

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften –
Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Bachelor of Science: Angewandte Pflegewissenschaften

Bachelorarbeit

Ad-Hoc Teambildung in der Pflege und die Auswirkungen
auf die pflegerische Versorgung im Akutsetting bezogen auf die Corona Pandemie

-

Ad-hoc team building in nursing and the impacts
on Nursing care in acute settings related to the corona pandemic

Katja Kaske

Gutachterin: Prof. Dr. Susanne Schuster

Abgabetermin: 13.01.2023

Zusammenfassung

Hintergrund: Mit Blick auf die Corona-Pandemie ist gerade im Bereich der Pflege wichtig, welche Auswirkungen diese hatte. Dies betrifft zum einen die Struktur und Bildung von Pflegeteams unter Einbezug der Einflüsse durch die Führungsebenen. Zum anderen betrifft es auch die Auswirkungen für die pflegerische Versorgung, hier besonders die Pflegequalität und Patientensicherheit. Die Pflegeteams und die Entstehung und Bildung dieser ist entscheidend. Durch die Pandemie wurden Teams teilweise ad-hoc und aufgrund von speziellen Umständen neu gebildet oder umstrukturiert. Dies hat direkte Auswirkungen auf die Pflegekräfte und die pflegerische Versorgung.

Ziel: Es soll dargestellt werden, wie sich die ad-hoc Teambildung auf die Pflegekräfte und die damit verbundene pflegerische Versorgung auswirkt. Hier sollen spezielle Kriterien zur Teambildung berücksichtigt, sowie die negativen und positiven Auswirkungen auf die Pflegekräfte im Akutsetting und die damit verbundene Pflegequalität dargestellt werden.

Methodik: Es wurde zum einen Daten zum theoretischen Hintergrund in Bezug auf die Themen Team, Teambildung und Pflegequalität erhoben. Zum anderen wurde eine systematische Literaturrecherche mit dem Schwerpunkt zum Thema Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Pflegekräfte und die damit verbundene pflegerische Versorgung von Patienten*innen ohne Covid-19 durchgeführt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden in einer Tabelle zur besseren Übersicht dargestellt. Es ist ein direkter Zusammenhang zwischen der ad-hoc Teambildung und den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Pflegepersonal und die pflegerische Versorgung in einer Gegenüberstellung ersichtlich. Dadurch wird deutlich, dass eine Kombination aus adäquater Führung, einem transparenten Arbeitsklima sowie kontrollierten Arbeitsbedingungen und die Stabilität der Pflegeteams zusammenhängen. Diese Teams sollen, obwohl sie in einer Krise ad-hoc gebildet wurden, ohne größere Konflikte und Einschränkungen sicher agieren und funktionieren können. Damit ein positiver Effekt auf die Pflegequalität, die Patientensicherheit und somit auf die gesamte pflegerische Versorgung gewährleistet werden kann.

Schlussfolgerungen: Um die Pflegeteams ad-hoc in Krisen bilden zu können, sind gewisse Kriterien notwendig. Außerdem auch eine Art Konzept zur Teambildung, wie hier als Beispiel aufgeführt das Modell nach Tuckmann und Jensen. In Zukunft könnte ein Konzept oder Modell speziell angepasst für Krisen und unter Einbezug spezifizierter Kriterien ausgearbeitet werden. Dies sollte sowohl für das Akutsetting als auch für andere Fachbereiche möglich sein. Dadurch können Teams in Krisen noch effizienter und ad-hoc gebildet werden, um die pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Schlüsselbegriffe: Covid (*), Pandemie (*), Team (*), (ad-hoc) Teambildung, Pflege (*) /Pfle-
gepersonal, Akutsetting, Pflegequalität, Pflegerische Versorgung, Outcomes

Abstract

Background: Viewing the corona pandemic, its effects on nursing care are particularly important. This concerns the creation and structure of nursing teams with regard to the management levels as well as the effects on nursing care, especially on quality of care and patient safety. The care teams and the emergence and formation of these is crucial. As a result of the pandemic, teams were sometimes reformed or restructured on an ad-hoc basis according to special circumstances. This has a direct influence on nursing staff and it's care towards patients.

Aim: The aim is to display how ad-hoc teambuilding affects nurses and the associated nursing care. Special criteria for teambuilding shall be taken into considerations as well as the negative and positive influences on nurses in an acute setting and the resulting outcome on quality care.

Methods: On the one hand, data was collected on the theoretical background with regard to the topics of team, team building and quality of care. On the other hand, a systematic literature search was carried out with a focus on the effects of the corona pandemic on nurses and the associated nursing care of patients without Covid-19.

Results: The results were presented in a table for a better overview. In a comparison, a direct link between ad-hoc teambuilding and the effects of the corona pandemic on nursing staff- and care is evident. This makes clear, that a combination of adequate leadership, a transparent working atmosphere as well as controlled working conditions and the stability of the care teams are linked. Those teams should, despite having been put together ad-hoc in a crisis, be able to act and function safely without larger conflicts or restrictions. This again has a positive outcome regarding quality of care, patient safety and therefore the entire nursing care.

Conclusions: In order to be able to train the nursing team's ad-hoc in crises, certain criteria are necessary. In addition, a kind of concept for team building, as listed here as an example the model according to Tuckmann and Jensen. In the future a likewise concept could be adapted for crisis and developed further using specified criteria. This should be possible for an acute setting as well as other areas of care. This way teams could be put together even more efficiently on an ad-hoc basis in a crisis, to ensure high quality nursing care.

Key Words: Covid (*), Pandemic (*), Team (*), (ad-hoc) Team building, Nursing (*) /nursing staff, Acute setting, Quality of care, Nursing care, Outcomes

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis:	I
Tabellenverzeichnis:	II
Abkürzungsverzeichnis:	III
1 Einleitung.....	1
1.1 Darstellung der Covid-19 Pandemie	1
1.2 Aktuelle Problematik: Ad-Hoc Teambildung und Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung.....	2
2 Ziel und Fragestellung	4
3 Theoretischer Rahmen	5
3.1 Theoretischer Hintergrund: Team und Teambildung im Gesundheitswesen	5
3.1.1 Definitionen	6
3.1.2 Merkmale eines Teams	6
3.1.3 Team und Teambildung im Akutsetting.....	8
3.2 Theoretischer Hintergrund: Pflegequalität und pflegerische Versorgung.....	11
3.2.1 Definitionen	11
3.2.2 Kurze Darstellung pflegerischer Versorgung während der Corona-Pandemie im internationalen Vergleich.....	13
4 Methodik.....	15
4.1 Literaturrecherche.....	15
4.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	17
4.3 Beurteilung nach Forschungskriterien und Einschluss	17
5 Ergebnisse.....	18
5.1 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse.....	18
5.2 Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf die pflegerische Versorgung und das Pflegepersonal	22
5.2.1 Positive Aspekte	23
5.2.2 Negative Aspekte	25

5.3	Gegenüberstellung: Teambildung und Auswirkung auf die pflegerische Versorgung	27
6	Diskussion	33
6.1	Rückblick auf die Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage.....	33
6.2	Qualität der Studien und der systematischen Literaturrecherche	34
7	Schlussfolgerung	35
7.1	Empfehlung von Kriterien zur Teambildung	35
7.2	Empfehlung zur Entwicklung eines spezifischen Konzepts	36
	Literaturverzeichnis.....	IV
	Danksagung	VII
	Eidesstattliche Erklärung	VIII

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1 - Merkmale eines Teams nach S. Möller	7
Abbildung 2 - Tuckmann und Jensen, Phasenmodell zur Teambildung	9
Abbildung 3 - Darstellung der Pflegequalität nach Donabedian.....	13
Abbildung 4 - Darstellung der allgemeinen Bewertungskriterien nach E. Panfil.....	15
Abbildung 5 - Darstellung der Suchbegriffe/Key Words.....	16
Abbildung 6 - Darstellung der Auswirkungen auf die Patientensicherheit und -versorgung ..	32

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1 - Darstellung der Bücherliteratur 18
Tabelle 2 - Darstellung der Literatur aus der systematischen Literaturrecherche 19

Abkürzungsverzeichnis:

ANA = American Nurse Association

DBfK = Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

ICN = International Council of Nurses

ÖGKV = Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

RKI = Robert Koch Institut

SBK = Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und –männer

SARS-CoV 2 = Sudden acute respiratory syndrome, Coronavirus 2

WHO = World Health Organisation

1 Einleitung

1.1 Darstellung der Covid-19 Pandemie

„We are learning as we go. After all, how many of us have lived through a global pandemic?“
– Nurse, community care, female, age 51-64 (Bismark et al., 2022, S.6)

Die Erkrankung die mit Covid-19 oder als SARS-CoV2 Erreger (sudden acute respiratory syndrome) bezeichnet wird, begann ab dem 11.März.2020 allgegenwärtig zu werden. Zu diesem Zeitpunkt erklärte die WHO (World Health Organisation) den Ausbruch von Covid-19 offiziell als Pandemie. Die WHO ist eine Sonderorganisation mit dem Sitz in Genf aus Vertretern der Vereinten Nationen, die sich mit Themen der öffentlichen Gesundheit beschäftigen. Diese Erklärung betraf alle Länder, unterschiedliche Kulturen, Personengruppen und alle sozialen Schichten. Die Krise traf das pflegerische Setting weitestgehend unvorbereitet und die Krankenhäuser begannen je nach Land unterschiedlich zu agieren. (Klauber, 2022, zit. E. Grill, B. Lange, S. 5-15) Das eigentliche Problem der Pandemie war die Neuheit des Erregers. Allerdings gelang es der Forschung nach einiger Zeit herauszufinden, dass der Erreger mittels Tröpfcheninfektion, Aerosolen und Körperkontakt übertragen wird. Die Überlebensdauer des Virus war abhängig von der Luftfeuchtigkeit und Temperatur. Eine Behandlungsmethode oder aktuelle Impfung zu Beginn und im anfänglichen Verlauf der Pandemie war nicht greifbar. Dies führte, je nach Gesundheitssystem, Land, und Immunität der Bevölkerung zu einer schnellen Ausbreitung sowie hohen Infektions- und Befallsraten. Die Politik war gezwungen schnell zu handeln, um vulnerable Gruppen und vor allem die Krankenhäuser zu schützen. Demensprechend wurden die sogenannten „Coronamaßnahmen“ individuell angepasst und eingeführt, wie zum Beispiel Kontaktbeschränkungen und das Einführen von Testzentren, je nach Größe der Stadt und des Infektionsgeschehens. (Klauber, 2022, zit. E. Grill, B. Lange, S. 5-15) Das Pflegepersonal zählte nun zu den systemrelevanten Gruppen. Dieser Begriff wurde das letzte Mal aktiv bezogen auf die Finanzkrise 2007 bis 2009 verwendet und durch die Pandemie neu aufgegriffen. Unter dem Begriff „Systemrelevant“, werden Organisationen und Einrichtungen mit absoluter Bedeutung für das „staatliche Allgemeinwesen“ verstanden, ohne die oder bei deren Ausfällen nachhaltig wirkende Folgen eintreten können. Wird dies in Bezug auf das Gesundheitssystem betrachtet, kann von möglichen Versorgungsengpässen im medizinischen und pflegerischen Bereich ausgegangen werden. (Kaldewey, 2022) Hinzukam die Problematik, dass keiner in der Weltbevölkerung genau vorhersagen konnte, wie die Pandemie verläuft und wie lange sie dauert. Die langfristigen Folgen, sei es in ökonomischer, ökologischer, sozialer oder gesundheitlicher Hinsicht, waren nicht absehbar. Laut Luhmann besteht erst dann ein Existenzproblem für die Gesellschaft, wenn die Bevölkerung aufhört zu kommunizieren

und die Informationsweitergabe während der Pandemie war, durch die heutige Digitalisierung und Tragweite der öffentlichen Medien, größtenteils gegeben. (Kaldewey, 2022) Die Krankenhäuser mussten sich weltweit neu anpassen und neu strukturieren, da gerade für solch große gesundheitsbezogene Einrichtungen ein Corona-Ausbruch schwerwiegendere Folgen haben kann. Diese können sowohl für das medizinische und pflegerische Personal, als auch für den Patienten*innen schwerwiegend sein. Als eine Maßnahme hat das RKI (Robert-Koch-Institut) beispielsweise in Deutschland festgelegt, dass Corona-Patienten*innen auf extra geschaffenen Isolationsbereichen behandelt werden sollen. Eine deskriptive Studie in einem 300-Betten-Krankenhaus ergab, dass Krankenhäuser deswegen umstrukturieren, neue Stationen schaffen oder Alte auflösen mussten. (Pemmerl et al., 2021)

1.2 Aktuelle Problematik: Ad-Hoc Teambildung und Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung

Die Pandemie hat das Gesundheitssystem und die Pflege verändert. Sie musste sich neu anpassen, umstrukturieren und Möglichkeiten finden die staatlichen Auflagen zu erfüllen sowie die Patientenversorgung aufrechterhalten. Dadurch ergeben sich negative und positive Auswirkungen, sowohl für das Pflegepersonal als auch für die pflegerische Versorgung. (Bonacker et al., 2022)

Der SARS-CoV2-Erreger kam ohne Vorwarnung auf das Gesundheitssystem zu. Die WHO löste mit der Erklärung einer weltweiten Pandemie eine Kettenreaktion aus. (Klauber 2022, zit. E. Grill, B. Lange, S.5-15) Die Gesundheitssysteme weltweit ergriffen Maßnahmen um die Bevölkerung zu schützen, dies traf auch die Krankenhäuser. Hier wurden teils Stationen geschlossen oder die Bettenverteilung neu geregelt, um sogenannte Isolationsstationen zu schaffen. Ein Problem im Bereich des pflegerischen Settings war schon immer der Personalmangel, dieser wurde durch die Pandemie nur noch deutlicher sichtbar gemacht. Die Umstrukturierungen führten dazu, dass auf den Corona-Stationen mehr Personal benötigt wurde, diese Pflegekräfte fehlten dann in anderen Bereichen, wie beispielsweise dem Akutsetting. Die Akutversorgung umfasst die zeitnahe Gesundheitsversorgung von akuten beziehungsweise plötzlich auftretenden Erkrankungen, welche stationär oder ambulant versorgt werden können. (Bonacker et al., 2022) Erfahrungen sowie wie auch Studien zeigen, dass die Pflegeteams der Dreh- und Angelpunkt im Alltag eines jeden Krankenhauses sind. Sie sind die Schnittstelle für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, mit beispielsweise Ärzten, medizinischen Fachangestellten, Physiotherapeuten und anderen Berufen, die relevant für die Patientenversorgung sind. Ein Team arbeitet nur so stark wie sein schwächstes Mitglied, dementsprechend funktionieren Teams die ad-hoc gebildet werden am Anfang nicht optimal. Da ihnen noch die Struktur, Organisation und das Vertrauen untereinander fehlt. (Möller, 2011) Die Pandemie hatte

zur Folge, dass durch die Bildung neuer Stationen, die neue Bettenverteilung sowie die angeordneten Coronamaßnahmen, die Teams ad-hoc gebildet wurden. Ein ad-hoc gebildetes Team wird aus einer improvisierten Handlung oder zu einem bestimmten Zweck gebildet. Dieser Faktor und die äußeren Umstände beeinflussten die Pflegekräfte und ihre Teams, je nach Tragweite unterschiedlich stark. Das führt dazu, dass die verschiedenen Teams nicht nur durch Personalmangel, sondern auch durch häufigere personelle Wechsel belastet sind und auf die Probe gestellt werden. Mit Betrachtung des Akutsettings, unabhängig vom Bereich der inneren Medizin oder Chirurgie, entstanden hier auch „Mischstationen“. Das bedeutet, dass Fachrichtungen vermischt wurden, da Stationen zusammengelegt oder geschlossen wurden, damit die Corona-Patienten*innen auf den Isolationsstationen versorgt werden konnten. Hierbei sollte aber die Versorgung von Patienten*innen ohne Covid-19 an Qualität nicht verlieren. (Bonacker et al., 2022) Deswegen war es von entscheidender Bedeutung, dass die Pflegeteams funktionierten und auch psychisch und physisch belastbar sind. Außerdem mussten die ad-hoc gebildeten Teams sich schnell an die neuen Kollegen, die eventuell neue Fachrichtung und die restlichen neuen Umstände anpassen. (Bonacker et al., 2022) Sowohl die physische als auch die psychische Belastung waren ein wichtiger Faktor, der die Pflegekräfte und Pflegeteams beeinflusst hat. Die psychische Verfassung spielt in einer solchen pandemischen Lage eine entscheidende Rolle. Da durch die Coronamaßnahmen und Umstrukturierungen zwei weitere psychische Belastungsfaktoren zu den bereits in der Pflege bekannten hinzukamen. Die Pflegekräfte hatten in Zeiten des Lockdowns eine Arbeit, der sie nachgehen konnten und somit im Vergleich zu anderen Personengruppen eingeschränkte soziale Kontakte. Jedoch waren die sozialen Kontakte und die Verbindungen zu den Kollegen, je nach Funktionieren des Teams nur teilweise gegeben. Außerdem mussten sie nicht nur ihre, sondern auch die psychischen Probleme der Patienten*innen mit kompensieren. Die Patienten*innen hatten aufgrund der Pandemie teils keinen oder wenig Kontakt zu den Angehörigen. Ein Grund hierfür waren auch die über einen begrenzten Zeitraum eingeführten Besuchsverbote in Einrichtungen vulnerabler Gruppen, wie Krankenhäusern und Pflegeheimen. Hinzukamen die immer neu auftretenden Umstände und neuen Auflagen zur Bekämpfung des Corona-Virus, wie das Tragen von Schutzkleidung, vermehrte Tests, Isolationen bei Erkrankung und weitere einschränkende Maßnahmen. Aus diesem Grund gaben einige Pflegekräfte auch den Beruf auf, nicht, weil sie ihn nicht gern ausübten, sondern weil sie dem wachsenden psychischen und physischen Druck nicht mehr standhielten. (Kramer et al., 2021)

Die Patientenversorgung war in der Corona-Pandemie einer der wichtigsten Punkte die es zu beachten galt. Hier ist der Begriff der Pflegequalität nach Donabedian entscheidend. Er definiert die Qualität der Pflege nach der Einteilung in drei Ebenen, die dann in vier Kategorien bewertet werden können. (Korečić, 2012, S.37-56) Die pflegerische Versorgung wurde durch

die Pandemie beeinträchtigt und damit auch die Pflegequalität. Dies hat zur Folge, dass die Gesundheit der Patienten*innen, der Pflegekräfte und auch der restlichen Bevölkerung beeinflusst wird. Deswegen waren die Corona-Maßnahmen entscheidend, um die Patienten*innen zu schützen und die pflegerische Versorgung aufrecht zu erhalten. (Klauber, 2022, zit. E. Grill, B. Lange, S. 5-15) Jedoch sorgten genau diese Maßnahmen und die Pandemie an sich für Einschränkungen im Bereich der pflegerischen Versorgung. Der soziale Kontakt, die körperliche Nähe, die in Bezug auf den Genesungsprozess und die psychische Verfassung wichtig sind, wurden stark eingeschränkt. Hinzukam, dass die erst ad-hoc entstandenen Teams und neuen Umständen auch für das Pflegepersonal eine Belastung darstellten. (Banysch et al., 2020; Bonacker et al., 2022)

Die Corona-Pandemie stellte die Pflege somit vor zwei Herausforderungen. Zum einen müssen sich Teams kurzfristig und adäquat bilden, sich aufeinander abstimmen und anpassen. Zum anderen darf die pflegerische Versorgung von Patienten nicht auf einer Covid-19-Station liegen, sondern auf den normalen akuten Stationen, nicht abnehmen oder massive Schwachstellen aufweisen. Die Pflegeteams bilden somit den Mittelpunkt der pflegerischen und medizinischen Versorgung und sind die Schnittstelle für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Aus diesem Grund müssen sich die Pflegeteams schnell bilden und eine innere Struktur finden. Jedoch zeigt die Problemdarstellung, dass dies aufgrund der pandemischen Lage nicht immer möglich ist und einige Hürden genommen werden müssen. (Bonacker et al., 2022)

2 Ziel und Fragestellung

In dieser Bachelorarbeit sollen das Pflegeteam und die Bildung eines Teams anhand von speziellen Kriterien dargestellt werden. Außerdem wird eine Übersicht über das Modell der Pflegequalität nach Donabedian gegeben, mit Betrachtung der positiven und negativen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die pflegerische Versorgung im Akutsetting von Nicht-Corona-Patienten*innen. Zum besseren Verständnis der Situation des Pflegepersonals, wird kurz auf die psychischen und physischen Auswirkungen während der Pandemie eingegangen. Diese beiden oben genannten Punkte werden in einer Gegenüberstellung analysiert und die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche dargestellt.

Die Hauptforschungsfrage ergibt sich aus den formulierten Zielen:

Wie wirkt sich die ad-hoc Teambildung auf die pflegerische Versorgung und Pflegequalität von Patienten*innen ohne Covid-19 aus?

Durch die ausführliche Recherche ergaben sich noch zwei Unterfragen, die im Zuge der Arbeit beantwortet werden. Zum einen bezogen auf das Pflegepersonal und die pflegerische Versorgung:

Welche positiven und negativen Auswirkungen hat die Pandemie auf das Pflegepersonal und die damit verbundene pflegerische Versorgung?

Zum anderen bezogen auf das Pflegeteam und die schnelle Bildung:

Was ist der Kern der Teambildung und welche Kriterien müssen erfüllt sein, um in einer Krisensituation Teams schnell und sicher zu bilden?

Abschließend soll eine Empfehlung zur Entwicklung eines Konzepts zur Teambildung in der Pflege gegeben werden. Damit Teams in Krisensituationen schnell, organisiert und adäquat gebildet werden können, um somit die pflegerische Versorgung zu gewährleisten und die Teamstruktur zu festigen oder aufzubauen.

3 Theoretischer Rahmen

Im Zuge der Corona-Pandemie ist eine Thematik immer wieder als relevant zu betrachten, dies ist zum einen die der Pflegeteams und die Teambildung. Zum anderen die Definition von Pflegequalität und die damit entstehende Struktur einer pflegerischen Versorgung. Bevor im Ergebnissteil mehr auf die Forschungsfragen eingegangen wird, ist der Hintergrund zu den Thematiken genauer zu beleuchten.

3.1 Theoretischer Hintergrund: Team und Teambildung im Gesundheitswesen

Das Team ist in jeder Berufsgruppe entscheidend für die Effizienz und Qualität der Arbeit. In sozialen Berufen ist ein Team ausschlaggebend für das Ziel den Menschen zu unterstützen, zu pflegen, schlicht für die Arbeit am Menschen selbst. Besonders im Gesundheitswesen ist das Pflegeteam auch als interdisziplinäre Team zu betrachten. Dies ist für die pflegerische und medizinische Versorgung der Patienten*innen zuständig und für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Aus diesem Grund ist es der ausschlaggebende Faktor für Erfolge hin zum möglichen Genesungsweg.

Das Buch von Susanne Möller „Einfach ein gutes Team“ bezieht sich explizit auf die Teambildung und –führung im Gesundheitswesen und wird als Grundlagenliteratur verwendet. (Möller, 2011) Weiterhin wird durch die Hintergrundrecherche auch andere Literatur verwendet, um die Thematik zu unterstreichen.

3.1.1 Definitionen

Die Begriffsdefinition „was genau ein Team ist“ lässt sich je nach Sichtweise differenziert darstellen. S. Möller zitiert hier Rosenstiehl, nach dem ein Team als ein Zusammenschluss von mehreren Personen zu betrachten ist, die zur Lösung einer bestimmten Aufgabe oder zur Erreichung eines bestimmten Ziels zusammengekommen sind. (Möller, 2011, S.4) Diese Erläuterung lässt sich nahezu in jedem Bereich und auf jedes Team anwenden und wird als Ausgangsdefinition verwendet. Hierbei ist entscheidend, dass es mindestens zwei Mitglieder gibt. Durch unterschiedliche Fähigkeiten soll das Ziel gemeinsam und möglichst ohne Hindernisse erreicht werden. Eine andauernde Überprüfung der Kommunikationspfade, der Teamidentität und periodischen Effizienz ist dringend erforderlich, um die Teamstruktur aufrecht und das Ziel im Fokus zu behalten. (Möller, 2011,S.4)

Die Definition zum Begriff Teamarbeit ist an die des Teams anknüpfbar. Teamarbeit ist somit eine kooperative, zielorientierte Arbeit von Fachkräften, die zusammen an einer exakt definierten Aufgabe arbeiten. Dies kann ein Projekt oder die Lösung eines Problems betreffen. Jedoch ist das Einbringen von unterschiedlichem Fachwissen entscheidend. Außerdem werden genaue Regeln festgelegt, um die Aufgaben im Blick zu behalten. (Möller, 2011,S.5-6)

Zu beachten ist, dass ein Team ab einer gewissen Größe an Effektivität verliert. Die optimale Teamgröße beträgt fünf bis acht Personen, dementsprechend werden in größeren Teams Untergruppen gebildet. Die Bildung von Untergruppen ist unvermeidbar und muss im weiteren Verlauf der Teambildung immer berücksichtigt werden. Die Rolle eines Teamleiters ist dementsprechend besonders bedeutend. Das Team ist eine spezielle Form der Gruppe. Jedoch ist „jedes Team ist eine Gruppe, aber nicht jede Gruppe ein Team“. Eine Gruppe muss sich folglich erst zum Team entwickeln. (Möller, 2011, S.2-6) Aus diesem Grund obliegt es dem Teamleiter und jedem Teammitglied, das Team aufzubauen, zu formen und weiter zu entwickeln. Nur durch eine Identifikation als Team, nicht als Gruppe, ist es möglich die gemeinsamen Ziele adäquat zu verfolgen. (Möller, 2011,S.4-6)

3.1.2 Merkmale eines Teams

Das Team braucht eine vorgegebene Struktur und definierte Richtlinien, um zu funktionieren und zielorientiert agieren zu können. Deswegen sind Merkmale und Kriterien relevant, damit die Teammitglieder etwas haben an dem sie sich orientieren können. Durch diese Art „Leitfaden“ wird der Teamleiter beim Aufbau, der Steuerung sowie der Leitung unterstützt.

Die folgende Abbildung stellt eine Übersicht der Merkmale da, die anschließend kurz erläutert werden. (Möller, 2011,S.2-6)



Abbildung 1 - Merkmale eines Teams nach S. Möller

Ein ausschlaggebender Faktor ist die Transparenz im Team. Deswegen sind die Kommunikation und die Interaktion miteinander besonders relevant. Durch den Austausch, der Weitergabe von Informationen und einer offenen Kommunikation, sowohl zwischen den einzelnen Teammitgliedern als auch mit dem Teamleiter selbst, entsteht eine Vertrauensbasis.

Hinzukommt die persönliche Motivation und wo ein Teammitglied am besten eingesetzt wird. Jedes Mitglied hat unterschiedliche Kompetenzen und Fähigkeiten. Diese sind entscheidend für die Produktivität und Effizienz des Teams. Die sich direkt auf die Ziele und die Arbeit auswirkt.

Die Aktivitäten im Team werden durch eine vorgegebene Rollenverteilung definiert, dadurch hat jedes Mitglied seinen Verantwortungsbereich. In einzelnen Bereichen kann es zu Überschneidungen kommen, daher ist eine transparente Aufgabenverteilung entscheidend, um Konflikte oder Missverständnisse vorzubeugen.

Gerade bezogen auf die Kommunikation ist ein offener Umgang mit Gefühlen relevant. Jeder reagiert anders auf gewisse Situationen und beim Erreichen der gemeinsamen Ziele. Deswegen sind die unterschiedlichen Emotionen zu tolerieren und es sollte sich hierbei gegenseitig unterstützen werden. (Möller, 2011, S.2-6)

Die äußeren Einflüsse sind ebenfalls entscheidend. Jede Situation wird durch die Umgebung auf der Arbeit beeinflusst, aus diesem Grund sind Absprachen untereinander ein Faktor der zu berücksichtigen ist, so kann die Vertrauensbasis gestärkt und ausgebaut werden.

Ein kritischer Punkt ist die Akzeptanz. Jedes Teammitglied ist in Bezug auf sein Geschlecht, den kulturellen Hintergrund oder anderen Merkmalen betreffend unterschiedlich. Hierbei sind ein sensibler Umgang und eine adäquate Führung entscheidend. Damit die Teammitglieder sich gegenseitig tolerieren, respektieren und akzeptieren.

Die Erreichung der gemeinsamen Ziele ist durch eine vorhandene Teamintegration und Harmonie verbunden mit einer Grundstruktur und einer Vertrauensbasis leichter umsetzbar. Denn bei Unstimmigkeiten ist das Erreichen der gesetzten Ziele schwieriger oder kann verzögert beziehungsweise verhindert werden.

Ein sehr wichtiges Merkmal sind die aufgabenspezifischen Kräfte. Das Team muss gemeinsam den „Leitfaden“ verfolgen, um die Ziele effizient erreichen zu können. Deswegen hat jedes Teammitglied unterschiedliche Fähigkeiten und Aufgaben, um sich hier miteinbringen zu können. (Möller, 2011, S.2-6)

Letztendlich ist es von Bedeutung die Merkmale gesammelt zu betrachten. Jedes Merkmal steht mit anderen in Verbindung und alle gemeinsam stellen die Grundstruktur dar. Diese muss erhalten werden, durch die einzelnen Mitglieder und durch den Teamleiter. Somit kann die Vertrauensbasis gebildet und ausgebaut werden. Dies ist entscheidend, um die gemeinsame definierte Ziele weiter zu verfolgen und die Teamstruktur aufrechtzuerhalten. (Möller, 2011, S.2-6)

3.1.3 Team und Teambildung im Akutsetting

Ein Team entsteht nicht sofort, es muss gewisse Phasen durchlaufen, um sich zu formen. Hier gibt es unterschiedliche Herangehensweisen, Modelle und Möglichkeiten, wie ein Team sich bilden kann.

Zwei Modelle werden vermehrt verwendet. Zum einen das Fünf-Phasen-Modell nach Garland, Jones und Kolodny, dass in den 1960er entwickelt wurden, zum anderen das Vier-Phasen-Modell nach Tuckmann, dass in den 1970er zusammen mit Jensen nochmal überarbeitet und um eine fünfte Phase erweitert wurde. Nach genauer Prüfung soll das Modell nach Tuckmann und Jensen miteinbezogen werden, da es mehr Bezüge zur Gruppenpsychologie in Teams darstellt. Dieses Modell ist für den Sektor Pflege effizienter anwendbar. Außerdem ist es mit Blick zur Beantwortung der Forschungsfrage ausführlicher darstellbar und bezieht die Anforderungen an den Teamleiter mit ein. (Möller, 2011, S.50-58)

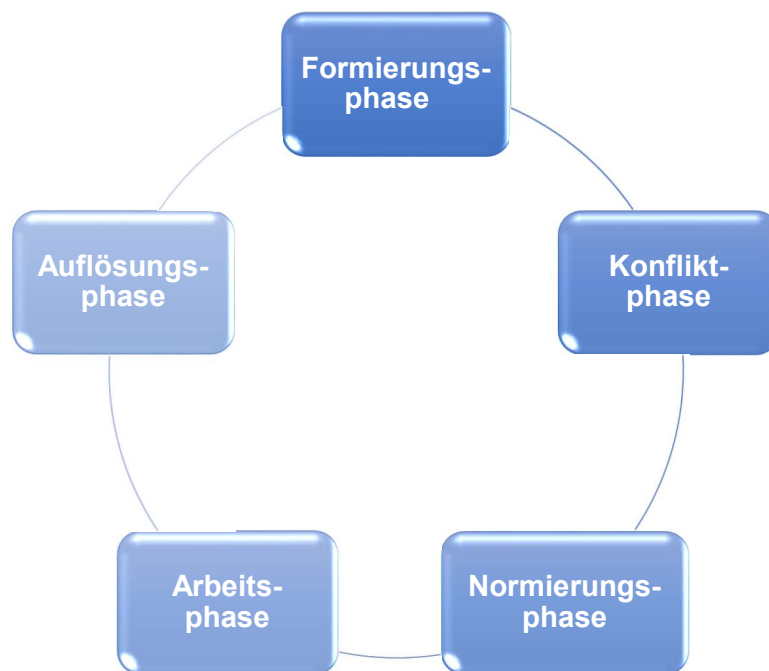


Abbildung 2 - Tuckmann und Jensen, Phasenmodell zur Teambildung

Die Abbildung zeigt eine Übersicht der Phasen nach dem Modell von Tuckmann und Jensen. Bevor ein Team sich als solches definieren kann, muss es sich untereinander kennenlernen. Hier stehen besonders die Kommunikation und der offene Umgang im Vordergrund. Die Formierungsphase oder das „Forming“ sind der Anfang des Meinungs-austausches und Beginn der Transparenz im Team. Es wird sich meist am Gruppenziel orientiert und für den Teamleiter ist wichtig, sich als autoritär und leitend zu definieren. Es müssen exakte Ziele und Strukturen zur Orientierung vorgegeben werden. Anschließend folgt die Konfliktphase oder das „Storming“. Hier ist entscheidend, dass der Teamleiter mögliche Konflikte löst oder dabei Hilfestellung leistet, aber auch selbst Kritik annimmt und diese für die weitere Teambildung verwendet. Die Teammitglieder müssen auch lernen, unabhängig voneinander und vom Teamleiter Konflikte zu lösen und Kritik anzunehmen. (Möller, 2011, S.50-51) Die Normierungsphase oder das „Norming“ ist wichtig für die Vertrauensbasis und Transparenz im Team. Hier entwickelt sich das erste „Wir-Gefühl“ und das Team lernt sich zu akzeptieren und zu respektieren. Der Teamleiter fungiert hier als Vorbild in Bezug auf offene, klare und transparente Kommunikation und das Bewältigen von Problemen sowie das Verfolgen der Gruppenziele. In der drauffolgenden Arbeitsphase oder das „Performing“ steht die Effizienz der Arbeit im Vordergrund. Das Team muss sich selbst einschätzen und demensprechend handeln können. Der Teamleiter muss über adäquate Problemlösestrategien verfügen und

das Team davor bewahren sich selbst zu überschätzen. Der Teamleiter selbst muss sich auch reflektierend einschätzen und die Teamleistung einordnen können. Nur so können die gemeinsamen Ziele verfolgt werden. Die Auflösungsphase oder das „Adjourning“ tritt erst dann in Kraft, wenn ein Teammitglied geht oder das Team aufgrund besonderer Umstände neu gebildet wird. Diese Phase tritt immer wieder neu auf und sorgt für eine neue Grundstruktur im Team. Der Teamleiter nimmt hier eine entscheidende Rolle ein. Er geht mit jeder Situation individuell um und wird dementsprechend auch von seinen Kollegen beurteilt. Das Team selbst orientiert sich teilweise an diesen Strategien. (Möller, 2011, S.52-56)

Das Modell nach Tuckmann und Jensen ist ein Kreislauf, der sich immer wiederholt. Dies ist abhängig von der Situation und den äußeren sowie inneren Gegebenheiten eines Unternehmens. Der Kreislauf kann je nach der Struktur eines Teams, in jeder beliebigen Phase starten, enden und wieder neu beginnen. (Möller, 2011, S.50-58)

Wird die Teambildung nun auf die Pflege im Akutsetting bezogen, ist die Teamarbeit im Gesundheitswesen vorab zu definieren. Hier gibt es zwei mögliche Sichtweisen die sich ineinander ergänzen. Die Teamarbeit an sich ist nicht nur von der Fachkompetenz der einzelnen Teammitglieder abhängig, sondern vor allem von den sozialen Fähigkeiten die jeder Einzelne einbringt. Außerdem ist die Teamarbeit nur dann als gelungen zu bewerten, wenn jedes Teammitglied dazu beiträgt. (Möller, 2011) Der Teamalltag ist ebenso relevant. Jedes Team geht anders miteinander um, gerade in der Pflege ist die Darstellung von Selbst- und Fremdbild wichtig. Das heißt, dass die Betrachtung und Einschätzung von sich selbst und die von seinem Gegenüber, seinem Teammitglied, eine aussagekräftige Rolle spielt. Nur bei objektiver Betrachtung, kann ein Teammitglied entsprechend agieren und das Verhalten auf die jeweilige Situation im Stationsalltag anpassen. Aufgrund der hohen Anforderungen an die Pflegekräfte sind eine positive Einstellung und Coping-Strategien, Faktoren die berücksichtigt werden müssen. Nur wenn das Team offen kommuniziert und Prioritäten setzt ist die pflegerische Versorgung als Team zu bewältigen. Hier ist entscheidend wie ein Teamleiter neue Teammitglieder auswählt und aufnimmt. Nicht nur die fachliche Kompetenz, auch die Persönlichkeit und Teamfähigkeit sind zu beachten. Gerade auf Akutstationen in Krankenhäusern ist die Flexibilität und eine exakte Rollenverteilung relevant. (Bonacker et al., 2022; Möller, 2011)

Schlussendlich ist ein Team immer so effizient, wie sein schwächstes Mitglied und die Teambildung ist ein Veränderungsprozess. Der Teamleiter agiert als Vorbild und jedes Mitglied muss akzeptiert und respektiert werden. Wenn alle Faktoren berücksichtigt werden und das Team eine positive Grundhaltung hat, können Teams adäquat gebildet werden und sich immer weiterentwickeln sowie an die neuen Gegebenheiten anpassen. (Möller, 2011, S.68-73)

3.2 Theoretischer Hintergrund: Pflegequalität und pflegerische Versorgung

Die pflegerische Versorgung ist ein entscheidender Punkt im Genesungsprozess eines jeden Patienten*in. Sie stellt eine Grundlage dar und den Fixpunkt der interdisziplinären Zusammenarbeit. In jedem pflegerischen Bereich, wie auch im Akutsetting, hat die Pflege engen Kontakt zu den Patienten, deswegen ist der Hintergrund was Pflege und Pflegequalität bedeutet relevant.

3.2.1 Definitionen

Der ICN (International Council of Nurses) hat eine Definition von Pflege ausgearbeitet. Der ICN befasst sich weltweit mit Themen bezüglich des Pflegeberufes, der Förderung des Pflegewissens und wird von Krankenschwestern und –pflegern geführt. Diese Definition wurde übersetzt und konsentiert von dem DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.), dem ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband) und dem SBK (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer).

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“ (International Council of Nurses, 2010)

Diese Definition bezieht sich auf die professionelle Pflege durch einen Altenpfleger*in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in (Germany) beziehungsweise Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Diplomierten psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpfleger*in und Diplomierten Kinderkrankenpfleger*in (Austria) beziehungsweise Diplomierten Pflegefachmann*frau. (Switzerland)

Diese Definition, die vom DBfK, SBK und ÖGKV konsentiert wurde, stellt eine Übersicht der Aufgaben einer Pflegekraft dar. Sie verdeutlicht die Werte und Richtlinien die diesen Beruf ausmachen. (International Council of Nurses, 2010)

Die Pflegequalität ist ebenso ein relevanter Punkt, der durch Donabedian eine Definition gefunden hat. Diese wurde bereits 1968 ausgearbeitet und ist heute ebenso anwendbar sowie konsentiert. Pflegequalität ist demnach „die Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen

Pflege und zuvor dafür formulierten Kriterien.“ (Pflegestandards Altenpflege, 2012; Korečić, 2012, S.37-56) Diese setzt sich aus drei Qualitätsebenen zusammen. Zum einen der Strukturebene, sie bezieht sich auf die technischen und baulichen Ausstattungen einer Pflegeeinrichtung. Das Pflegeleitbild und die Pflegekonzeption, ausgelegt nach einem Pflegemodell sind zusätzliche Beurteilungskriterien. Außerdem sind auch das Ausbildungsniveau und die vorhandenen, pflegerischen Ressourcen, sowohl personell als auch materiell ausschlaggebend. Hinzukommen Bewertungen der Prozesse, beispielsweise im Qualitätsmanagement oder bei Verfahrensanweisungen.

Eine weitere Ebene ist die Prozessqualität. Diese bezieht sich auf die Umsetzung der Pflegeprozessplanung. Im Vordergrund stehen die Bereichs- und Leitungsbesprechungen, Beschwerdemanagement, Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Beratungsangebote, Visiten und Fallbesprechungen.

Die dritte Ebene, ist die Ergebnisqualität. Bei dieser Ebene ist die ständige Überprüfung und Verbesserung der Struktur- und Prozessgegebenheiten relevant. Gerade bezogen auf die Pflege sind die Outcome-Qualitäten zu beachten. Außerdem werden auch teils Aspekte der Wirtschaftlichkeit mit einbezogen. (Pflegestandards Altenpflege, 2012; Korečić, 2012, S.37-56)

Damit die Pflegequalität auch beurteilt werden kann, wird diese in vier Qualitätsstufen eingeteilt. Die Optimale Pflegeleistung, die für den Patienten*in ideal und meist fehlerfrei ist. Die angemessene Pflegeleistung, die verbessert werden kann, jedoch noch adäquat genug ist. Die notwendige Pflegeleistung, die zwar ausreichend, aber durchaus verbesserungswürdig ist. Sowie als niedrigste Stufe, die mangelhafte Pflegeleistung, die patientengefährdend und absolut unzureichend ist.

Somit sind drei Qualitätsebenen zur Beurteilung der Pflegequalität nach Donabedian vorhanden. Die der Bewertung der Pflegequalität am Patienten*innen selbst gegenüberstehen. Die nachfolgende Abbildung stellt diese nochmals als Waage dar, da es relevant ist, dass beide ausgeglichen sind, um eine optimale Patientenversorgung zu erhalten. Hierbei sollte jedoch in der Bewertung die optimale Pflegeleistung überwiegen. (Pflegestandards Altenpflege, 2012; Korečić, 2012, S.37-56)

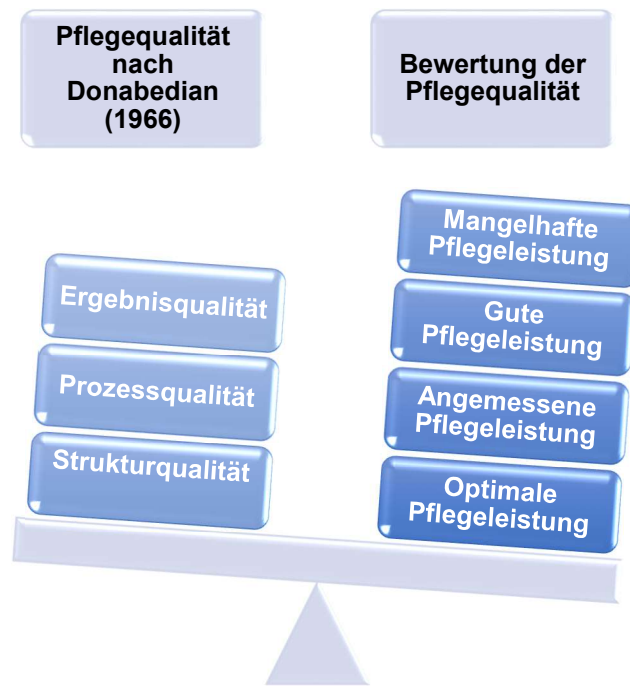


Abbildung 3 - Darstellung der Pflegequalität nach Donabedian

3.2.2 Kurze Darstellung pflegerischer Versorgung während der Corona-Pandemie im internationalen Vergleich

Jedes Krankenhaus weltweit ist anders aufgebaut und strukturiert. Es gibt durchaus Überschneidungen, aber jede pflegerische Einrichtung hat unterschiedliche Prozesse, Abläufe und organisiert sich anders.

Die Corona-Pandemie hat die Gesundheitssysteme und somit auch die Krankenhäuser weltweit vor eine Herausforderung gestellt, die es bis dahin nicht gab. Dies betrifft sowohl die soziale, ökologische, ökonomische als auch humanitäre Sichtweise. (Klauber, 2022, zit. E.Gril, B.Lange, S.5-15)

Ein Grundproblem waren die Ressourcen in personeller und materieller Hinsicht. Diese mussten global schnell und ausreichend gestellt werden. Die Krankenhäuser begannen umzustrukturieren. Es wurden neue Stationen geschaffen, Intensivstationen ausgebaut und teilweise Betten in den privaten Sektor verschoben, damit die akuten Fälle, sowohl von Corona-Patienten*innen als auch von Patienten*innen ohne Covid-19, adäquat behandelt werden konnten. (Klauber, 2022, zit. J.Winkelmann et al, S.19-34)

Es wurden Maßnahmen eingeführt, um die vulnerablen Gruppen, hier die Patienten*innen, zu schützen. Diese betrafen jeden in der Bevölkerung, unabhängig von Alter, Geschlecht, Landeszugehörigkeit, sozialem Hintergrund oder einem anderen Persönlichkeitsmerkmal. Es wurden Kontaktbeschränkungen eingeführt, teils sogar Ausgangssperren verhängt. Einzig mit dem Ziel die Krankenhäuser zu entlasten, die vulnerablen Gruppen, aber auch jeden einzelnen Menschen zu schützen. Hinzukamen Testzentren, regelmäßige Tests des medizinischen Personals und weiteren Maßnahmen zur Dokumentation und Eindämmung des Virus. (Klauber, 2022)

Die Krankenhäuser hatten zusätzlich zu den eigentlichen Maßnahmen mit personellen Engpässen zu kämpfen. Nicht nur aufgrund von Ausfällen durch die Corona-Pandemie, schon vorher herrschte in vielen Ländern ein Pflegenotstand. Dieser wurde durch die Pandemie nur deutlicher und wirkte sich auch auf die pflegerische Versorgung aus. Patienten*innen wurden teilweise abgewiesen, wenn die Behandlung nicht zwingend erforderlich oder lebensnotwendig war. Auch die direkte pflegerische Versorgung auf den einzelnen Stationen war eingeschränkt. Die Corona-Stationen hatten aufgrund der hohen Einschränkungen, durch die Maßnahmen zum Schutz der Patienten*innen und Pflegekräfte, ein erhöhtes Arbeitspensum. Die Akutstationen, die keine Corona-Patienten*innen betreuten, hatten sowohl im chirurgischen als auch internistischen Bereich unterschiedliche Fachbereiche zu betreuen. Dies lag vor allem an den Umstrukturierungen in den einzelnen Krankenhäusern. (Klauber, 2022, zit. J.Winkelmann et al, S.19-34)

Die Schutzmaßnahmen schränkten auf den Akutstationen die pflegerische Versorgung massiv ein. Die Nähe zum Patienten*in, die vor allem auch durch Körperkontakt, Gestik und Mimik verdeutlicht wird, wurde durch die Schutzmaßnahmen eingeschränkt. Dies betraf größtenteils das Tragen einer Maske. Patienten*innen mit spezifischen physischen und vor allem psychischen Einschränkungen, wie beispielsweise einer Demenz, wurden zusätzlichen Stressfaktoren ausgesetzt. Die Aufgabe der Pflege bestand darin, dies bestmöglich zu kompensieren und die pflegerische Versorgung so adäquat wie möglich durchzuführen. (Bonacker et al., 2022, S.22-23)

Auch wenn die Maßnahmen und Einschränkungen zum Schutz vulnerabler Gruppen, eines jeden einzelnen und zur Eindämmung des Virus ausgearbeitet wurden. So stellten sie trotz allem eine zusätzliche Belastung für die pflegerische Versorgung dar. Diese mussten weltweit, individuell und je nach pandemischer Lage in dem jeweiligen Land bestmöglich gelöst werden. (Bonacker et al., 2022; Klauber, 2022, zit. J.Winkelmann et al, S.19-34)

4 Methodik

Damit die Forschungsfragen beantwortet werden können, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese ist in zwei Teile aufgliedert worden. Zur besseren Auswertung der Ergebnisse, wurden die Analyse Kriterien zur Bewertung von Forschungsstudien nach E. Panfil et al. verwendet. Diese werden in der nachfolgenden Abbildung zur Verdeutlichung kurz aufgliedert dargestellt. (Brandenburg et al., 2018, S.325-343)

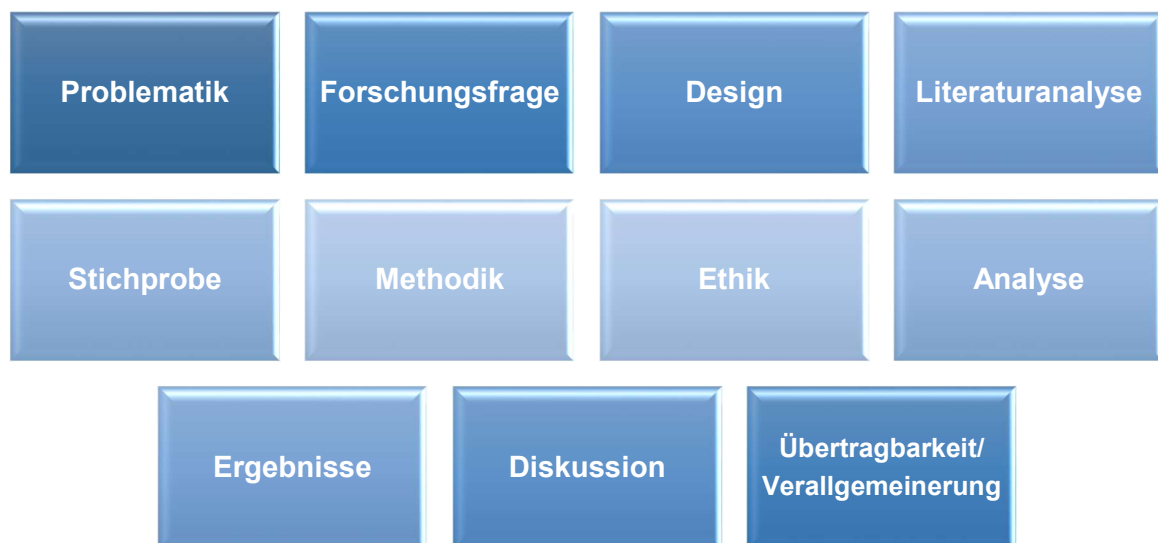


Abbildung 4 - Darstellung der allgemeinen Bewertungskriterien nach E. Panfil

Zur ersten Übersicht über das Thema wurde ein Exposé erstellt. Hierzu ist eine orientierende Recherche durchgeführt worden, um die Thematik besser einzugrenzen. Im Zuge der Erstellung des Exposés wurde die Bachelorarbeit formal sowie inhaltlich geplant und gegliedert. Außerdem wurde ein zeitlicher Rahmen, in dem die Arbeit geschrieben wird, festgelegt.

4.1 Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche wurde vorab eingegrenzt. Dafür wurden Suchbegriffe, in Englisch Key words, verwendet. Diese wurden in deutscher und englischer Sprache zusammengesetzt, um möglichst genaue Ergebnisse zu erzielen. Hierbei ist teilweise eine Trunkierung verwendet worden (*), um die Suche bei Bedarf erweitern zu können. Nachfolgende Abbildung stellt eine Übersicht über die Key words dar:



Abbildung 5 - Darstellung der Suchbegriffe/Key Words

Es ist zum einen eine systematische Literaturrecherche durchgeführt worden. Dabei wurden die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Pflegepersonal und den damit verbundenen Folgen für die pflegerische Versorgung recherchiert. Zum anderen ist der theoretische Hintergrund, zum Thema Team, Teambildung und Pflege sowie Pflegequalität recherchiert worden. Hier wurde ein kurzer internationaler Vergleich gezogen, um die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung besser darstellen zu können. Somit ergab sich die oben aufgeführte Aufteilung der Forschungsfragen, in eine Hauptfrage zur Thematik der ad-hoc Teambildung und Auswirkungen auf die Pflege und Pflegequalität. Außerdem die Aufteilung in zwei Unterfragen zur Thematik der positiven und negativen Auswirkungen der Pandemie und der Kriterien zur Teambildung in Krisensituationen.

Die systematische Literaturrecherche fand in einem Zeitraum von Mitte August 2022 bis Anfang/ Mitte November 2022 statt. Die Literatur wurde nach den oben genannten Kriterien bewertet und konnte durch die Suchbegriffe gezielt gefiltert werden. Damit die Key words besser verwendet werden konnten, wurden die Bolschen Operatoren „And, Not und Or“ verwendet. (Panfil, 2018, S.171-197) Es wurde in den Datenbanken von Springer, Pupmed, Open Access, Cinahl, Google Scholar und Hoegrefe gesucht. Außerdem wurde in verschiedenen Bibliotheken, wie der der evangelischen Fachhochschule, nach weiterer Literatur gesucht und diese wurde nach Prüfung durch die Kriterien miteinbezogen.

4.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Kriterien um Studien einzuschließen oder auszuschließen waren essenziell wichtig, um nur die relevante Literatur herauszufiltern.

Es sind nur Studien die in einem Zeitraum von 2010 bis heute veröffentlicht wurden, einbezogen worden. Da gerade das Thema der Corona-Pandemie immer noch aktuell ist, gab es rein zu dieser Thematik Studien und Literatur in einem begrenzten Zeitraum von 2019 bis heute. Eine Ausnahme sind Recherchen zu Themen die bereits vor 2010 aktuell waren und bei denen sich die Literatur wenig geändert hat, dies betrifft vor allem die Hintergrundrecherche zum Thema Team und zur Pflegequalität nach Donabedian. Des Weiteren ist nur Literatur verwendet worden, die in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht wurde und ein Abstract aufweist. Die Bücher die mit einbezogen worden, sind im Vorfeld ebenfalls nach den oben genannten Kriterien geprüft und nach Herstellung eines Bezugs zu den Forschungsfragen mit einbezogen worden.

Zur besseren Übersicht wurde eine Tabelle mit den Studien erstellt, die alle Kriterien erfüllt haben und somit zur Bearbeitung der Forschungsfragen verwendet werden konnten. Diese ist im Ergebnissteil dargestellt, da nachfolgend Bezug darauf genommen wird.

4.3 Beurteilung nach Forschungskriterien und Einschluss

Aufgrund der oben genannten Kriterien konnte die am Anfang sehr umfangreiche Literatur auf die rein Relevante begrenzt werden. Ausschlaggebend war, dass bei Betrachtung der Literatur ein exakter Bezug zu den Forschungsfragen hergestellt werden konnte. Hier wurde jede Studie oder Literatur ausgeschlossen, bei der kein Zusammenhang zu den Forschungsfragen herstellbar war oder die von der Thematik abweicht.

Deswegen wurden insgesamt fünf Bücher, die je nach relevanten Kapiteln mehr oder weniger Aussagekraft hatten, verwendet. Des Weiteren sind fünf Zeitschriften, eine reine Definition nach dem INC und eine zertifizierte Fortbildung zum Thema Belastung des Pflegepersonals, mit einbezogen worden. Diese weitere Literatur war entscheidend, um bei der Hintergrundrecherche und im Ergebnissteil adäquater auf die Forschungsfragen eingehen zu können.

Außerdem wurden zwei Querschnittsstudien, drei Systematic Reviews, zwei Mixed Method studies, eine deskriptive Studie, eine Metaanalyse und eine Cross Sectional Study verwendet. Nach nochmaliger Prüfung und Bewertung durch die oben genannten Kriterien, wurden der Inhalt der Studien erarbeitet. Anschließend wurde eine Reihenfolge festgelegt, um die Studien den Inhalten angepasst einzusetzen.

5 Ergebnisse

Die im nachfolgenden Abschnitt dargestellten Ergebnisse werden nach der Erläuterung in den einzelnen Unterpunkten, dem oben genannten theoretischen Teil gegenübergestellt. Dadurch kann Bezug auf die Teambildung und die ad-hoc gebildeten Teams genommen werden. Außerdem werden die zusätzlichen Belastungen für die Pflegekräfte nochmals sichtbar dargestellt, sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht. So können die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung und die Pflegequalität verdeutlicht dargestellt werden.

5.1 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Die nachfolgende Tabelle stellt eine Übersicht der Studien und Literatur dar, die miteinbezogen wurde. Hier ist die Datenbank auf der recherchiert, das Jahr sowie Land in dem es veröffentlicht und das Design in dem es erstellt wurde, ersichtlich. Es werden der Hauptautor und bei Bedarf weitere Autoren genannt. Damit der Inhalt besser nachvollzogen werden kann, ist dieser in einer kurzen Erläuterung zusammengefasst. In dem darauffolgendem Ergebnissteil wird auf die verwendete Literatur und die Studien Bezug genommen, um die erbrachten Ergebnisse darstellen und exakt auswerten zu können.

Tabelle 1 - Darstellung der Bücherliteratur

Nr.	Autor	Titel	Datenbank/Verlag	Land	Jahr	Design	Ergebnisse/Schlussfolgerungen
1	C.M. Ulrich, C. Grady	Nurses and Covid-19: Ethical Considerations in Pandemic Care	Bibliothek/Springer	USA	2021	Buch	Ethische Hintergründe und Herausforderungen in Bezug auf die Corona-Pandemie mit Blick auf die Pflegekräfte.
2	J. Klauber, et al	Krankenhaus – Report 2022	Open Access/ Springer	Deutschland	2022	Buch	Krankenhausreport zur Patientenversorgung während der Pandemie in Deutschland mit europaweitem Vergleich der Auswirkungen.
3	J. Korečić,	Pflegequalität und Qualitätssicherung	Springer	Deutschland	2012	Buch	Definition nach Donabedian S. 37-56
4	M. Bismark, et al.	Experiences of Health Workers in the Covid-19 Pandemic – In their own Words	Bibliothek/Routledge	England/Amerika	2022	Buch	Erfahrungsberichte von medizinischem Personal bezogen auf die Corona-Pandemie, mit Darstellung der Auswirkungen dieser.

5	M. Bona-cker, G. Geiger	Pflege in Zeiten der Pandemie – Wie sich Pflege durch Corona verändert hat	Biblio- thek/Bar- bara Budrich	Deutsch- land/ Kanada	2022	Buch	Überblick über die Pan- demie und die Auswir- kungen auf die Pflege, mit theoretischen Hinter- gründen.
6	S. Möl- ler	Einfach ein gutes Team	Biblio- thek/Sprin- ger	Deutsch- land	2010	Buch	Theoretische Inhalte zum Thema Teambildung und –führung im Gesund- heitswesen

Tabelle 2 - Darstellung der Literatur aus der systematischen Literaturrecherche

Nr.	Autor	Titel	Daten- bank	Land	Jahr	Design	Ergeb- nisse/Schlussfolge- rungen
1	C. Kirchel- dorff, et al.	Interprofessio- nelle Teambil- dung neu den- ken	Sprin- ger	Deutsch- land	2022	Zeit- schrift	Ein hochschulüber- greifendes Qualifizie- rungs-programm, um das interprofessio- nelle Teamdenken neu zu definieren.
2	D. Wildgru- ber, et al.	Arbeitsengage- ment und Be- lastungs-erle- ben von Health Professionals in Zeiten der Corona- Pandemie	Hoe- grefe	Deutsch- land	2020	Quer- schnitt- studie	Pflegekräfte ohne Covid-19-Kontakt sind weniger psy- chisch belastet, da die direkte Gefahr ei- ner Infektion geringer ist. Jedoch fehlen Präventionen zur psychischen Entlas- tung während eines Pandemie-gesche- hens.
3	Dbfk, Ögkv, Sbk	Definition der Pflege –ICN	Google Scho- lar	Deutsch- land/ Öster- reich/ Schweiz	2010	Inter- net- seite - ICN	Definition von Pflege.
4	J.B. Schmutz, L.L. Meier, T. Manser	How effective is teamwork re- ally? The rela- tionship be- tween team- work and per- formance in healthcare teams: a sys- tematic review and meta-anal- ysis	Open access	Schweiz	2019	Sys- tem- atic re- view and meta- analy- sis	Analyse der Ausrich- tung von Studien be- zogen auf die Ba- lance zwischen Teamarbeit und Pfl- gequalität. Vermehrt Teamtrainingspro- gramme, aber weni- ger Augenmerk auf die eigentliche Team- bildung.

5	J. Rheindorf	Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie?	Google Scholar	Deutschland	2020	Zeitschrift	Darstellung der außergewöhnlichen Belastung von Pflegefachpersonen während der Pandemie.
6	Kaldewey, D.	Was bedeutet Systemrelevanz in Zeiten der Pandemie?	Springer	Deutschland	2022	Journal	Beantwortung der Frage was Systemrelevanz in Zeiten der Pandemie bedeutet. Dreiteiliger Aufbau, mit empirischen, theoretischen und gedanken-experimentellen Hintergründen.
7	K., Jasenka	Pflegequalität und Qualitätssicherung	Springer	Deutschland	2012	Buch – S. 38	Definition des Modells nach Donabedian
8	M. Gosch, et al.	Recommendations for the management of Covid-19 pandemic in long-term care facilities	Springer	Deutschland	2021	Zeitschrift	Empfehlungen zur Versorgung im Rahmen der Covid-19 Pandemie. Es wird eine Übersicht über aktuelle Fallzahlen gegeben und auf das Fehlen zur Prävention und medizinischen Betreuung in Bezug auf die Covid-19-Pandemie hingewiesen.
9	M. Baynsch, et al.	Herausforderungen der Viszeralmedizin bei Covid-19	Springer	Deutschland	2020	Metaanalyse	Erläuterung der Maßnahmen zur Covid-19 Prävention, mit Priorität auf den Schutz von Angehörigen, Mitarbeitern*innen und Patienten*innen.
10	P.A. Takizawa, et al.	Teamwork in the time of Covid-19	Google Scholar	USA	2020	Zeitschrift	Darstellung des positiven Effekts von Teamarbeit über einen längeren Zeitraum bezogen auf die Covid-19 Pandemie und die besseren pflegerischen Outcomes.
11	P. Benzinger, et al.	Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner sowie deren Angehörigen - Ein systemisches Review	Springer	Deutschland	2021	Systematic Review	Darstellung der Auswirkungen der Pandemie auf die Psyche der drei genannten Gruppen und Feststellung von negativen Folgen.

12	R. Fernandez, et al.	Implications for Covid-19: A systematic review of nurses experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic	Pup-med	England	2020	Systematic Review	Studie zur Ermittlung von Erfahrungen aus Sicht des Pflegepersonals während einer Pandemie. Unvorbereitetes Geschehen führt zur psychischen Belastung, sozialer Isolation und physischen Folgen, die auch die Teamstruktur und Patientenversorgung belasten.
13	S. Bauer, D. Egelseer, M.Hödl	Pflege während der Covid-19 Pandemie	Springer	Österreich	2020	Querschnittstudie	Darstellung der Pflegequalität anhand von Donabedian. Ermittlung der Belastung mittels eines Fragebogens. Vermehrt psychische Belastung und fehlende Entlastungsprogramme.
14	S. Pemmerl, C. Tremml, A. Hüfner	Ein Jahr Corona pandemie-management an einem 300-Betten Krankenhaus	Springer	Deutschland	2021	Deskriptive Studie	Ermittlung der Maßnahmen zur Prävention von Corona, sowie deren Auswirkungen auf das Krankenhaus und das Pflegepersonal.
15	S. Zaheer, et al.	Acute care nurses' perceptions of leadership, teamwork, turnover intention and patient safety - a mixed method study	Open Access	Kanada	2021	Mixed method study	Führungsstil ist entscheidend für Teamarbeit und dementsprechend für Patientensicherheit. Darstellung der Zusammenhänge, auch unter Einbezug des finanziellen Aspekts.
16	S. Zaheer, et al.	Importance of safety climate, teamwork climate and demographics: understanding nurses, allied health professionals and clerical staff perceptions of patient safety	Open access	Kanada	2018	Cross-sectional study	Zusammenhänge von Führungsstil, Teamarbeit, Arbeitsklima und Patientensicherheit werden deutlich gemacht.

17	T. Mai, et al.	Die Situation der Pflegenden in Akut-krankenhäusern während der zweiten Welle der Covid-19 Pandemie	Hoe-gref	Deutsch-land	2022	Mixed Method study	Wichtigkeit einer salutogenen Führung, um auf Mitarbeiter*innen einzugehen und präventiv zu handeln. Dies hat Auswirkungen auf das Team und die Patientenversorgung.
18	V. Kramer, A Thoma, M. Kunz	Medizinisches Fach-personal in der Covid-19-Pandemie: Psyche am Limit	Sprin-ger	Deutsch-land	2021	Zertifi-zierte Fort-bil-dung	Darstellung der besonderen Belastung von Pflegepersonal und Anregen zur Diskussion, um die Situation zu verbessern.

5.2 Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf die pflegerische Versorgung und das Pflegepersonal

Die Corona-Pandemie sorgte für massive Einschränkungen im Bereich des öffentlichen und privaten Lebens. Dies wirkte sich direkt und indirekt auf die einzelnen Krankenhäuser und medizinischen Einrichtungen aus. Das Gesundheitssystem stand vor einer starken Überlastung, weil die Lage aufgrund des Pflegenotstandes bereits angespannt war. (Bonacker et al., 2022, S.27-34) Die phasenweise erlassene Ausgangssperre, aufgrund der Coronamaßnahmen, war gleichzusetzen mit dem Schutz der Gesundheit. In der Pandemie schien zu Beginn die einzige Möglichkeit in Kontaktbeschränkungen und schärferen Maßnahmen zu bestehen. (Bonacker et al., 2022, S.34-35)

Die Krankenhäuser wurden teilweise umstrukturiert, um die Patienten*innen besser versorgen zu können. Im Vordergrund stand immer die Pflegequalität und die Bewahrung dieser. Jedoch sind Krankenhäuser meist größere Einrichtungen, mit mehr Prozessen, Abläufen und komplexeren Strukturen als Pflegeheime. Deswegen musste aufgrund der genannten Maßnahmen, Abstriche bei der Patientenbeobachtung gemacht werden. (Bauer et al., 2020) Patienten*innen die sich selbst versorgen konnten und weniger pflegerische Unterstützung benötigten wurden vernachlässigt. Dies geschah nicht vorsätzlich, sondern um den vermehrt aufkommenden Arbeitsaufwand zu bewältigen. Außerdem sollte auch diejenigen adäquat betreut werden, die mehr pflegerische Unterstützung benötigten. (Bauer et al., 2020) Gerade hier wird die Relevanz des Modells nach Donabedian klar. Die Pflegequalität hängt von weiteren Qualitäten ab, der Struktur, des Prozesses und des dadurch erzielten Ergebnisses. In Krisenzeiten verlieren gewisse Qualitäten, da die Pflege sich erst auf die neu entstandenen Umstände einstellen muss. (Bauer et al., 2020) Die strukturellen Gegebenheiten wurden durch das Entstehen neuer, das Schließen bekannter und das Umplanen beibehaltener Stationen verändert. Die

Prozesse wurden durch die neu anwendbaren Maßnahmen umgeplant, sind neu entstanden oder wurden abgeschafft. Das hat direkte Auswirkungen auf die Pflegekräfte und die pflegerische Versorgung. Außerdem führte dies vor allem auf psychischer Ebene, zu einem aufkommenden Stress und einer Hilflosigkeit der Pflegekräfte. Dieses Ergebnis hatte direkte Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung und auf die Pflegekräfte selbst. Die Teams litten zusätzlich, da auch diese teils auseinandergerissen wurden und neue Teams entstanden sind. (Bauer et al., 2020) Ein entscheidender Schritt um die Auswirkungen einzudämmen oder entgegenzuwirken, war der Austausch im Team und die Transparenz bei jeder Veränderung. Auch neue Maßnahme die entstanden sind und die ständige Informationsweitergabe untereinander waren relevant. Sowohl von der Führungsebene an die Teamleiter und damit an die Pflegekräfte, als auch von den Pflegekräften an den Patienten*in und umgekehrt. Nur mit dem Prozess des Austausches und der Zusammenarbeit, konnten die Auswirkungen auf Pflegekräfte und die pflegerische Versorgung beeinflusst werden. (Bauer et al., 2020)

Somit sind die Auswirkungen der Corona-Pandemie vielfältig und sowohl positiv als auch negativ zu betrachten.

5.2.1 Positive Aspekte

Der Informationsaustausch ist von entscheidender Wichtigkeit bezogen auf die Transparenz zwischen der Pflege und den Patienten*innen. Die Pandemie hatte eine ausschlaggebende Wirkung auf die Digitalisierung. Einige Länder waren hier bereits weit fortgeschritten und hatten umfangreiche Möglichkeiten. Andere Länder, wie beispielsweise Deutschland, mussten handeln, um die Digitalisierung voranzutreiben. (Klauber, 2022, zit. E.Grill, B.Lange, S.14-15) Der Austausch und die Informationsweitergabe ist vor allem für die psychische Gesundheit der Pflegekräfte und der Patienten*innen enorm von Bedeutung. Die Pflegekräfte konnten durch die Weiterentwicklung im Bereich der sozialen Medien in Kontakt mit der Familie und ihrem sozialen Umfeld bleiben. Somit hatten sie einen Rückhalt und die Möglichkeit sich auch untereinander mit Pflegekräften weltweit auszutauschen. (Klauber, 2022, zit. E.Grill, B.Lange, S.14-15) Die Patienten*innen wiederum hatten durch den Fortschritt im Bereich der Digitalisierung und der Telemedizin auch die Möglichkeit mit ihrem Familien und Angehörigen in Kontakt zu bleiben. Gerade aufgrund der Kontaktbeschränkungen und der Besuchsverbote war dies auf den Akutstationen eine Entlastung. Sowohl für die Pflegekräfte, die die zusätzlichen psychischen Belastungen durch die Pandemie auffangen mussten, als auch für die Patienten*innen, die somit den Kontakt zu ihrem sozialen Umfeld aufrechterhalten konnten. (Bonacker et al., 2022, S.60-64) Durch die Möglichkeit zu Schulungen, Weiterbildungen, Lehrgängen und dem Informationsaustausch unter den Pflegekräften und den Auszubildenden, hatte die Digitalisie-

rung durchaus auch Vorteile. Obwohl solche Veranstaltungen an sich nicht in Präsenz stattfinden konnten, bestand die Möglichkeit diese online abzuhalten und das Angebot wurde teilweise auch genutzt. (Peter A. Takizawa et al., 2021) Besonders die Auszubildenden standen vor einer großen Herausforderung, sie hatten keine Präsenzlehre mehr. Sie lernten sich untereinander teils nur virtuell kennen und waren phasenweise auf sich allein gestellt. Je nachdem wie die digitale Form der Lehre ausgebaut und umgesetzt wurde, hatte sie dennoch einen Vorteil. Sie konnten ihre Ausbildung fortsetzen, hatten aber auch einen Teil Eigenverantwortung bezogen auf das selbstständige Lernen des pflegerischen und medizinischen Wissens. Die Auszubildenden und Pflegekräfte hatten durch die digitalen Medien die Möglichkeit, sich trotz der Einschränkungen weiterzubilden, zu lernen und sich untereinander auszutauschen. (Peter A. Takizawa et al., 2021) Wenn auch rein virtuell, so entstand trotzdem das Gefühl einer Gemeinschaft und ein Grundstein für den Teamsinn an sich sollte gelegt werden.

Ein weiterer Punkt waren die Ressourcen die zum Schutz der Pflegekräfte und Patienten*innen vorhanden sein mussten. Hier wurde meist zeitnah ein Krisenstab eingerichtet, der für das weitere Vorgehen zuständig war. Je nach Land und Ausbreitungsgeschwindigkeit wurden die Krankenhäuser unterschiedlich organisiert. Die Corona-Stationen entstanden und der Akutbereich wurde angepasst. (Banysch et al., 2020) Die Mitarbeiter auf Akutstationen hatten es deutlich einfacher. Sie konnten die Krankenhäuser meist wie gewohnt betreten. Die Mitarbeiter auf Corona-Stationen hatten meist gesonderte Eingänge und Umkleiden. Jedoch konnte durch das Krisenteam meist eine transparente Informationsweitergabe beibehalten und die Pflegekräfte zeitnah und adäquat informiert werden. Es wurden auch schnell Schulungsprogramme für Pflegekräfte im Bereich des Akutsettings angeboten, die noch keine Erfahrung mit dem exakten Umgang von Schutzausrüstung gemacht hatten. Diese Schulungsprogramme waren für alle Pflegekräfte möglich. Die Priorität hatten der Schutz der Pflegekräfte und der Patienten*innen. (Banysch et al., 2020)

Die Thematik der Corona-Pandemie wurde durch eine Studie in Australien näher beleuchtet. Sie bestätigt im Vergleich die Auswirkungen der Pandemie auf die Pflegekräfte und den Teamzusammenhalt. Die „Australian Covid-19 Frontline Healthcare workers study“ war weltweit die größte durchgeführte Studie, die die Sichtweise der Pflegekräfte in unterschiedlichen Themengebieten darstellt. Hier wurde schlicht die Frage gestellt „Is there anything else you won't tell us?“, diese wurde den bisherigen Ergebnissen gegenübergestellt. Die Pflegekräfte hatte somit die Chance, in ihren Worten zu berichten und dies konnte mit den bereits bekannten Erkenntnissen verglichen werden. (Bismark et al., 2022) Das Thema des Teams und des Teamzusammenhalt hatte eine besondere Bedeutung und wurde auch in einer weiteren Studie, unabhängig von Corona analysiert. Die Qualität und die Zusammenarbeit des Teams sind oft von der Art und Weise der Führung abhängig. (Jan B. Schmutz et al., 2019) Die Teamarbeit

ist somit nicht nur in Krisensituationen, sondern auch in Standardsituationen im Akutsetting relevant. (Jan B. Schmutz et al., 2019) Der Teamzusammenhalt ist durch Corona in einigen Abteilungen deutlich gestiegen. Bezogen auf die Systematic review/ meta-analysis nach J.B. Schmutz et al. und unter Betrachtung der „Australian Covid-19 Frontline Healthcare workers study“, wird deutlich, dass die Pflegekräfte durchaus in der Lage sind schnell und adäquat in Krisensituationen als Teams zu agieren. Jedoch muss von einer vorherigen Grundstruktur und einer Vertrauensbasis im Team ausgegangen werden. (Bismark et al., 2022, S.108-124) Allerdings wird deutlich, dass dies vor allem einer guten Führung nachzusagen ist, was auch die Studie aus Australien bestätigt. Wenn der Teamzusammenhalt, durch eine adäquate Leitung gefestigt wird und das Krankenhaus in Krisenzeiten sicher geführt wird, hat dies einen positiven Effekt auf die Pflegekräfte. (Bismark et al., 2022, S.108-124) Das ist ein weiterer Grund der ausschlaggebend für die pflegerische Versorgung und für die Pflegequalität ist.

5.2.2 Negative Aspekte

Auf der anderen Seite hat der Teamzusammenhalt auch gelitten, konnte nicht aufgebaut werden oder hatte am Anfang keinen Bestand. Aufgrund der Coronamaßnahmen mussten die Krankenhäuser gerade im Bereich des Akutsettings kurzfristige Lösungen finden. Dies führte teilweise dazu, dass die Stationen und Bettenverteilung neu geplant wurden. Das heißt, dass Stationen geschlossen, neu strukturiert oder neu geschaffen worden, um die Versorgung aller Patienten*innen zu gewährleisten. Dadurch wurde teils funktionierende Teams zerrissen, neue Teams geschaffen oder zu bereits bestehenden Teams neues Personal hinzugefügt. (Bonacker et al., 2022; Mai et. al., 2022.000Z) Die Pandemie sorgte dafür, dass Pflegeteams völlig neu entstanden sind und sich ad-hoc an die Situationen anpassen mussten. Dadurch entstanden oft Konflikte untereinander. Auch kam hinzu, dass teils fachfremde Mitarbeiter in bereits bestehende Teams kamen. Die eingearbeitet werden mussten, wenn die Möglichkeit und Zeit vorhanden war, oder sich selbst schnell an die neuen Umstände anpassen mussten. (Bonacker et al., 2022; Mai et. al., 2022.000Z) Hier zeigt sich der negative Aspekt deutlich. Pflegekräfte die nicht als Team arbeiten, agieren anders. Das wird vor allem in Krisensituationen deutlich erkennbar. Hinzukommt, dass sich auch die Führungsebenen an die neu entstandene Situation anpassen mussten. Somit kamen verschiedene Faktoren zusammen, die es den Pflegeteams erschwerte als solches zu entstehen und anschließend zu agieren. Dies steht im Konflikt zu einer adäquaten pflegerischen Versorgung. (Bonacker et al., 2022; Mai et. al., 2022.000Z)

Ein weiterer Aspekt der sowohl auf die Pflegekräfte als auch direkt auf die pflegerische Versorgung eine Auswirkung hat, sind die psychischen und physischen Belastungen der Pflegekräfte. Die psychische Belastung der Mitarbeiter im Gesundheitswesen war schon immer

enorm, nicht nur aufgrund des Schichtdienstes oder der unterschiedlichen Erkrankungen und Charakteren der Patienten*innen, sondern auch aufgrund der Umstände und Anforderungen die gestellt werden. Die Pandemie sorgte vor allem psychisch für zusätzliche Faktoren, die es zu bewältigen galt. (Kramer et al., 2021) Die Pflegekräfte standen vermehrt unter Druck, der Situation mit den Schutzmaßnahmen, den Umstrukturierungen und dem Virus an sich, gerecht zu werden. Besonders hier wurde die psychische Belastung, durch die Kontaktbeschränkungen verstärkt. Das hatte vermehrt Burnout, ein Zustand totaler körperlicher, geistiger und seelischer Erschöpfung (Salaja & Kurz, 2015, S.52) oder Depressionen, eine Art der Gemütsstörung die absolute Traurigkeit hervorruft, zur Folge. (Salaja & Kurz, 2015, S.67) Aber es führte teilweise auch zu Angstzuständen und auch zu PTBS, dass als posttraumatisches Belastungssyndrom verstanden wird. (Salaja & Kurz, 2015, S.263) Diese psychischen Erkrankungen entstanden teils während der Pandemie oder waren vorher bereits in Anfangsstadien vorhanden und wurden dadurch nur ausgelöst. Solche Erkrankungen führen immer auch zu einer verminderten Leistungsfähigkeit. (Kramer et al., 2021) Das Pflegepersonal war somit, vor allem in psychischer Hinsicht, besonders gefährdet. Hinzukamen die körperlichen Anstrengungen. Der SARS-CoV2 Erregers, der nach einiger Zeit auch immer wieder Mutationen entwickelte, stellte die Akutstationen auch personell vor eine Herausforderung. Durch Quarantäneauflagen und anschließend stellenweise lange Genesungszeiten, fielen Pflegekräfte, die dringend benötigt wurden, aus. Ebenso Pflegekräfte mit bereits bekannten physischen Erkrankungen, mussten der zusätzlichen Belastungen standhalten oder fielen vermehrt aus. (Kramer et al., 2021) Weitere Faktoren bezogen auf die physische und psychische Gesundheit, waren die Überstunden, die geleistet werden mussten. Das Pflegepersonal musste beim Einspringen flexibel sein, was zu mehr Stress, weniger Schlaf und noch weniger sozialen Kontakten führen konnte. Diese waren durch die teils soziale Isolation ohnehin schon begrenzt. (Fernandez et al., 2020) Dementsprechend litt wieder die pflegerische Versorgung und Pflegequalität, da die Pflegekräfte sowohl psychisch als auch physisch angreifbarer geworden sind. Solche Auswirkungen haben eine verminderte Leistungsfähigkeit zur Folge und wirken sich auf den pflegerischen Alltag aus.

Durch die Pandemie wurde das essenzielle Vorhandensein von Schutzausrüstung in Krisensituation deutlich. Zwar wurde wie bereits erwähnt ein Krisenstab eingerichtet, um die Pflegekräfte und Patienten*innen schützen zu können. (Banysch et al., 2020) Jedoch führten die freien Betten auch zu finanziellen Engpässen in manchen Kliniken und die Lieferschwierigkeiten durch die Pandemie stellten zusätzliche Einschränkungen dar. Aufgrund dessen war die Schutzausrüstung anfangs nicht immer im ausreichenden Maße vorhanden. Dies stellt für die Pflegekräfte und die pflegerische Versorgung eine Gefährdung dar. Außerdem kamen teilweise durch das Zusammenlegen von Stationen und das Schaffen neuer Isolationsbereiche

neue Faktoren hinzu, die es zu beachten galt. Die ad-hoc entstandenen Stationen benötigten ebenfalls Ressourcen, die nicht immer von Beginn oder nur in geringem Maße vorhanden waren. (Banysch et al., 2020; Bonacker et al., 2022) Auf den Akutstationen die teilweise nicht auf mögliche Infektionen vorbereitet waren, war dies ein zusätzlicher gefährdender Faktor in Hinblick auf die pflegerischer Versorgung. (Banysch et al., 2020)

Auch in ethischer Hinsicht stand die Pflege vor einer Herausforderung. Die Corona-Pandemie übte indirekt einen gesellschaftlichen Druck auf das Personal aus. Dieser war zum einen den Schutz der Patienten*innen zu gewährleisten und die gesundheitliche Versorgung aufrecht zu erhalten. Zum anderen kam dieser auch aus dem sozialen Umfeld, da die Pflegekräfte sich ebenso Sorgen um ihre Angehörigen machten, was eine zusätzliche Belastung darstellte. (Ulrich & Grady, 2022, S.1-3) Hier bestand eine moralische Herausforderung, den Schutz der Patienten*innen und Pflegekräfte zu gewährleisten, dem SARS-CoV2 Erregers entgegenzuwirken und die psychischen und physischen Belastungen für das Pflegepersonal so minimal als möglich zu halten. (Ulrich & Grady, 2022, S.1-3)

Dies alles hatte negative Auswirkungen, die wie die bereits erwähnten Studien und die Literatur zeigen, auch dazu führten, dass Pflegekräfte ihren Arbeitsplatz gekündigt haben. Dadurch wurde der bereits bestehende Personalmangel noch größer. Folglich wurde das Arbeitsklima belastet, ebenso die Pflegeteams und damit auch die pflegerische Versorgung und Pflegequalität.

5.3 Gegenüberstellung: Teambildung und Auswirkung auf die pflegerische Versorgung

Ein Team ist immer nur so stark wie sein schwächstes Mitglied. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass Pflegeteams stark betroffen waren. Jedoch benötigt eine Teambildung Zeit. (Möller, 2011) Die Phasen in der sich ein Team entwickelt sind unterschiedlich, je nach verwendetem Modell. Aber es ist dennoch eine Entwicklung notwendig. Gerade das Modell von Tuckmann und Jensen zeigt das deutlich. (Möller, 2011, S.51-58) Das Modell wie oben bereits erläutert, ist in fünf Phasen aufgeteilt. Formierungs-, Konflikt, Arbeits-, Normierungs- und Auflösungsphase, je nachdem ob und wie weit sich ein Team geformt hat, kann das Modell in jeder Phase beginnen. (Möller, 2011, S.51-58) Im Gegensatz dazu steht die Corona-Pandemie, die die Krankenhäuser größtenteils unvorbereitet getroffen hat. Die unterschiedlichen Maßnahmen, Umplanungen und zusätzlichen Einschränkungen machten es umso schwerer Teams ad-hoc und adäquat zu bilden. Dies ergeben verschiedene, bereits genannte Studien ebenso wie die zusätzlich gefundene Literatur. Das Buch nach M. Bonacker et al ist nur ein Beleg für die drastischen Veränderungen, die die Corona-Pandemie gebracht hat. Es zeigt

deutlich, dass die Pandemie global die Krankenhäuser und die Pflegekräfte belastet und in ihrem täglichen Beruf eingeschränkt hat. (Bonacker et al., 2022)

Ein weiterer Aspekt sind die Möglichkeiten zur Weiterbildung und Schulungen. Diese sind relevant, um nicht nur ausgebildetes Pflegepersonal, sondern auch Auszubildende zeitnah an die Praxis heranzuführen. Für den pflegerischen Alltag sind Schulungen, Lehrgängen und Möglichkeiten hierfür wichtig, damit die Pflegekräfte immer auf dem neusten Stand gehalten werden. Diese können somit qualitativ und quantitativ hochwertiger und angepasster arbeiten. (Kricheldorf, 2020; Peter A. Takizawa et al., 2021) Der Faktor der Teambildung wird hier besonders hervorgehoben. Wenn das Pflegepersonal ausreichend geschult ist und an die gegebenen, praktischen Bedingungen angepasst arbeiten kann, hat das einen direkten Einfluss auf die Versorgungsqualität. Im Gegensatz dazu steht die Corona-Pandemie. Zu Beginn und auch im weiteren Verlauf, war das Angebot an Schulungen- und Weiterbildungsmöglichkeiten nicht immer gegeben. Auch die Teilnahme und Möglichkeit zu ethischen Fallbesprechungen waren phasenweise nicht vorhanden. (Rheindorf et al., 2020) Dadurch entstand eine zusätzliche Belastung für die Pflegeteams, die teils noch in der Formierungsphase standen, da sie gerade erst gebildet wurden. (Möller, 2011) Sie beginnen sich als Team zu sehen, als solches zu agieren, aber die fachliche Expertise ist meist noch unzureichend. Da die passenden Angebote und Möglichkeiten, um sich die Fähigkeiten dazu anzueignen, fehlten. (Rheindorf et al., 2020) Diese Faktoren wirken sich wiederum auf die pflegerische Versorgung aus. Im Akutsetting hat das Pflegepersonal meist nicht direkten Kontakt zu Corona-Patienten*innen, kommt dies jedoch vor, fehlt teilweise die Schulung und der Umgang mit den Schutzmaterialien und Standards. Das ist eine Belastung für die Pflegekräfte und eine Gefahr für die Patienten*innen, da das Pflegepersonal noch nicht ausreichend geschult wurde. (Bonacker et al., 2022; Rheindorf et al., 2020)

Mit Bezug auf die moralische Vorstellung und Werte die auch aus Sicht der Pflegekräfte wichtig und nach denen der Beruf der Pflege ausgelegt ist, kann hinterfragt werden, ob diese immer verfolgt werden konnten. Die Pflegeteams befinden sich in den unterschiedlichen Phasen des Modells nach Tuckmann und Jensen. Da je nach Gegebenheiten die Teams gebildet werden oder sich weiter formen. Wenn aber die Situation der Pflegekräfte dargestellt wird, in der es phasenweise Personalverschiebungen gab, in fachfremden Gebieten gearbeitet wurde und dadurch teils eine noch größere Belastung für die Pflegeteams an sich entstanden ist. So wird deutlich, dass die Verantwortung die das Pflegepersonal gegenüber seinen Patienten*innen und auch sich selbst hat, um einiges gestiegen ist. (Mai et al., 2022.000Z) Hier bekommt der Begriff der in der Studie nach Mai et al verwendet wird, eine ganz andere Bedeutung. Die „Moral injury“, das heißt, dass die Herausforderung für die Pflege besteht, zum einen die Patienten*innen adäquat zu versorgen. Zum anderen aber auch die Vorgaben, Beschränkungen

und die Ressourcenknappheit, die außerhalb der Kontrolle des Pflegepersonals liegen, zu meistern. Die Pflorgeteams, die sich teils noch nicht gefunden haben oder erst dabei sind sich als ein solches Team zu entwickeln, müssen die zusätzlichen Herausforderungen bewältigen. Hinzukommt, dass auch die moralische Vorstellung und Werte nicht verletzt werden sollen. Die „Moral injury“ sollte somit nicht zum zusätzlichen Thema werden. (Mai et. al., 2022.000Z) Jedoch wurde das in Bezug auf die Corona-Pandemie immer wieder aufgegriffen, da phasenweise auch Personal fehlte und Patienten*innen triagiert werden musste. Das bedeutet, dass entschieden wird wer welche Behandlung wann und wie bekommt. Dies steht im Kontrast zu den moralischen Vorstellungen im Bereich der Pflege. (Klauber, 2022, zit. J.Winkelmann et al, S.19-34)

Dieses Risiko wurde von der ANA (American Nurse Association) 2015 auch definiert. Es wurde in einem Statement mit der Bezeichnung „Risk and Responsibility in providing nursing care“ veröffentlicht und im Buch „Nurses and Covid-19 – Ethical Considerations in Pandemic Care“ nach C. M. Ulrich et al, dass als Literatur miteinbezogen wurde, verwendet. Dadurch sollte deutlich gemacht werden, dass in moralischer und ethischer Hinsicht der Bedarf zu handeln besteht, wenn mehrere Punkte zutreffen. Zum einen wenn Patienten einen erheblichen Schaden erleiden oder einem Risiko ausgesetzt sind, da die Pflegekräfte keine ausreichende Unterstützung haben. Des Weiteren wenn die Schadensverhütung nur durch die Pflegekräfte selbst verhindert werden kann oder die Betreuung sowie Fürsorge solchen Schaden abwenden können. Zum anderen sollte der Nutzen den die Patienten*innen daraus ziehen immer größer sein als der Schaden selbst. Wenn dies nicht der Fall ist und die anderen Punkte treffen ebenfalls zu, dann ist dies kein akzeptables Risiko und ethisch für die Pflegekräfte nicht vertretbar. (Ulrich & Grady, 2022, S.8-10)

Durch diese Definition nach ANA zum Thema pflegerische Versorgung und Risiko, wird ersichtlich, dass die Pflegekräfte zusätzlich zu den bereits genannten Aspekten auch vor einer ethischen Krise stehen. Nicht jede Pflegekraft kann dieses Risiko tragen, dies wirkt sich direkt auf die Teams aus und auf die pflegerische Versorgung an sich aus. (Ulrich & Grady, 2022, S.7-13)

Die Auswirkungen auf die arbeitende Front in einer Pandemie sind enorm. Das Pflegepersonal nimmt teils das Risiko einer Überlastung oder Infektion in Kauf und arbeitet auch selbst am Limit. Dies zeigen nicht nur die psychischen Konsequenzen, wie der zusätzlichen Stress durch die Maßnahmen und Einschränkungen oder der Personalmangel. Auch die physischen Auswirkungen, die durch Schlafmangel, Überstunden und die teils fehlenden Pausen entstehen, sind relevant. (Fernandez et al., 2020) Die Lang- und Kurzzeitfolgen, sind weder für die Pflegekräfte noch für die Patienten*innen und den Rest der Bevölkerung vorhersehbar. Es gibt

vermehrt Pflegekräfte die den fehlenden Teamsinn beklagen, dass aufgrund der Maßnahmen und Einschränkungen für sich gearbeitet oder isoliert gearbeitet wird und das Team leidet. (Fernandez et al., 2020) Dies ist auf die Vorbereitungen, die teils nicht getroffen werden konnten, die fehlenden Schulungen, die massiven Einschränkungen durch die Maßnahmen und die Umplanung in den Krankenhäusern zurückzuführen. Wie die Systematic Review nach Fernandez et al belegt, ist für ein Team Vertrauen, Respekt und Zusammenarbeit relevant. Das Buch nach S. Möller verdeutlicht das nachvollziehbar. Wenn das Team ad-hoc gebildet wird und nicht auf einer Basis des Vertrauens, des Respekts und weiterer bereits genannter Kriterien zusammenarbeiten kann, hat das nicht nur für die Pflegekräfte direkte Folgen. Auch die Patientensicherheit und pflegerischer Versorgung leidet, sie steht für eine Pflegekraft immer an erster Stelle. (Fernandez et al., 2020) Das Pflorgeteam ist sowohl auf der Akutstation, wie auch in jedem anderen Bereich, der Dreh- und Angelpunkt in Bezug auf die pflegerischer Versorgung. Bezogen auf die Pandemie bekommt das Pflegepersonal eine besondere Rolle, da es der entscheidende Faktor für die Patientensicherheit und die pflegerischere Versorgung ist. (Fernandez et al., 2020)

Ein weiterer Aspekt in der Pandemie ist die Führung der Krankenhäuser und Pflgeteams. Es wurde bereits deutlich gemacht, wie relevant ein adäquater und vorbildlicher Leiter einer Einrichtung oder einer Station ist. In jeder Phase nach Tuckmann und Jensen bekommt die Leitung eine spezielle Aufgabe. Wenn sie diese bewältigt, wächst das Team nochmals und bildet eine stärkere, innere Struktur. Da die Leitung in Konflikt- und Krisensituationen als Vorbild gesehen wird. Das Team orientiert sich daran, wie eine Leitung agiert und reagiert. (Möller, 2011, S.50-58) Je nach Führungsstil eines Krankenhauses stehen gewisse Punkte im Vordergrund. Jedes Krankenhaus ist unterschiedlich organisiert und wird anderes geleitet. Hier ist entscheidend, was für Faktoren und Prioritäten gesetzt werden. Eine mixed method study nach S. Zaheer et al, die unabhängig von Corona durchgeführt wurde, zeigt welche Bedeutung eine gute Führung hat. (Zaheer et al., 2021)

Der Führungsstil ist maßgeblich für die Organisation und Struktur in einem Krankenhaus und auf den einzelnen Stationen. Wenn jedoch der Umsatz im Vordergrund steht und dadurch die Pflgeteams, das Arbeitsklima und weitere Faktoren vernachlässigt werden, hat das einen negativen Effekt im Bereich der Patientenversorgung. Hinzukommt das die Führungsebene immer die Richtung vorgibt, nach der in Krisensituationen gehandelt wird. Dies wiederum wirkt sich direkt auf das Pflegepersonal, die einzelnen Teams und die Patientensicherheit und -versorgung aus. (Zaheer et al., 2021) Der Hauptfaktor der entscheidend ist, ist eine Transparenz und die Kommunikation zwischen den Führungsebenen, Leitungen und den Pflgeteams. Genauso wie in dem Buch bei S. Möller, wird hier deutlich, dass es Kriterien gibt, an denen sich Teams orientieren und nach denen sie handeln. Diese Kriterien werden teils auch durch

die Führungsebenen festgelegt. Wenn die entscheidenden Informationen transparent kommuniziert werden, der Führungsstil ausgelegt ist, um das Pflegepersonal zu unterstützen, das Arbeitsklima zu stabilisieren und die pflegerische Versorgung zu sichern. Dann entstehen ein positiver Effekt und eine gefestigte innere Struktur, die auf Vertrauensbasis zwischen Führung und Pflegepersonal aufbaut. Dadurch wird die Patientensicherheit und die pflegerische Versorgung gewährleistet und positiv beeinflusst. Hinzukommt, dass auch Schulungen zum Ausbau des Fachwissens und zum Erlangen von Grundlagen angeboten werden sollten. Außerdem muss auch die psychische und physische Gesundheit der Pflegekräfte im Vordergrund stehen. Dies hat ebenfalls einen positiven Effekt auf die Bildung und Aufrechterhaltung der Teams und der pflegerischen Versorgung. (Zaheer et al., 2018)(Zaheer et al. 2021)

Mit Blick auf die Corona-Pandemie und die Stimmen der Pflegekräfte aus der „Australian Covid-19 Frontline Healthcare workers study“ zeigt sich, dass es sowohl positive als auch negative Meinungen zum Thema Führungsebene gibt:

- „I work in a great place with wonderful leaders who have done an exemplary job in preparing and implementing all the planning.“ – Nurse, intensive care, female, age 41-50 (Bismark et al., 2022, S.109)
- „We continually get emails telling us what we can't do and what we must do, but never have we had a visit to acknowledge the daily stress we have of delivering face-to-face service to the community.“ – Nurse, community care, female, age 51-64 (Bismark et al., 2022, S112)

Gerade durch die dargestellten Studien und theoretischen Hintergründe zum Thema Team und Teambildung zeigt sich, dass mehrere Faktoren entscheidend sind, um Teams ad-hoc bilden zu können und die Patientensicherheit und -versorgung zu gewährleisten.

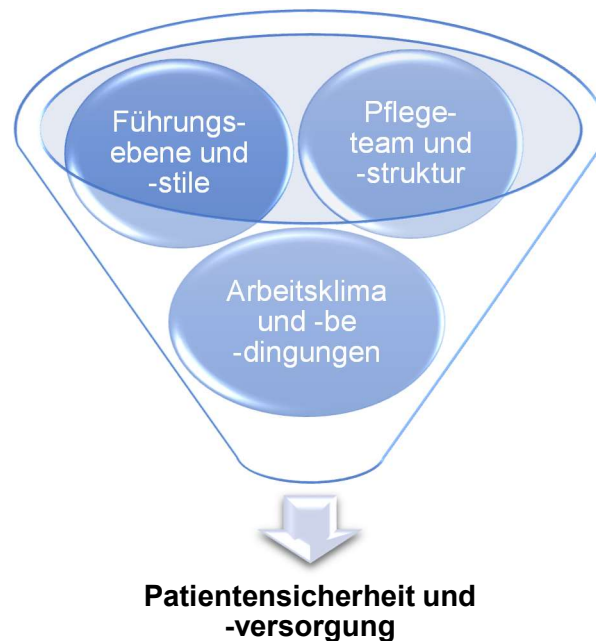


Abbildung 6 - Darstellung der Auswirkungen auf die Patientensicherheit und -versorgung

Die Abbildung 6 stellt eine Übersicht dieser Faktoren dar. Jedes Team durchläuft mehrere Phasen bevor es sich als solches definieren kann und muss unterschiedliche Kriterien erfüllen. (Möller, 2011) In Krisensituationen stehen Pflegeteams aber vor einer Herausforderung, die Teamstruktur beizubehalten oder sich neu zu bilden, da unterschiedliche innere und äußere Umstände im Krankenhaus das Pflegepersonal belasten. (Mai et. al., 2022.000Z) Hinzukommt die Art und Weise wie die Führungsebene in Krisensituationen reagiert und agiert, da dies ausschlaggebend für die Planung und Organisation im Krankenhaus und auf den einzelnen Stationen ist. Die Leitungen fungieren als Vorbild und geben entscheidende Impulse zur Gewährleistung der Patientensicherheit und -versorgung. (Fernandez et al., 2020; Zaheer et al., 2021) Ein weitere Punkt ist das Arbeitsklima an sich, dass einen positiven oder negativen Effekt auf das Pflegepersonal und die pflegerische Versorgung haben kann. (Zaheer et al., 2018) Der Fokus lag immer auf der Pflegequalität und diese hat auch in Krisenzeiten oberste Priorität. Gerade hier zeigt die Darstellung nach Donabedian, dass die Struktur, der Prozess und die Ergebnisse entscheidenden Einfluss auf die pflegerische Versorgung haben. Die drei Ebenen waren jedoch nur eingeschränkt umsetzbar. Die Strukturen wurden angepasst und verändert, genauso wie verschiedene Prozesses. Ein Ergebnis war, dass die Krankenbeobachtung und pflegerische Versorgung phasenweise nur in geringem Maße stattfand. (Bauer et al., 2020)

Schlussendlich zeigt sich, dass eine Kombination aus adäquater Führung, einem transparenten und sicheren Arbeitsklima sowie stabilen Arbeitsbedingungen entscheidend sind. Hinzu kommt die Stabilität der Pflegeteams, die auch in Krisensituationen und obwohl sie ad-hoc

gebildet wurden, ohne größere Konflikte und Einschränkungen sicher agieren und funktionieren sollten. Wenn dementsprechend auch die Struktur und Organisation des Krankenhauses und der Pflegeteams vorhanden ist. Die Führungsebene dies umsetzen und aufgrund einer geschaffenen Vertrauensbasis agieren kann. Dann hat dies einen positiven Effekt auf die Pflegequalität, die Patientensicherheit und somit auf die gesamte pflegerische Versorgung.

6 Diskussion

6.1 Rückblick auf die Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage

Mit abschließender Betrachtung der Ergebnisse und mit Blick auf die Forschungsfragen, wird deutlich, wie essenziell wichtig der Zusammenhang von einem stabilen Team und der damit verbundenen Pflegequalität ist.

Jedes Team benötigt Zeit und muss mehrere Phasen durchlaufen, um zu entstehen und sich als solches zu entwickeln. (Möller, 2011) Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass gerade in Krisensituationen die Krankenhäuser und Pflegekräfte vor einer großen Herausforderung stehen. (Bonacker et al., 2022) Dies ist nur zu bewältigen, wenn die Führungsebenen transparent mit ihren Mitarbeitern kommunizieren und die Patientensicherheit in den Vordergrund stellen. (Zaheer et al., 2018) Ad-hoc gebildete Teams sind zum einen notwendig, um in Krisen angepasst reagieren zu können. Im Fall der Corona-Pandemie, um Patienten*innen im Akutsetting und anderen Bereichen adäquat versorgen zu können. Aber sie sind zum anderen eine Belastung und Herausforderung für die betreffenden Pflegekräfte. Da teilweise der Fachbereich, die Kollegen und auch die neuen Bedingungen erst angenommen werden müssen. Wenn diese Hürden bewältigt werden und die Pflegekräfte Unterstützung erhalten. Dann kann entsprechend gearbeitet werden und das Team an sich kann sich als solches bilden und die Teamstruktur festigen. Dadurch gewinnt das Team an Stabilität und Vertrauen untereinander, was sich direkt auf die pflegerischere Versorgung und Pflegequalität auswirkt. Gerade durch Donabedian wird deutlich, dass alle drei Ebenen beachtet werden müssen, um das bestmögliche Ergebnisse zu erzielen. Sowohl die Struktur, die Prozesse als auch das Ergebnis müssen adäquat sein und aufeinander abgestimmt. (Korečić, 2012, S.37-56) Dieses Ergebnis oder Ziel, das im Vordergrund steht, ist in dem Fall der ad-hoc Teambildung in Krisensituationen die pflegerische Versorgung von Patienten*innen. Hier sind alle pflegerischen und medizinischen Bereiche betroffen, die Patienten*innen behandeln. Sowohl das Akutsetting als auch allen anderen Fachrichtungen, Einrichtungen und auch die Ambulanzen.

Des Weiteren sind auch die Auswirkungen essenziell von Bedeutung, die das Pflegepersonal betreffen. Zum einen sind die psychischen Faktoren relevant, wie der zusätzliche Stress, die

vermehrten Überstunden, die persönliche Isolation oder auch die Belastung durch die Bildung neuer Teams und aufgrund von Umstrukturierungen. (Wildgruber et al., 2020) Zum anderen die physische Belastung durch die Einschränkungen und Maßnahmen, die den pflegerischen Alltag belasten und erschweren. (Kramer et al., 2021) Die Führungsebenen und Leitungen sowie die Pflegekräfte selbst, müssen versuchen dies zu kompensieren. Durch das Angebot an Schulungen, Weiterbildungen und Entlastungsprogramme kann hier ein Vorteil geschaffen werden. Diese sind entscheidend, um die Pflegekräfte nachhaltig zu unterstützen und durch Coping-Strategien kann prophylaktisch gehandelt werden. Aber auch eine exakte Struktur, Organisation und Planung durch die Führungsebenen stellt eine zusätzliche Entlastung dar. Die eine transparent und exakt Kommunikation haben sollte. Wenn die Pflgeteams dann, obwohl sie ad-hoc gebildet wurden, noch stabil sind und adäquat agieren, kann dies ebenso einen positiven Effekt haben. Dadurch können die eigentlichen negativen Auswirkungen entkräftet und die positiven noch verstärkt werden. Es ist jedoch immer relevant auf die negativen Konsequenzen einzugehen und demensprechend zu reagieren. Wenn sie nicht beachtet werden, können die Folgen nur verstärkt werden.

Wird dann noch die eigentliche Teambildung betrachtet, kann hervorgehoben werden, dass Kriterien die als Grundlage hierfür dienen, von Vorteil sind. Wenn in Krisensituationen Teams schnell gebildet werden sollen, ist es hilfreich einen „Roten Faden“ zu haben, an dem sich orientiert werden kann. (Möller, 2011) Die Führungsebene und speziell die Stationsleitung haben eine Hilfe, die es ihnen erleichtert, das Team zu formen und als solches zu führen. Wenn speziell das Agieren in Krisen, wie der Corona-Pandemie betrachtet wird, zeigt sich, dass Planung und Organisation von enormen Vorteil sind. Das hat ebenso Auswirkungen auf die schnelle Bildung der Pflgeteams, wie auf die Patientensicherheit und pflegerischer Versorgung. Die Qualität und Effizienz der Pflege steigt, wenn die Pflgeteams als feste Einheit agieren und durch adäquate Führung und genauen Zielen geleitet werden.

6.2 Qualität der Studien und der systematischen Literaturrecherche

Mit Blick auf die eigentliche systematische Literaturrecherche lässt sich sagen, dass das Thema der Corona-Pandemie sehr umfangreich ist. Dementsprechend war vorab eine genaue Eingrenzung notwendig. Dafür war es entscheidend, die Keywords kombiniert einzusetzen, um die Literaturrecherche so exakt wie möglich zu gestalten. Es sollte angemerkt werden, dass alle Studien und die Verwendung dieser durch keinen zweiten Begutachter geprüft wurden. Die Studien wurden eigens von der Verfasserin ausgewählt und die Ergebnisse ausgewertet.

Der theoretische Hintergrund war gut und exakt recherchierbar, da hier bereits umfangreiche Studien und Literatur vorlagen. Diese mussten nur eingegrenzt und entsprechend der Thematik verwendet werden. Hier wäre eine größere Auswahl an Modellen und Kriterien zur Teambildung möglich gewesen. Dies wurde jedoch nicht berücksichtigt, da der Umfang der Bachelorarbeit sonst den Rahmen überschritten hätte.

Die systematische Literaturrecherche gestaltete sich zu Beginn etwas schwieriger. Gerade durch die Corona-Pandemie gab es eine Vielzahl an neuen Studien und Thematiken. Dadurch musste die Recherche Schritt für Schritt durchgeführt und eingegrenzt werden. Es wurde erst umfangreicher gesucht, um die möglichen Thematiken kennen zu lernen und anschließend gezielt nach der Thematik der Forschungsfrage. Ein phasenweiser Vorteil hätten sein können, wenn mehr kombinierte Studien aus dem Bereich Teambildung, Akutsetting und Patientensicherheit vorhanden gewesen wären. Jedoch konnte durch Einbezug unterschiedlicher Studien und Literatur in einer Gegenüberstellung die Forschungsfrage beantwortet werden.

Abschließend kann festgestellt werden, dass weitere Studien und Recherchen zu den Thematiken durchgeführt werden sollten. Wird der Zusammenhang zwischen dem Pflorgeteam und der Patientensicherheit und Pflegequalität betrachtet, wären exakter definierte Studien wichtig, um genauer auf die Auswirkungen und Wechselwirkungen untereinander einzugehen. Dadurch könnte der Zusammenhang noch genauer dargestellt werden. Die Relevanz einer stabilen und sicheren Führungsebene sollte hier eine Rolle spielen. Diese ist essenziell für die Organisation der Krankenhäuser und einzelnen Stationen. Durch weitere Studien die diese Thematiken betreffen, könnte vor allem in Krisen schneller agiert werden.

7 Schlussfolgerung

7.1 Empfehlung von Kriterien zur Teambildung

Jedes Team benötigt eine Grundstruktur und Merkmale an denen es sich orientieren kann. Die Leitung oder Führung ist dafür zuständig, dass diese Kriterien angenommen und umgesetzt werden.

Die Merkmale, die von Diplom-Psychologin Susanne Möller im Buch „Einfach ein gutes Team“ erläutert wurden, können durchaus als Grundlage dienen. Die „Kommunikation und Interaktion“ dient als Basis zum Austausch und der Transparenz. Je nach Mitarbeiter ist eine „Persönliche Motivation“ vorhanden, die dem Team und der Pflegekraft selbst Kraft gibt und zu besseren Leistungen führt. Dadurch wächst das Team im Gesamten. Hinzukommen unterschiedliche „Aktivitäten“, die aus einer exakten Rollen- und Aufgabenverteilung entstehen können. Da jeder in gewissen Situationen anderes reagiert, ist es relevant die „Gefühle“

eines jeden anzunehmen. Wenn das Team an sich „das Verhältnis zur Umgebung“ beachtet und auch andere Teams wahrnimmt, festigt es sich zusätzlich. Ein wichtiger Punkt ist die „Akzeptanz“ sowohl untereinander als auch anderen gegenüber. Werden diese Merkmale beachtet und zusätzliche „aufgabenspezifische Kräfte“ vereint, kann sich das Team zielorientierter formen. Somit entstehen Richtlinien nach denen sich das Team bilden, finden und entwickeln kann. Dadurch können sie „auf gemeinsame Ziele“ hinarbeiten und dies Erreichen. Hier ist jedoch immer eine gute Führung oder Leitung wichtig. Die die Prioritäten festlegt und die die einzelnen Teammitglieder bei Bedarf anleiten, führen, unterstützen und die transparent sowie der Situation entsprechend kommunizieren kann. (Möller, 2011) In ad-hoc gebildeten Teams können solche Kriterien dazu führen, dass die einzelnen Pflegekräfte ihren Wert und den der anderen erkennen. Sie lernen zu kommunizieren, zu akzeptieren und zu handeln. Je nach Leitung können die einzelnen Merkmale gefördert werden und die Pflgeteams sind in der Lage sich auch in Krisensituationen schnell und stabil zu bilden.

7.2 Empfehlung zur Entwicklung eines spezifischen Konzepts

Schlussendlich sind ein Team und die Stärke dessen entscheidend für die Arbeitsleistung. Die Pflgeteams sind in Krankenhäusern der Dreh- und Angelpunkt, um die pflegerische und medizinische Versorgung aufrecht zu erhalten. Wenn sie von einer guten Führung und Leitungen unterstützt werden, dann können sie in Krisensituationen qualitativ und quantitativ hochwertige Leistungen bringen. Jedoch kann ein Konzept, das als „Rote Linie“ gilt, gerade in Krisensituationen von Vorteil sein. Wenn die Corona-Pandemie betrachtet wird, die relativ unvorbereitet kam und bei der die einzelnen Krankenhäuser unterschiedlich reagiert haben, so kann ein Konzept, aufgebaut auf bestimmten Merkmalen zum Thema Team, im Bereich der Pflege entscheidend sein. Wenn ein Grundkonzept vorhanden ist, dass der Leitung vorliegt und nachdem sie agieren kann. So kann in ad-hoc gebildeten Teams schneller eine Grundstruktur aufgebaut werden, die Teams können sich kurzfristig besser aneinander anpassen und mehr Vertrauen aufbauen. Auch entscheidend ist, wie dieses Konzept gefördert wird. Die Klinikleitungen könnten gewisse Programme und Schulungen vorab anbieten, damit im Falle einer Krise jede Pflegekraft vorbereitet ist. Wenn jede Pflegekraft eine Schulung hatte zum Thema Team, Teambildung und ad-hoc Teams in Krisensituationen, könnten die Umstrukturierungen und Umplanungen nicht so massive Auswirkungen haben. Mit Blick auf die Zukunft und weitere mögliche Krisen die auf das Gesundheitssystem zukommen, wäre es von Vorteil, wenn ein solches Konzept erarbeitet wird. Dadurch könnten die Pflegekräfte vorab besser darauf vorbereitet werden. Durch eine gute Führung und eine transparente Kommunikation untereinander könnte der Zusammenhalt gestärkt werden. Gerade in

Krisen könnte dies entscheidend sein, um die pflegerische Versorgung auf einem hohen Niveau durchzuführen und die Pflegequalität damit stabil zu halten. Im Endeffekt profitieren sowohl die Pflegekräfte als auch die Patienten*innen, von bereits vorhandenen Konzepten, um in Krisen schnell und sicher agieren zu können. Denn das Wohl der Patienten*innen steht immer an erster Stelle im Alltag einer Pflegekraft.

Literaturverzeichnis

- Banysch, M., Heuer, T., Frings, G., Kühl, H., Bochlogyros, S. & Kaiser, G. M. (2020) „Herausforderungen der Viszeralmedizin bei COVID-19: Erfahrungen aus einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung“, *Der Gastroenterologe : Zeitschrift für Gastroenterologie und Hepatologie*, Vol. 15, No. 6, S. 487–493.
- Bauer, S., Eglseer, D. & Hödl, M. (2020) „Pflege während der COVID-19 Pandemie“, *ProCare*, Vol. 25, No. 8, S. 48–53 [Online]. DOI: 10.1007/s00735-020-1247-8.
- Bismark, M., Willis, K., Lewis, S. & Smallwood, N. (2022) *Experiences of health workers in the COVID-19 pandemic: In their own words* [Online], Milton Park, Abingdon, Oxon, New York, NY, Routledge. Verfügbar unter <https://www.taylorfrancis.com/books/9781003228394>.
- Bonacker, M., Geiger, G., Kaiser, M., Blättner, B., Freytag, S., Tezcan-Güntekin, H., Özer-Erdogdu, I., Mazur, S., Pitz, A., Langner, B., Krampen, R., Arend, S., Zaborowski, H., Schallberger, P., Hasseler, M., Hartleb, B., Könninger, S., Kohlen, H & Fischer, N (Hg.) (2022) *Pflege in Zeiten der Pandemie: Wie sich Pflege durch Corona verändert hat* [Online], 2. Aufl., Opladen, Berlin, Toronto, Verlag Barbara Budrich. Verfügbar unter <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.3224/9783847417378>.
- Brandenburg, H., Panfil, E-M, Mayer, H & Schrems, B (Hg.) (2018) *Pflegewissenschaft*, 3. Aufl., Bern, Hogrefe.
- Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I. & Ellwood, L. (2020) „Implications for COVID-19: A systematic review of nurses’ experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic“, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 111, S. 103637 [Online]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103637.
- International Council of Nurses (2010) „Definition-der-Pflege-ICN-deutsch“.
- Jan B. Schmutz, Laurenz L. Meier & Tanja Manser (2019) „How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis“, *BMJ open*, Vol. 9, No. 9, e028280.
- Kaldewey, D. (2022) „Was bedeutet Systemrelevanz in Zeiten der Pandemie?“, *Berliner Journal für Soziologie*, Vol. 32, No. 1, S. 7–33 [Online]. DOI: 10.1007/s11609-022-00464-y.
- Klauber, J. (2022) *Krankenhaus-Report 2022: Patientenversorgung Während der Pandemie* [Online], Berlin, Heidelberg, Springer Berlin / Heidelberg. Verfügbar unter <https://e-bookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6946374> (Abgerufen am 1 November 2022).

- Korečić, J. (2012) „Pflegequalität und Qualitätssicherung“, in *Pflegestandards Altenpflege*, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 37–56.
- Kramer, V., Thoma, A. & Kunz, M. (2021) „Medizinisches Fachpersonal in der COVID-19-Pandemie: Psyche am Limit“, *InFo Neurologie + Psychiatrie*, Vol. 23, No. 6, S. 46–53 [Online]. DOI: 10.1007/s15005-021-1975-8.
- Kricheldorf, C. (2020) „Gesundheitsversorgung und Pflege für ältere Menschen in der Zukunft“, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Vol. 53, No. 8, S. 742–748 [Online]. DOI: 10.1007/s00391-020-01809-z.
- Mai et. al. (2022.000Z) *Die Situation der Pflegenden in Akutkrankenhäusern während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie* [Online]. Verfügbar unter <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/1012-5302/a000846> (Abgerufen am 1 November 2022.569Z).
- Möller, S. (2011) *Einfach ein gutes Team - Teambildung und -führung in Gesundheitsberufen* [Online], Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1598685>.
- Panfil, E. M. (2018) *Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden* [Online], 3. Aufl., s.l., Hogrefe Verlag Bern (ehemals Hans Huber). Verfügbar unter http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm?bok_id/2424073.
- Pemmerl, S., Treml, C. & Hübner, A. (2021) „Ein Jahr Coronapandemiemanagement an einem 300-Betten-Krankenhaus : Report der Pandemiebeauftragten“, *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*.
- Peter A. Takizawa, Linda Honan, David Brissette, Barry J. Wu & Kirsten M. Wilkins (2021) „Teamwork in the time of COVID-19“, *FASEB BioAdvances*, Vol. 3, No. 3, S. 175–181 [Online]. DOI: 10.1096/fba.2020-00093.
- Rheindorf, J., Blöcker, J., Himmel, C. & Trost, A. (2020) „Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie?“, *Pflegezeitschrift*, Vol. 73, No. 8, S. 50–53 [Online]. DOI: 10.1007/s41906-020-0761-4.
- Salaja, A.-M. & Kurz, A. (2015) *Medizinische Fachwörter von A-Z: Kleines Lexikon für Pflege- und Gesundheitsberufe*, 2. Aufl., München, Elsevier Urban & Fischer.
- Ulrich, CM & Grady, C (Hg.) (2022) *Nurses and COVID-19: Ethical Considerations in Pandemic Care*, Cham, Springer International Publishing; Imprint Springer.

Wildgruber, D., Frey, J., Seer, M., Pinther, K., Koob, C. & Reuschenbach, B. (2020) „Arbeitsengagement und Belastungserleben von Health Professionals in Zeiten der Corona-Pandemie - Eine Querschnittstudie“, *Pflege*, Vol. 33, No. 5, S. 299–307 [Online]. DOI: 10.1024/1012-5302/a000759.

Zaheer, S., Ginsburg, L., Wong, H. J., Thomson, K., Bain, L. & Wulffhart, Z. (2021) „Acute care nurses' perceptions of leadership, teamwork, turnover intention and patient safety – a mixed methods study“, *BMC Nursing*, Vol. 20, No. 1, S. 1–14 [Online]. DOI: 10.1186/s12912-021-00652-w.

Zaheer, S., Ginsburg, L. R., Wong, H. J., Thomson, K. & Bain, L. (2018) „Importance of safety climate, teamwork climate and demographics: understanding nurses, allied health professionals and clerical staff perceptions of patient safety“, *BMJ open quality*, Vol. 7, No. 4, e000433.

Danksagung

Mit dieser Seite möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die auf unterschiedliche Art und Weise zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Obwohl eine Bachelorarbeit keinen so großen Umfang hat, war es trotz allem eine anstrengende, wenn auch lehrreiche, Zeit. Da ich weiterhin zu 100% gearbeitet und ein Jahr vor Ende des Studiums noch eine neue Stelle als stellvertretende Leitung angetreten habe.

Mein hauptsächlichster Dank gilt meinen Eltern, die mich in jeder Phase des Studiums unterstützt und immer an mich geglaubt haben.

Auch ein Dankeschön an meinen Bruder, der mir immer mit einem guten Rat und Humor zur Seite stand.

Ich bedanke mich außerdem bei meinem engsten Freundeskreis, der mir zu jederzeit Mut zugesprochen und mich in schwierigen Phasen aufgebaut hat. (Diejenigen wissen, dass sie gemeint sind.)

Ein besonderer Dank, geht auch an die Sozialstiftung Bamberg, die mir diesen Weg durch ihre Unterstützung ermöglicht hat. Sowie an meinen ersten Stationsleiter, ohne den ich nicht die Überwindung gehabt hätte diesen Weg einzuschlagen.

Schlussendlich ist immer entscheidend wer einen auf dem Weg begleitet und mit einem in die gleiche Richtung schaut.

Den ersten Schritt muss sich jeder selbst zutrauen.

Eidesstattliche Erklärung

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 Autoren*innen 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.

Bamberg, den 08.01.2023

Unterschrift der Verfasserin