer 2020: 18). Damit können sie zu Überforderung, Befindlichkeitsstörungen, Arbeitsunzufriedenheit und letztendlich zu Krankheiten führen (vgl. Reif et al. 2018: 7).

Ist die physische und psychische Funktionstüchtigkeit – die abhängig ist von der Dauer, dem Verlauf und der Intensität der psychischen Beanspruchung – vorübergehend beeinträchtigt, spricht man von „psychischer Ermüdung“ (vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. 2018: 8). Diese kann sich z. B. daraus ergeben, dass innerhalb einer kurzen Exposition eine hohe psychische Belastung vorliegt. Eine Ermüdung tritt bei hoher Arbeitsbelastung mit kurzer Verzögerung oder am Ende einer Arbeitsschicht auf. Sie ist meist vorübergehend und kann durch

eine Erholung ausgeglichen oder verringert werden. Bei kurzfristigen Auswirkungen ist eine Beseitigung durch Ruhepausen allein nicht möglich. Hier ist das Ändern der Arbeitsaufgaben nötig. Letztendlich kann es bei dauerhafter, wiederholter Einwirkung von sättigenden Bedingungen dazu führen, dass sich die Person von der eigenen Arbeit entfremdet, auch wenn durch Ruhephasen kurzfristige Auswirkungen eliminiert oder reduziert werden können. Eine derartige Entfremdung stellt eine Komponente des Burnout-Syndroms dar und ist im Normalfall nicht vorübergehend. Sie hält meist über einen längeren Zeitraum, mindestens aber für die Belastungsdauer an. Dieser Zustand kann sich chronifizieren und auch noch dann anhalten, wenn bereits eine Beendigung der Belastung durch ungünstige Arbeitsbedingungen vorliegt (vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. 2018: 11).

4.1.1 Belastungen in der Pflege

Vor allem Beschäftigten im Gesundheitswesen sind eine Vielzahl von Stressoren bekannt (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2019: 75). Im Berufsalltag entstehen durch die vorherrschende Arbeitssituation viele belastende Situationen (vgl. Baumgart et al. 2003: 195).

Bereits vor der Pandemie befanden sich Pflegekräfte an deren Belastungsgrenze (vgl. Hower et al. 2020: 208). So verfügte Deutschland bereits 2012 im internationalen Vergleich über die schlechteste Patienten-Pflegekraft-Verteilung in Europa. Dies hatte schon damals messbare Auswirkungen auf das Belastungserleben der Pflegekräfte (vgl. Aiken et al. 2012: 3).

Die Belastungen in Gesundheitsberufen sind vielfältig und können die gesamte Palette an Belastungsarten aufweisen (vgl. Remé 2007: 24f.; Fruchtmann 2007: 48f.; Ulich & Wülser 2015: 68).

Zunächst sind die körperlichen Belastungen zu nennen. Diese sind etwa auf das Tragen, Umlagern und das schwere Heben von Patienten zurückzuführen. Viele pflegerische Tätigkeiten werden in gedrehter, kniender oder gebeugter Haltung durchgeführt (vgl. Breinbauer 2020: 19). Auch mögliche Infektionen und Ansteckungen stellen ein Risiko der körperlichen Gesundheit für Pflegekräfte dar (vgl. Breinbauer 2020: 20).

Doch Pflegekräfte sind nicht nur körperlichen Belastungen ausgesetzt. Vor allem hohe psychische Belastungen gehören zum Berufsalltag (vgl. Breinbauer 2020: 20). Im Pflegeberuf resultieren diese unter anderem aus strukturellen Problemen, schwierigen Rahmenbedingungen, einem anhaltenden Personalmangel sowie häufig ungünstigen und unregelmäßigen Arbeitszeiten. Auch das Arbeiten unter permanentem Zeitdruck, Arbeitsverdichtung, ständiger Konfrontation mit Leid und Tod, aber auch fehlender Anerkennung und Wertschätzung tragen hierzu bei (vgl. Breinbauer 2020: 21; Körber et al. 2018; Theobald 2018: 33-36).

Beschäftigte im Gesundheitswesen berichten häufig über einen starken Leistungs- und Termindruck, häufig gefordertes Multitasking, mehrfachen Unterbrechungen ihrer gerade verrichteten Tätigkeit, einem gesteigerten Arbeitstempo und dem Arbeiten an der persönlichen Leistungsgrenze (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2019: 75). Hinzu kommen ein hohes Arbeitsaufkommen, ethische Aspekte und Fremderwartungen, (vgl. Ulich & Wülser 2015: 68; Remé 2007: 24f.) sowie Belastungsfaktoren, die sich auf die Räumlichkeiten beziehen. Diese können beispielsweise eine unzureichende Belüftung der Krankenzimmer oder Lärm sein (vgl. Breinbauer 2020: 19).

Für Arbeitende in der Pflege stellen der Fachkräftemangel mit der daraus resultierenden individuellen Leistungsverausgabung und der organisatorische Aufwand die Hauptbelastungsfaktoren dar. Demgegenüber steht eine entsprechend schlechte Entlohnung (vgl. Höhmann et al. 2016: 73-75).

Folgen dieser Missverhältnisse sind ein fortwährend hohes Belastungsempfinden, berufsbedingte Erkrankungen und im schlimmsten Fall ein frühzeitiger Ausstieg aus dem Beruf (vgl. Höhmann et al. 2016: 73f.).

Auch soziale und betriebliche Belastungen durch Schichtdienst und Mehrarbeit kommen auf Pflegekräfte zu. Die Arbeit im Schichtdienst bringt zudem das Gefühl der ständigen Verfügbarkeit mit sich. Verstärkt wird dies durch Einspringen für Kollegen, zusätzlichen Sonderschichten und Verschieben oder Ausfall von Pausen, Urlaub und dienstfreien Zeiten. Dadurch kann keine angemessene Erholung vom Arbeitsalltag, der hochbelastend ist, stattfinden. Dies kann dazu führen, dass es zu einem gestörten Verhältnis zwischen Privat-, Familien- und dem Arbeitsleben kommt. Die Rolle in der Familie und die im Beruf stehen so hinsichtlich der Ansprüche, des Zeitmanagements und der Erwartungen in Konflikt. Es kann zu einer negativen Beeinflussung von Privat- und Arbeitsleben und damit zur Doppelbelastung für beschäftigte Pflegekräfte kommen (vgl. Breinbauer 2020: 21f.).

Krankenpflege versucht den Pflegeempfänger ganzheitlich, also physisch wie psychisch, zu unterstützen. Dies führt häufig dazu, dass eine große Nähe zwischen dem Patienten und dem Pflegenden entsteht. Diese Nähe kann erhebliche seelische Belastungen auslösen, da die Pflegenden mit den Gefühlen, Bedürfnissen, Hoffnungen und Ängsten der Patienten konfrontiert sind (vgl. Klitzing-Naujoks & Klitzing 1995: 13f.).

Eine weitere Herausforderung für das Pflegepersonal stellt die Sterbebegleitung eines Patienten dar. Da Patienten oft spüren, dass Verzweiflung und Trauer die eigenen Familienangehörigen belasten, versuchen sie, ihre Angst und Verzweiflung Außenstehenden zu zeigen. Pflegende identifizieren sich im Gegensatz zu den Familienangehörigen oft nur teilweise oder auf-

grund der beruflichen Zusammenarbeit mit dem Patienten. Dies kann für die Pflegekraft belastend sein, da sie dies mit Schuldgefühlen verbinden kann (vgl. Klitzing-Naujoks & Klitzing 1995: 35). Besonders beeinträchtigend kann die Pflege von todkranken Menschen sein, wenn diese aufgrund der Lebenssituation, des Alters oder anderer Lebensumstände Ähnlichkeiten mit der sie betreuenden Pflegekraft aufweisen. Durch die hohe Identifikation mit dieser Patientengruppe können bei den Pflegenden selbst viele Ängste und Probleme wachgerufen werden. Schuldgefühle gegenüber den Patienten können zusätzlich belasten (vgl. Klitzing-Naujoks & Klitzing 1995: 46).

Je nach Einsatzbereich kommen Belastungsfaktoren durch regelmäßige Arbeit mit mutagenen, allergenen und toxischen Stoffen (z. B. Narkosegas, Zytostatika, Seifen, Desinfektionsmittel) (vgl. Glaser & Höge 2005: 11) oder permanenter Kontakt zu infektiösen Erregern hinzu (vgl. Remé 2007: 24 f.; Ulich & Wülser 2015: 68).

Dies ist beispielsweise in der Onkologie der Fall. Pflegekräfte in diesem Fachgebiet sind neben den generellen Belastungsfaktoren, die der Pflegeberuf mit sich bringt, besonderen Gegebenheiten und damit Belastungen ausgesetzt, die im folgenden Abschnitt erläutert werden.

4.1.2 Belastung in der onkologischen Pflege

Die Gefährdungen in der Onkologie reichen von überdurchschnittlich hohen psychischen und physischen Belastungen bis hin zu chemischen und biologischen (vgl. Remé 2007: 24f.; Fruchtmann 2007: 48f.; Ulich & Wülser 2015: 68; Schmucker 2020: 50).

Die Pflege und Betreuung von Tumorpatienten verlangt von den Pflegenden einiges ab. Denn die Pflege von onkologischen Patienten bedeutet, beim Genesen zu helfen, Beratung beim Weiterleben zu geben aber auch dann zu helfen, wenn eine Heilung ausgeschlossen ist. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist, dass die Pflegekraft realistische Grenzen akzeptiert (vgl. Durchschlag et al. 2019: 27f.). Eine große Herausforderung für das onkologische Pflegepersonal liegt darin, einerseits Anteil zu nehmen, auf der anderen Seite aber auch die nötige Distanz zum Patienten zu wahren (vgl. Durchschlag et al. 2019: 28).

Zudem ist die Versorgung körperlich schwer erkrankter Menschen wie den in der Onkologie psychisch oft sehr belastend. Zusätzlich erschwert wird die Arbeit dadurch, dass die Reaktionsweisen dieser Patienten teilweise irrational sind. So ertragen sie körperliche Schmerzen und beeinträchtigende, schwerwiegende Veränderungen mit äußerlicher Gelassenheit. Andererseits können kleine Einschränkungen, die normalerweise nicht von Bedeutung wären, bei den Patienten große Ängste auslösen. Das Verhalten solcher Patienten kann sich von einem Tag auf den anderen ändern. Waren sie heute noch kooperativ und offen dem Pflegepersonal

gegenüber, können sie am darauffolgenden Tag die Hilfestellung des Pflegepersonals von sich weisen und vorwurfsvoll sein (vgl. Klitzing-Naujoks & Klitzing 1995: 23).

Eine der größten Herausforderungen im onkologischen Bereich ist, dass Situationen gemeinsam ausgehalten werden müssen, die zum aktuellen Zeitpunkt nicht zu ändern sind (vgl. Dreismann & Zimmermann 2021: 12).

Aber auch die Patienten in der Onkologie sind besonderen Belastungen ausgesetzt. Auf den Betroffenen selbst und dessen Angehörigen kommen anfangs viele belastende Anforderungen zu. Diese fordern die gesamte Aufmerksamkeit, benötigen viel Kraft und müssen teils hingenommen, ertragen und dafür Bewältigungsmöglichkeiten gefunden werden (vgl. Durchschlag et al. 2019: 32).

Onkologische Patienten leiden häufig an krankheits- und/oder therapiebedingten Beschwerden (vgl. Raschper 2015: 79). Nicht selten ist eine onkologische Erkrankung mit einer Operation verbunden. Die damit einhergehenden physischen und psychischen Konsequenzen und Belastungen sind oft besonders intensiv. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn diese mit einem Verlust eines Körperteils und damit verbundene Veränderung im Erscheinungsbild des Patienten einhergehen. Selbst wenn die Begleiterscheinungen von außen betrachtet vergleichsweise mild sind – wie beispielsweise der durch eine Chemotherapie bedingte Haarausfall oder Hautveränderungen – kann dies für den Betroffenen als einschneidende Beeinträchtigung wahrgenommen werden (vgl. Klausner et al. 2010: 80). Oft zieht dies einen stigmatisierenden Effekt mit sich, der die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigt (vgl. Heise 2015: 187). Hierbei kann ein gezieltes Informieren den Patienten helfen, einer verzerrten Wahrnehmung vorzubeugen und vor Vorurteilen schützen (vgl. Klausner et al. 2010: 80).

Onkologische Patienten sind jedoch nicht nur mit Belastungen und Anforderungen konfrontiert, die unmittelbar der Krankheit und der entsprechenden Therapie geschuldet sind, sondern auch mit solchen, die nicht in direktem Zusammenhang mit der Erkrankung stehen. Der Umgang damit kann sich je nach Krankheitsverarbeitung unterscheiden (vgl. Durchschlag et al. 2019: 32).

Ein für viele Patienten schwer zu ertragender Aspekt stellt der Kontrollverlust über das eigene Leben, die Zukunft oder die Selbständigkeit dar. Konnte der Patient bisher sein Leben allein regeln, ist er durch die Erkrankung evtl. auf Hilfe angewiesen. Eine Krebserkrankung gleicht einem unkontrollierbaren Prozess, der dem Patienten die Souveränität über dessen Körper nimmt (vgl. Klausner et al. 2010: 87). Patienten fühlen sich oft der medizinischen Versorgung ausgeliefert. Ihn in der Kommunikation auf die Möglichkeit der Entscheidung hinzuweisen und ihm Wahlmöglichkeiten anzubieten, kann für ihn dann sehr hilfreich sein (vgl. Dreismann & Zimmermann 2021: 12).

Vereinsamung und Isolation zählen zu den größten Ängsten von Krebspatienten. Daher sollten solche Situationen möglichst vermieden werden (vgl. Klausner et al. 2010: 90). Angehörige können hier für den Patienten eine wichtige Stütze sein und stellen so einen Teil der therapeutischen Allianz dar (vgl. Gaisser 2020: 14; Ernst & Weißflog 2013: 56). Sie können den Patienten besonders in den Bereichen der emotionalen Unterstützung, der Informationssuche und -selektierung (vgl. Srirangam et al. 2003: 365) und Entscheidungsfindungen bezüglich der Diagnostik und der Therapie helfen. Auch bei praktischen Obliegenheiten können Angehörige dem Betroffenen Trost spenden und Verlässlichkeit, Stabilität und Hoffnung im Alltag aufrechterhalten. Außerdem erwarten Krebspatienten von ihren Angehörigen, dass sie Unsicherheiten aushalten und deren Verzweiflung und Kummer ertragen. In einer Studie konnte belegt werden, dass Partner onkologischer Patienten in schwierigen Situationen als erstes Unterstützungssystem fungieren. Zudem stellen sie bei der Verarbeitung der Krankheit eine wichtige Ressource dar (vgl. Ernst & Weißflog 2013: 56).

Meist löst die Mitteilung einer Krebsdiagnose einen Schockzustand aus. Dies hat zur Folge, dass kognitive Fähigkeiten eingeschränkt und folgende Information vom Patienten nur noch bedingt oder überhaupt nicht mehr wahr- bzw. aufgenommen und verarbeitet werden. Nachfragen nach solchen Gesprächen haben gezeigt, dass viele Patienten die Inhalte nur teilweise, gar nicht oder verfälscht aufgenommen haben. Daher kann es sinnvoll sein, die Aufklärung schrittweise vorzunehmen, sie zu wiederholen (vgl. Zettl 2015: 197) und Angehörige, vor allem den Partner oder Ehegatten des Patienten – mit Einverständnis und auf Wunsch der Patienten – mit in Gespräche und Aufklärungen einzubeziehen (vgl. Dreismann & Zimmermann 2021: 11).

Angehörige hören und verstehen manches, was die Patienten in der Aufregung nicht wahr- und aufnehmen können. Außerdem stellen sie Fragen, die der Patient aufgrund der psychischen Ausnahmesituation, in der er sich befindet, nicht aussprechen oder formulieren kann (vgl. Gaisser 2020: 14). Wichtig ist, dass die Angehörigen über die Situation, was sie für den Patienten tun können, aber auch, wo sie Unterstützung für sich selbst erhalten, informiert sind. Denn auch sie selbst können großen Belastungen ausgesetzt und überfordert sein (vgl. Gaisser 2020: 14; Ernst & Weißflog 2013: 56).

Im Krankheitsverlauf kann sich die Schockstarre verändern. Dies kann dann zu Verzweiflung oder Suizidgedanken beim Betroffenen führen. Wie ein Patient reagiert, hängt von dessen Persönlichkeit, der Diagnose, entsprechenden Vorerfahrungen und der derzeitigen Lebenssituation ab (vgl. Zettl 2015: 197).

4.1.3 Belastungen für Pflegekräfte durch die „Corona-Pandemie“

Das Pflegepersonal ist während der „Corona-Pandemie“ besonderen Belastungen ausgesetzt, die auf arbeitsbedingte Stressoren, welche im Zusammenhang mit Ausbrüchen der Krankheit stehen, zurückzuführen sind. Diese sind beispielsweise eine erhöhte Arbeitsbelastung und die Gefahr der Ansteckung und Infektion (vgl. Bao et al. 2020: 37; Xiang et al. 2020: 228f.).

Das „SARS-CoV-2“ stellt zudem eine unmittelbare Bedrohung für die Gesundheit der Beschäftigten dar (vgl. Badura et al. 2021: V). Besonders Pflegekräfte, die direkten oder möglichen Kontakt zu „COVID-19“ Patienten hatten, sind ausgesprochen belastet (vgl. Vindegaard & Benros 2020: 540). Aber auch die Maßnahmen, die die Verbreitung des Virus einschränken sollen, sind mit oben beschriebenen Auswirkungen verbunden, die genauso Pflegende betreffen. Diese können ebenfalls zu psychischen und gesundheitlichen Belastung für Beschäftigte führen (vgl. Badura et al. 2021: V).

Die Belastung des medizinischen Personals wird deshalb als besonders hoch eingeschätzt, da es bisher keine Erfahrung mit Situationen solcher Art gab. Auch Führungskräfte mussten sich zunächst an neuartige amtliche und medizinische Vorgaben orientieren. Durch entsprechende Maßnahmen, die von der Regierung, wie bereits oben beschrieben, beschlossen wurden, ist bei Mitarbeitern in medizinischen Bereichen von einer doppelten Belastung auszugehen (vgl. Bohlken et al. 2020: 195f.).

Neben der Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten und gesicherten Versorgung der Patienten mussten Pflegende initial mit einem Mangel an verfügbaren Ressourcen und den von der Regierung ausgesprochenen Maßnahmen zur Beschränkung von Kontakten arbeiten (vgl. Hower et al. 2020: 207).

Die betreuenden Einrichtungen onkologischer Patienten sahen sich durch das „COVID-19“-Management einem hohen Maß an physischer und psychischer Belastung ausgesetzt. Die Bewältigung dieser Situation und die Aufrechterhaltung laufender Behandlungen von Krebspatienten erforderten einen starken Pool an physischer und psychischer Kraft. Bereits nach wenigen Wochen stießen viele Mitarbeiter von Gesundheitsberufen an ihre individuellen Grenzen (vgl. Büntzel et al. 2020: 2714).

4.2 Folgen von Belastung im (Pflege-) Beruf

Belastungsfaktoren können sich sowohl physisch als auch psychisch auf die Beschäftigten auswirken (vgl. Breinbauer 2020: 20).

Die Symptome schwerwiegender Folgen durch eine langfristige psychische Überlastung reichen von psychosomatischen Erkrankungen und Störungen (Herz-, Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerzen) über ein Gefühl des „Ausgebrannt seins“ bis hin zum Berufsausstieg, -wechsel oder Frühberentung (vgl. Breinbauer 2020: 21).

Wenn der Arbeitsaufwand nicht mehr zu bewältigen ist, zu viel Leid und Sterben ertragen werden muss, zu viel Verantwortung bei zu wenig Kompetenz besteht, kann es langfristig zu einer emotionalen, geistigen und körperlichen Erschöpfung führen (vgl. Klitzing-Naujoks & Klitzing 1995: 173).

Diese Faktoren tragen dazu bei, dass viele Pflegekräfte die Sinnhaftigkeit einer weiteren Berufsausführung anzweifeln (vgl. Breinbauer 2020: 21), es zu einem fortwährend hohen Belastungsempfinden und damit einer Zunahme berufsbedingter Erkrankung und Krankenstände kommt (vgl. Höhmann et al. 2016: 73f.).

Durch die Diskrepanz zwischen der Arbeitsrealität und der beruflichen Idealvorstellung, die häufig bei Beschäftigten in helfenden Berufen zu finden sind, kommt es zur erhöhten psychischen und emotionalen Belastung. Dies zieht ein erhöhtes Burnout-Risiko mit sich (vgl. Breinbauer 2020: 22).

So ist der prozentuale Anteil an Krankheitstagen von Pflegekräften im Vergleich zum Durchschnitt der Erwerbstätigen doppelt so hoch. Daraus resultieren eine Zunahme an organisatorischen Arbeitsbelastungen als mögliche Konsequenz (vgl. Pick et al. 2004: 9) und im schlimmsten Fall ein frühzeitiger Ausstieg aus dem Beruf (vgl. Höhmann et al. 2016: 75-78).

5. Methodik

Zur Nachvollziehbarkeit und Erfüllung der Forderungen nach Verfahrensdokumentation und Explikation dieser Untersuchung wird im folgenden Abschnitt der qualitative Forschungsansatz beschrieben. Zunächst wird die Forschungsfrage und deren Relevanz beleuchtet. Zudem werden weitere methodische Entscheidungen, die zur Datenerhebung und -auswertung getroffen wurden, erläutert. Darauf folgt die Darstellung der Vorgehensweisen. Hierzu zählen die Methodik der Datenerhebung, Angaben zur Stichprobe und dem Setting sowie der Datenauswertung. Die Berücksichtigung der Prinzipien, Gütekriterien und Grundannahmen qualitativer Forschung in dieser Arbeit werden nun im folgenden Abschnitt ausführlich erläutert.

5.1 Theoretischer Rahmen

5.1.1 Forschungsfrage

Durch die derzeitige „Corona-Pandemie“ wurden Pflegekräfte vor enorme zusätzliche Herausforderungen gestellt. Ergebnisse einer im Jahr 2020 durchgeführten Online-Befragung verdeutlichen dies. Neben der Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten und gesicherten Versorgung der Patienten müssen Pflegekräfte demnach mit einem Mangel an verfügbaren Ressourcen und den von der Regierung ausgesprochenen Maßnahmen zur Beschränkung von Kontakten arbeiten (vgl. Hower et al. 2020: 207). Vor diesem Hintergrund stellt sich folgende Forschungsfrage:

„Welche besonderen und/oder zusätzlichen Belastungen haben Pflegekräfte im onkologischen Setting während der „Corona-Pandemie“ erlebt und welche dieser Belastungen lassen sich direkt oder indirekt auf die Pandemie zurückführen?“

Die Frage wurde bewusst offen formuliert. Dies sollte den interviewten Pflegekräften die Möglichkeit geben, neben Belastungen im Berufsalltag und im Zusammenhang mit den Patienten, die sie auf Station versorgen, auch Belastungserlebnisse zu beschreiben zu können, die sie persönlich, aber auch Patienten und Angehörige betrafen.

Die Relevanz der Frage erschließt sich daraus, dass in der Literatur zwar bereits Befragungen zur Verfügung stehen, die die Belastung von Pflegekräften vor und während der Pandemie beleuchten, es jedoch zum Zeitpunkt der Erhebung keine Studien mit Bezug auf Belastungen onkologischer Pflegekräfte und der Pandemie gab. Ziel dieser Arbeit ist es, mit Hilfe von Interviews einen ersten Eindruck über Belastungen und Wünsche onkologischer Pflegekräfte zu erhalten.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine qualitativ empirische Untersuchung durchgeführt, um das subjektive Erleben der Probanden abzubilden (vgl. Helfferich 2011: 22).

5.1.2 Qualitativer Forschungsansatz

Das Ziel einer wissenschaftlichen Untersuchung bestimmt die Wahl der Methodik (vgl. Gläser & Laudel 2010: 13). Ein qualitatives Erhebungsdesign eignet sich dann, wenn ein bisher nur wenig erforschter Wirklichkeitsbereich erkundet werden soll (vgl. Flick et al. 2013: 25). Durch das Prinzip der Offenheit ermöglicht der Ansatz der qualitativen Forschung Neues im Untersuchten, Unerkanntes im vermeintlich bereits Bekannten und Unerwartetes zu entdecken (vgl. Flick et al. 2013: 17). Die Qualität der Forschungsergebnisse wird anhand von Gütekriterien abgesichert (vgl. Mayring 2016: 140). Mayring beschreibt sechs Kriterien qualitativer Forschung (siehe Anhang 2, S. XV).

Hierzu zählt das Merkmal der Verfahrensdokumentation. Es besagt, dass die für den Untersuchungsgegenstand differenzierten oder entwickelten Methoden detailgetreu dokumentiert werden müssen. Dies gewährleistet die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses durch andere. Interpretationen müssen zudem argumentativ begründet und in sich schlüssig sein (Kriterium der argumentativen Interpretationsabsicherung). Eine Diskussion der Interpretationsergebnisse mit dem Befragten im Sinne einer kommunikativen Validierung kann hierzu beitragen. Ein adäquates Vorverständnis ermöglicht eine sinnvoll theoriegeleitete Deutung. Um sich dem Gegenstand zu nähern, muss qualitative Forschung zudem nicht nur offen sein, sondern auch die Bereitschaft zur Modifizierung vorgeplanter Analyseschritte aufweisen.

Verfahrensregeln müssen demnach beachtet und das Material systematisch bearbeitet werden. Dies nennt man Regelgeleitetheit. Der Nähe zum Gegenstand wird eine besondere Bedeutung beigemessen. Dies gelingt durch Orientierung an der Alltagswelt des Erforschten. Das Kriterium der Triangulation beschreibt das Heranziehen verschiedener Datenquellen, Theorieansätze, Interpretationen und Methoden sowie den Ergebnisvergleich verschiedener Perspektiven und Vergleiche quantitativer und qualitativer Analysen (vgl. Mayring 2016: 144–148).

5.1.3 Experteninterview

In der Forschungspraxis werden Experteninterviews vielfach angewandt und sind eine Erhebungsmethode der qualitativen Forschung (vgl. Gläser & Laudel 2010: 37).

Diese stellen eine probate Methode dar, um komplexe Wissensbestände zu explorieren und rekonstruieren. Bei Experteninterviews geht es darum, das implizite Wissen und exklusive Wissensbestände von Experten aufzuspüren (vgl. Müller-Mundt 2002: 269).

Die Auswahl der Experten hängt vom Kenntnisstand des Forschers in Bezug auf den Gegenstandsbereich ab. Der Interviewer sollte dem Experten kompetent begegnen, da gegebenenfalls sonst vom Experten kein Insiderwissen preisgegeben wird (vgl. Müller-Mundt 2002: 270).

Der Begriff des problemzentrierten Interviews umfasst alle Formen halbstrukturierter, offener Befragungen (vgl. Mayring 2016: 67). Diese Art von Interview eignet sich vor allem dort, wo es bereits Informationen zum Thema gibt, jedoch spezifischere, dezidierte Fragestellungen geklärt werden sollen (vgl. Mayring 2016: 70). Ein weiterer Vorteil des problemzentrierten Interviews liegt darin, dass durch den Leitfaden Wissensbestände der Experten miteinander verglichen werden können (vgl. Meuser & Nagel 2009: 476). Durch das Beziehen des Materials aus mehreren Interviews auf die entsprechenden Leitfadenfragen, ist eine Auswertung leicht möglich. Je größer die Anzahl der Befragten ist, desto leichter ist eine Verallgemeinerung möglich (vgl. Mayring 2016: 70).

Bei systematisierenden Interviews wird hauptsächlich Wissen erfragt, das jederzeit aktiv abgerufen werden kann. Daher empfiehlt sich die Interviewdurchführung mittels eines Leitfadens (vgl. Bogner et al. 2009: 24).

5.1.4 Leitfaden

Ein Leitfaden enthält alle Fragen, die während eines Interviews beantwortet werden sollen. Bereits in der Vorbereitung des Interviews dient er somit der Strukturierung des Themenfeldes. Während des Interviews stellt er ein zentrales Orientierungsinstrument dar (vgl. Bogner et al. 2009: 27).

Zunächst werden sämtliche Fragen gesammelt, die zur Beantwortung der Forschungsfrage von Interesse sind. Neben den wie von Helfferich empfohlenen Fragen des persönlichen Interesses zählen auch solche, die sich aus theoretischen Vorüberlegungen ableiten lassen (vgl. Helfferich 2011: 182).

Laut Helfferich besteht ein guter Leitfaden nicht nur aus einer Frageliste. Der Aufbau ist komplexer und soll eine Differenzierung in verschiedene Frageformen nutzen. So sollen die Fragen nach ihrem Rang, der Formulierungsfestlegung, der Verbindlichkeit und dem Grad der inhaltlichen Steuerung unterschieden werden:

Zunächst sollen Fragen des höchsten Ranges gestellt werden. Hierzu dient eine erzählgenerierende, öffnende Einstiegsfrage. Nachfragen können diesen Fragen dann zu- oder untergeordnet werden (vgl. Helfferich 2011: 181).

Ein Interviewleitfaden soll einzelne Thematiken des Gesprächs in einer nachvollziehbaren, sinnvollen Reihenfolge enthalten (vgl. Mayring 2016: 69). Die Verbindlichkeit legt fest, ob eine Frage gestellt wird. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn eine Frage nur gestellt werden soll, falls das Thema vom Interviewpartner selbst nicht zumindest kurz angerissen wurde.

Auch Steuerungs- oder Aufrechterhaltungsfragen sind neben den inhaltsbezogenen Fragen mit aufzunehmen. Diese können das Erzähltempo beeinflussen (vgl. Helfferich 2011: 181).

Grundsätzlich gilt, dass jeder gute Leitfaden viel Raum für Aufrechterhaltung und Führung eines Interviews lässt. Helfferich (2011: 181) empfiehlt, gegen Ende eines Interviews eine Frage mit aufzunehmen, die der Erzählperson noch einmal Gelegenheit gibt, persönliche Relevanzen zu äußern. Zur Einleitung der Interviewbeendigung bietet sich eine geeignete Abschlussfrage an, die beispielsweise den Wunsch für die Zukunft zu dem Thema betrifft (vgl. Helfferich 2011: 181).

Neben der Wahrung des Grundprinzips der Offenheit soll die Vorgabe der notwendigen Strukturierung gewährleistet werden. Hierzu hat sich das Vorgehen der "SPSS-Leitfragenerstellung" bewährt. Die Abkürzung SPSS steht hier für die Schritte des Sammelns, Prüfens, Sortierens und Subsumierens. Mit diesem Vorgehen wird neben der Vergegenwärtigung und Explizierung des theoretischen Vorwissens des Interviewers auch die Erwartung der produzierenden Erzählungen des Interviewten berücksichtigt (vgl. Helfferich 2011: 182).

5.2 Vorbereitung der Datenerhebung

5.2.1 Literaturrecherche

Im Vorfeld der Studienarbeit wurde über den Zeitraum vom 31.10.2021 bis 02.12.2021 die aktuelle Studienlage zum gewählten Thema anhand einer orientierenden Literaturrecherche in Google Scholar, PubMed und CINHAL sowie über Handsuche untersucht.

Suchbegriffe waren: Belastung, Corona-Pandemie, Einschränkungen, Pflegepersonal, Onkologie. Es wurden die Booleschen Operatoren AND, OR und NOT verwendet.

5.2.2 Interviewleitfaden

Die Leitfadenkonstruktion in dieser Forschungsarbeit folgt dem zuvor beschriebenen Prinzip. Aus der anfänglichen Problemanalyse und -formulierung wurden zentrale Aspekte für den Leitfaden des Interviews zusammengestellt.

Der so entwickelte Entwurf des Leitfadens enthielt drei Themenkomplexe: Die Einschätzung der aktuellen Situation, die Einschätzung der Folgen und Chancen für die Zukunft, sowie eine Einleitungsfrage zu Beginn. Eine abschließende Frage ermöglichte es den Experten, nicht angesprochene oder ihnen wichtige Aspekte zu ergänzen.

Als nächstes wurde ein Probeinterview durchgeführt. Dies diente der Überprüfung des Leitfadens, der im Anschluss daran noch modifiziert wurde. Anhand der oben beschriebenen Kriterien entstand der Leitfaden (siehe Anhang 3, S. XVI).

5.2.3 Auswahl / Stichprobe und Kontakt zu Interviewpartnern

In der qualitativen Forschung spielt das Gespräch, also ein verbaler Zugang, eine besondere Rolle, da sich aus Beobachtungen kaum subjektive Bedeutungen ableiten lassen. Weil für ihre Bedeutungsgehalte die Subjekte selbst die Experten sind, muss man sie selbst sprechen lassen (vgl. Mayring 2016: 66).

Um eine Forschungsfrage beantworten zu können, bedarf es zu Beginn einer Vergegenwärtigung, wer über dafür notwendige Informationen verfügt. Im Normalfall müssen mehrere Akteure befragt werden, die aufgrund ihrer spezifischen Tätigkeiten unterschiedliche Kenntnisse aufweisen. Bei der Suche nach geeigneten Experten, orientierte sich die Autorin an vier Leitfragen von Gläser/Laudel (2010: 117): „Wer verfügt über relevante Informationen?“, „Wer ist am ehesten in der Lage, präzise Informationen zu geben?“, „Wer ist am ehesten bereit, Informationen zu geben?“, „Wer von den Informanten ist verfügbar?“ (vgl. Gläser & Laudel 2010: 117).

Experte-Sein ist keine Fähigkeit oder personale Eigenschaft. Vielmehr ist sie eine Zuschreibung, die in der Praxis stattfindet, wenn aufgrund eines spezifischem Forschungsinteresse bestimmte Menschen mittels einer Interviewanfrage als Experte adressiert werden. Experten sind abhängig vom jeweiligen Forschungsinteresse und vor allem von einer externen Zuschreibung (vgl. Bogner et al. 2014: 11). Das Verständnis von Experten in dieser Arbeit ist an die Definition von Bogner et al. (2014: 13) angelehnt. Diese beschreiben Experten als Personen,

[...] die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problembereich bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren. (vgl. Bogner et al. 2014: 13)

Wer als Experte gilt, ist vom Untersuchungsgegenstand abhängig (vgl. Müller-Mundt 2002: 269).

5.3 Durchführung der Untersuchung

Die Interviews wurden in einem Maximalversorgerkrankenhaus geführt. Die Spezialisierung einzelner Abteilungen auf onkologische Patienten stellt einen Schwerpunkt dieser Klinik dar, die als onkologisches Zentrum von der deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert wurde. Hauptanliegen eines solchen Zentrums ist eine interdisziplinäre Diagnostik und die Vernetzung unterschiedlicher Fachdisziplinen.

Nach Einholen der mündlichen Genehmigung der Pflegedienstleitung wurde die Stichprobe festgelegt. Alle befragten Pflegenden erklärten sich vorab durch die Unterschrift der Einwilligungserklärung (siehe Anhang 4, S. XVII) bereit, am Interview teilzunehmen. Die unterschriebenen Einwilligungserklärungen können auf Nachfrage bei der Autorin eingesehen werden.

Die Untersuchung wurde mit onkologischen Pflegenden auf unterschiedlichen Stationen geführt.

5.3.1 Datenerhebung

Insgesamt wurden vier Interviews im Zeitraum vom 17.11.2021 bis 02.12.2021 geführt. Bei der Durchführung von Interviews sind die Reihenfolge der Fragen sowie deren Formulierung nicht verbindlich. Hier ist auch ein spontanes Nachfragen zur Vervollständigung der Beantwortung einer Frage möglich (vgl. Gläser & Laudel 2010: 42).

Dies wurde bei den geführten Interviews beachtet und realisiert, was der Autorin während des Interviews ein spontanes Nachfragen zur Vervollständigung der Beantwortung einer Frage ermöglichte. Der Redefluss wurde durch aktive Zuhörersignale, wie Kopfnicken oder Bestärkungen „paraverbaler Art“, weiter angeregt (vgl. Gläser & Laudel 2010: 173).

Die Interviews umfassten jeweils drei Phasen. Zunächst wurden allgemein gehaltene Einstiegsfragen gestellt. Anschließend folgten die Leitfadenfragen, die Themenaspekte der wesentlichen Fragestellungen darstellen. Da es im Laufe der Interviews immer wieder Aspekte gab, die nicht im Leitfaden verzeichnet, aber für die Themenstellung von Bedeutung waren, wurden von der Interviewerin spontane Ad-hoc-Fragen formuliert und gestellt (vgl. Mayring 2016: 70).

Die Interviews wurden, wie von Mayring empfohlen (2016: 67), durch die Ausrichtung auf die Problemstellung der zusätzlichen Belastungen während der „Corona-Pandemie“ zentriert. Die Interviewerin führte diese ein und kam im Laufe der Interviews immer wieder darauf zurück.

Der Leitfaden basiert auf Aspekte, die im Vorfeld von der Interviewerin analysiert und im Laufe des Gesprächs immer wieder angesprochen wurden (vgl. Mayring 2016: 67).

Zudem ist für die Interviewdurchführung laut Mayring (2016: 67) das Merkmal der Offenheit wichtig. Demnach muss dem Interviewten die Möglichkeit gegeben werden, frei zu antworten. Vorgegebene Antwortalternativen sind hier nicht gegeben. Durch die Offenheit ist eine Überprüfung des Verstandenen, die Offenlegung subjektiver Perspektiven, die Entwicklung von Zusammenhängen und größeren kognitiven Strukturen durch den Interviewten selbst möglich. Ziel ist es, die Vertrauensbeziehung zwischen dem Befragten und dem Interviewer zu stärken und dem Befragten nicht das Gefühl zu geben, ausgefragt zu werden. Er soll sich ernst genommen fühlen (vgl. Mayring 2016: 68).

Da die Befragten frei antworten konnten, kamen die Interviews einem offenen Gespräch nahe (vgl. Mayring 2016: 67).

Zum Festhalten des eruierten Materials wurden die Interviews im Einvernehmen mit den Befragten aufgezeichnet. Auch das Erstellen eines Protokolls während oder nach dem Interview ist möglich (vgl. Mayring 2016: 70). In dieser Arbeit wurde darauf jedoch verzichtet. Da eine der interviewten Personen jedoch nach Ausschalten des Aufnahmegerätes noch wichtige Aspekte genannt hat, wurde die Audioaufnahme nach Einholung des Einverständnisses des Interviewpartners nochmals gestartet und das Interview fortgeführt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 18 und 55 Minuten.

Die Audioaufnahmen der Interviews wurden vollständig mit Hilfe des Programms "T4" transkribiert. Die Transkription ist die schriftliche Fassung der gesprochenen Sprache. Dadurch ist ein Unterstreichen, Vergleichen von Textstellen und Notizenmachen möglich sowie durch das Wortprotokoll auch das Erkennen von Kontexten einzelner Aussagen. Dies ist die Basis ausführlicher Interpretationen. Die wörtliche Transkription ist Voraussetzung für die spätere Auswertung (vgl. Mayring 2016: 89). Die Audiodateien wurden nach der Transkription gelöscht.

Die Transkription der vorliegenden Interviews lehnt sich an die Transkriptionsregeln nach Kuckartz an und wurde bezüglich sprachlicher Besonderheiten um Regeln nach Kallmeyer/Schütz (vgl. Kuckartz 2010: 44) ergänzt.

Demnach wurden Aussagen der Autorin mit „I“ gekennzeichnet, die der Interviewpartner mit „B1“ bis „B4“.

Da Texte, die den Dialekt des Interviewers mit gebräuchlichem Alphabet wiedergeben, schwer zu lesen sind und in dieser Arbeit vordergründlich die inhaltlich-thematische Ebene behandelt wird, wurden die Interviews dieser Arbeit in normales Schriftdeutsch übertragen. Hierzu wurden Ausschnitte, die von Dialekten gefärbt waren, bereinigt (vgl. Mayring 2016: 89f.).

Zudem wurden bei der Transkription Auffälligkeiten der Sprache wie Betonungen, Lachen und Pausen entsprechend den Regeln gekennzeichnet. Da bei normalen Interviewstudien die

Transkription von Äußerungen wie "ähs" und "mhms" weniger von Bedeutung sind (vgl. Kuckartz 2010: 45), wurden diese hier nicht mit transkribiert.

Entsprechend wurden folgende Auffälligkeiten wie folgt dokumentiert:

(.)	= ganz kurzes Absetzen einer Äußerung
..	= kurze Pause
...	= mittlere Pause
(Pause)	= lange Pause
Mhm	= Pausenfüller
_____	= auffällige Betonung
(Lachen)	= Charakterisierung von nichtsprachlichen Vorgängen, Tonfall

(vgl. Mayring 2016: 92; Kuckartz 2010: 44)

Die vollständigen Transkriptionen der Interviews sind als Dokument auf CD gespeichert und liegen der Arbeit bei.

Die Reduktion der Informationen wurde im Schritt der Auswertung nachvollziehbar und regelgeleitet durchgeführt.

5.3.2 Datenauswertung – qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Bevor eine geeignete Analysetechnik festgelegt wird, ist es zielführend, die Intention der Untersuchung und das auszuwertende Material vorzulegen (vgl. Mayring 2015: 55). In der vorliegenden Arbeit entsprachen die Interview Transkripte dem auszuwertenden Material. Die Intention lag in der Erforschung von Belastungen onkologische Pflegekräfte während der „Corona-Pandemie“. Die Datenauswertung der transkribierten Interviews erfolgte nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse. Diese ist für die Auswertung systematisierender Interviews mit Experten geeignet (vgl. Gläser & Laudel 2010: 47; Bogner et al. 2014: 24f.).

Das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse dient der systematischen, regel- und theoriegeleiteten Analyse von Texten (vgl. Mayring 2015: 13). Durch sie wird das Material nach und nach analysiert und in Einheiten zerlegt, die dann nacheinander bearbeitet werden. Dies geschieht durch schrittweise Bearbeitung des Materials mittels eines Kategoriensystems, das theoriegeleitet am Material entwickelt wurde. Das Kategoriensystem legt die Aspekte fest, die aus dem Material selektiert werden sollen (vgl. Mayring 2016: 114).

Laut Mayring verfügt die qualitative Inhaltsanalyse über Techniken, die intersubjektiv überprüfbar, systematisch, zugleich aber der Bedeutungsfülle, Komplexität und „Interpretationsbedürftigkeit“ des Gesprochenem angemessen sind (vgl. Mayring 2015: 10). Er betont, dass dieses

Vorgehen nicht als Alternative zur quantitativen Inhaltsanalyse anzusehen ist. Vielmehr soll es eine Methode zur systematischen Interpretation darstellen (vgl. Mayring 2015: 50).

Mayring (2015: 67) unterscheidet drei Grundformen der Textinterpretation, die voneinander unabhängig sind. Diese sind entsprechend der Fragestellung auszuwählen und können gemäß dem Material kombiniert und angepasst werden.

Eine dieser Interpretationsformen stellt die Zusammenfassung dar. Hier steht die Reduzierung des Materials auf wesentliche Inhalte im Vordergrund, die dennoch die Kernaussage widerspiegeln. Ziel der Explikation, die eine weitere Grundform darstellt, ist das Herantragen von zusätzlichem Material, um das Verständnis bei unklaren Textabschnitten zu erhöhen. Die dritte basale Form der Analyse qualitativer Daten stellt die Strukturierung dar. Sie dient der Untersuchung von Texten im Hinblick auf vorab festgelegter Kriterien (vgl. Mayring 2015: 67) und kann in vier Formen unterschieden werden: die formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung (vgl. Mayring 2015: 99).

Für die vorliegende Arbeit wurde die inhaltliche Strukturierung gewählt. Deren Ziel ist die Extrahierung und Zusammenfassung bestimmter Inhaltsgebiete und Themen (vgl. Mayring 2015: 99) anhand theoriegeleitet entwickelten Kategorien und Unterkategorien (vgl. Mayring 2015: 103).

Diese Strukturierungsdimensionen müssen im Hinblick auf Anwendung und Konstruktion nachvollziehbar begründet werden (vgl. Mayring 2015: 49,92). Hierbei gelten die Regeln der Zusammenfassung (vgl. Mayring 2015: 102). Die Explikation findet in dieser Arbeit keine Anwendung.

In mehreren Schritten wurde das vorliegende Material paraphrasiert, generalisiert und anschließend reduziert.

Der erste Schritt diente der Übertragung inhaltstragender Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene, die dann in eine grammatikalische Kurzform übertragen wurden. Bedeutungsgleiche und unwichtige, nicht inhaltstragende Paraphrasen wurden gestrichen.

Es folgte die Generalisierung der Paraphrasengegenstände auf ein vorher definiertes Abstraktionsniveau. Paraphrasen, die diesem bereits entsprachen, wurden belassen.

Anschließend wurden in einer ersten Reduktion bedeutungsgleiche oder nicht wesentlich inhaltstragende Paraphrasen gestrichen, inhaltstragende Paraphrasen wurden übernommen.

In einer zweiten Reduktion wurden Paraphrasen mit ähnlichem oder gleichem Gegenstand zu einer Paraphrase zusammengefasst. Ebenso wurden Paraphrasen, die mehrere Aussagen zu einem Gegenstand enthielten und Paraphrasen mit ähnlichem oder gleichem Gegenstand und

verschiedenen Aussagen zu einer Paraphrase jeweils zusammengefasst (vgl. Mayring 2015: 71f.).

Nach diesen Schritten wurde überprüft, ob die entstandenen Kategorien das Ausgangsmaterial repräsentierten.

Durch dieses Vorgehen wurden induktiv Kategorien gebildet. Diese stellen eine thematische Gliederung dar (vgl. Mayring 2015: 85f.).

In einem weiteren Schritt wurden die Analyseeinheiten festgelegt. Diese gewährleisten die Nachvollziehbarkeit, die Überprüfbarkeit der Intersubjektivität, sowie die Übertragbarkeit und Nutzbarkeit für andere (vgl. Mayring 2015: 61). Als kleinstes Materialbestandteil wurde die Kodier Einheit festgelegt. Die Kontexteinheit diente der Feststellung des größten Textbestandteils, welcher unter eine Kategorie fallen konnte. Die Auswertungseinheit bestimmte, welche Teile des Textes jeweils schrittweise ausgewertet werden (vgl. Mayring 2015: 61).

Im anschließenden Kapitel werden nun die gewonnenen Ergebnisse dargestellt und interpretiert.

6. Ergebnisdarstellung

Die strukturierende zusammenfassende Inhaltsanalyse der in den Interviews gewonnenen Daten ergab sieben Haupt- und Unterkategorien. Anhand derer können Belastungen, die onkologische Pflegekräfte während der „Corona-Pandemie“ wahrnahmen, beschrieben werden.

Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien nun beschrieben und mit Aussagen von Interviewpartnern belegt.

- **Kategorie 1: Besuchsverbot**

Diese Kategorie enthält sämtliche Faktoren, die das Besuchsverbot sowohl für die Pflegenden als auch für die Patienten beinhalten. Das aufgrund des Pandemiegeschehens ausgesprochene Besuchsverbot bzw. -einschränkung wurde von allen Befragten in Bezug auf Belastung genannt. Das Belastungsempfinden hierzu wurde von den Interviewpartnern jedoch sowohl für Patienten als auch für das Pflegepersonal als unterschiedlich beschrieben.

Ein Interviewpartner schildert, dass onkologische Patienten „[...] einer ganz speziellen Pflege“ (B 2_2, Abs. 2) bedürften. Diese beinhalte „[...] nicht nur die Therapie in Form von Chemotherapie, [...] damit der Tumor bekämpft wird, sondern das Hauptproblem (sei) eigentlich eher die Psyche“ (B 2_2, Abs. 2). Zudem gäbe es gerade in der onkologische Pflege Patienten, die eine vermehrte Hilfestellung benötigen. Bei diesen Patienten müsse man aufpassen, „[...] dass die in dieser Mühle nicht einfach irgendwie zermahlen werden, sondern dass deren Stimme da irgendwie trotzdem gehört [...] und beachtet wird“ (B 1, Abs. 6). So wird hierzu weiter berichtet: „[...] das musste man irgendwie wahrnehmen und [...] verarbeiten. Und das hat halt jetzt eine noch größere Rolle gespielt, [...] als es das früher getan hat“ (B 1, Abs. 12).

Gerade in der onkologischen Pflege spiele die Unterstützung der Patienten durch Angehörige eine wichtige Rolle. Dies wird durch folgende Aussage bekräftigt:

[...] die Personengruppen, die das am meisten [...] aufgefangen haben, waren meistens [...] Angehörige, die dann zum Arzt gegangen sind, Nachfragen gestellt haben, das Pflegepersonal gefragt haben "Wie verhält es sich denn damit [...]. (B 1, Abs. 4)

Während des Besuchsverbots sei jedoch „[...] die Unterstützung so ein bisschen weggebrochen [...] für die Leute“ (B 1, Abs. 4), „[...] Angehörige durften nicht mehr reinkommen, Patienten waren alleine gelassen“ (B 4, Abs. 36), „[...] haben sich alleine gefühlt [...] in ihrer schweren Situation“ (B 4, Abs. 96). Das Pflegepersonal war somit „[...] Ansprechpartner [...] für die Patienten“ (B 2_1, Abs. 24). „[...] und dann war natürlich unser Auftrag, den Patienten ganz anders zu begleiten“ (B 4, Abs. 36), so ein Interviewpartner.

Doch nicht für alle Patienten schien das Besuchsverbot mit negativen Belastungen besetzt gewesen zu sein. So erklärte ein Interviewpartner:

Ich hatte manchmal auch den Eindruck, dass es Patienten gibt, [...] die das gar nicht so schlecht finden, dass nicht so viel Besuch da ist. Dass halt nicht ständig die Tür aufgeht und da kommen irgendwie zehn Leute rein [...] die das gar nicht so schlecht fanden, dass sie jetzt die Woche, die sie dann da waren oder die zwei oder wie lang auch immer [...] ihre Ruhe hatten, [...] das [...] konzentriert durchgezogen haben und dann wieder raus gegangen sind. (B 1, Abs. 6)

Ein weiterer Interviewpartner berichtet dazu, dass das Besuchsverbot auch von Seiten der onkologischen Pflegekraft nicht immer als Belastung empfunden wurde, sondern sogar als „[...] wirklich positives Erlebnis“ (B 4, Abs. 36). „[...] zu sagen: „Hey, ich kann mich jetzt echt konzentrieren. Ich kann mit dem Patienten Gespräche führen, keine Störfaktoren“ (B 4, Abs. 36). Weiter begründete der Interviewpartner damit, dass Angehörige „[...] ja auch mal, die Inhalte verfälschen“ (B 4, Abs. 36) könnten und Patienten nun „[...] für sich auch mehr entscheiden können“. Und „[...] wenn es um Therapieansätze geht, der Patient [...] für sich sprechen [...]“ (B 4, Abs. 100) konnte. Ein weiterer Interviewpartner bekräftigte dies mit der Aussage: „[...] es hat mir [...] einen kleinen Druck weggenommen, weil ich sagen konnte: „Ok, ich kann mich jetzt auf das Wichtigste von den Leuten konzentrieren“ (B 3, Abs. 22).

Durch die Abwesenheit der Angehörigen hätten sie als Pflegekraft mit den Patienten „[...] eine gerade Linie gefunden. Einen sehr schönen Kontakt. Vielleicht auch sogar noch einen engeren Kontakt als vorher, weil wir die einzigen Kontaktpersonen waren“ (B 4, Abs. 36).

Jedoch musste auch bedingt durch das Besuchsverbot das Beisein von Begleitpersonen bei Aufklärungsgesprächen eingeschränkt werden. Dies wird von zwei Befragten als kritisch anzusehen thematisiert. Ein Interviewpartner äußerte hierzu, dass dies „[...] eine Katastrophe“ sei und „[...] mit einer der größten Fehler, den sie gemacht haben. Weil das natürlich verständlicherweise die Leute vollkommen aus der Bahn geworfen hat, dass sie niemanden hatten, der sie irgendwie auffängt“ (B 1, Abs. 22). Ein weiterer Interviewpartner bekräftigt dies mit seiner Aussage, ein

[...] onkologischer Patient hört beim Aufklärungsgespräch nur zwei Dinge. Entweder gut oder schlecht. Aber die ganzen Informationen, die dazwischen sind, hört man in erster Linie nicht. [...] deswegen ist es [...] wichtig, dass immer ein Angehöriger mit dabei ist. (B 2_2, Abs. 6)

Denn „[...] alleine durch so eine Therapie [...]“, das fände er „[...] ganz, ganz schrecklich“ (B 2_2, Abs. 6).

Zudem gab es Angehörige, die kein Verständnis für das Besuchsverbot zeigten und versuchten, „[...] Sondergenehmigungen über die Ärzte sich einzuholen [...] mit irgendwelchen faden-scheinigen Erklärungen“ (B 4, Abs. 56).

Sie mussten dann teilweise aktiv durch die Pflegenden aufgefordert werden, die Station zu verlassen. Dies stellte für die Pflegekräfte eine Belastung dar, da sie einerseits die Angehörigen durch lange Aufenthalte der Patienten kennen und Verständnis für sie hätten. Andererseits ging es aber auch darum, sich „[...] die Sinnhaftigkeit [...] irgendwie [...] wieder hervorzurufen, zu sagen: `Nein, [...] bei aller Emotionalität, wir müssen vernünftig denken [...]“ (B 4, Abs. 98).

Besuche waren auf Station nun durch die geltenden Regeln weggefallen. Aber Angehörige seien deswegen nicht „weg“ gewesen (vgl. B 1, Abs.14). Dafür hätte das Pflegepersonal mehr Telefondienst gehabt (vgl. B 4, Abs. 56). Daraus ergibt sich die nächste Kategorie.

- **Kategorie 2: Telefon**

Alle Interviewpartner gaben an, dass das Telefon während der Pandemie im Belastungserlebnis eine große Rolle gespielt hätte. Durch das Wegfallen von Besuchen war es Angehörigen nur möglich, über Anrufe an Informationen zu gelangen. Denn „Leute – wenn sie nicht vor Ort kommen können – irgendwie natürlich wissen wollen, was da los ist“ (B 1, Abs.14). Daher werden unter dieser Kategorie die Faktoren beschrieben, die sich durch das Besuchsverbot auf das vermehrte Anrufen von Angehörigen beziehen.

Grundsätzlich hatten Pflegende Verständnis für Anrufe durch Angehörige, jedoch gab es durch das Besuchsverbot eine deutliche Zunahme an Anrufen. Ein Interviewpartner erzählte: „[...] da hat jeder Angehörige zehn bis zwanzig Mal [...] durchgerufen“ (B 3, Abs. 12). Zwei Interviewpartner beschrieben es sogar als „Telefonterror“ (B 3, Abs. 12; B 4, Abs. 56). Dies führte dazu, dass Pflegende es mieden, das Telefon zu übernehmen.

Zudem spielte in diesem Zusammenhang Zeit eine entscheidende Rolle. Ein Interviewpartner äußerte sich hierzu: „Was auch schlimm war dadurch, dass man [...] auch immer wenig Zeit hatte [...] am Telefon länger mit den Leuten zu reden“ (B 3, Abs. 12). Daraus erschließe sich für Pflegekräfte ein Dilemma. Belastend wurde von einem Interviewpartner dazu beschrieben, dass sie aufgrund Zeitmangels nicht ausführlich mit besorgten Angehörigen telefonieren konnte, der Patient dann jedoch verstorben sei. Dadurch machte sich die Pflegekraft Vorwürfe, die sie durch die Aussage: „[...] hätte ich [...] mir die Minute Zeit genommen, die ich aber in dem Moment nicht hatte, weil außen rum zu viel los war“ (B 3, Abs. 12) äußerte.

Ein weiterer Belastungsfaktor sei außerdem die fehlende rechtliche Befugnis, Informationen über das Telefon herauszugeben. Verstärkt wurde dieses Gefühl dadurch, dass Ärzte auf-

grund fehlender Zeit, wenig Informationen herausgegeben hatten. Hierzu berichtet ein Interviewpartner:

[...] man hatte [...] ein anderes Gefühl dabei, weil man genau [...] wusste, eigentlich über das Telefon macht man es nicht. Muss man [...] gucken, was man sagt, wie viel man sagt, versteht aber gleichzeitig, dass die Person sonst keine Möglichkeit hat, an diese Information zu kommen [...] das [...] war manchmal ein bisschen schwierig. (B 1, Abs.14)

Man hätte jedoch einen guten Weg gefunden, damit umzugehen, indem die Ärzte Informationen über den medizinischen Zustand mitteilten, Pflegenden nur Aussagen zum Allgemeinzustand gaben (vgl. B1, Abs. 14). Zudem sei der Kontakt mit Angehörigen, der nicht persönlich stattfindet insofern schwierig, da man sich am Telefon anders verhalte, „[...] als wenn derjenige gegenübersteht“ (B 2_1, Abs. 34) „und man [...] verschiedene Dinge erklären kann, [...] als wie [...] immer nur am Telefon“ (B 2_1, Abs. 26).

Doch nicht nur die Angehörigen sind auf das Pflegepersonal angewiesen. Auch die Betreuung onkologischer Patienten bedarf an Zeit, die Pflegenden während der „Corona-Pandemie“ nicht immer hatten, wie in der nächsten Kategorie beschrieben.

- **Kategorie 3: Betreuung onkologischer Patienten**

Die Kategorie 3 erläutert die Gründe, warum die in der Onkologie sehr wichtige eingehende, psychologische Betreuung der Patienten durch das onkologische Pflegepersonal während der Pandemie vernachlässigt wurde.

Hauptaufgabe einer onkologischen Pflegekraft sei es, dass sich Pflegepersonal „[...] mal einen Stuhl nimmt, [...] zehn Minuten mit hinsetzt und .. einfach den Patienten mal reden lässt. Anhört, was eigentlich so in seinem ganzen Kopf herumgeht“ (B 2_2, Abs. 4). Das war durch die „Corona-Pandemie“ leider nicht mehr möglich. Pflegenden seien die „[...] Hände gebunden gewesen [...]“ (B 2_2, Abs. 10). Man hätte sich entscheiden müssen, welcher Patient nun am dringendsten die Zeit gebraucht hätte für ein Gespräch (vgl. B 2_2; Abs. 10). Besonders schwer sei es dann gewesen,

[...] wenn [...] Erstdiagnosen reinkommen, die sind natürlich aufgelöst. Die brauchen dann auch [...] ein, zwei Stunden jemanden um sich (,) bevor sie .. wieder alleine sein können. Und das fehlt einfach. (B 3, Abs. 40)

Man hätte nicht die Zeit gehabt, auf psychischer Basis für den Patienten da zu sein (vgl. B 3; Abs. 4). Dies sei unter anderem auch dadurch bedingt gewesen, dass auf der Station fachfremde Patienten versorgt werden mussten, „[...] denen es aber auch (,) schlecht ging“ (B 3, Abs. 14). Diese wurden auf Station gelegt, da aufgrund der angespannten Situation immer Betten für fachfremde Patienten freigehalten worden seien (vgl. B 3, Abs. 4). Ein Befragter gab hierzu an, dass man dadurch „[...] immer wieder mit neuen Sachen konfrontiert [...]“ war, „[...]

von denen man gar keine Ahnung hat“ (B 3, Abs. 20) und man sich „[...] erstmal wieder reinfuchsen [...]“ (B3, Abs. 20) musste. Dies sei nicht immer leicht gewesen, da das Fachgebiet der Onkologie an sich schon schwer genug sei, „[...] um da überhaupt (,) richtig reinzukommen“ (B 3, Abs. 20). Ein weiterer Befragter äußerte hierzu, auf Station würden viele arbeiten,

[...] die noch gar nicht so lange hier sind. Und .. Die werden halt erstmal so (,) so reingeschmissen. Also eigentlich sollten die ja sich erstmal dran gewöhnen: `Ich hab jetzt Eigenverantwortung für Patienten`. [...] Die kommen hier rein, das Team ist völlig, nicht jetzt zerstört, aber schon stark belastet. (B 2_1, Abs. 58)

Wie bereits mehrfach beschrieben, benötigen onkologische Patienten eine besondere Betreuung durch das Pflegepersonal. Vor allem Patienten, die von selbst nicht in der Lage sind, die Dringlichkeit von Beratungsgesprächen wahrzunehmen und diese einzufordern, bräuchten durch die Pandemie und das damit verbundene Besuchsverbot vermehrt Unterstützung durch die Pflegekräfte (vgl. B 1, Abs. 4). Als problematisch schilderte es ein Interviewpartner,

[...] weil [...] diese Sensibilität dafür da sein muss [...]. Die Pflegekraft, die das wahrnimmt (,) `also braucht der Patient hier ein bisschen mehr Unterstützung, braucht der mal ein bisschen Besuch, müssen wir das irgendwie verbalisieren und organisieren oder passt das für den Patienten so`. [...] also diese Antenne muss irgendwie da sein. (B 1, Abs. 10)

Er berichtete jedoch weiter, es gäbe

[...] Pflegekräfte, da ist die Antenne nicht so stark ausgeprägt. Und das musste man natürlich schon irgendwie kompensieren [...] Da gibt es halt Kollegen, die machen [...] – ich sag jetzt mal ganz überspitzt, auch wenn das ein bisschen gemein ist – [...] den Dienst nach Vorschrift und dann ist gut. (B 1, Abs. 10)

Dies kann im Team neben anderen Faktoren zu Spannungen führen, die sich in der folgenden Kategorie spiegeln.

- **Kategorie 4: Team und Mitarbeiterführung**

Diverse Gründen führten dazu, dass die Situation im Team angespannt war. Da auch eine gewisse Wertschätzung für Zufriedenheit im Team sorgt, wird auch der Aspekt der Mitarbeiterführung in dieser Kategorie mitbeleuchtet.

Während der „Corona-Pandemie“ musste onkologisches Personal neben der Betreuung der eigenen Patienten auch auf den „COVID“-Stationen aushelfen. Für die Befragten stellte dies aus verschiedenen Gründen eine Belastung dar. So kamen Pflegekräfte teilweise schon mit Angst auf Arbeit, „[...] weil sie gedacht haben, sie müss(t)en irgendwo anders aushelfen“ (B 4, Absatz 24).

Doch nicht nur für die Pflegekräfte selbst, die auf „COVID“-Stationen arbeiten und aushelfen mussten, war dies eine belastende Situation. Auch für die Stationsleitungen stellte dies eine Herausforderung dar, da diese in Absprache mit der Pflegedienstleitung entscheiden mussten, wer zum Aushelfen geschickt wird (vgl. B 4; Abs. 134).

Die Entscheidung, wer auf die „COVID“-Station zum Arbeiten geschickt werden sollte, wurde nach der Berufserfahrung der Pflegekräfte getroffen. Es wurde darauf geachtet, keine jungen Mitarbeiter dort hinzuschicken, die gerade erst angefangen hatten (vgl. B 4, Abs. 134). Man hätte bewusst Mitarbeiter ausgewählt, „[...] die auch Monitoring können, [...] kompetent sind, [...] wirklich multimorbide Patienten versorgen können [...]“ (B 4, Abs. 134).

Pflegekräfte fühlten sich dadurch teilweise persönlich angegriffen (vgl. B 4, Abs. 134; B 2_1, Abs. 52). Ein Interviewpartner, der als Stationsleitung auf einer onkologischen Station arbeitet, erklärte hierzu: „[...] da kannst du tausendmal sagen: ‘Weil du so toll bist’. Nein, [...] es bleibt immer im Raum: ‘Warum sind die vier, fünf Leute gegangen? Ist das was Persönliches?’ Und [...] das kriegst du nicht raus. Das ist phänomenal“ (B 4, Abs. 134).

Als zusätzliche Schwierigkeit wurde angegeben, dass Mitarbeiter, die länger auf einer anderen Station aushelfen müssen, auch die „Teamdynamik“ verlieren würden (vgl. B 2_1, Abs. 50).

Um diesen Konflikten aus dem Weg zu gehen und zu vermeiden, dass Kollegen für unbestimmte Zeit auf andere Stationen versetzt werden, hätte man sich in den Teams auf die Einführung eines Rotationsplanes geeinigt. Demnach sei die Zeit auf acht Wochen begrenzt gewesen, die eine Pflegekraft auf der „COVID“-Station aushelfen musste (vgl. B 2_1, Abs. 52; B 3_Abs. 36). Dieses Verfahren wurde von den Befragten als gute Lösung angesehen (vgl. B 2_1, Abs. 52; B 3_Abs. 36).

Doch das Team wurde während der „Corona-Pandemie“ auch durch fehlende Zwischenmenschlichkeit und fehlendem Austausch untereinander belastet. Dies würde u. a. durch die Anordnung bedingt, dass nur jeweils zwei Pflegekräfte gleichzeitig in Pause gehen durften (vgl. B 4, Abs. 124). Dadurch war es zudem schwierig, dass das gesamte Personal seine Pause machen konnte. Daher wurde ein zweiter Pausenraum „errechtet“ (vgl. B 4, Abs. 124).

Hinzu kam als weiterer Belastungsfaktor, dass kleine Zwischenpausen weggefallen seien, die vor der Pandemie einen kurzen Austausch untereinander ermöglichten. Ein Interviewpartner äußerte dazu:

[...] eigentlich ist es für uns wichtig, zusammen zu kommen. Also, das war für uns immer Usus. Zusammen zu lachen, einen Kaffee zu trinken, mal kurz fünf Minuten auch zwischendurch (,) das ist ja alles nicht mehr möglich. Und das macht uns als Menschen, als Gruppe, als Pflege .. kaputt. (I 4, Abs. 124)

Es ist eine Entfremdung und das ist wie so [...] eine Scheidung, [...] denn man lebt sich auseinander. Egal, und wenn kurze Gespräche kommen, so zwischen zwei, drei, dann gibt es wieder zwei andere. Aber man kommt nicht mehr irgendwie so zusammen. Und das [...] ist, glaube ich, der größte Bruch dieser Pandemie. (B 4, Abs. 128)

Gerade in onkologischen Teams sei jedoch ein Austausch nötig, um die psychischen Belastungen im Gespräch zu verarbeiten. Hierzu hätte es vor der Pandemie regelmäßige Fallbe-

sprechungen gegeben, die aber aufgrund der Teilnehmerbegrenzung und hygienischen Bestimmungen nicht mehr durchgeführt werden durften. Da dies aber nicht mehr tragbar gewesen sei, wurden diese wieder eingeführt, um in den Austausch zu kommen (B 4, Abs. 126).

Das Team hätte nach Aussagen eines Interviewpartners, der aus der Sicht einer Leitung berichtete auch darunter gelitten, dass innerhalb der letzten eineinhalb Jahre wichtige Themen aufgrund der Priorisierung von Themen um Corona nicht mehr bearbeitet wurden (B 4, Abs. 156). Es sei wichtig, wieder Themen für Mitarbeiter zu kreieren, da sonst mit Kündigungen zu rechnen wäre (B 4, Abs. 144). Der Wunsch des Interviewpartners wäre, Ideen der Mitarbeiter einzufangen und sie aktiv mitentscheiden zu lassen (vgl. B 4, Abs. 148). Er führte weiter aus:

‘Das eine Thema müssen wir auch mal wegschieben. Wir wollen nach vorne gucken. Was [...] gibt es noch für Themen?’ Und da müssen wir dran arbeiten. Wir [...] verheddern uns nur in dem Corona und das ganze Klinikum bearbeitet andere Themen nicht mehr, die wichtig wären. Und da müssen wir hinkommen [...], dass eben auch unsere Arbeit weitergeht. Dass unsere Themen weitergehen, die die Arbeit betreffen. Das ist wichtig. (B 4, Abs. 154)

Denn man müsse die Mitarbeiter „[...] auch irgendwie bei Laune halten [...]“ (B 2_1, Abs. 52). Über die Gesamtsituation berichten die Befragten, dass die „COVID“-Situation auch mit einem persönlich viel gemacht hätte im Kopf (vgl. B 2_1, Abs. 4). Die Stimmung im Team sei dadurch ernster (vgl. B 4, Abs. 62) gewesen, da jeder in seinen Gedanken war (vgl. B 4, Abs. 62).

Die Wahrnehmung über den Teamzusammenhalt durch all die Maßnahmen wurde ambivalent beschrieben. So erklärte ein Interviewpartner, es hätte das Team „[...] auf alle Fälle richtig zusammengeschweißt“ (B 3, Abs. 36). Ein weiterer Befragter äußerte hierzu: „Wir haben es [...] immer als Chance gesehen, zu sagen: ‘[...] das hat was Positives! Wir [...] können mehr zusammenwachsen’“ (B 4_Abs. 132). Wirklich eingetreten sei es aber nicht (vgl. B 4_Abs. 132) und man müsse aufpassen, dass es das Team nicht auseinandertreibe (vgl. B 4_Abs. 146).

Die Aussage: „Man will ja [...] nicht [...] einen Twist mit seinem Kollegen haben wegen einer Entscheidung, die man eigentlich gar nicht trifft“ (B 1, Abs. 26) lässt daher die nächste Belastungskategorie erkennen, die eng mit der Kategorie Team verbunden ist.

- **Kategorie 5: Fehlende Planung, unterschiedliche Auslegung der Regeln**

Eine fehlende Planbarkeit und die Vorgabe von Regeln, die jedoch unterschiedlich ausgelegt werden konnten, galten als eines der Hauptprobleme der Pandemie, die in dieser Kategorie widerspiegelt werden.

So kam es auch durch die unterschiedliche Auslegung der Maßnahmen im Team zu Konfliktsituationen:

[...] das Hygienekonzept sagt [...] sehr vereinfacht: '[...] ein Besucher pro Tag [...] darf für eine Stunde kommen' [...] Da steht das so drin und dann wurde das so umgesetzt. Das ist natürlich [...] individuell irgendwie anpassbar [...], ob der Situation des Patienten, ja. Das haben [...] manche Pflegekräfte .. gesehen und auch für gutgeheißen. Andere Pflegekräfte haben gesagt: 'Nö, das steht da so nicht drin, deswegen will ich das nicht. Deswegen find ich das schlecht.' Und das hat schon [...] zu Spannungen geführt. (B 1, Abs. 24)

Das Fehlen von klaren Regeln und Vorgaben, die für alle gleichermaßen gelten, gaben alle Interviewten als Belastungsfaktor an. Für Pflegende, vor allem in der Onkologie, sei es einfach wichtig zu wissen, was zu tun sei (vgl. B 4, Abs. 24). So berichtet ein Befragter:

Grundproblem in dieser Pandemie ist irgendwie ja, dass es keine stringente [...] klare Linie gibt, der irgendwie allen folgen. Jeder meint so, er macht das ein bisschen so und er macht das ein bisschen so. Und das ist halt generell schwierig. (B 1, Abs. 22)

Die Regeln seien unterschiedlich ausgelegt worden. Dies sei teilweise für Kollegen insofern belastend gewesen, da sie sich für ihre Auslegung der Regeln rechtfertigen mussten oder in Konfliktsituationen mit Kollegen geraten seien. Das Belastungserleben hierzu traf nicht auf alle Mitarbeiter gleichermaßen zu (vgl. B 1, Abs. 26).

Es sei außerdem immer wieder zu belastenden Situationen gekommen, da auch von Angehörigen und Besuchern oft nicht verstanden wurde, dass die Vorschriften am Klinikum nicht vom Pflegepersonal gemacht werden, ihnen aber die Schuld dafür gegeben worden sei (vgl. B 2_1, Abs. 28). Die Pflegenden mussten so immer wieder erklären, dass sie auch nur „ausführendes Organ“ seien (vgl. B 2_1, Abs. 30).

Durch die Regeln und Maßnahmen sei es zu „Fokusverschiebungen“ (vgl. B 1, Abs. 28) gekommen. Das immer wieder kehrende Ändern und Anpassen von Regeln setzte das Personal zusätzlich unter Stress, da es wichtig war,

[...] dass der Patient selber nicht irgendwie aus dem Fokus fällt [...], sondern dass [...] man nicht irgendwie schaut, ich arbeite mich jetzt am Patienten an diesen Regeln ab, sondern dass man halt den Patienten [...] trotz der Regel versorgt. (B 1, Abs. 28)

Hinzu kam eine fehlende Planung für die Zukunft. So berichtet ein Interviewter:

Was viele Kollegen aktuell belastet, weil wir jetzt ja vor dem zweiten Corona-Winter stehen, ist, das nervt wirklich massiv viele Kollegen, egal auf welcher Station, [...] aber eben auch onkologische Pflegekräfte. Dass man sehenden Auges [...] in die gleiche Situation rennt, wie letztes Jahr und dass man aus diesen ganzen Sachen nichts gelernt hat und nichts angekommen ist, was man anders machen könnte, oder hätte machen können. Und dass man einfach das Gleiche nochmal wiederholt. (B 1, Abs. 30)

Ein weiterer Interviewpartner bestätigte dies (vgl. B 2_1, Abs. 48). Es fehle an Strukturen und einem Organisationsplan, an dem man sich halten könne (vgl. B 2_1, Abs. 48).

Und das ist [...] auch das, was die Mitarbeiter und auch die Leitungen einfach dann in einen Stresslevel versetzt. Und vielleicht auch ein bisschen, naja .. Ja die Toleranzgrenze wird weniger (B 2_1, Abs. 48) [...] Auch vielleicht gegenüber (,) dem Arbeitgeber. (B 2_1, Absatz 50)

- **Kategorie 6: Fehlende Wertschätzung und drohende Kündigungen**

Unter diese Kategorie fallen sämtliche Aussagen über die Wahrnehmung der Wertschätzung des Pflegeberufs und daraus befürchtete Konsequenzen, die wiederum als Belastung für die Mitarbeiter zu werten sind. Aus zwei Interviews geht hervor, dass der Berufszweig „Pflege“ bereits vor der Pandemie vergeblich auf Missstände hinwies. So berichtet ein Interviewpartner: „[...] es wird schon seitdem ich hier bin, die ganze Zeit angesprochen, dass man wirklich mehr Zeit braucht. Mehr Personal braucht [...]“ (B 3, Abs. 40). Ein weiterer führt aus:

[...] das (,) ist aber halt das Problem, dass die Pflege, [...] ganz zaghaft [...] die Hand hebt und auf Missstände hinweist und es wird immer gesagt: ‘Ja, so schlimm ist das jetzt nicht, so schlimm kann es ja gar nicht sein. Das macht ihr schon’. (B 1, Abs. 32)

Aufgrund fehlender Beachtung dieser Hinweise hätten sich die Umstände nun durch die Pandemie weiter verschärft. Pflegekräfte sind frustriert, weil sie für die Versorgung von „COVID“-Patienten die Betreuung der onkologischen Patienten vernachlässigen müssen. Ein Interviewpartner gab hierzu an:

Dieses Funktionieren und jetzt ist die Pflege wieder nur für Corona da. Nein, die Pflege ist nicht nur für Corona da. [...] Wir unterstützen uns gerne. Wir machen, wir helfen auch gerne aus. Das ist für mich überhaupt kein Thema nie gewesen. Egal, aus welchen Gründen auch immer. Aber das Gefühl den Mitarbeitern zu geben, jetzt müssen wir wieder ran und jetzt zählt nur noch das Eine. Das macht [...] auch sehr frustriert. (B 4, Abs.198)

Zu einer erhöhten Belastung durch die Pandemielage sowie das Nichtbeachten und nicht Mitinbeziehen von Meinungen und Erfahrungen der Pflegekräfte, komme eine fehlende Wertschätzung für Pflegepersonal hinzu. Ein Interviewpartner äußerte sich hierzu folgendermaßen:

Ja, weil, im Endeffekt muss ja jeder funktionieren [...] und es wird ja auch erwartet. Das ist auch noch so ein Satz, den wir oft hören. ‘Professionelle Pflegekräfte’. Aber wir sind ja auch nur Menschen. (B 4, Absatz 188)

Ein Befragter äußerte zudem seinen Unmut darüber, dass aufgrund der pandemischen Lage im Rahmen der Fachweiterbildung „Onkologie“ Blockwochen ausfallen, um die Versorgung der „COVID“-Patienten gewährleisten zu können. Kritisch sei es nicht nur daher, dass es wahrscheinlich keine Möglichkeit mehr geben wird, diese nachzuholen, sondern auch, dass es gegenüber den Mitarbeitern kein Zeichen der Wertschätzung sei (vgl. B 4, Abs. 188, 194).

Ein Interviewpartner berichtete zudem über ein Interview eines Mitarbeiters, der auf Intensivstation „COVID“-Patienten versorgte (B 4, Abs. 136). Das Erwähnen des Interviews verdeutlicht das Gefühl des Interviewpartners, sich nicht wertgeschätzt zu fühlen:

Um einfach so wahrzunehmen, was unsere Mitarbeiter [...] erleben, was sie leisten und was sie durchmachen. Und dass es eben nicht nur darum geht: ‘Wie kriegen wir die Station zum Laufen oder wie kriegen wir sie zum Überlegen’. Sondern, dass da auch Menschen dahinterstecken, die das leisten müssen. Ohne uns geht es (;) ohne die Menschen geht es halt einfach auch nicht. (B 4, Abs. 138)

Zudem bestärkte ein Interviewpartner dieses Gefühl durch die Aussage, sich durch eine sogenannte „Pendlerquarantäne“ für Pflegepersonal ausgenutzt gefühlt zu haben. Aufgrund eines „COVID“- Falls im Team sei diese für Kollegen, die als Kontaktpersonen galten, beschlossen worden. Er betonte hierbei außerdem das Unverständnis über diese Maßnahme aufgrund der Gefährdung immunsupprimierter Patienten. Er beschrieb die Situation folgendermaßen:

Das heißt, man durfte zu Hause sein, zur Arbeit fahren und arbeiten. Also mit immunsupprimierten Patienten .. Man durfte aber nicht einkaufen gehen, oder ins Kino oder was auch immer. Das war einem verboten. [...] man hat sich ein bisschen – einfach ausgenutzt gefühlt, ne. Also arbeiten kann man, aber mehr, der Rest ist egal so ungefähr [...]. (B 1, Abs. 4)

Alle Interviewten befürchten, dass durch die aktuelle Lage

[...] die Gefahr dieses Mal [...] echt groß ist, dass die Leute das nicht mit einer stoischen Ruhe ertragen und weitermachen, sondern dass sie jetzt wirklich sagen: ´Ich hab jetzt die Schnauze voll, ich mach jetzt nicht weiter´. (B 1, Abs. 32)

Und Kollegen sagen:

[...] ´Ich hab keine Lust mehr darauf, dass, egal, was man sagt, dass es nicht beachtet wird und ich will diesen Job nicht mehr machen´. Und die Gefahr ist – glaube ich – wirklich da. Und die ist sehr, sehr real. (B 1, Abs. 30)

Doch nicht nur Kündigungen drohen dem Berufsfeld, sondern auch Arbeitszeitreduzierungen der Kollegen. Diese würden den Berufszweig ebenso stark belasten.

[...] es muss ja nicht immer auch direkt das Kündigen sein. Es ist ja schlimm genug [...], wenn jemand sagt: ´Ich mach vielleicht noch was, aber nur noch nebenher. Oder weniger, oder trete auf jeden Fall kürzer´. (B 1, Abs. 34)

Dies sei insofern für den Berufszweig der onkologischen Pflege belastend, da – wie ein Interviewpartner äußerte, „[...] ja auch die Krebs Patienten nicht weniger [...] werden“ (B 4, Abs. 201). Ein weiterer bestärkte dies mit seiner Aussage: „[...] die Anzahl der Patienten wird mehr, auch im onkologischen Bereich. Und [...] die Zeit wird leider nicht mehr“ (B 2_2, Abs.16).

- **Kategorie 7: Ansteckung und Übertragung von „COVID-19“**

Die letzte Kategorie befasst sich mit dem Thema Ansteckung und Übertragung von „COVID-19“. Aus den Interviews ging hervor, dass eine mögliche eigene Ansteckung eine Belastung für Pflegende darstellte. Zu Beginn der Pandemie wurde diese Angst damit begründet, dass es an Informationen zum Virus, zur Übertragung und einem möglichen Krankheitsverlauf mangelte (vgl. B1, Abs. 4). Ein Interviewpartner äußerte: „Es war die Angst. Man wusste ja gar nicht, [...] mit was hat man es eigentlich zu tun, was macht das mit einem? [...]. Keiner wusste [...] : ´Erwischt es mich schlimm, erwischt es mich leichter?´ Erstmal nur von sich aus persönlich“ (B 4, Abs. 26). Man hätte auf den Eigenschutz geachtet (vgl. B 2_1, Abs. 12). Zudem

hätte man bei einer Ansteckung im Team das Procedere der Quarantäne einhalten müssen, da man „[...] sonst die Station hätte schließen müssen, weil es so viele Pflegekräfte waren, die betroffen waren“ (B 1, Abs. 4). Hinzu kam die Verunsicherung, dass „[...] selbst auch wenn wir die Patienten bei Aufnahme testen, ist ja doch die Sicherheit nie gegeben, dass es auch bei dem negativen Testergebnis bleibt“ (B 2_1, Abs. 12). Diese Unsicherheit verstärkte die Angst, eine mögliche Infektion mit ins private Umfeld zu tragen. Ein Befragter äußerte, dass er

[...] gar nicht so sehr selber Angst davor hatten, was passiert, wenn sie selber krank werden, sondern eher davor Angst hatten, was passiert, wenn ich das [...] weiter gebe .. an die Eltern, an die [...] schwangere Freundin, die zu Hause sitzt [...]. (B 1, Abs. 4)

Denn Pflegekräfte stünden ja nicht isoliert da, „[...] sondern [...] haben ja in der Regel auch irgendwie Familie [...]“ (B 1, Abs. 4). „Viele haben auch privat kranke Menschen in ihrem Umfeld [...]“ (B 4, Abs. 26).

Doch nicht nur die Angst vor der eigenen Ansteckung und Übertragung ans private Umfeld, sondern auch – und vor allem die Angst, Patienten anstecken zu können, stellte für viele eine Belastung dar. Ein Befragter gab an, dass diese Angst dadurch verstärkt wurde, wenn er „[...] es nicht merke, ob ich positiv bin, kann ich jemanden anstecken? Kann ich meinen Patienten irgendwie damit einen Schaden zufügen?“ (B 4, Abs. 26). Gerade in der Onkologie sei dies gefährlich, weil „[...] Immungeschwächte nehmen ja alles sofort auf“ (B 2_1, Abs. 16), so ein Interviewpartner. Dadurch sei man als Pflegekraft vorsichtiger in der Patientenversorgung geworden (vgl. B1, Abs. 4; B 4, Abs. 36) und hätte „[...] die Nähe [...] Distanz mehr eingehalten. Oder wie man früher auch mal einfach den Arm aufgelegt hat oder mal auf die Schulter gefasst hat. Das hat sich halt dann alles so ein bisschen eingestellt“ (B 2_1, Abs. 6). Intensiviert hätte sich dies dann, wenn eine Pflegekraft selbst an „COVID-19“ erkrankt war. In dem Fall

[...] hätte man ja auch dann überlegt: `Oh Gott, wo warst du vorher?` Man weiß nicht genau, wann die Infektion aufgetreten ist. `Warst du noch an dem Patienten?`, `Was ist jetzt mit denen? Hast sie doch infiziert?`. (B 2_1, Abs.15, 16)

Denn man hätte sich nicht nachsagen lassen wollen, dass der Patient nun „COVID-19“ hat, weil man selbst positiv war. (vgl. B2_1, Abs. 12). Durch die dadurch bedingte eingehaltene Distanz zum Patienten, sei die persönliche Betreuung, die vor allem onkologische Patienten bräuchten, verloren gegangen (vgl. B 2_1, Abs. 12).

7. Diskussion

7.1 Diskussion der Ergebnisse

Anhand der zuvor beschriebenen Kategorien können diese nun diskutiert werden. Die onkologische Pflege stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Bereits vor der Pandemie waren Pflegekräfte im onkologischen Setting besonderen Belastungen ausgesetzt. Die Pandemie verstärkte das Belastungserleben in einigen Aspekten zusätzlich.

Da onkologische Patienten bereits durch die Diagnose „Krebs“ vor allem psychisch stark belastet und daher besonders auf die Unterstützung von Angehörigen angewiesen sind, war für alle Befragten das durch die „Corona-Pandemie“ ausgesprochene Besuchsverbot ein Aspekt der Belastung. Nicht nur Patienten litten zum Teil unter den Beschränkungen, sondern es mussten fehlende Gespräche und die psychische Unterstützung durch Vertrauenspersonen von den Pflegenden ausgeglichen werden. Die Aussagen der Befragten zum Belastungserleben diesbezüglich waren jedoch ambivalent. So äußerte ein Interviewpartner, dass es für die Patienten schwierig gewesen sei, die Therapie ohne Begleitung durchstehen zu müssen. Jedoch gab es auch Äußerungen, die besagten, dass durch das Fehlen von Angehörigen ein besserer Zugang zu den Patienten gefunden wurde, diese mehr für sich entscheiden konnten und zum Teil auch erleichtert waren, die Zeit der Therapie in Ruhe durchmachen zu können. Ein Teil der Befragten gab außerdem an, dass sie es als positiv erlebt hätten, dadurch auf den Patienten eingehen zu können. Kritisch gesehen wurde jedoch das Fehlen von Angehörigen bei wichtigen Befundbesprechungen. Hier lag es an der Pflegekraft wahrzunehmen, wie viel Unterstützung und Betreuung ein Patient braucht und dies auszugleichen. Als Belastung wurde es dann empfunden, wenn das Verständnis der Kollegen im Team dafür unterschiedlich war und kompensiert werden musste, wenn Kollegen kein Gespür für das Bedürfnis der Patienten hatten.

Durch das Besuchsverbot kam es zu vermehrten Anrufen durch Angehörige, da diese nicht mehr vor Ort sein und die Patienten sehen konnten. So war es ihnen nicht möglich, sich selbst ein Bild über den aktuellen Zustand ihres Angehörigen zu machen. Die fehlende rechtliche Befugnis und ein Mangel an Zeit stellten hierbei eine Zusatzbelastung für Pflegende dar. Dadurch war es den Pflegenden oft nicht möglich, den besorgten Angehörigen am Telefon ausführlich oder überhaupt Informationen zu geben. Auch ein vermehrtes Anrufen durch Angehörige setzte die Pflegekräfte unter Stress. Durch fehlende Übermittlung von Auskünften durch den Arzt, da dieser ebenfalls keine zeitlichen Ressourcen für detaillierte Gespräche am Telefon hatte, verstärkte sich der Wunsch der Angehörigen, durch das Pflegepersonal Informationen zu erhalten. In den Teams hat man dieses Belastungserleben dadurch reduziert, dass Auskünfte über den medizinischen Sachverhalt durch den Arzt vermittelt wurden. Das

Pflegepersonal musste den Angehörigen dadurch lediglich über den Allgemeinzustand Auskunft geben.

Onkologische Patienten benötigen eine vermehrte psychische Betreuung. Die onkologische Pflege zeichnet sich dadurch aus, sich für die Patienten und deren Anliegen Zeit zu nehmen. Dies war jedoch während der „Corona-Pandemie“ nicht möglich. Ein Aspekt hierbei war neben der nötigen Distanzeinhaltung zur Infektionsvermeidung auch die Betreuung fachfremder Patienten, die auf die Station gelegt wurden, um im Haus die „COVID“ Stationen betreiben zu können. So fühlte sich ein Interviewpartner, der direkt nach der Ausbildung vor zwei Jahren auf die onkologische Station kam, durch die Konfrontation mit fachfremden Patienten stark belastet. Laut eigenen Aussagen hätte die Zeit zum Einarbeiten in das onkologische Fachgebiet, das ohnehin mit starken psychischen Belastungen einhergeht, gefehlt. Die Wichtigkeit dieses Themas war für den Befragten sehr hoch, da es auffällig oft im Interview thematisiert wurde und er immer wieder darauf zurückkam. Auch ein zweiter Interviewpartner, der aus Sicht einer erfahrenen, leitenden Pflegekraft berichtete, bestätigt die Aussage, dass junge, neue Kollegen besonders stark dadurch belastet sind.

Auch bei der Betreuung der Krebspatienten während der Pandemie war es, wie bereits zuvor beschrieben, nötig, ein Gespür dafür zu haben, dass einzelne onkologische Patienten eine vermehrte Begleitung durch die Pflegekräfte benötigen. Dies musste wahrgenommen werden. Da nicht jede Pflegekraft dies gleichermaßen wahrgenommen hat, mussten die Defizite teilweise von anderen Pflegenden ausgeglichen werden. Hierdurch kam es zu Spannungen im Team. Hinzu kam, dass sich vor allem junge, neue Kollegen auf Station dadurch nicht in Ruhe in das Fachgebiet der Onkologie einarbeiten konnten. Doch nicht nur diese Spannungen, sondern auch die Tatsache, dass Pflegepersonal auf „COVID“-Stationen aushelfen musste, belastete das Team aus unterschiedlichen Gründen. So war es nicht nur für diejenige Pflegekraft, die auf einer anderen Station helfen musste eine Belastung, sondern auch für das leitende Team, das Mitarbeiter gezielt aussuchen musste. Zudem war die Dauer des Aushelfens unklar wodurch die Gefahr bestand, dass Mitarbeiter die Teamdynamik für das eigene Team verloren. Doch die Stationen fanden für sich die Lösung in einem Rotationsplan, der die Dauer der Hospitation und ein Durchwechseln im Team festlegte. Ein weiterer Aspekt, der die Teams belastete, waren fehlende Zwischenmenschlichkeit, kurze Pausen und ein Austausch im Team zwi-schendurch.

Darüber hinaus versetzten eine fehlende Planung und das unterschiedliche Auslegen der Regeln das Personal unter Stress. Da es gerade für onkologische Pflegende wichtig sei, eine gewisse Planbarkeit und Stetigkeit zu haben, galt dieser Aspekt für die Befragten als Belastung. So wurden Regeln, die teilweise nicht klar formuliert waren, von Pflegenden nicht nur unterschiedlich verstanden, sondern auch auf diese Weise umgesetzt. Dies führte dazu, dass

beispielsweise das Besuchsrecht ungleich ausgelegt wurde, was wiederum zu Spannungen im Team führte. Die Pandemie war von Regeln geprägt. Diese wurden zum Teil in den Fokus gesetzt und die Versorgung der Patienten danach ausgerichtet. Dies wurde jedoch kritisch eingestuft, da Patienten nicht trotz, sondern mit den Regeln versorgt werden sollten.

Die gesamte „COVID-19“-Situation verschärfte die bereits vor der Pandemie vorherrschenden Missstände im Pflegeberuf. Onkologische Pflegekräfte fühlen sich durch die pandemische Lage teilweise „ausgenutzt“, nicht wertgeschätzt. Dies resultiert daraus, dass die Meinungen und Erfahrungen der Pflegenden nicht beachtet werden würden, teilweise Weiterbildungsangebote für onkologische Pflegekräfte limitiert wurden und eine sogenannte „Pendlerquarantäne“ eingeführt wurde, um den Stationsbetrieb trotz Quarantäne des Pflegepersonals aufgrund Einstufung als Kontaktperson aufrechtzuerhalten. Dies kann letztlich soweit führen, dass viele Kollegen nach der Pandemie den Beruf gänzlich verlassen möchten oder Arbeitszeit reduzieren.

Für alle stellt auch die Gefahr der Ansteckung und Übertragung einer „COVID“-Infektion eine Belastung dar. Vor allem die Angst, onkologische Patienten, die aufgrund ihrer Immunsuppression besonders anfällig für Infekte seien, belastete die Befragten. Sogar mehr als die Angst vor der eigenen Ansteckung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass onkologische Pflegekräfte durch die „Corona-Pandemie“ in ihrem Beruf neben den ohnehin belastenden Arbeitsumständen, weiteren Belastungen ausgesetzt sind. Pflegenden in der Onkologie haben durch die langen Liegedauern der Patienten auf Station oft eine enge Bindung zu den Patienten und deren Angehörigen. Dies erschwert es onkologischen Pflegekräften, bei der Durchführung der Maßnahmen hart durchzugreifen. Die hauptsächliche Belastung stellt die psychische dar. Sowohl onkologische Pflegenden als auch die Patienten nehmen jedoch die Situation als unterschiedlich stark belastend wahr. Dies hängt bei den Pflegenden vor allem davon ab, wie viel Berufserfahrung sie haben. Mit zunehmender Berufserfahrung werden belastende Momente leichter ertragen.

7.2 Kritische Reflexion

Die vorliegende qualitative Erhebung hat untersucht, welchen Belastungen pflegerisches Personal im onkologischen Setting durch und während der „Corona-Pandemie“ wahrgenommen hatten.

Für die Datenerhebung und Auswertung wurde auf regelgeleitete, etablierte Verfahren zurückgegriffen, um eine Nachvollziehbarkeit der Forschung zu gewährleisten und ihr Systematik zu verleihen. Das problemzentrierte Interview, die Auswertung mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und die damit verbundene induktive Kategorienbildung bewährten sich als geeignete Instrumente zur Strukturierung und systematischen Analyse des erhobenen Materials. Die daraus gewonnenen Kategorien waren die Ausgangslage verschiedener Erkenntnisse, ermöglichten einen Vergleich zwischen den Befragten mit unterschiedlicher Berufserfahrung sowie eine Häufigkeitsauszählung der genannten Aspekte. Bei der Auswertung der erhobenen Daten wurde das Vorgehen, die Analyse des Materials und die Kategorienbildung durch eine gründliche Dokumentation dargestellt und nachvollziehbar gemacht.

Die berufliche Tätigkeit der Verfasserin in einer onkologischen ambulanten Abteilung und somit die eigene Erfahrung mit der Arbeit mit onkologischen Patienten während der „Corona-Pandemie“ repräsentiert sowohl eine Stärke als auch eine Schwäche bezüglich der vorliegenden Untersuchung. Einerseits kann das daraus resultierende Vorverständnis die Interpretationen der gewonnenen Daten unterstützen, andererseits ist eine Beeinflussung der Daten durch a priori geprägte Annahmen nicht gänzlich auszuschließen. Durch eine ausführliche Beschreibung des methodischen Vorgehens sollte jedoch eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleistet werden.

Aufgrund der geringen Anzahl an Interviewpartnern können die gewonnenen Ergebnisse zudem nicht uneingeschränkt auf alle onkologischen Fachkräfte übertragen werden. Da Ziel dieser Arbeit jedoch nicht die Repräsentativität, sondern ein Einblick in das Belastungserleben der onkologischen Pflegenden war, lassen die Ergebnisse ausschließlich Aussagen zu Tendenzen zu. Des Weiteren gilt es zu bedenken, dass die Befragten zwar auf verschiedenen onkologischen Stationen, jedoch alle im selben Haus arbeiten.

Es konnten Belastungen identifiziert werden, die für onkologische Pflegende und den Patienten, aber auch Angehörige eine hohe Relevanz während der „Corona-Pandemie“ hatten und immer noch haben.

8. Fazit und Ausblick

Bei der Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse kann gezeigt werden, dass die „Corona-Pandemie“ für alle Beteiligten in vielerlei Hinsicht zusätzliche Belastungen darstellt.

Besonders unter den Corona bedingten Maßnahmen litten Bereiche, die auf sozialen Kontakten und physischer Interaktion basieren (vgl. Badura et al. 2021: 14). Hierzu gehört auch das Fachgebiet der Onkologie. Der ohnehin psychisch belastende Arbeitsalltag einer onkologischen Pflegekraft hat sich durch die „Corona-Pandemie“ verändert und die psychische Belastung dadurch teilweise aufgrund verschiedener Aspekte verstärkt. Diese zusätzlichen Belastungen trafen dabei eine Berufsgruppe, die bereits vor der Pandemie schon hohen Belastungen ausgesetzt war (vgl. Hunlede et al. 2020: 157).

Bereits vor der Befragung war zu erwarten, dass sich onkologische Pflegekräfte durch die pandemische Lage zusätzlich belastet fühlen. Die Belastungen während der Pandemie waren facettenreich. Es stellte sich jedoch heraus, dass das Belastungserleben in manchen Situationen sowohl bei Patienten als auch Pflegenden individuell betrachtet werden muss. Die Befragungen ließen erkennen, dass bei Mitarbeitern die Berufserfahrung bei der Verarbeitung von bestimmten Belastungssituationen eine große Rolle spielt. Die Aussagen der Befragten, die dies bestätigten, decken sich mit einer Erhebung, die zeigte, dass sich junge onkologische Fachkräfte durch die Situation stärker belastet fühlten (vgl. Banerjee et al. 2021: 7).

Erste Umfrageergebnisse, die im April 2020 erhoben wurden, zeigten bereits, dass sowohl medizinisches Personal als auch Patienten besorgt waren, dass es in Bezug auf Diagnosestellungen, notwendige Therapien und Behandlungen zu Einschränkungen kommen könnte. Während der „Corona-Pandemie“ gestaltet sich die Organisation der Versorgung krebskranker Menschen schwieriger und verlangte mehr Ressourcen (vgl. Büntzel et al. 2020: 2714). Dies konnte durch die vorliegende Befragung bestätigt werden. Das Personal ist darum bemüht, mit den veränderten Umständen dennoch eine gute Patientenversorgung und Termine für die Therapie einhalten zu können.

Es war zudem zu erwarten, dass sich das Besuchsverbot stationär versorgter Krebspatienten mäßig bis sehr negativ auf deren Genesungs- bzw. Heilungsprozess auswirkt. Dies spiegelte eine im April 2020 erhobene Befragung von Patienten ebenfalls wider. Die meisten der dort befragten Ärzte waren sich sicher, dass die „Corona-Pandemie“ Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Patienten zeigen wird. Diese können sich in Depressionen, Schlaf- oder Angststörungen äußern. Auch auf die körperliche Gesundheit seien langfristige Auswirkungen zu erwarten. In Bezug auf die eigene physische und psychische Gesundheit befürchteten mehr als die Hälfte der Befragten ebenfalls Auswirkungen (vgl. Büntzel et al. 2020: 2714).

Die Ergebnisse dieser Befragung konnten durch die vorliegende Arbeit größtenteils bestätigt werden. Durch die Umfrage stellte sich jedoch auch heraus, dass auch Patienten die veränderten Umstände unterschiedlich wahrnehmen, teilweise sogar gutheißen. Patienten litten einerseits sehr darunter, durch das Besuchsverbot ihre Angehörigen nicht sehen zu können. Dadurch bricht für manche Patienten eine wichtige Stütze in der durch die Diagnose und Therapie bedingte schwere Phase ihres Lebens weg. Ein Teil der Patienten empfand es jedoch teilweise sogar positiv, dass durch die Maßnahmen des Besuchsverbots auf Station eine gewisse Ruhe herrschte und sie sich dadurch auf die Therapie fokussieren konnten. Auch Pflegekräfte sahen dies teilweise als Chance an, gezielter auf den Patienten eingehen zu können und den Fokus der Therapie auf den Patientenwillen ausrichten zu können.

Wie bereits vor der Pandemie stellt jedoch die angespannte Lage in der Pflege eines der wichtigsten Aspekte der Belastung dar. Durch die „Corona-Pandemie“ hat sich die Lage verschärft und für den Beruf der Pflege drohen weitere Kündigungen.

Abschließend wird der Blick in die Zukunft gerichtet. Das Gesundheitssystem in Deutschland ist hochentwickelt. Dennoch zeigt die aktuelle Pandemie die Schwächen des Systems auf. Nämlich, dass es auf ein solch pandemisches Geschehen nicht ausreichend vorbereitet ist.

[...] die Pandemie zeigt uns ja eigentlich nur [...] was da nicht läuft [...] Die Corona Pandemie hat uns nur ganz klar aufgezeigt, wo hängt es? Wo fehlen Leute? Es kriselt da, wo schon immer [...] Pflegepersonal gefehlt hat. [...] Und das ist der Spiegel und da sind wir in die Grube reingefallen. [...] Eine Pandemie zeigt uns nur, wie wir aufgestellt sind. .. Wir sind nicht überall schlecht aufgestellt. Gar keine Frage. Es hat uns auch gezeigt, dass wir was [...] bewegen können. Wir müssen nur gucken, wie lange wir was bewegen und wohin wir was bewegen. (B4, Abs. 214)

Die Profession der Pflege wird beim Entwickeln entsprechender Lösungsansätze häufig vernachlässigt, obwohl die pflegerische Versorgung besonders betroffen ist (vgl. Hunlede et al. 2020: 10). „Wir haben [...] in meiner Welt – eines der schönsten Berufe, ja. Aber wir verkaufen uns wie ein Appel und ein Ei. Das ist schade“ (B4, Abs. 210).

Um zukünftig bei Bewährungsproben solcher Art gut aufgestellt zu sein, muss man die Frage beantworten, was wir aus der Krise gelernt haben und welche Lehren daraus gezogen werden können (vgl. Badura et al. 2021: V). Es ist weder vorauszusagen, welche Folgen sich langfristig aus der „Corona-Pandemie“ und dem politischen und gesellschaftlichen Umgang damit ergeben noch wie lange die Beeinflussung der Gesellschaft und der Arbeitswelt durch sie anhält (vgl. Badura et al. 2021: V).

„Wahrscheinlich könnte ich ein Buch, (,) oder könnte ich dir noch mehr erzählen. [...] Vieles verdränge ich auch mittlerweile schon .. Aus Eigenschutz“ (B 4, Abs. 222).

Literaturverzeichnis

- Aiken, L.H., 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, in: *BMJ (Clinical research ed.)*, Jg. 344, e1717.
- Badura, B., et al. Hrsg. (2021): *Fehlzeiten-Report 2021*, Berlin: Springer.
- Banerjee, S., et al. (2021): The impact of COVID-19 on oncology professionals: results of the ESMO Resilience Task Force survey collaboration, in: *ESMO open*, Jg. 6, Nr. 2, [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7900705/> [24.01.2022].
- Bao, Y., et al. (2020): 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society, in: *The Lancet*, Jg. 395, Nr. 10224, e37-e38.
- Bartholdt, L. & Schütz, A. (2010): *Stress im Arbeitskontext: Ursachen, Bewältigung und Prävention*, Weinheim: Beltz.
- Baumgart, U., et al. (2003): Psychische Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften in Brandenburger Krankenhäusern, in: Ulich, E. (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis: Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*, 1. Aufl., Bern: Huber, S. 195–212.
- Bayerische Staatskanzlei (2020a): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 16. April 2020 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-16-april-2020/> [07.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2020b): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 5. Mai 2020 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-5-mai-2020/> [07.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2020c): *Corona-Pandemie / Bayern ruft den Katastrophenfall aus / Veranstaltungsverbote und Betriebsuntersagungen – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/corona-pandemie-bayern-ruft-den-katastrophenfall-aus-veranstaltungsverbote-und-betriebsuntersagungen/> [01.11.2021].
- Bayerische Staatskanzlei (2021a): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 11. Februar 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-11-februar-2021/> [10.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2021b): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 13. April 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-13-april-2021/> [10.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2021c): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 18. Mai 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-18-mai-2021/> [10.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2021d): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 23. November 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-23-november-2021/> [15.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2021e): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 27. April 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-27-april-2021/> [10.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2021f): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 27. Juli 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-27-juli-2021/> [10.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2021g): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 30. September 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-30-september-2021/> [10.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2021h): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 31. August 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-31-august-2021/> [10.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2021i): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 4. Juni 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-4-juni-2021/> [10.01.2022].

- Bayerische Staatskanzlei (2021j): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 4. März 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-4-maerz-2021/> [10.01.2022].
- Bayerische Staatskanzlei (2021k): *Bericht aus der Kabinettsitzung vom 6. Januar 2021 – Bayerisches Landesportal*, [online] <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-6-januar-2021/> [13.12.2021].
- Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration (2020a): *BayMBl. 2020 Nr. 710: Corona-Pandemie: Feststellung der Katastrophe in Bayern*, [online] <https://www.verkuendung-bayern.de/baymbl/2020-710/> [01.11.2021].
- Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration (2020b): *Corona-Pandemie: Herrmann stellt Ende des Katastrophenfalls fest - Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration*, [online] <https://www.stmi.bayern.de/med/aktuell/archiv/2020/200616corona/> [09.01.2022].
- Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration (2021): *BayMBl. 2021 Nr. 790 - Verkündungsplattform Bayern: Corona-Pandemie: Feststellung der Katastrophe in Bayern*, [online] <https://www.verkuendung-bayern.de/files/baymbl/2021/790/baymbl-2021-790.pdf> [19.01.2022].
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2020a): *BayMBl. 2020 Nr. 130 - Verkündungsplattform Bayern: Bayerische Verordnung über eine vorläufige Ausgangsbeschränkung anlässlich der Corona-Pandemie*, [online] <https://www.verkuendung-bayern.de/baymbl/2020-130/> [01.11.2021].
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2020b): *BayMBl. 2020 Nr. 141 - Verkündungsplattform Bayern: Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) Corona-Pandemie: Einschränkung der Besuchsrechte für Krankenhäuser, Pflege- und Behinderteneinrichtungen*, [online] <https://www.verkuendung-bayern.de/baymbl/2020-141/> [21.10.2021].
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2020c): *BayMBl. 2020 Nr. 151 - Verkündungsplattform: Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) Corona-Pandemie: Verschiebung elektiver Eingriffe und geplanter Behandlungen in Krankenhäusern*, [online] <https://www.verkuendung-bayern.de/files/baymbl/2020/151/baymbl-2020-151.pdf> [10.01.2022].
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2020d): *BayMBl. 2021 Nr. 399 - Verkündungsplattform Bayern: SARS-CoV-2-Infektionsschutz Handlungsempfehlungen (Rahmenkonzept) für ein einrichtungsindividuelles Schutz- und Hygienekonzept für Besuche in Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt*, [online] <https://www.verkuendung-bayern.de/baymbl/2021-399/> [13.12.2021].
- Bogner, A., et al. Hrsg. (2009): *Experteninterviews: Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*, 3. Aufl., Wiesbaden: Verl. für Sozialwissenschaften.
- Bogner, A., et al. Hrsg. (2014): *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*, Wiesbaden: Springer VS.
- Bohlken, J., et al. (2020): COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals, in: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 47, Nr. 4, 190–197.
- Breinbauer, M. (2020): *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege: Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz*, 1. Aufl., Wiesbaden: Springer VS.
- Brosschot, J.F., et al. (2006): The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health, in: *Journal of psychosomatic research*, Jg. 60, Nr. 2, 113–124.
- Bundesärztekammer (2020): *(Influenza-)Pandemie*, [online] <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/notfallmedizin/influenza-pandemie/> [07.12.2021].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019): *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2019*, [online] https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Suga-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=9 [16.12.2021].

- Bundesministerium für Gesundheit (2021): *Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2: (Coronavirus-Impfverordnung – CoronImpfV)*, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/CoronaImpfV_mit_Begruendung_080221.pdf [03.01.2022].
- Büntzel, J., et al. (2020): Oncology services in corona times: a flash interview among German cancer patients and their physicians, in: *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, Jg. 146, Nr. 10, 2713–2715.
- Care-potentials (2022): *Onkologische Pflege - Care Potentials*, [online] <https://www.care-potentials.com/informationen/onkologische-pflege> [20.01.2022].
- Deutsches Institut für Normung e.V. (2016): *Grundsätze der Ergonomie für die Gestaltung von Arbeitssystemen*, Berlin: Beuth Verlag GmbH.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (2018): *Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – Teil 1: Allgemeine Aspekte und Konzepte und Begriffe (ISO 10075-1:2017); Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2017*, Berlin: Beuth Verlag GmbH.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2007): *Lexikon wichtiger Fachbegriffe und Abkürzungen*, [online] <https://www.krebsinformationsdienst.de/service/lexikon/index.php?folder=O> [19.12.2021].
- Dreismann, L. & Zimmermann, T. (2021): Kommunizieren: körperlich, verbal und emotional, in: *Heilberufe*, Jg. 73, Nr. 1, 10–12.
- Durchschlag, D., et al. (2019): *Onkologische Gesundheits- und Krankenpflege: Menschen mit malignen Erkrankungen ganzheitlich begleiten*, Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, [online] <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.24989/9783990309193>.
- Eichendorf, W., et al. (2014): Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung, in: Windemuth, D. (Hrsg.), *Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf: Vorbeugen - erkennen - handeln: [Bonus-Material im Internet, 2. Aufl., Stuttgart: Gentner, S. 18–27*.
- Ernst, J. & Weißflog, G. (2013): Gemeinsam stark — Angehörige als Unterstützung, in: *Heilberufe*, Jg. 65, Nr. 7-8, 56–59.
- European Commission (2020): *Der erste sichere und wirksame Impfstoff gegen COVID-19*, [online] https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_20_2466.
- Flick, U., et al. Hrsg. (2013): *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, 13. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Frickhofen, N. (2015): Was ist Krebs? Tumorbiologie für Nichtonkologie, in: Alt-Epping, B., et al. (Hrsg.), *Onkologie für die Palliativmedizin*, Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 17–31.
- Fruchtman, E. (2007): Psychische Befindlichkeiten und Belastungen in Gesundheitsberufen, in: Gostomzyk, J.G. (Hrsg.), *Menschen für Gesundheit: Die Gesundheitsberufe*, München: LZG, S. 44–56.
- Gaisser, A. (2020): Bedarf und Bedürfnisse von Krebspatienten, in: Gaisser, A. (Hrsg.), *Patientenzentrierte Information in der Onkologischen Versorgung: Evidenz und Mehr*, Berlin: Springer, S. 3–16.
- Galea, S., et al. (2020): The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention, in: *JAMA Internal Medicine*, Jg. 180, Nr. 6, 817–818.
- Glaser, J. & Höge, T. (2005): *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*, Dortmund/Berlin/Dresden, [online] <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Gd18.html> [07.11.2021].
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*, 4. Aufl., Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Heise, B. (2015): Die Rolle der onkologischen Fachkrankenpflege, in: Alt-Epping, B., et al. (Hrsg.), *Onkologie für die Palliativmedizin*, Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 179–193.
- Helfferich, C. (2011): *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, 4. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, [online] <http://link.springer.com/978-3-531-92076-4>.
- Höhm, U., et al. (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate, in: *Pflege-Report 2016*, S. 73–89.

- Hower, K.I., et al. (2020): Pflege in Zeiten von COVID-19: Onlinebefragung von Leitungskräften zu Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien, in: *Pflege*, Jg. 33, Nr. 4, 207–218.
- Hui, D.S., et al. (2020): The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health - The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China, in: *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*, Jg. 91, 264–266.
- Hunlede, D., et al. (2020): Einbindung von Pflegefachwissen im Rahmen der Pandemie - Pflegerische Selbstverwaltungen sollten dringend Teil der Krisenstäbe sein, in: *Pflegewissenschaft*, Nr. Sonderausgabe, 10–14, [online] <https://www.divi.de/joomlatoools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200415-pflegewissenschaft-hpsmedia-corona.pdf> [07.11.2021].
- Joiko, K., et al. (2010): *Broschüre "Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben" - A45.pdf*, Dortmund-Dorstfeld, [online] https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A45.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [18.12.2021].
- Kiehl, W. (2015): *Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie: Fachwörter - Definitionen - Interpretationen*, Berlin, [online] https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/Fachwoerterbuch_Infektionsschutz.pdf?__blob=publicationFile [07.12.2021].
- Klausner, M., et al. (2010): *Einführung in die Onkologie für Pflegeberufe*, Wien: facultas.
- Klitzing-Naujoks, W. von & Klitzing, K. von (1995): *Psychische Belastungen in der Krankenpflege*, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Körper, M., et al. (2018): Subjektive Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Work-Life-Balance von Ärzten und Pflegekräften eines Kommunalklinikums im ländlichen Raum im Vergleich zu einem großstädtischen Universitätsklinikum, in: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, Jg. 80, Nr. 5, 444–452, [online] <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-121596.pdf> [16.12.2021].
- Kuckartz, U. (2010): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*, 3. Aufl., Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Lilienfeld-Toal, M. von, et al. (2020): SARS-CoV-2: Vorgehen in der Krebstherapie, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 117, Nr. 16, 820-823, [online] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/213614/SARS-CoV-2-Vorgehen-in-der-Krebstherapie> [09.01.2022].
- Lohmann-Haislah, A. (2012): *Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*, Dortmund, [online] https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd68.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [18.12.2021].
- Maier, G.W. (2018): *Definition: Beanspruchung und Belastung*, [online] <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/beanspruchung-und-belastung-28048/version-251687> [19.12.2021].
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 12. Aufl., Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2016): *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*, 6. Aufl., Weinheim: Beltz.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009): Das Experteninterview - konzeptionelle Grundlagen und Methodische Anlage, in: Pickel, S., et al. (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 465–480.
- Müller-Mundt, G. (2002): Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung "funktionaler Erzählungen", in: Schaeffer, D. (Hrsg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*, 1. Aufl., Bern: Huber, S. 269–283.
- Neuner, R. (2019): *Psychische Gesundheit bei der Arbeit: Gefährdungsbeurteilung und Betriebliches Gesundheitsmanagement*, 3. Aufl., Wiesbaden: Springer Gabler.
- Paul-Ehrlich-Institut (2022): *COVID-19-Impfstoffe*, [online] <https://www.pei.de/DE/Arzneimittel/Impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html> [07.01.2022].
- Pick, P., et al. (2004): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Pflege, in: 2004, [online] https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3174/29qmd3FjnRtQ_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y [15.12.2021].

- Raschper, P. (2015): *Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patienten*, Dissertation, Jacobs Verlag.
- Reif, J., et al. (2018): *Effektiver Umgang mit Stress*, Berlin: Springer.
- Remé, T. (2007): *Gesundheitsgefährdung in Gesundheitsberufen*, [online] <https://lzg-bayern.de/files/downloads/veroeffentlichungen/lzg-schriftenreihe/2007-band-17-menschen-fuer-gesundheit-die-gesundheitsberufe.pdf> [01.12.2021].
- RKI (2017): *Nationaler Pandemieplan Teil I: Strukturen und Massnahmen*, Berlin, [online] <https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [09.01.2022].
- RKI (2021a): *Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19*, [online] https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=CFE1AEAE0A115378518C5AD12A248145.internet111?nn=2386228#doc13776792body-Text1 [07.01.2022].
- RKI (2021b): *Krebs in Deutschland für 2017/2018*, Berlin, [online] https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2021/kid_2021_c00_97_krebs_gesamt.pdf;jsessionid=50002B3609DBD59B0FC70A3413D0CCA9.internet092?__blob=publicationFile [01.12.2021].
- RKI (2022): *Kontaktpersonen-Nachverfolgung (KP-N) bei SARS-CoV-2-Infektionen*, [online] https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html;jsessionid=6A002307FF71E0198595886D61D7F231.internet071?nn=13490888#doc13516162bodyText12 [19.01.2022].
- Schmucker, R. (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, in: Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit, Jacobs, K., et al. (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?*, Berlin, Heidelberg: Springer Nature, S. 49–60.
- Srirangam, S.J., et al. (2003): Partner's influence on patient preference for treatment in early prostate cancer, in: *BJU international*, Jg. 92, Nr. 4, 365–369.
- Statistisches Bundesamt (2021): *Todesursachenstatistik 2020: Zahl der Todesfälle um 4,9 % gestiegen*, [online] https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/11/PD21_505_23211.html [22.12.2021].
- Theobald, H. (2018): *Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden: Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?*, Düsseldorf, [online] https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_383.pdf [16.12.2021].
- Ulich, E. & Wülser, M. Hrsg. (2015): *Gesundheitsmanagement in Unternehmen*, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Vindegaard, N. & Benros, M.E. (2020): COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence, in: *Brain, behavior, and immunity*, Jg. 89, 531–542.
- WHO (2020): *WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)*, [online] [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) [08.12.2021].
- WHO (2021): *Pandemie der Coronavirus-Krankheit (COVID-19): Das Virus*, [online] <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> [07.12.2021].
- Xiang, Y.-T., et al. (2020): Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed, in: *The Lancet Psychiatry*, Jg. 7, Nr. 3, 228–229.
- Zettl, S. (2015): Psychoonkologie, in: Alt-Epping, B., et al. (Hrsg.), *Onkologie für die Palliativmedizin*, Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 195–213.

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Auszug aus den Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen für Bayern	X
Anhang 2: Gütekriterien nach Mayring	XV
Anhang 3: Interviewleitfaden	XVI
Anhang 4: Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviewdaten	XVII

Anhang 1: Auszug aus den Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen für Bayern

Auszug aus den Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen für Bayern

16.03.2020	<p>Im Zuge des in Bayern ausgerufenen Katastrophenfalls wurden landesweit Versammlungen und Veranstaltungen untersagt. Lediglich private Feiern mit in persönlichen Bezug stehenden Personen waren von der Regelung nicht betroffen.</p> <p>Auch Läden des Einzelhandels wurde die Öffnung untersagt. Ausgenommen hiervon waren Geschäfte des täglichen Lebens wie beispielsweise der Lebensmittelhandel, Drogerien und Apotheken. Einrichtungen, die nicht der Versorgung des täglichen Bedarfs dienen, mussten geschlossen bleiben. Als solche galten z. B. Badeanstalten, Theater, Diskotheken, Bars und Clubs. Gastronomiebetriebe mussten ebenfalls schließen. Lediglich Betriebskantinen und Betriebe, die größtenteils Speisen zum direkten Verzehr vertrieben, durften den Betrieb in der Zeit von 6 bis 15 Uhr aufrechterhalten (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2020c).</p>
24.03.2020	<p>Vom Freistaat Bayern wird eine vorläufige Ausgangsbeschränkung verordnet.</p> <p>Physische Kontakte zu anderen Menschen, die nicht Angehörige des eigenen Hausstandes waren, sollten auf das Nötigste zu reduziert werden.</p> <p>Dem Verlassen der eigenen Wohnung musste ein triftiger Grund vorliegen, wie z. B. das Ausüben beruflicher Tätigkeiten, Ämtergänge, medizinische Versorgungsleistungen, Versorgungsgänge in Form von Einkäufen in Geschäften des täglichen Bedarfs, sowie der Besuch von Angehörigen, Lebenspartnern, Kranken, Alten oder Menschen mit Behinderung und die Begleitung von Sterbenden. Bewegung und Sport im Freien war nur noch alleine, maximal mit „Angehörigen des eigenen Hausstandes“ zulässig (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020a).</p>
15.04.2020	<p>Modifizierung der bestehenden Maßnahmen:</p> <p>Bewegung und Sport im Freien war nun mit einer weiteren, nicht dem Haushalt zugehörigen Person erlaubt.</p> <p>Der Einzelhandel durfte schrittweise unter Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen wieder öffnen.</p> <p>In der Öffentlichkeit, beim Einkaufen oder im öffentlichen Nahverkehr wurde das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes empfohlen (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2020a).</p>

06.05.2020	<p>Lockerung der Regeln zur Stärkung der Gesellschaft und Wirtschaft.</p> <p>Die allgemeine Ausgangsbeschränkung wurde aufgehoben, die Kontaktbeschränkung auf die Möglichkeit von Treffen mit einer weiteren Familie ausgeweitet. Die übrigen Schutzmaßnahmen und Kontaktregeln wurden jedoch beibehalten, ein stabiles Gesundheitssystem und der Gesundheitsschutz blieb immer das oberste Ziel (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2020b).</p>
17.06.2020	<p>Der am 16. März 2020 für Bayern ausgesprochene Katastrophenfall endet (vgl. Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration 2020b) .</p>
Bis Dezember 2020	<p>Das Infektionsgeschehen entwickelte sich in allen Bevölkerungsgruppen dynamisch weiter. Die Belegung von Krankenhausbetten mit „COVID-19“-Patienten stieg wieder an. Besonders davon betroffen waren Intensivbetten. Hierdurch erhöhte sich der Koordinationsbedarf bei der Intensivbettenbelegung und der Patientenverlegung aus überlasteten Kliniken. Die Zahl der täglichen an „COVID-19“-Verstorbenen in Bayern hatte im Dezember ein „erschreckendes Ausmaß“ (Bayerische Staatskanzlei 2020) angenommen.</p> <p>Die 7-Tages-Inzidenz lag zu diesem Zeitpunkt in Bayern bei 177 (vgl. Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration 2020a).</p> <p>Die steigende Zahl an hospitalisierten „COVID-19“-Patienten belastete zunehmend das Gesundheitssystem (vgl. Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration 2020a).</p>
09.12.2020	<p>Für Bayern wurde erneut der Katastrophenfall ausgerufen.</p> <p>Es galt eine landesweite Ausgangsbeschränkung.</p> <p>Darüber hinaus bestand in kreisfreien Städten und Landkreisen, in denen die Inzidenz 200 überstieg, eine erweiterte Ausgangssperre. Diese erlaubte das Verlassen der eigenen Wohnung im Zeitraum zwischen 21 Uhr und 5 Uhr ebenfalls nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes (vgl. Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration 2020a).</p>
21.12.2020	<p>Dem von den Unternehmen Pfizer und BioNTech entwickelte Impfstoff wurde durch die europäische Kommission eine bedingte Zulassung erteilt. Dieser galt als erster in der EU zugelassene „COVID-19“-Impfstoff (vgl. European Commission 2020), dem später weitere folgten (vgl. Paul-Ehrlich-Institut 2022).</p>

<p style="text-align: center;">27.12.2020</p>	<p>Mit Hilfe der gemeinschaftlichen Anstrengung auf Bundes- und Landesebene konnte eine Impfkampagne starten. Das Impfen möglichst vieler Menschen wurde als Mittel zur Rückkehr zur Normalität gesehen (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021k). Teile der Bevölkerung konnten sich entsprechend einer festgelegten Priorisierung nach Alter und Risikofaktoren für einen schweren Verlauf impfen lassen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021). Hierzu wurde vom Bund Impfstoff zugänglich gemacht. Die Prüfung, Zulassung und Beschaffung neuer Impfstoffe hatte oberste Priorität (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021k).</p>
<p style="text-align: center;">06.01.2021</p>	<p>Der bayerische Ministerrat beschloss, dass die zum damaligen Zeitpunkt geltenden Infektionsschutzmaßnahmen bis zum 31. Januar verlängert werden sollen. Zudem wurde die Schließung von Betriebskantinen beschlossen. Hier konnte Personal nun lediglich noch Essen mitnehmen. Das Verzehren der Speisen vor Ort war nicht mehr erlaubt.</p> <p>Zu den zentralen Bausteinen der Eindämmung des vorliegenden Infektionsgeschehens zählte weiterhin das Reduzieren von Kontakten. Diese sollten nun auch das berufliche Umfeld umfassen mit dem Ziel, den Beschäftigten – soweit machbar – die Arbeit von zu Hause aus zu ermöglichen (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021k).</p> <p>Durch die Maßnahmen und dem ansteigenden Impfschutz, insbesondere vulnerabler Gruppen, konnte eine Überlastung der bayerischen Intensivstationen verhindert und im weiteren Verlauf ein Rückgang an Neuinfektionen verzeichnet werden.</p> <p>Um einen erneuten Anstieg der Zahlen zu verhindern, galt unter anderem weiterhin eine Ausgangssperre von 22 bis 5 Uhr für kreisfreie Städte und Landkreise, die eine 7-Tages-Inzidenz von 100 überschritten (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021a).</p>
<p style="text-align: center;">04.03.2021</p>	<p>Zur Vermeidung einer dritten Pandemiewelle sollten das Impfkonzept weiter angetrieben und vermehrt Testungen durchgeführt werden. Der Zugang zu Impfungen für alle, die eine Impfung befürworteten, sollte ausgebaut, die Hygiene- und Abstandsregeln mussten weiterhin eingehalten werden. Diese umfassten nun auch eine FFP2-Maskenpflicht.</p> <p>Private Zusammentreffen mit Verwandten, Freunden und Bekannten wurde abhängig von der 7-Tages-Inzidenz wieder zugelassen. Auch der Einzelhandel sollte in Abhängigkeit vom Inzidenzwert langsam wieder öffnen dürfen, kontaktfreier Sport war im Freien in kleinen Gruppe erlaubt (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021j).</p>

<p style="text-align: center;">April 2021</p>	<p>Es kam es zu einem erneuten deutlichen Anstieg der Infektionszahlen. Die Zahl der Intensivpatienten mit „COVID-19“-Patienten erreichte beinahe das Ausmaß der letzten Welle. Aufgrund dessen wurden Beschränkungen erneut präzisiert und verlängert.</p> <p>Mitte April 2021 wurden in Bayern rund 600.000 Impfungen durchgeführt, teilweise über 100.000 täglich. Abhängig von der Inzidenz, die nicht größer als 200 sein durfte, durften Beschäftigte bestimmter Einrichtungen und Betriebe nur bei Nachweis eines negativen, aktuellen Schnell-, Selbst- oder PCR-Tests in Präsenz ihre Arbeit aufnehmen (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021b).</p> <p>Die Impfung galt als einziger Weg aus der Pandemie. Ende April hatte bereits jeder vierter bayerische Einwohner seine erste Impfung erhalten. Mit einer zweiten Impfung sollten den Bürgern mehr Freiheiten zugesprochen werden. Da die Impfkampagne weiter vorangetrieben werden sollte, durften nun auch Betriebsärzte impfen. Die Impfpriorisierung wurde am 27. April aufgehoben, es kam zu weiteren Lockerungen. So durften unter anderem teilweise Dienstleistungs- und Handwerksbetriebe wieder öffnen, sofern sie die allgemeinen Maßnahmen einhielten.</p> <p>Wer als vollständig geimpft galt – also zwei Impfungen erhalten hatte – wurde einer "negativ getesteten Person" gleichgestellt (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021e).</p>
<p style="text-align: center;">Mitte Mai 2021</p>	<p>Die Infektionszahlen in Bayern sind weiter kontinuierlich gesunken. Dadurch entspannte sich auch die Belegungssituation der Intensivstationen. Immer mehr Impfstoff stand zur Verfügung. Bayerns Zahlen bezüglich der täglichen Impfungen blieben auf konstant hohem Niveau. So war zu dem Zeitpunkt bereits jeder Zehnte vollständig geimpft (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021c).</p>
<p style="text-align: center;">Anfang Juni 2021</p>	<p>Anfang Juni schienen die Anstrengungen der letzten Monate Wirkung zu zeigen. Die Belastung für Krankenhäuser nahm deutlich ab. Durch die stetige Zunahme der Impfquote, den gesunkenen Inzidenzzahlen und der "beginnenden Outdoor-Saison" gab es Anlass, sich zu entspannen. Es sollte ein großer "Schritt in Richtung Normalität" folgen. Daher wurde zum 07. Juni 2021 der Katastrophenfall in Bayern aufgehoben und weitere Lockerungen für beispielsweise Geschäft und Handel, Gastronomie und Freizeiteinrichtungen beschlossen (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021i).</p> <p>Im Sommer wurde eine Impfstrategie für Herbst und Winter entwickelt, Impfzentren galten weiterhin als wichtige Säule. Zudem sollten Auffrischimpfungen angestrebt werden (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021f).</p>

Herbst 2021	<p>Doch die Entspannung war nur von kurzer Dauer. Im Herbst hatte die vierte Welle der Corona-Pandemie Bayern erreicht. Doch dank der bis dahin vorangetriebenen Impfstrategie galten nun andere Rahmenbedingungen und Voraussetzungen. Bis Ende August waren rund 65% der bayerischen Bürger über 12 Jahre vollständig geimpft. Dies galt als entscheidender Schritt für einen milden Verlauf der Welle.</p> <p>Die sogenannte Krankenhausampel löste am 03.09.2021 die 7-Tage-Inzidenz ab. Sie sollte die Belastung des Gesundheitssystems widerspiegeln. Die Maskenpflicht unter freiem Himmel wurde erlassen, in Privaträumen und im öffentlichen Nahverkehr hingegen galt sie weiterhin.</p> <p>Die allgemeinen Kontaktbeschränkungen sowie die Personenobergrenze für öffentliche und private Veranstaltungen entfielen nun ersatzlos. Für Großveranstaltungen wurden sie angepasst. Auch in der Gastronomie, im Handel, in Freizeiteinrichtungen gab es diverse Lockerungen (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021h).</p>
Oktober 2021	<p>Die bestehenden Maßnahmen wurden verlängert. Nun durften auch Diskotheken und Clubs unter Einhaltung der "3G plus"-Regel wieder öffnen, das Verbot von Volksfesten wurde aufgehoben. Die Bayerische Staatsregierung bekräftigte, dass Weihnachts- und Christkindlesmärkte unter freiem Himmel stattfinden dürften, außer die Infektionslage würde sich besonders negativ entwickeln (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021g).</p>
11.11.2021	<p>Die Lage in den bayerischen Kliniken und Intensivstationen war im November erneut sehr ernst (vgl. Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration 2021).</p> <p>Die Delta-Variante dominierte die vierte Welle und wurde als gefährlicher eingestuft als alle bisherigen. Daher wurde zum 11. November durch die Bayerische Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration die Feststellung einer Katastrophe ausgerufen, ab dem 24. November 2021 die Maßnahmen erneut verschärft (vgl. Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration 2021).</p>
24.11.2021	<p>Es gab verschärfte Kontaktbeschränkungen für Ungeimpfte. Diese durften sich nun nur noch mit maximal fünf Personen treffen, die aus maximal zwei anderen Haushalten kamen. Zudem galt nun eine ausgeweitete 2G-Regelung. Weihnachtsmärkte wurden nun doch abgesagt (vgl. Bayerische Staatskanzlei 2021d).</p>

Anhang 2: Gütekriterien nach Mayring

Gütekriterien nach Mayring

Verfahrensdokumentation	Die für den Untersuchungsgegenstand differenzierten oder entwickelten Methoden müssen detailgetreu dokumentiert werden. Dies gewährleistet die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses durch andere.
Argumentative Interpretationsabsicherung	Interpretationen müssen argumentativ begründet und in sich schlüssig sein.
Regelgeleitetheit	Verfahrensregeln müssen beachtet und das Material systematisch bearbeitet werden.
Nähe zum Gegenstand	Ihr wird eine besondere Bedeutung beigemessen. Dies gelingt durch Orientierung an der Alltagswelt des Erforschten.
Kommunikative Validierung	Eine Diskussion der Interpretationsergebnisse mit dem Befragten im Sinne einer kommunikativen Validierung kann die Gültigkeit der Ergebnisse untermalen.
Triangulation	Das Heranziehen verschiedener Datenquellen, Theorieansätze, Interpretationen und Methoden sowie den Ergebnisvergleich verschiedener Perspektiven und Vergleiche quantitativer und qualitativer Analysen.

(in Anlehnung an Mayring 2016: 144-148)

Interviewleitfaden

1. Können Sie mir kurz Ihr aktuelles Arbeitsumfeld beschreiben?
 - a) Wie lange sind Sie schon in der Pflege tätig?
 - b) Seit wann arbeiten Sie in dieser Abteilung?
 - c) Was gehört zu Ihren täglichen Aufgabenbereichen bzw. welche Patienten betreuen Sie?

2. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema „Belastung während der Corona-Pandemie – Erfahrungen onkologischer Pflegekräfte“.
Wie würden Sie die Situation in Ihrem Arbeitsumfeld seit und während der Corona beschreiben?
 - a. Welche Veränderungen gab es im Arbeitsumfeld?
(z. B. die Besuchseinschränkung / das Fehlen von Angehörigen)
 - b. Gab es für Sie persönlich Einschränkungen?
 - c. Wie ging es Ihnen damit? (psychisch/physisch/körperlich/sozial/zeitlich)
 - d. Gab es zusätzliche Belastungen? Wenn ja, welche?
 - e. Gab es prägende Schlüsselerlebnisse?
 - f. Gab es etwas, das Sie im Arbeitsumfeld besonders belastet hat bzw. als Belastung empfunden wurde?

3. Welche langfristigen Folgen/Chancen schließen Sie aus der Zeit der Pandemie für die Pflege von onkologischen Patienten?
 - a. Was hätte man Ihrer Meinung nach besser machen können? / Was hätten Sie sich gewünscht? Was würde das nächste Mal helfen?
 - b. Was können Sie aus der Erfahrung schließen, falls es erneut zu einem Pandemiefall kommt?

4. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, das Sie gerne hinzufügen oder ergänzen möchten?

**Einwilligungserklärung
zur Erhebung und Verarbeitung von Interviewdaten**

Hiermit bestätige ich, dass ich über Ziel und Zweck des Interviews und das Vorgehen bei der Auswertung informiert wurde. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Interview per Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert wird. Alle Angaben, die zu einer Identifizierung meiner Person führen könnten, werden anonymisiert, verändert oder entfernt.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme am Interview freiwillig ist. Meine Einwilligung kann ich jederzeit und ohne Begründung und entstehende Nachteile widerrufen.

Zudem bin ich darüber informiert worden, dass die Interview-Mitschnitte sowie meine Kontaktdaten nach Abschluss der Auswertung gelöscht werden.

Mir ist bewusst, dass ausschließlich einzelne Aussagen, die nicht mit mir in Zusammenhang gebracht werden können, in der Verschriftlichung und Präsentation der Arbeit zitiert werden.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben.

Vor- und Nachname in Druckschrift

Ort, Datum, Unterschrift

Eigenständigkeitserklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den.....

Unterschrift der Verfasserin