

**Intensivpflege während der Covid-19-Pandemie - eine standardisierte
Onlinebefragung**

Masterthesis zur Erlangung des Grades „Master of Arts“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Standort Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Masterstudiengang Lehrer*in Pflege und Gesundheit

Johannes Klausmeier

Jochen Hamacher

Hansemannstraße 8a

In den Benden 1

45357 Essen

53894 Mechernich

Matrikelnummer: 515443

Matrikelnummer: 515387

Erstprüfer: Prof. Dr. Michael Isfort

Zweitprüferin: Prof. Dr. Anke Helmbold

Datum der Abgabe: 21. Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Zeitpunkt der Befragung	1
1.2 Hinführung zum Thema.....	2
2 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse	4
3 Theoretischer Teil	6
3.1 Begriffserklärungen	6
3.2 Problembeschreibung.....	8
3.3 Entwicklung der Fragestellung	9
3.4 Literaturrecherche.....	12
4 Methodischer Teil.....	17
4.1 Begründung des Forschungsdesigns	17
4.2 Ethische Überlegungen	18
4.3 Stichprobenauswahl	19
4.4 Fragebogenentwicklung	20
4.5 Aufbau des Fragebogens.....	22
4.6 Pretest	26
4.7 Feldzugang.....	26
4.8 Datenauswertung	27
5 Ergebnisse.....	28
5.1 Verlauf der Onlinebefragung	28
5.2 Bereinigung der erhobenen Daten.....	28
5.3 Beschreibung der Stichprobe	29

5.4 Beschreibung der Betreuungsrelation Pflegekraft/ Patient*innen	34
5.5 Beschreibung der Einschätzungen der Intensivpflegekräfte zur aktuellen Arbeitssituation unter Covid-19.....	37
5.6 Beschreibung der strukturellen Veränderungen in der Zeit während der Covid-19-Pandemie	39
5.7 Beschreibung der persönlichen Empfindungslage von Intensivpflegekräften während der Covid-19-Ausnahmesituation	42
5.8 Beschreibung der Erwartungen von Pflegekräften auf Intensivstationen an die Zeit nach der Covid-19 Pandemie	48
6 Diskussion.....	52
6.1 Diskussion des Betreuungsschlüssels auf Intensivstationen	52
6.2 Diskussion der strukturellen Veränderungen des Arbeitsplatzes durch den Arbeitgeber vor und während der Covid-19-Ausnahmesituation	53
6.2.1 Informationspolitik des Arbeitgebers	54
6.2.2 Ausstattung mit Schutzmaterial.....	54
6.2.3 Personelle Veränderungen	56
6.2.4 Organisatorische und materielle Veränderungen.....	58
6.3 Diskussion über die Gefühlslagen der Intensivpflegekräfte....	59
6.3.1 Angst vor einer Covid-19 Ansteckung.....	59
6.3.2 Sorge vor pflegerischer und/ oder medizinischer Unterversorgung	62
6.3.3 Erlebte oder erwartete psychische Belastung.....	64
6.3.4 Covid-19 als pflegerische Herausforderung	66
6.4 Diskussion über die Erwartungshaltung der Pflegekräfte nach der Covid-19-Krise.....	67

6.4.1 Gesellschaftliches Ansehen und Ansehen im therapeutischen Team	67
6.4.2 Erwartungen an die Arbeitssituation/ Arbeitsbedingungen .	69
6.4.3 Erwartungen an die Personalsituation	70
6.4.4 Erwartungen an Lohn und Gehalt	71
6.4.5 Erklärungsversuch für eine veränderte Erwartungshaltung	74
7 Fazit/ Ausblick	77
Literaturangaben.....	82
Anhang.....	93
 Anschreiben/ Fragebogen	
 Eigenständigkeitserklärung	
 Einverständniserklärung	

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BR	Bayrischer Rundfunk
CoV	Coronaviren
Covid-19	Corona Virus Disease 2019
DGF	Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste
DGIIN	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
dpa	Deutsche Presseagentur
ebd.	ebendiese(r)
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung
et al.	und andere
e. V.	eingetragener Verein
FWB	Fachweiterbildung
ggf.	gegebenenfalls
ICU	Intensive Care Unit (Intensivstation)
KatHo	Katholische Hochschule
lt.	laut
MDR	Mitteldeutscher Rundfunk

nCoV	neuartige Coronaviren
NRW	Nordrhein-Westfalen
o.g.	oben genannten
PPUGV	Pflegepersonaluntergrenzenverordnung
S.	Seite
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome-CoronaVirus-2
taz	Tageszeitung
tlw.	teilweise
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
WHO	World Health Organisation

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Quellen der Literaturrecherche insgesamt (exemplarisch)

Tabelle 2: exemplarische Literatursuche in der Datenbank LIVIVO

Tabelle 3: Angaben zum Stelenumfang der Befragten

Tabelle 4: Darstellung der Betreuungsrelation in den Schichten auf ICUs mit und ohne Covid-19-Erkrankten

Tabelle 5: Angaben der Teilnehmer*innen zur Bettenkapazität ihrer Klinik und ihre Einschätzung zum Schutzmaterial

Tabelle 6: Antworten der Teilnehmer*innen der größten Kliniken mit Angaben zu ausreichend Schutzmaterial und Angaben zu der Sorge, sich selbst an Covid-19 zu infizieren

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Teilnehme*innen in Deutschland

Abbildung 2: Überblick über die Anzahl der ICU Betten nach Angaben aller Befragten in Deutschland

Abbildung 3: Versorgung von Covid-19-Patienten und Anzahl der verantwortlich betreuten Patient*innen im letzten Dienst

Abbildung 4: Darstellung der Informationsweitergabe des Arbeitgebers zu Covid-19

Abbildung 5: Einschätzung der Pflegekräfte zum Schutzmaterialbestand

Abbildung 6: Darstellung der Antwort, ob schon Covid-19-Erkrankte auf der Station betreut werden

Abbildung 7: Darstellung der strukturellen, materiellen und personellen Veränderungen

Abbildung 8: Einschätzung der Befragten, ob ausreichend Pflegepersonal vorhanden ist, um die Sicherheit aller Patient*innen zu gewährleisten

Abbildung 9: Darstellung der strukturellen, personellen Veränderungen

Abbildung 10: Aussagen der Pflegekräfte zu Angst und Sorge, sich oder ihre Familien zu infizieren

Abbildung 11: Darstellung von Angst und Sorge Patient*innen medizinisch und pflegerisch nicht gerecht werden zu können

Abbildung 12: Darstellung der ICU-Pflegekräfte mit und ohne FWB und ihre Befürchtungen, Covid-19-Patient*innen pflegerisch nicht gerecht werden zu können

Abbildung 13: Angaben zu Freude und Gelassenheit der ICU-Pflegekräfte in Bezug auf die pflegerische Herausforderung

Abbildung 14: Darstellung der Frage nach psychologischer Unterstützung der ICU-Teams

Abbildung 15: Darstellung der Covid-19-Belegung und der Aussage zur psychischen Unterstützung

Abbildung 16: Darstellung der Einschätzung von ICU-Pflegekräften zur Rückkehr in den Alltag

Abbildung 17: Darstellung des Wunsches von ICU-Pflegekräften nach höherem gesellschaftlichem Ansehen

Abbildung 18: Darstellung der Wünsche der ICU-Pflegekräfte für die Situation nach der Covid-19-Krise

1 Einleitung

1.1 Zeitpunkt der Befragung

Der Zeitpunkt der Befragung ist von den Forschenden nicht bewusst ausgewählt worden, sondern ist aktuellen gesellschaftlichen und politischen Ereignissen geschuldet. Am 02.03.2020 setzt Gesundheitsminister Spahn aufgrund der sich abzeichnenden Entwicklung der Corona-Pandemie in Deutschland die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) außer Kraft (Spahn 2020). Die PPUGV sollte das Thema einer Online-Intensivpflegebefragung sein, die im Rahmen dieser Masterarbeit geplant war und Ende April 2020 durchgeführt werden sollte. Nach eingehender Beratung entschließen die Forschenden sich, das Thema PPUGV aufgrund der Aussetzung zu verwerfen. Zu diesem Zeitpunkt ist die Corona-Pandemie das alles beherrschende Thema im deutschen Gesundheitswesen. Deshalb entscheiden sich die Forschenden dazu, mithilfe einer Onlinebefragung, Pflegekräfte auf Intensivstationen nach dem Erleben ihrer aktuellen Arbeitssituation zu befragen. Damit die Befragung nicht in eine Phase von Arbeitsüberlastung auf Intensivstationen fällt, die zu diesem Zeitpunkt erwartet wurde, (MDR 2020 b) entwerfen die Forschenden sehr kurzfristig einen neuen Fragebogen und führen die Onlinebefragung vom 02.04.2020 bis zum 24.04.2020 durch.

Um die Ausbreitung des Corona-Virus zu verlangsamen, befindet Deutschland sich zu diesem Zeitraum im sogenannten Lockdown¹. Das bedeutet, dass eine weitreichende Kontakt- und Reisebeschränkung besteht, Großveranstaltungen werden abgesagt, Schulen, Kindertagesstätten und viele Geschäfte sind geschlossen und wer die Möglichkeit hat, ist angehalten, im Homeoffice zu arbeiten (MDR 2020 a).

Experten*innen² des Gesundheitswesens, wie der Chefarzt der Klinik Donaustauf, Prof. Pfeifer und der Leiter der zentralen Notaufnahme der

¹ „lockdown“ (engl.): „die Ausgangssperre“ (<https://dict.leo.org/englisch-deutsch>), zuletzt aufgerufen am 05.04.2020

² In dieser Arbeit wird versucht, die Beschreibung bzw. Ansprache der Personen neutral zu halten. Dies wird durch ein „*“ gekennzeichnet. Somit sind die Geschlechter aller Menschen (m,w,d) in dieser Thesis eingeschlossen.

Universitätsklinik Essen, Prof. Kill, beschreiben die Situation mit dem Bild eines Tsunamis (Report München 2020). Die Lage in den Kliniken ist noch entspannt, man erwartet aber eine Welle von Erkrankten, von der noch niemand weiß, wie groß sie wird (Jessen 2020: S. 3). In den Medien wird berichtet, dass in Italien viele an Covid-19 erkrankte Menschen aufgrund von nicht ausreichend vorhandenen Behandlungskapazitäten sterben und zudem Ärzt*innen und Pflegekräfte sichtlich unter Arbeitsüberlastung leiden. Diese Geschehnisse prägen die Erwartungshaltung der Pflegekräfte in Deutschland (ebd.). Um flexibel auf eine große Anzahl von Covid-19-Patienten reagieren zu können, werden in Deutschland neben der PPUGV, auch Teile der Arbeitszeitgesetzgebung außer Kraft gesetzt (BMAS 2020 b). Erst am 20.04.2020, kurz vor dem Ende des Befragungszeitraums der Online-Umfrage, werden in Deutschland erste Lockerungen der gesellschaftlichen Einschränkungen beschlossen (MDR 2020 a), nachdem sich zeigt, dass die Zahl der Covid-19-Neuinfektionen nicht mehr exponentiell ansteigt (WHO 2020).

Es ist den Autoren der Masterarbeit wichtig, darzustellen, vor welchem gesellschaftlichen Hintergrund die Befragung von Pflegekräften auf Intensivstationen stattgefunden hat. Nur mit diesem Wissen sind die Ergebnisse dieser Arbeit richtig zu bewerten und einzuordnen. Dementsprechend wird diesem Thema ein eigener Gliederungspunkt in dieser Arbeit gewidmet.

1.2 Hinführung zum Thema

Die Covid-19-Pandemie stellt für alle Gesundheitssysteme weltweit eine große finanzielle, strukturelle und psychosoziale Bedrohung dar. Das Ausmaß der Pandemie führt dazu, dass deutliche psychische und soziale Effekte bei Angehörigen von Gesundheitsberufen befürchtet werden. In der Erfüllung der Aufgabe, diese angespannte Situation zu beherrschen, liegt die Gefahr, dass auftretende Belastungen und Stresssituationen das psychische Wohlergehen der Gesundheitsfachkräfte gefährden. Neben generellen Stressoren, die immer bei der Arbeit mit Kranken und Pflegebedürftigen auftreten können, besteht auch die Möglichkeit, dass

charakteristische Pandemiestressoren auftreten, wie beispielsweise die Gefahr, sich und andere mit dem Virus zu infizieren. Das kann vor allem in Situationen der Fall sein, in denen der Übertragungsweg einer Infektionskrankheit noch nicht vollständig geklärt ist. Bei Gesundheitsfachkräften, die vorbestehende Beschwerden oder Risikofaktoren aufweisen, besteht zusätzlich die Furcht, vor Verschlechterung der physischen und psychischen Konstitution (Petzold, Plag, Ströhle 2020: S. 417; Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) 2020: S. 9).

Ein aktuelles Beispiel für diese Aussage zeigt die Studie von Shen, Zou, Zhong et al. (2020: S. 1), die festgestellt haben, dass Intensivpflegekräfte bei ihrer täglichen Arbeit mit Covid-19-Patienten eine enorme Arbeitsbelastung, Furcht vor der eigenen Infektion und Frustration über den Tod von Patienten erleben. Zudem machen sie sich große Sorgen um ihre Familien. Dieses Erleben führt zu einem hohen psychischen Druck, bei den Pflegekräften.

Die Arbeit unter Epidemie-Bedingungen hat für Pflegende demnach nicht nur mittel- und langfristige Folgen. Auch die Zeit vor und während des Einsatzes in Bereichen, in denen an Infektionskrankheiten leidende Menschen behandelt werden, kann mit Angst und Sorge verbunden sein (Gershon, Dernehl, Nwankwo et al. 2016). Ob das auch bei Pflegekräften auf Intensivstationen in Deutschland der Fall ist, oder ob die Arbeit unter Pandemie-Bedingungen eine Situation ist, denen sie in ihrer täglichen Praxis ausgesetzt sind, wollen die Forschenden mit dieser Arbeit darstellen. Im Gegensatz zu den mittel- und langfristigen Folgen der Arbeit auf der Intensivstation, während der Covid-19-Pandemie, lässt sich das Erleben der aktuellen Arbeitssituation im April 2020 in einer Querschnittstudie beschreiben.

2 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Obwohl das deutsche Gesundheitswesen durch die Covid-19-Pandemie nicht an seine Kapazitäts- und Belastungsgrenzen gekommen ist, was vielfach befürchtet wurde, erlebt die Mehrzahl der Pflegekräfte die Arbeit auf der Intensivstation zu dieser Zeit als eine absolute Ausnahmesituation. Das ist das zentrale Ergebnis der Befragung von Pflegekräften auf Intensivstationen während der Covid-19-Pandemie. Da zum Zeitpunkt der Online-Umfrage nicht klar ist, wie viele Covid-19-Patienten*innen auf Intensivstationen zu behandeln sein werden, ist die Arbeit dort mit Ängsten und Sorgen verbunden. Angst, sich selbst oder nahe Angehörige zu infizieren, aber auch Sorge, einer potenziell großen Anzahl an Patienten*innen pflegerisch und medizinisch nicht gerecht zu werden, da die Pflege- und Behandlungskapazitäten nicht ausreichen könnten. Dieses psychische Belastungserleben haben Intensivpflegende, die Covid-19-Patienten*innen betreuen und solche, die keine Covid-19-Erkrankte versorgen, gleichermaßen.

Die von der Politik geforderte Maßnahme, mehr Intensivbetten und Beatmungsgeräte in den Kliniken bereitzuhalten, verspricht der Bevölkerung eine trügerische Sicherheit. Das zeigen die Antworten der Teilnehmer*innen deutlich. Die Anzahl an Pflegekräften mit Intensivverfahren, die nötig sind, um kritisch kranke Patienten*innen, die in diesen Betten behandelt werden zu betreuen und entsprechende Beatmungsgeräte zu bedienen, kann nicht in gleichem Umfang gesteigert werden, wie die Summe der Betten und Geräte. Ein Versorgungsdefizit der Patienten*innen ist die logische Folge.

Ein weiteres Ergebnis der Intensivpflegebefragung ist, dass die Arbeit auf der Intensivstation während der Covid-19-Pandemie Erwartungen auf veränderte berufliche Rahmenbedingungen bei den Pflegekräften weckt. Dabei ist es den Intensivpflegenden wichtiger, bessere Arbeitsbedingungen und eine bessere personelle Ausstattung zu bekommen, die nötig sind, um eine sichere Patienten*innenversorgung zu gewährleisten, als ein höheres Gehalt für sich persönlich zu erhalten. Arbeitgeber*innen, Tarifparteien und

politisch Verantwortliche sind aufgefordert, sich mit diesen Erwartungen auseinanderzusetzen.

3 Theoretischer Teil

In diesem Teil der Arbeit wird aufgezeigt, wie die Forschenden über die Beschreibung der thematisch zugrunde liegenden Ausgangssituation zu einer konkreten Fragestellung gefunden haben. Zudem werden für das Thema zentrale Begriffe erläutert und die Autoren erklären, welche Literatur sie recherchiert und verwendet haben.

3.1 Begriffserklärungen

Arbeitssituation:

„Zusammenfassende allgemeine Bezeichnung für arbeitsbezogene Umstände und Gegebenheiten ohne deren detaillierte Kennzeichnung³“.

Covid-19:

„Coronaviren (CoV) bilden eine große Familie von Viren, die Erkrankungen von einer normalen Erkältung bis zu schweren Krankheitsverläufen verursachen können. Ein neuartiges Coronavirus (nCoV) ist ein neuer Stamm des Virus, der bisher bei Menschen noch nicht identifiziert wurde⁴“.

„Die Erkrankung, die durch SARS-CoV-2 ausgelöst wird, wird mit Covid-19 bezeichnet“ (Corona Virus Disease 2019).

„Akute infektiöse Lungenerkrankung bzw. akutes respiratorisches Syndrom, ausgelöst durch Infektion mit dem erstmalig im Dezember 2019 in Wuhan/China nachgewiesenen Coronavirus-Untertyp SARS-CoV-2⁵“.

„COVID-19 („CoronaVirus Disease 2019“) ist eine Erkrankung durch ein neuartiges Coronavirus (SARS-CoV-2, Severe Acute Respiratory Syndrome-CoronaVirus-2), das mittlerweile Pandemiestatus erreicht hat. Zuerst wurde die Lungenkrankheit in Wuhan, Provinz Hubei, China,

³ <https://refa-consulting.de/refa-lexikon/a/arbeitssituation>, zuletzt abgerufen am 03.04.20

⁴ <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>, zuletzt aufgerufen am 03.04.20

⁵ <https://www.amboss.com/de/wissen/COVID-19>, zuletzt aufgerufen am 03.04.20

entdeckt – vermutlich ausgehend von einem Markt für Meeresfrüchte und Tiere. Das Virus breitete sich bis März 2020 schließlich weltweit aus, so dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 11. März die COVID-19-Viruserkrankung zur Pandemie erklärte⁶.

Gefühlserleben:

„Emotionen sind kurzlebige psychologisch-physiologische Phänomene, die der Anpassung an sich wandelnde Umweltbedingungen dienen⁷“.

Intensivstation:

„Die Intensivstation ist ein spezieller Bereich des Krankenhauses, wo „die Versorgung schwerst- bis lebensbedrohlich erkrankter Patienten“ [...] „mit einem über das sonstige Maß weit hinausgehenden medizinischen und pflegerischen Aufwand“ übernommen wird“⁸

Pandemie:

„Mit Pandemie wird die sprunghafte Häufung einer grenzübergreifenden oder sogar weltumspannenden Infektionskrankheit bezeichnet. Im Gegensatz dazu ist eine *Epidemie* die zeitlich und geografisch begrenzte Häufung einer Krankheit (beispielsweise Typhus). *Endemien* sind Krankheiten, meist Infektionskrankheiten, die ebenfalls geografisch begrenzt, aber andauernd auftreten (beispielsweise Malaria)⁹“.

⁶ www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/sars-cov-2-severe-acute-respiratory-syndrome-corona-virus-2-bzw-covid-19-coronavirus-disease-2019/, zuletzt aufgerufen am 03.06.20

⁷ <https://lexikon.stangl.eu/1058/emotion/>, zuletzt aufgerufen am 03.04.20

⁸ Larsen 1999: S. 665

⁹ <https://www.bmvg.de/de/themen/dossiers/engagement-in-afrika/herausforderungen/soziale-unruhen/pandemie>, zuletzt aufgerufen am 03.04.20

3.2 Problembeschreibung

Die COVID-19-Pandemie breitet sich seit Dezember 2019 sehr schnell über den gesamten Planeten aus. Sie befällt ganze Bevölkerungsgruppen und überfüllt Krankenhäuser durch eine massive Anzahl an Patienten mit schweren Formen der Krankheit. Lt. Bohlken, Schömig, Lemke (2020) führt die große Anzahl von Menschen mit schweren Krankheitsverläufen zu einem dramatischen Mortalitätsanstieg weltweit. El-Hage, Hingray, Lemogne (2020: S. 2-3) beschreiben zudem, dass sich auch indirekte Probleme einer solchen Pandemie im Hinblick auf die psychische Gesundheit der allgemeinen Bevölkerung und der Betreuer im Gesundheitswesen auswirken. Durch die starke Belastung des Gesundheitssystems stehen aufgrund personeller Umstrukturierungen mehr betreuende Pflegekräfte in vorderster Front. Sie befinden sich vor vielen Schwierigkeiten, die sich in Form von Reorganisation der Arbeitsbereiche, Umgang mit Materialmangel, Klärung ethischer Fragestellungen sowie dem Umgang mit der ungewöhnlich hohen Anzahl Toter und schwer Erkrankter zeigen. Körperliche Erschöpfung ist häufig ein erster Ausdruck der Überlastung von Pflegekräften, die sich mit diesen Herausforderungen konfrontiert sehen. Aufgrund der sich andeutenden Grenzen des Gesundheitssystems und des noch zu erwartenden Höhepunkts der Pandemie ist die Gefahr der Prävalenzzunahme mentaler Störungen bei Pflegekräften besonders hoch.

Petzold et al. (2020: S. 417-418) beschreiben, dass das Vorkommen von Stress und mentaler Belastung unter der derzeitigen Pandemiesituation keine außergewöhnliche Reaktion auf eine ungewöhnliche Begebenheit darstellt. Sie zeigen auf, dass sich bei Gesundheitskräften, wie auch bei anderen Bevölkerungsgruppen u.a. folgende Anzeichen ergeben können: - Angst, selbst an der Infektionskrankheit zu erkranken oder zu versterben, - Hilflosigkeit, Bezugspersonen nicht beistehen zu können und die Frucht, dass Bezugspersonen versterben können. Zudem berichten Petzold et al. (ebd.), dass sich Gesundheitsfachkräfte mannigfaltigen weiteren Stressoren während der Covid-19-Pandemie aussetzen: - das strenge

Einhalten der Schutzmaßnahmen, wie das Tragen der Schutzkleidung, - die fortwährende Dringlichkeit von Konzentration und Aufmerksamkeit, - die aktuell sehr hohen beruflichen Belastungen (längere Arbeitszeiten und ggf. mehr zu betreuende Patienten), - der Erhalt ungenügender Informationen über die Folgen eines längeren Kontaktes mit Covid-19-infizierter Patienten, - die Angst, die eigene Familie mit dem Virus anstecken zu können.

Vor allem Intensivpflegekräfte, die Covid-19-Patienten betreuen, sind nicht allein durch das erhöhte Infektionsrisiko enorm belastet, sondern durch die schweren und u.U. rasant verlaufenden Krankheitsverläufe, an denen viele Covid-19-Patienten versterben. Der Mangel an spezifischen Medikamenten, an Beatmungsgeräten und an Betten auf Intensivstationen, die für die Versorgung kritisch kranker Patienten erforderlich sind, stellen ebenfalls ein psychisches Dilemma für Pflegekräfte dar. Dieses Dilemma kann dazu führen, dass Intensivpflegende, aufgrund zu geringer Unterstützung diese psychische Herausforderung nicht kompensieren können (El-Hage et al. 2020: S. 2). Bohlken et al. (2020: S. 195) sowie El-Hage et al. (2020: S. 2) zeigen in ihren Reviews ebenfalls auf, dass in der gesamten einschlägigen Literatur ein Konsens darüber besteht, dass die Gesundheit der Fachkräfte einem erhöhten Risiko für Stress, Angstzustände, Depressionen und Burnout ausgesetzt ist. Darüber hinaus besteht für Pflegekräfte die Gefahr, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, die langfristige psychologische Auswirkungen haben kann.

Herauszufinden, wie Pflegekräfte auf Intensivstationen in Deutschland die Arbeit während der Covid-19-Pandemie erleben, ist das Ziel dieser Masterarbeit.

3.3 Entwicklung der Fragestellung

In den Erläuterungen dieses Kapitels erklären die Autoren dieser Arbeit, wie sie zu ihren Forschungsfragen gefunden haben und mit welchen Fragen sie zu welchen Themen die Forschungsfragen zu beantworten glauben.

Die wenige Literatur, auf die die Forschenden aufgrund der Lockdown-Situation zurückgreifen können, gibt kein einheitliches Bild über pflegerische Arbeit unter Epidemie-Bedingungen. Einerseits wird von Ängsten der Pflegenden berichtet, sich selbst und darüber auch ihre Angehörigen zu infizieren (Petzold et al. 2020: S. 417-418) und von Sorge, den Patienten medizinisch oder pflegerisch nicht gerecht werden zu können (Shen et al. 2020: S. 1). Andererseits zeigt eine aktuelle Studie aus China, dass Pflegekräfte, die Kontakt zu Covid-19-Patienten haben, psychisch weniger gestresst und belastet sind, als Pflegekräfte, die in der sogenannten zweiten Reihe arbeiten und noch keine Covid-19-Patienten betreuen (Li, Gea, Yanga et al. 2020: S. 2). Sucht man in der Literatur danach, was Pflegekräfte in ihrer Berufsausübung unabhängig von Epidemie-Situationen generell psychisch belastet, werden die Aspekte „den eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden können“ und „nicht das Richtige für den Patienten tun können“ genannt (McClendon & Buckner 2007 S. 199-203). Zum Zeitpunkt der Planung der Fragestellung dieser Arbeit, werden diese beiden Szenarien für das deutsche Gesundheitswesen erwartet, da mit einer so großen Anzahl an Covid-19 erkrankter Menschen gerechnet wird, für die Pflege- und Behandlungskapazitäten nicht ausreichen.

Pflegekräfte auf Intensivstationen stehen zum Zeitpunkt der Planung dieser Arbeit besonders im Fokus von Medien und der Öffentlichkeit. Das liegt zum einen daran, dass in deren Arbeitsbereichen die am schwersten erkrankten Covid-19-Patienten behandelt werden und zum anderen, dass auf Intensivstationen Beatmungsgeräte vorgehalten werden, eine Ressource, deren Mangel in benachbarten europäischen Ländern für eine hohe Anzahl Covid-19-Toter verantwortlich gemacht wird (Arnold & Englmann 2020).

Aus den o.g. theoretischen Informationen und dem aktuellen gesellschaftlichen Hintergrund resultiert die Idee der Forschenden, Pflegekräfte auf Intensivstationen zu dem Erleben ihrer Arbeitssituation während der Covid-19-Pandemie zu befragen.

Bedingt durch die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung und die damit begründete Änderung des Themas dieser Arbeit, bleibt den Forschenden nur wenig Zeit, einen theoretischen Rahmen für ihre Befragung abzustecken. Die übergeordnete Forschungsfrage, mit der auch für die Teilnahme an der Umfrage geworben wird, ist deshalb recht weit gefasst und lautet:

„Wie erleben Pflegekräfte auf Intensivstationen die Arbeitssituation während der Covid-19-Pandemie?“

Die zweite, nachgeordnete Forschungsfrage lautet:

„Ist die Arbeit während der Covid-19-Pandemie für Pflegekräfte auf Intensivstationen überhaupt eine Ausnahmesituation?“

Um diese Fragen beantworten zu können, bilden die Forschenden Kategorien, denen Fragebatterien mit spezifischen Einzelfragen zugeordnet werden. Thematisch wird in den Kategorien nach der Einschätzung der aktuellen Arbeitssituation auf der Intensivstation, nach strukturellen Veränderungen auf der jeweiligen Station, nach dem persönlichen Empfinden der Intensivpflegenden und nach Erwartungen der Pflegekräfte, an die Zeit nach der Covid-19-Pandemie gefragt. Die Fragen nach den strukturellen Veränderungen auf den Intensivstationen während der Covid-19-Pandemie entspringen nicht der Auseinandersetzung mit der o.g. Literatur, die vornehmlich von potenziellen Ängsten, Sorgen und psychischen Belastungen Pflegenden handelt. Hier steht die Frage im Vordergrund, wie Kliniken sich auf eine Vielzahl an Patienten, die an einem infektiösen Krankheitsbild leiden, vorbereiten. Eine Frage, auf die es in der Literatur, abgeleitet aus vorherigen Epidemien, unterschiedliche Antworten gibt (Krau & Parsons 2007: S. 112).

Die Fragen zu den Erwartungen für die Zeit nach der Covid-19-Pandemie sind der aktuellen gesellschaftlichen Situation geschuldet. Die Forschenden interessiert, ob aus der Covid-19-Situation Erwartungen von Intensivpflegekräften resultieren. Ein Grund dafür könnte die Arbeit unter evtl. schwierigen Bedingungen mit zu wenig Schutzmaterial sein, aus der

die Erwartung auf zukünftig verbesserte Arbeitsbedingungen wächst (BMAS & BMG 2020). Ein anderer Grund könnten mögliche Prämien sein, die von der Politik in Aussicht gestellt wurden (dpa 2020). Daraus könnte die Erwartung auf eine bessere Vergütung der Pflegekräfte erwachsen. Der dritte Aspekt, der die Forscher dazu bewogen hat, die Erwartungshaltung der Pflegekräfte auf Intensivstationen an die Zeit nach der Pandemie zu erfragen, ist der positive öffentliche Zuspruch, den Pflegekräfte während des Covid-19-Lockdowns erfahren. Es stellt sich die Frage, ob der allabendliche Applaus vieler Bürger für die Pflege (Kölner Stadtanzeiger 2020) das häufig vermutete negative Fremdimage der Mitglieder*innen von Pflegeberufen verändert. Negatives Fremdimage bedeutet, dass Pflegekräfte häufig glauben, dass die Öffentlichkeit ein negatives Bild von ihnen hat (Hasselhorn, Zegelin-Abt, Wittich 2008: S. 459). Dieser Eindruck könnte während der Corona-Krise revidiert werden, was aber dazu führen könnte, dass die Wertschätzung, die gerade Intensivpflegende während der Covid-19-Pandemie erfahren, eine gesteigerte Erwartung auf mehr Gehalt oder bessere Arbeitsbedingungen auslöst. Die Gründe für eine bestimmte Erwartungshaltung können die Forscher, im Rahmen ihrer quantitativen Onlinebefragung, nicht ergründen. Mögliche Tendenzen sind aber aus den Fragen und Antworten zu dieser Thematik abzulesen (Mayer 2013: S. 86-87).

3.4 Literaturrecherche

Die methodische Suche nach verwendbarer Literatur ist wesentlich, um die Problematik des beschriebenen Themas und dessen Relevanz für diese Forschungsarbeit zu beschreiben und später auf der Grundlage der Ergebnisse diskutieren und vergleichen zu können (Brandenburg, Panfil, Mayer 2007: S. 35). Dazu ist es von Bedeutung, dass thematisch passende Literatur vorhanden ist. Da die Autoren dieser Arbeit jedoch kurzerhand entschieden haben, sich der Thematik „Intensivpflege während der Covid-19-Pandemie“ zu widmen, gestaltet sich die Literaturrecherche schwierig. Das Thema ist sehr aktuell und Literatur zu genau diesem Forschungsgegenstand ist frühestens ab Dezember 2019 verfasst worden.

Vergleichbare Daten und Quellen aus den Jahren 2000 bis 2010, die die Influenzapandemie behandeln, können allerdings hinzugezogen werden. Zudem stehen die Autoren dieser Arbeit vor dem Problem, dass über Literatur-Datenbanken Forschungsarbeiten und graue Literatur gefunden werden, diese aber, sofern sie online nicht frei verfügbar sind, in Bibliotheken nicht eingesehen werden können. Grund dafür ist die Leitlinienvereinbarung zwischen der Bundesregierung und den Bundesländern vom 16.03.20, in der u.a. die Schließung von Einrichtungen mit Publikumsverkehr geregelt ist (Bundesregierung 2020). Dazu gehören auch Bibliotheken, die zum Zeitpunkt der Planung dieser Arbeit, geschlossen werden müssen (KatHo NRW 2020). Aufgrund dessen haben die Autoren dieser Masterthesis nicht den Anspruch, eine voll umfängliche Literaturschöpfung erreicht zu haben. Die zitierte Literatur hat ausschließlich exemplarischen Charakter.

Es wurde eine umfassende Literaturrecherche in den Datenbanken LIVIVO, Cochrane, CINAHL, und Pubmed durchgeführt. Folgende deutsche und englische Schlagwörter wurden in den unterschiedlichsten Kombinationen mittels der Boole'schen Operatoren OR und AND eingesetzt: *Intensivstation, ICU, Pandemie, Epidemie, Covid-19, Coronavirus, Sars-Cov-2, Notstand, Ausnahmesituation, Extremsituation, Stress, mental stress, und crisis*. Als Filter wurde „Abstract verfügbar“ ausgewählt. Aufgrund der geringen Trefferquote wurden zudem Suchen mit englischen Schlagwörtern durchgeführt. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die Datenbanken, verwendete Suchbegriffe und die Trefferanzahl:

Tab. 1: Quellen der Literaturrecherche insgesamt (exemplarisch)

Datenbank	LIVIVO	CINAHL	Pubmed
Suchbegriffe/ Schlagwörter	Intensivpflege	Critical Care Nursing (Major Concept)	Intensive Care Nursing (Major Concept)
	Covid-19	Economics/ Ethical issues/ Mortality/ Psychsocial factors (Subheadings)	Psychosocial factors OR Exceptional circumstances OR Distressed situation
	Pandemie	Crisis OR Mental stress OR Emotional pressure OR Exceptional circumstances OR Distressed situation	Pandemic OR Epidemic
	Stress		
Filter	ohne	Abstract verfügbar/ deutsch oder englisch	Abstract verfügbar/ deutsch oder englisch
Treffer	9/ 1 relevant	51/ 2 relevant	213/ 6 relevant

Die Datenbank Cochrane wurde nicht in der Tabelle aufgeführt, da die Suche keine relevanten Treffer ergab.

Im Folgenden wird exemplarisch eine Suche in der internationalen Literaturdatenbank LIVIVO dargestellt:

Tab. 2: exemplarische Literatursuche in der Datenbank LIVIVO

Suchbegriffe deutsch	Trefferzahl	davon relevant	verwendet
((Intensiv* AND Pandemie) OR Epidemie) AND Covid-19; Filter: deutsch; freier Zugang	140	3	1
((Intensiv* OR ICU) AND Notstand*) AND Covid-19	0	0	0
((Intensiv* OR TI=ICU) AND TI=Ausnahmesituation) OR Extremsituation; Filter: deutsch; freier Zugang	43	2	0
((Intensiv* OR TI=ICU) AND AU=Belastung) OR Stress AND Covid-19; Filter: freier Zugang	87	3	2
((Intensivpflege AND Covid-19) OR Sars-Cov-2) AND Deutschland; Filter: Jahre 2019-2020; deutsch; freier Zugang	178	2	1
Suchbegriffe englisch	Trefferzahl	davon relevant	verwendet
((Intensiv* AND covid-19) AND crisis) AND mental stress	3	1	1

Die Recherche aus allen Datenbanken ergab insgesamt eine Trefferanzahl von 715. Nach Sichtung der Titelangaben und Ausschluss der Doppelungen konnte die Anzahl der relevanten Quellen auf 27 reduziert werden. Im Verlauf reduzierte sich die Anzahl relevanter Literatur nach Sichtung der Abstracts auf 19. Eine relevante Quelle konnte mittels Schneeballsuche generiert werden. Neben der in Datenbanken recherchierten Literatur haben die Autoren auch Quellen zitiert, die ihnen aus vorherigen Projekten bekannt sind und die thematisch zu einzelnen Abschnitten dieser Arbeit passen. Insgesamt sind damit 21 wissenschaftliche Studien und Artikel in diese Masterarbeit eingeflossen. Die Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken wird am 27.03.2020 beendet.

Darüber hinaus haben die Forschenden aktuelle mediale Berichterstattung und aktuelle Vorgaben und Empfehlungen aus der Politik zitiert. Die wissenschaftliche Güte dieser Quellen ist nicht so hoch, wie die der in Datenbanken gefundenen Literatur. Um ein aktuelles Thema wie die

Arbeitssituation von Intensivpflegenden während der Covid-19-Pandemie zu behandeln, die sozialen und gesellschaftlichen Hintergründe dieses Themas aufzuzeigen und eine Stimmung zu vermitteln, die zum Zeitpunkt der Befragung in Deutschland herrscht, ist es jedoch notwendig diese Literatur zu zitieren, auch wenn es ihr an wissenschaftlicher Güte mangelt. Quellen aus dieser Literaturgattung werden auch nach Beendigung der Umfrage noch gesammelt, um sie für die Diskussion der Ergebnisse zu nutzen.

Neben Literatur, die für die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema benötigt wird, zitieren die Autoren auch Quellen, auf denen die Methodik dieser Arbeit beruht.

Die verwendete Literatur wird im Duden-Stil zitiert. Zusätzlich werden an einigen Stellen der Arbeit Fußnoten benutzt. Hierbei handelt es sich um reine Begriffsdefinitionen, die keinen inhaltlichen Einfluss auf diese Arbeit haben. Aus diesem Grund werden die in den Fußnoten benannten Quellen nicht im Literaturverzeichnis aufgeführt.

4 Methodischer Teil

In den nachfolgenden Gliederungspunkten wird aufgeführt und geplant, wie die Forschungsfragen der Autoren dieser Arbeit in so weit beantwortet werden können, sodass sie ein möglichst verallgemeinerbares Ergebnis aufzeigen (Brandenburg et al. 2007: S. 35).

4.1 Begründung des Forschungsdesigns

Das Ziel dieser Arbeit ist die Beantwortung der Frage *„wie erleben Pflegekräfte auf Intensivstationen die Arbeitssituation während der Covid-19-Pandemie?“*.

Zur Präzisierung dient die nachfolgende Frage *„Ist die Arbeit während der Covid-19-Pandemie für Pflegekräfte auf Intensivstationen überhaupt eine Ausnahmesituation?“*.

Die Frage nach dem Erleben der Arbeitssituation legt grundsätzlich ein qualitatives Forschungsdesign nahe. Aufgrund dessen kann individueller auf die Empfindungen der Befragten eingegangen werden (Mayer 2013: S. 37). Um sich jedoch einen weitreichenden Überblick über die Erlebenssituation der Pflegefachpersonen in Deutschland zu verschaffen, entschließen sich die Forscher zu einer standardisierten Onlinebefragung von Pflegekräften auf Intensivstationen.

Eine deskriptive Querschnittstudie im quantitativen Design bietet verschiedene Vorteile. Der für die Forschenden ausschlaggebende Vorteil ist, dass ein Onlinefragebogen ein niedrighschwelliges Instrument darstellt. In einer Zeit, in der Intensivpflegende einer großen Anspannung und Belastung ausgesetzt sind, würde eine qualitative Befragung, die einen deutlich größeren zeitlichen Rahmen in Anspruch nimmt, vermutlich nur eine sehr geringe Bereitschaft zur Teilnahme hervorrufen. Deshalb haben die Forschenden darauf geachtet, dass das Ausfüllen des Fragebogens nicht länger als zehn Minuten in Anspruch nimmt. Die Teilnehmer*innen haben die Möglichkeit, die Fragen an Smartphones, Tablets oder anderen Rechnern zu beantworten und sind deshalb örtlich nicht eingeschränkt. Weiterhin gibt es innerhalb des Befragungszeitraums keine zeitlichen

Vorgaben, wann die Befragung durchgeführt werden muss. Die Teilnehmer*innen können die Beantwortung des Fragebogens jederzeit unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen. Dadurch erhoffen sich die Forschenden eine möglichst große Teilnahme an der Umfrage (Mayer 2013: S. 104-105).

Für die Forschenden bietet eine standardisierte Onlinebefragung ebenfalls Vorteile, die den Entschluss zu dieser Methode bestärkt haben. Die Befragung ist kostengünstig, weil Porto- und Druckkosten entfallen. Die Onlinebefragung bietet die Möglichkeit, in kurzer Zeit viele Personen aus der Stichprobengruppe zu erreichen. Die Möglichkeit der automatischen Datenerhebung und der direkte Export in ein Statistikprogramm, begrenzen außerdem den zeitlichen Aufwand der Forschenden. Der Nachteil des Online-Fragebogens, keine Rückfragen beantworten- und keine Verständnisprobleme aufklären zu können, wird dadurch versucht zu umgehen, dass die Fragen möglichst kurz und verständlich verfasst werden (Mayer 2013: S. 104-105). Eine detaillierte Beschreibung von Aufbau und Inhalt des Fragebogens folgt in Kap. 4.5.: Aufbau des Fragebogens.

4.2 Ethische Überlegungen

Dem Entschluss der Forschenden zum Zeitpunkt der Covid-19-Pandemie in Deutschland eine Onlinebefragung von Pflegekräften auf Intensivstationen durchzuführen, gingen neben methodischen-, auch ethische Überlegungen voraus. Die Autoren dieser Arbeit diskutierten eingehend, ob es zumutbar für Intensivpflegende ist, zum Zeitpunkt großer Belastung oder in Erwartung dieser, an einer Befragung teilzunehmen. Es sollte nicht der Vorwurf entstehen, die Krisensituation vorteilhaft zu nutzen. Gespräche mit Kollegen*innen, die auf Intensivstationen arbeiten und dem Projekt ausnahmslos positiv gegenüberstanden, und die Rücksprache mit dem betreuenden Professor dieser Arbeit, veranlassten die Forschenden letztendlich, die Arbeitssituation auf Intensivstationen während der Covid-19-Pandemie zum Thema dieser Masterarbeit zu machen und im Rahmen der Arbeit eine Onlinebefragung mit Intensivpflegekräften durchzuführen.

Vor diesem Hintergrund war es den Autoren sehr wichtig, im Anschreiben zu der Befragung auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hinzuweisen. Nur wer per Klick bestätigt, wirklich teilnehmen zu wollen, gelangte zu dem Fragebogen. Im Fragebogen wird auf Pflichtfragen verzichtet, damit Teilnehmer*innen, die eine einzelne Frage nicht beantworten möchten, den Fragebogen trotzdem weiterbearbeiten können.

Eine ausführliche Datenschutzerklärung im Anschreiben, sichert den Teilnehmer*innen Anonymität zu. Um diese zu gewährleisten, werden keine personenbezogenen Daten erhoben. Auch auf die Einrichtung der Teilnehmenden können keine Rückschlüsse gezogen werden. Die einzelnen Fragebögen werden im Rahmen der Datenauswertung nummeriert, bekommen darüber hinaus aber keine individuellen Beschreibungen.

Um Abhängigkeiten von Dritten auszuschließen, werden die Kosten für diese Arbeit allein von den Forschenden getragen.

4.3 Stichprobenauswahl

Um die Forschungsfrage zu beantworten, richtet sich die Onlinebefragung an alle Pflegekräfte, die auf Intensivstationen arbeiten. Der Begriff Intensivstationen bezieht sich sowohl auf Erwachsenen- als auch auf Kinder-Intensivstationen. Es zählen auch Pflegekräfte, die auf Intermediate-Care-Stationen arbeiten, die über Beatmungsmöglichkeiten verfügen, zur Stichprobengruppe. Die Qualifikation der Pflegenden ist kein Ein- oder Ausschlusskriterium. Für die Stichprobe zählt nur ein Abschluss in einem Pflegeberuf und der Arbeitsplatz auf einer Intensivstation eines Krankenhauses. Mitarbeiter*innen ambulanter Intensivpflegeeinheiten und von stationären Langzeit-Beatmungsstationen sind von der Befragung ausgenommen. Zur Stichprobe zählen ausschließlich Pflegekräfte, die in Deutschland arbeiten. Obwohl die Befragung nur in deutscher Sprache vorliegt und der Link zu der Umfrage nur in Deutschland verbreitet wurde, ist es möglich, dass auch Intensivpflegende aus anderen Ländern an der Befragung teilnehmen. Bei einer Online-Umfrage, die auch über soziale

Netzwerke verbreitet wird, ist das nicht auszuschließen. Diese werden von der Auswertung ausgeschlossen, da die Ergebnisse dieser Arbeit sich auf Deutschland beziehen, auch wenn die Aussagen der Teilnehmer*innen nicht repräsentativ für alle in Deutschland lebenden Intensivpflegekräfte sind. Beide Forschenden stammen aus Nordrhein-Westfalen, arbeiten dort und sind in NRW sozialisiert. Da sie den Umfragelink auch über persönliche Kontakte verbreiten, werden aus diesem Bundesland wahrscheinlich die meisten beantworteten Fragebögen kommen.

Die Stichprobe wird zufällig im Random-Verfahren ermittelt. Das bedeutet, dass alle Pflegekräfte, die auf Intensivstationen eines Krankenhauses arbeiten, die Möglichkeit haben an der Befragung teilzunehmen, sofern sie der Link zu der Umfrage erreicht. Der Link wird zufällig verteilt, ohne bestimmte Merkmalsgruppen innerhalb der Intensivpflege aktiv anzusprechen. Damit ist ein Kriterium für die Repräsentativität der Befragung gegeben. Da die Grundgesamtheit aller Intensivpflegenden in Deutschland und deren Zusammensetzung nicht bekannt ist, kann die Befragung nicht als repräsentativ für die Intensivpflege in Deutschland angesehen werden (Mayer 2013: S. 60-61).

4.4 Fragebogenentwicklung

Aufgrund der gesetzlichen und gesellschaftlichen Einschränkungen, die in Deutschland zum Zeitpunkt der Befragung herrschen, schließen die Forscher ein qualitatives Design zur Beantwortung der Forschungsfrage aus. Stattdessen versuchen sie, mittels eines quantitativen Verfahrens eine möglichst große Stichprobe zu erreichen. Hierzu eignet sich eine Onlinebefragung, da aufgrund dieser Möglichkeit viele potenzielle Teilnehmer angesprochen werden können, ohne persönlich mit ihnen in Kontakt zu treten. Eine standardisierte quantitative Befragung lässt darüber hinaus eine gute Beurteilung von Sachverhalten zu, da alle Teilnehmer*innen anhand derselben Items verglichen werden (Mummendey 1987: S. 15-16).

Zu der Entwicklung des Online-Fragebogens benutzen die Forscher die Software „EFS Survey“ des Anbieters Questback. Diese Software wurde von dem betreuenden Professor dieser Arbeit und Kommilitonen aus der Master-Kolloquiengruppe empfohlen, u.a. aus dem Grund, da dieses Programm eine größtmögliche Sicherheit der Daten gewährleistet.

Die inhaltliche Entwicklung des Fragebogens war ein sehr kurzer Prozess. Nach der Aussetzung der PPUGV, die ursprünglich das Thema dieser Arbeit sein sollte, und dem Entschluss, stattdessen Pflegekräfte auf Intensivstationen zu ihrer aktuellen Arbeitssituation zu befragen, war den Forschenden bewusst, dass diese Befragung zeitnah erfolgen muss, um nicht in den Zeitraum der erwarteten Höchstbelastung der Intensivpflegekräfte aufgrund einer Vielzahl an Covid-19 erkrankter Patienten zu kommen. Das wäre ethisch nicht zu vertreten und würde vermutlich Unverständnis bei den Pflegenden auslösen. Anhand der spärlich vorhandenen Literatur und der aktuellen Berichterstattung wurden ohne eine lange Vorbereitungszeit, vier zentrale Frageblöcke festgelegt. Diese behandeln die Einschätzung der aktuellen Arbeitssituation, strukturelle Veränderungen während der Covid-19-Pandemie, das persönliche Empfinden der Pflegekräfte auf Intensivstationen während der aktuellen Situation und Erwartungen an die Zeit nach der Covid-19-Pandemie. Den zentralen Oberbegriffen wurden verschiedene Items zugeordnet, die konkrete Fragestellungen mit geschlossenen Fragen ermöglichen. Anschließend wurden diese Items, mit Hilfe der Fragebogensoftware zu einem Online-Fragebogen zusammengefügt. Den Fragen vorgeschaltet ist ein Anschreiben, welches den Zweck dieser Befragung und die Zielgruppe benennt. Es wird darum gebeten, auch bei anderen Mitgliedern der Zielgruppe für die Teilnahme an der Befragung zu werben. Außerdem werden der erwartete zeitliche Aufwand und das Ende des Befragungszeitraums genannt. Den potenziell Teilnehmenden wird Anonymität zugesichert und die Art und Dauer der Datenspeicherung erläutert. Nur wer nach dem Lesen des Anschreibens mit einem Klick sein Einverständnis signalisiert, wird zu dem Fragebogen weitergeleitet.

4.5 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen beinhaltet sieben Themenfelder, die sich auf sieben Seiten verteilen. Er enthält 45 Einzelfragen, die in Fragekomplexen auf 19 Fragen verteilt sind. Die ersten beiden Themenfelder enthalten Fragen zu demographischen Daten der Teilnehmer*innen. Es werden Angaben zur Einrichtung, in der die Pflegekraft arbeitet und zu ihrer Person gestellt. Anhand dieser Informationen können die Forscher erkennen, welche Teilnehmer*innen nicht zur Zielgruppe gehören. Diese Fragebögen werden bei der späteren Auswertung nicht berücksichtigt (siehe auch Kapitel 4.3: Stichprobenauswahl). Die Themenfelder enthalten nur geschlossene Fragen mit Einfachnennung. Bei drei Fragen sind die Zahlen zweistellig, bei der Frage nach dem Geburtsjahr vierstellig eingegeben werden.

Der dritte Themenabschnitt besteht aus zwei Fragen zur Patientenbetreuung. Zuerst werden die Teilnehmer*innen gefragt, in welcher Dienstform sie in ihrem letzten Dienst gearbeitet haben. Die Antwortmöglichkeiten sind Früh- Spät- oder Nachtdienst. Diese Dienstformen finden normalerweise auf den Intensivstationen statt. Die Forschenden vermuten, dass wenige Antwortende diese Frage nicht beantworten können, da sie in einem Regel- oder Zwischendienst arbeiten. Als zweites beinhaltet dieser Abschnitt eine Frage zum Betreuungsschlüssel „Pflegekraft – Patient*in“. Diese Antwort auf diese Frage lässt erkennen, ob Intensivstationen mit Covid-19-Patient*innen einen anderen Betreuungsschlüssel haben als Stationen ohne Covid-19-Patient*innen. Auch bei dieser Frage besteht die Gefahr, dass Teilnehmende keine Antwortmöglichkeit auswählen können, da sie beispielsweise in einer Leitungsfunktion sind und nicht in die direkte Patientenbetreuung einbezogen werden. Die Forschenden gehen aber nicht davon aus, dass die Anzahl derer, die eine oder beide Fragen nicht beantworten können, hoch sein wird. Deshalb nehmen die Autoren der Arbeit diese Ungenauigkeit der Fragen zugunsten einer besseren Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit der Antworten in Kauf. Beide Fragen sind geschlossene Fragen mit Einfachnennung.

Das vierte Themenfeld befasst sich mit der Einschätzung der Pflegenden zur aktuellen Arbeitssituation auf der Intensivstation. Hier werden vier Einzelfragen in einem Frageblock zusammengefasst. Die Forschenden möchten wissen, wie die Teilnehmer*innen die Information durch den Arbeitgeber, die Ausstattung mit Schutzmaterial, die Ausstattung mit Pflegepersonal und die psychische Belastung des Pflgeteams der Station durch Covid-19 einschätzen. Mit diesen Fragen beabsichtigen die Forschenden, ob sich die teilnehmenden Pflegekräfte gut auf die Arbeit während der Covid-19-Pandemie vorbereitet fühlen. In der Frage nach der erwarteten psychischen Belastung wird der Begriff „Ausnahmesituation“ verwendet, der auch Inhalt einer Forschungsfrage ist. Diese Frage ist suggestiv formuliert. Aufgrund des Begriffs „Ausnahmesituation“ besteht die Möglichkeit, dass sich die Teilnehmer*innen zu einem bestimmten Antwortverhalten verleiten lassen. Dieser Umstand ist den Forschenden aber erst nach Beendigung der Umfrage aufgefallen und ließ sich daher nicht mehr beheben. Die Fragen sind likert-skaliert, mit einer Viererskala, von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“. Es gibt keine neutrale Antwortmöglichkeit, da die Forschenden davon ausgehen, dass die Befragten zu jeder Frage eine Tendenz angeben können. Alle Fragen dieses Themenfeldes sind geschlossene Fragen.

Der fünfte Themenkomplex geht der Frage zu strukturellen Veränderungen in der Einrichtung der Teilnehmer*innen nach. Hier werden zehn Einzelfragen in einer Fragebatterie zusammengefasst. Die Fragen beinhalten Auskünfte über die Situation, ob bereits Covid-19-Patienten*innen auf der Station der antwortenden Pflegekraft behandelt werden, ob die Intensivstation der Pflegekraft mehr Betten und/ oder Geräte erhält, um die Vielzahl an erwarteten Covid-19-Patienten*innen zu versorgen und wie die Klinik versucht, den Mehrbedarf an Pflegepersonal mit Intensivverfahren zu kompensieren. Die Fragen können mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, „weiß nicht“ anzugeben. Dies soll vermeiden, dass Teilnehmer*innen, die keine Informationen zu dem Thema haben, zufällig „ja“ oder „nein“ angeben

(Mayer 2013: S. 93-94). Es handelt sich ausschließlich um geschlossene Fragen.

Die sechste Themeneinheit befasst sich mit dem persönlichen Empfinden von Pflegekräften auf Intensivstationen während der Covid-19-Pandemie. Sechs Einzelfragen werden hier in einem Fragekomplex zusammengefasst. Es wird nach der Sorge gefragt, sich oder Angehörige zu infizieren und Patienten medizinisch und/ oder pflegerisch nicht gerecht werden zu können. Weiterhin wird erfragt, ob Intensivpflegende der Arbeit während der Covid-19-Pandemie gelassen entgegensehen und/ oder Freude über die neue Herausforderung empfinden. Das sechste ist ein sehr zentrales Thema dieser Arbeit, da die Forschenden sich besonders hiervon Antworten auf ihre Forschungsfragen „wie Pflegekräfte die Arbeit auf der Intensivstation während der Covid-19-Pandemie erleben“ und „ob diese Situation überhaupt etwas Besonderes für sie ist“ oder ob dieser Zustand sich von anderen Pflegesituationen nicht unterscheidet. Es handelt sich um geschlossene Fragen, die anhand einer vierer Likert-Skala, von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“ beantwortet werden. Da es sich um potenziell sensible Fragen handelt, gibt es die Möglichkeit „keine Angabe“ anzukreuzen.

Das letzte Themenfeld fragt die Erwartungen der Intensivpflegenden an die Zeit nach der Covid-19-Pandemie ab. In diesem Bereich werden acht Einzelfragen in einem Fragenkomplex zusammengefasst. Inhaltlich wird die gewünschte Art der Rückkehr in den pflegerischen Alltag, die Erwartung auf ein besseres berufliches Ansehen und/ oder ein höheres Gehalt und die Erwartung an die Arbeitsbedingungen nach der Covid-19-Situation abgefragt. Mit diesen Fragen beabsichtigen die Forschenden herauszufinden, ob, und wenn ja wie, sich die Erwartungshaltung von Intensivpflegekräften, durch die positive Darstellung in den Medien, den Zuspruch der Öffentlichkeit (Kölner Stadt-Anzeiger 2020) und die Betonung der Systemrelevanz durch die Politik (BMAS 2020 a) während der Covid-19-Pandemie verändert. Um nicht tendenziell zu fragen, geben die Forscher Antwortmöglichkeiten in verschiedene Richtungen vor. Sie sind der

Meinung, dass sich gerade bei der Berufsgruppe Pflege, die sich in der Vergangenheit meist nur für eine bessere Personalausstattung zwecks besserer Patientenversorgung eingesetzt hat (Deutsches Ärzteblatt 2017), jedoch nicht für ihre persönlichen Interessen, eine Änderung der Anspruchs- und Erwartungshaltung durch die Covid-19-Pandemie sichtbar werden würde. In der Fragestellung wird der Begriff „Ausnahmesituation“ benutzt, der auch Inhalt einer Forschungsfrage ist. Die methodische Schwäche dieser Fragestellung ist zuvor bereits erwähnt. Alle Fragen dieses Fragenkomplexes sind geschlossene Fragen. Sie sind likert-skaliert, mit einer Viererskala von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“. Da es sich um potenziell sensible Fragen handelt, gibt es die Möglichkeit, „keine Angabe“ zu antworten.

Nach der Beantwortung der letzten Frage versenden die Teilnehmer*innen ihre Antworten per Klick auf einen Absendebutton. Daraufhin erscheint der schriftliche Dank der Forschenden, für die Teilnahme an der Befragung.

Auf eine spezielle Dramaturgie haben die Forschenden beim Erstellen des Fragebogens verzichtet, da bei einer schriftlichen Befragung nicht sichergestellt werden kann, dass die Teilnehmer*innen die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge beantworten. Auch bei einer Onlinebefragung besteht die Möglichkeit, im Fragebogen vor und zurück zu blättern und die Fragen in einer beliebigen Reihenfolge zu bearbeiten. Alle Fragen sind thematisch geordnet, um keine Verwirrung bei der/ dem Antwortenden auszulösen (Porst 2011: S. 133). Der Fragebogen enthält keine Pflichtfragen, damit die Antwortenden die Möglichkeit haben, einzelne Fragen auszulassen. Aufgrund der Tatsache, dass bei einer schriftlichen Onlinebefragung keine Rückfragen möglich sind, müssen die Fragen möglichst eindeutig und verständlich sein. Deshalb haben die Autoren der Arbeit die Fragen möglichst kurz, einfach und konkret formuliert (Mayer 2013: S. 91). Der komplette Fragebogen liegt im Anhang dieser Arbeit vor.

4.6 Pretest

Nach der Fertigstellung wurde der Fragebogen einem Pretest unterzogen. Dazu beantworteten drei Personen, die aus dem Umfeld der Forschenden stammen und in der Intensivpflege arbeiten, den Fragebogen unabhängig voneinander. Das Hauptaugenmerk der Testpersonen lag auf der Verständlichkeit der Fragen, der Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Antwortvorgaben und der Bearbeitungsdauer (Mayer 2013: S. 99). Alle drei Proband*innen benötigten etwas weniger als zehn Minuten für die Bearbeitung des Fragebogens. Das entspricht der Erwartung der Forschenden. In Bezug auf Verständlichkeit der Fragen und Eindeutigkeit der Antwortmöglichkeiten hatten die Testpersonen einige wenige Kritikpunkte, die die Forschenden zu geringen Veränderungen in der Fragebogengestaltung veranlassten. Insgesamt wurden drei Fragestellungen präziser formuliert und eine Frage gestrichen.

4.7 Feldzugang

Ein Vorteil einer Online-Umfrage ist, dass der Feldzugang über verschiedene Kanäle stattfinden kann. Aufgrund der langen Intensivpflegeerfahrung beider Forscher können berufliche Kontakte genutzt werden, um die Umfrage zu verbreiten. Weiterhin werben sie an Fachweiterbildungsstätten, an denen sie unterrichten für die Teilnahme an der Befragung. Die Studienkohorte der Katholischen Hochschule NRW, Standort Köln, der die Autoren der Arbeit angehören, unterstützt ebenfalls bei der Verteilung des Umfrage-Links. Außerdem nutzen die Forschenden Intensivpflegegruppen in sozialen Netzwerken, um die Befragung bekannt zu machen. Angebote von Forschern, die sich auf den Aufruf in sozialen Netzwerken melden und viele beantwortete Fragebögen in Aussicht stellen, falls sich die Ersteller dieser Arbeit bereit erklären, selber auch an verschiedenen Befragungen teilzunehmen, werden abgelehnt. Nicht zuletzt unterstützen die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste (DGF) e.V. und die Sektion Pflege der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) die Umfrage. Beide Berufsverbände verbreiten den Link zur Befragung über

ihren Mitglieder-E-Mail-Verteiler. Die Befragung fand zwischen dem 02.04.2020 um dem 24.04.2020 statt.

4.8 Datenauswertung

Die Kodierung der erhobenen Daten erfolgt mit der Umfragesoftware „EFS Survey“. Mit dieser Software werden die kodierten Daten in eine Statistiksoftware exportiert. In diesem Fall ist das eine Testversion des Statistikprogramms „SPSS Statistics“, die die Firma IBM während der Schreibfrist dieser Masterarbeit kostenlos zu Verfügung stellt. Die grafische Darstellung der Ergebnisse und die textlichen Erläuterungen erfolgen mit den Programmen Excel und Word der Firma Microsoft, welche über das Abonnementprodukt Microsoft 365 Apps for Enterprise über die Katholische Hochschule NRW gemietet werden. Die erhobenen Daten werden in „SPSS Statistics“ bereinigt. Das bedeutet, dass die Antworten auf ihre Plausibilität hin geprüft werden. Fälle, aus denen nicht plausible oder überwiegend fehlende Angaben der Teilnehmer*innen hervorgehen, werden aus der Menge der auswertbaren Fälle gelöscht. Die Aufbereitung der Ergebnisse erfolgt deskriptiv, entweder in der Darstellung und Beschreibung von Häufigkeiten einzelner Parameter oder in der Analyse von Subgruppen durch den Kreuzvergleich von zwei oder mehr Variablen. Beides wird mit „SPSS Statistics“ durchgeführt.

5 Ergebnisse

In diesem Gliederungspunkt der Arbeit werden der Verlauf der Onlinebefragung und die zentralen Ergebnisse der Umfrage beschrieben.

5.1 Verlauf der Onlinebefragung

Die standardisierte Onlinebefragung zum Thema "Wie erleben Pflegekräfte auf Intensivstationen die Arbeitssituation während der Covid-19-Pandemie?" dauert 22 Tage. Der Befragungszeitraum ist der 02.04.2020 bis 24.04.2020, jeweils 14:00 Uhr. Von 736 Personen, die mit der Beantwortung des Fragebogens beginnen, schließen 605 Teilnehmer*innen die Umfrage ab. Damit liegt die Beendigungsquote bei 82,07 %. Sieben Minuten und 39 Sekunden ist die mittlere Bearbeitungszeit für die Beantwortung der Fragen im arithmetischen Mittel. Der Median beträgt fünf Minuten und 52 Sekunden.

Der größte Zuwachs an Teilnehmenden findet zwischen dem 06.04.2020 und 08.04.2020, also gegen Ende der ersten Befragungswoche, statt. Die maximale Anzahl zeitgleich aktiver Umfrageteilnehmer*innen beträgt 100. Die meisten Befragungsabbrüche sind auf der Seite mit den „Fragen zur Einrichtung“ zu verzeichnen. Das liegt vermutlich daran, dass diese Seite Filterfragen beinhaltet, mit denen sichergestellt werden soll, dass die Antwortenden auf einer Intensivstation mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung arbeiten.

Die Befragung wurde anonym und ausschließlich in deutscher Sprache durchgeführt.

5.2 Bereinigung der erhobenen Daten

Nach der Kodierung der erhobenen Daten in der Umfragesoftware „EFS Survey“ und dem Export in die Statistiksoftware „SPSS Statistics“, wird der Rohdatensatz dort bereinigt. Das bedeutet, dass die Forschenden die Antworten aller Teilnehmer*innen auf ihre Plausibilität überprüfen. Damit soll vermieden werden, dass bewusste oder versehentliche Falschangaben die Ergebnisse der Umfrage verfälschen.

Für die Befragung, die dieser Arbeit zugrunde liegt, bedeutet das, dass 19 Fälle wegen fehlender Plausibilität gelöscht werden müssen. Zwei Personen geben eine Bettenkapazität ihrer Intensivstation an, die unmöglich zu der angegebenen Größe ihres Krankenhauses passen kann. In vier Fällen werden mehr Beatmungsmöglichkeiten auf der Station, als vorhandene Intensivbetten, angegeben, was unlogisch ist und zur Löschung der Fälle führt. 13 Teilnehmer*innen geben an, länger auf der Intensivstation zu arbeiten als in der Krankenpflege generell. Dabei handelt es sich evtl. um ein Missverständnis. Jedoch halten die Forschenden es für notwendig, auch diese Fälle zu streichen, um einer Verfälschung der gewonnenen statistischen Daten vorzubeugen.

Die Antwortbögen von sechs Teilnehmer*innen, die nicht in Deutschland arbeiten, werden ebenfalls von der Auswertung ausgeschlossen, da die Ergebnisse dieser Arbeit sich auf Deutschland beziehen. Sie sind weder für Deutschland noch für ein einzelnes Bundesland repräsentativ.

Nach der Bereinigung des Rohdatensatzes liegen noch 580 Fälle zur Auswertung vor.

5.3 Beschreibung der Stichprobe

Anhand von sozio-demografischen Merkmalen, die im Fragebogen erfasst werden, lassen sich im inkludierten Datensatz 580 Teilnehmer*innen aus Deutschland feststellen. Die Verteilung innerhalb Deutschlands zeigt eine hohe Teilnahme in NRW (53,8 %), gefolgt von Bayern (7,5 %) und Baden-Württemberg (6,5 %). In Abbildung 1 ist erkennbar, dass in jedem Bundesland Teilnehmer*innen zu verzeichnen sind. Die übermäßige Anzahl der Mitwirkenden zeichnet sich in den westlichen Bundesländern ab. 41,8 % aller Befragten sind in öffentlich-rechtlichen Einrichtungen tätig, sowie 38,7 % in freigemeinnützigen Einrichtungen. 19,1 % der Teilnehmenden geben eine private Trägerschaft an. Der überwiegende Teil der Befragten arbeitet in Krankenhäusern, deren Bettenanzahl sich auf > 800 Betten (29

%) sowie 200-399 Betten (26,4 %) und 400-599 (23,3 %) belaufen.

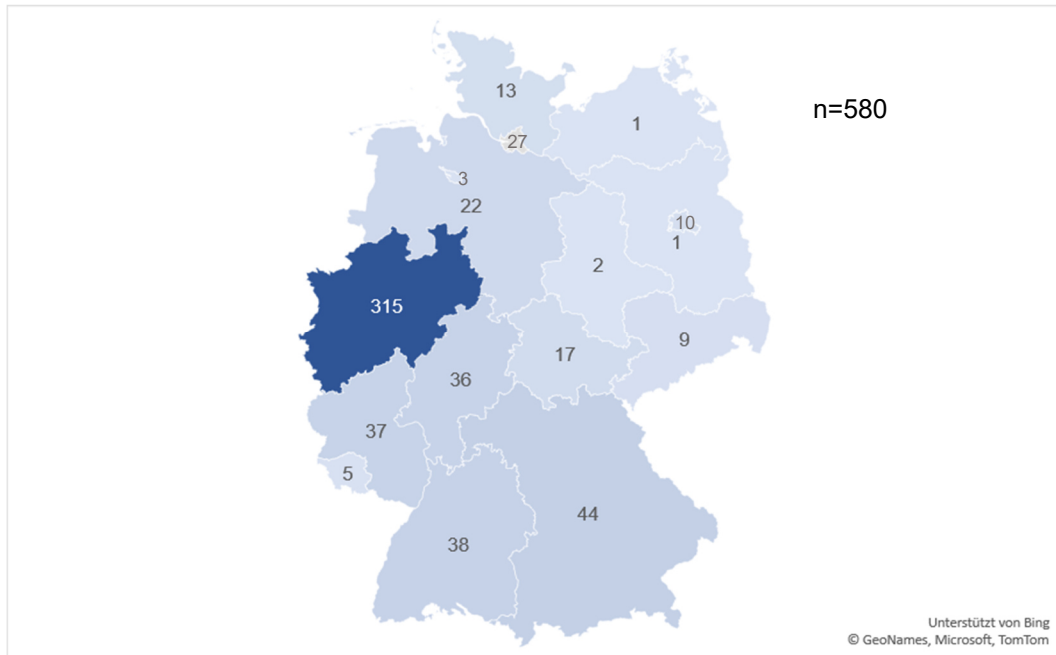


Abb. 1: Verteilung der Teilnehmer*innen in Deutschland

21,9 % aller Befragten sind in Krankenhäusern mit 1-10 ICU-Betten angestellt. Die meisten Pflegekräfte (60 %) arbeiten lt. dieser Umfrage auf ICU-Stationen mit 11-20 Betten. Darüber hinaus sind 12,6 % aller Umfrageteilnehmer*innen auf ICUs mit 21-30 Betten tätig. 4,5 % der Intensivpflegenden geben an, in ihrem Haus 31-40 ICU-Betten zu haben. Fünf Antwortende (0,9 %) berichten von 41-50 ICU-Betten in ihrem Haus und ein(e) Teilnehmer(in) (0,2 %) gibt an, 60 Betten auf der ICU zur Verfügung zu haben. Der Mittelwert aus allen eingeschlossenen Daten ergibt 15,95 Intensivbetten.

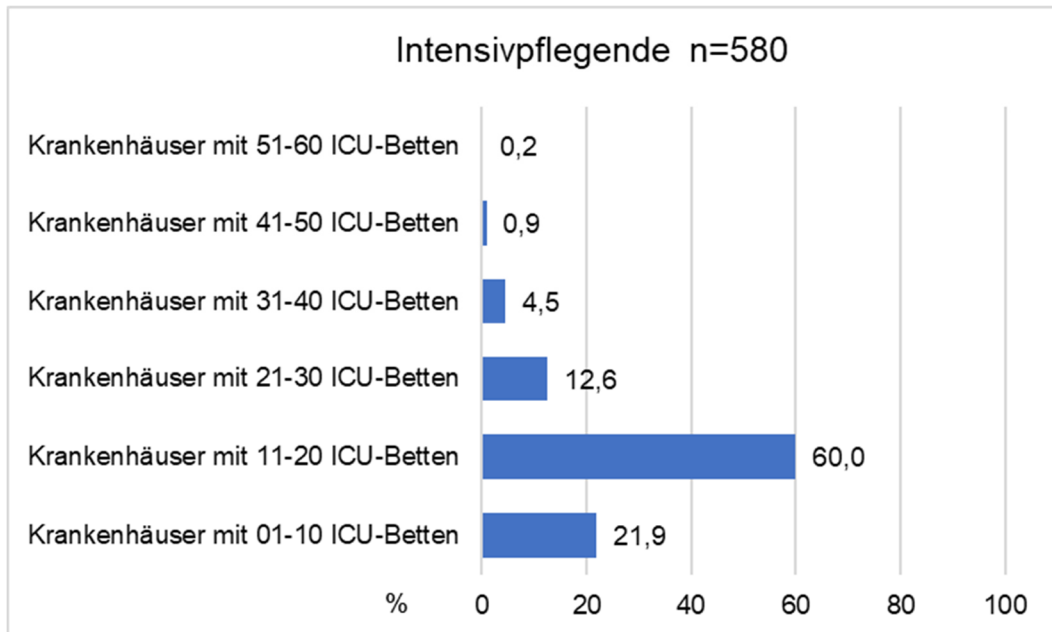


Abb.2: Überblick über die Anzahl der ICU Betten nach Angaben aller Befragten in Deutschland

Die überwiegende Anzahl der Teilnehmer*innen (35,4 %) ist auf einer anästhesiologisch geführten ICU beschäftigt, gefolgt von 30,4 % (n=175), die auf konservativen ICUs arbeiten. 92 Teilnehmer*innen (16 %) arbeiten auf chirurgischen Intensivstationen. 36 Teilnehmer*innen (6,3 %) sind auf einer Intermediate Care Station tätig. 34 Befragte (5,9 %) geben an, auf einer reinen kardiologischen Station zu arbeiten. 3,6 % der Intensivpflegekräfte verbringen ihre Arbeitszeit auf einer reinen neurochirurgischen Station. Elf Antworten (1,9 %) kommen von Teilnehmer*innen, die auf einer pädiatrischen ICU angestellt sind und ein(e) Teilnehmer(in) (0,2 %) ist auf einer Verbrennungsintensivstation tätig.

64,5 % der Teilnehmer*innen sind weiblich und 35,5 % männlich. Ein neutrales Geschlecht gibt keine/r der Teilnehmenden an. Die ältesten Teilnehmer*innen (n=13) sind über 60 Jahre alt, gefolgt von 98 Pflegekräften im Alter zwischen 51 und 60 Jahren. 117 Antwortende sind zwischen 41 und 50 Jahre alt. Zwischen 31 und 40 Jahre alt sind 193 Teilnehmende. Sie stellen die größte Altersgruppe in dieser Befragung. Die jüngsten Teilnehmer*innen (n=159) haben die Altersgrenze von 30 Jahren noch nicht überschritten. Alle Datenrückläufe beziehen sich auf

Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes (85,5 %) und auf Mitarbeiter*innen in Funktion der Stations-/Bereichsleitung (9 %) bzw. deren Stellvertretung (5,5 %).

Nahezu zwei Drittel der Befragten (n=362) befinden sich in Vollzeitanstellung. 20,9 % der Teilnehmer*innen besetzen einen Stellenanteil zwischen 75 % und 99 %. 8,8 % der Befragten bekleiden eine halbe bis dreiviertel Stelle und 14 Teilnehmer*innen (5,4 %) übernehmen einen geringeren Stellenanteil von (26 % - 50 %). 2,4 % der Befragten arbeiten monatlich 25% oder weniger (siehe Tab. 3).

Tab. 3: Angaben zum Stellenumfang der Befragten

Stellenumfang	Vollzeit (100 %)	99-75 %	74-51 %	50-26 %	25 % oder weniger
N Gültig 579	62,5 %	20,9 %	8,8 %	5,4 %	2,4 %
N fehlend 1					

Interessant für die Forschenden ist auch die Frage nach dem Abschluss der Fachweiterbildung „Intensivpflege/ Anästhesie“, weil durch diesen Parameter evtl. Subgruppenunterschiede nachgewiesen werden können. Mehr als zwei Drittel (67,2 %) der Befragten geben an, die Fachweiterbildung erfolgreich absolviert zu haben.

Die Berufserfahrung in der Pflege seit dem staatlichen Examen liegt bei den Teilnehmer*innen an der Befragung zwischen 0,5 und 45 Jahren. Die meisten Antwortenden sind zwischen sechs und zehn Jahren in der Pflege (23,3 %) beschäftigt. 21,0 % der teilnehmenden Pflegekräfte arbeiten zwischen sechs Monaten und fünf Jahren in der Pflege. 13,3 % der Teilnehmer*innen haben zwischen 16 und 20 Jahre Berufserfahrung. Die Gruppen der Pflegekräfte, die zwischen 11 bis 15 und 26 bis 30 Jahren in der Pflege tätig sind, sind nahezu gleich groß. Erstere machen 11 % aus, Letztere 10,9 %. 10 % der Teilnehmer*innen erfüllen ihre Arbeit in der Pflege zwischen 21 und 25 Jahren. Die zahlenmäßig kleinsten Gruppen haben 31 bis 35 Jahre (5,3 %), 36 bis 40 Jahre (4,1 %) und mehr als 40

Jahre (1 %) Berufserfahrung als examinierte Pflegekräfte. Im Durchschnitt sind die Teilnehmer*innen nach dem Examen 15,6 Jahre im Pflegeberuf tätig.

Ähnlich fallen die Verteilungen bei der Frage nach der Dauer der Tätigkeit auf einer Intensivstation aus. Hier liegt die Spanne zwischen 0,5 und 41 Jahren. Die größte Gruppe der Antwortenden leistet ihre Arbeit in der Intensivpflege (29,0 %) zwischen sechs Monaten und fünf Jahren. Sechs bis zehn Jahre arbeiten 24,8 % der Befragten auf einer Intensivstation. Die Gruppe der Pflegekräfte, die 11 bis 15 Jahre Intensiverfahrung hat, beträgt 11,9 %. Die viertgrößte Gruppe machen die Personen aus, die zwischen 16 und 20 Jahren auf einer Intensivstation tätig sind (10,9 %). Danach folgen 10 % der Teilnehmenden, die 21 bis 25 Jahre ihren Beruf auf der ICU ausüben. 8,1 % der Befragten vollbringen ihre Arbeitszeit zwischen 26 und 30 Jahren und 3,4 % 31 bis 35 Jahre in der Intensivpflege. 36 bis 40 Jahre Intensiverfahrung haben 1,6 % der antwortenden Pflegekräfte und zwei Teilnehmer*innen (0,3 %) bewerkstelligen ihren Beruf länger als 40 Jahre auf einer Intensivstation. Durchschnittlich verrichten die Umfrageteilnehmer*innen ihre Arbeit 12,8 Jahre in dem Fachbereich Intensivpflege.

Neben der Tätigkeit in der Pflege allgemein und der Erfahrung in der Intensivpflege werden die Teilnehmer*innen auch gefragt, wie lange sie bei ihrem aktuellen Arbeitgeber arbeiten. Die Spanne der Antworten reicht von 0,5 bis 40 Jahre. 43,1 % geben an, ein halbes Jahr bis fünf Jahre bei ihrem jetzigen Arbeitgeber angestellt zu sein. 24,7 % der Befragten vollbringen ihre Pflegetätigkeit seit sechs bis zehn Jahren bei ihrem aktuellen Arbeitgeber. 10,7 % der Antwortenden geben an, seit elf bis 15 Jahren bei dem jetzigen Arbeitgeber angestellt zu sein. 16 bis 20 Jahre sind 8,1 % der Teilnehmer*innen beim aktuellen Arbeitgeber beschäftigt. 6,7 % der Teilnehmenden arbeiten zwischen 21 und 25 Jahre beim jetzigen Arbeitgeber. Die Gruppe derjenigen, die 26 bis 30 Jahre bei dem jetzigen Arbeitgeber beschäftigt ist, macht 3,6 % aus. 1,9 % der Antwortenden haben seit 31 bis 35 Jahren den Arbeitgeber nicht gewechselt und sieben

Befragte (1,2 %) erledigen ihre Arbeit seit 36 bis 40 Jahren bei ihrem aktuellen Arbeitgeber. Durchschnittlich sind die teilnehmenden Intensivpflegenden 9,7 Jahre auf der Intensivstation ihres aktuellen Arbeitgebers beschäftigt.

Die hier genannten Zahlen belegen, dass Intensivpflegende grundsätzlich eine große Treue zu ihrem Beruf und ihrem Arbeitgeber haben. Sieht man sich die konkreten Fälle an, fällt aber auf, dass auch Pflegekräfte mit sehr langer Intensivfahrung tlw. erst sehr kurz bei ihrem aktuellen Arbeitgeber angestellt sind, sie also nach vielen Jahren auf der Intensivstation den Arbeitsplatz gewechselt haben. Da die Motivation für den Arbeitgeberwechsel jedoch nicht bekannt ist, können aus dieser Beobachtung keine Schlussfolgerungen abgeleitet werden.

5.4 Beschreibung der Betreuungsrelation Pflegekraft/ Patient*innen

Der Frageblock „Fragen zur Patientenbetreuung“ der Online-Umfrage dient dazu, Informationen darüber zu erhalten, wie viele intensivpflichtige Patienten*innen die antwortenden Pflegekräfte betreuen. Es wird konkret nach der Anzahl der zu betreuenden Patienten*innen im letzten Dienst gefragt, da damit eine reale und vergleichbare Größe der Belastung der einzelnen Pflegekraft ermittelt werden kann. Andere, häufig angewandte Berechnungen zur Betreuungsrelation, z.B. die besetzten Pflegestellen der Station, umgerechnet auf die Anzahl der Betten oder auf die Fallzahlen in einem bestimmten Zeitraum, stellen lediglich Durchschnittswerte dar, sind aber keine präzise Erfassung der Belastung der einzelnen Pflegekraft zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Von den insgesamt 574 antwortenden Pflegekräften geben 249 (43,4 %) an, dass ihr letzter Dienst ein Frühdienst war. 151 Intensivpflegende (26,3 %) hatten zuletzt Spätdienst und 174 (30,3 %) Nachtdienst. Sechs Teilnehmer*innen machen keine Angabe. An dieser Stelle bestätigt sich die in Kap. 4.5: Aufbau des Fragebogens, geäußerte Vermutung, dass einige Teilnehmende diese Frage nicht beantworten können, da sie vielleicht einen

Regel- oder Zwischendienst hatten, der in der Frage nicht als Antwortmöglichkeit vorliegt.

Von den 249 Pflegekräften, die angeben, zuletzt Frühdienst gehabt zu haben, betreuten 46 (18,5 %) eine(n) Patient*in auf der Intensivstation. 120 (48,2 %) erklären, im letzten Frühdienst zwei Patient*innen betreut zu haben und 61 Pflegende (24,5 %) waren für drei Patient*innen verantwortlich. Acht Intensivpflegende (3,2 %) antworten, dass sie vier Patient*innen im letzten Frühdienst betreut haben und vier Pflegekräfte (1,6 %) versorgten mehr als vier Patient*innen. Zehn Befragte (4,0 %) machten keine Angabe, weil sie möglicherweise eine Leitungsfunktion haben und nicht in die direkte Patientenbetreuung eingebunden sind. Da die Antwortmöglichkeit „in meinem letzten Dienst habe ich null Patienten betreut“, bewusst nicht angeboten wird (siehe auch Kapitel 4.5: Aufbau des Fragebogens), können einige Befragte keine Antwort auf diese Frage geben.

Bei den 151 Pflegekräften, deren letzter Dienst ein Spätdienst war, ist die Betreuungsrelation folgendermaßen: 29 Personen (19,2 %) antworten, eine(n) Patient*in betreut zu haben, 79 Pflegekräfte (52,3 %) geben an, für zwei Patient*innen auf der Intensivstation verantwortlich gewesen zu sein. 35 Intensivpflegende (23,2 %) erklären, drei Patient*innen betreut zu haben und sieben Pflegende (4,6 %) kümmerten sich um vier Patient*innen. Für mehr als vier Patient*innen war eine Pflegekraft (0,7 %) in ihrem letzten Spätdienst verantwortlich.

174 Befragte geben an, als letzten Dienst einen Nachtdienst gehabt zu haben. Von diesen Intensivpflegenden haben 20 (11,5 %) einen Patienten betreut. 84 Pflegekräfte (48,3 %) geben an, für zwei Patienten verantwortlich gewesen zu sein und 56 Teilnehmer*innen (32,2 %) versorgten drei Patienten im Nachtdienst. Elf Befragte (6,3 %) waren für vier Patienten verantwortlich und drei Pflegende (1,7 %) kümmerten sich im Nachtdienst auf der Intensivstation um die Versorgung von mehr als vier Patient*innen.

Der Vergleich der Betreuungsschlüssel zwischen Intensivstationen, die zum Zeitpunkt der Befragung Covid-19-Patienten behandeln und solchen, die noch keine an Covid-19-Erkrankte behandeln, zeigt, dass auf ersteren Stationen prozentual mehr Patienten*innen (17,4 %) in einer 1 : 1 Betreuung versorgt werden, als auf letztgenannten Stationen (13,8 %). Die Zahl derjenigen, die in ihrem letzten Dienst in einer 1:2-Betreuung gearbeitet haben, ist auf Stationen mit Covid-19-Patienten*innen unwesentlich höher (51,4 %) als auf Stationen, die zum Zeitpunkt der Befragung keine Covid-19-Erkrankte behandeln (49,1 %). Die Zahl der 1:3-Betreuungsschlüssel ist auf Non-Covid-Stationen größer (32,1 %) als auf Stationen mit Corona-Patienten*innen (24,8 %). Der Trend, dass Intensivpflegende auf Stationen mit Covid-19-Erkrankten bei Betreuungsschlüsseln von 1:1 und 1:2 prozentual in der Überzahl sind und Pflegekräfte auf Non-Covid-Stationen häufiger in Betreuungsrelationen von 1:3 und mehr arbeiten, setzt sich aber nicht fort. Der Vergleich zeigt, dass auf Stationen mit Covid-19-Patienten prozentual mehr Pflegende (5,1 %) für vier Patienten verantwortlich sind als auf Stationen ohne Covid-19-Patienten (3,1 %). Die prozentuale Anzahl der Teilnehmer*innen, die zuletzt in einem Betreuungsverhältnis von mehr als 1:4 gearbeitet haben, sind in beiden Subgruppen gering und unterscheiden sich mit 1,3 % auf Stationen mit Covid-19-Erkrankten und 1,9 % auf Non-Covid-Stationen nur unwesentlich voneinander (siehe Abb. 3). 17 Befragte können nicht sagen, ob auf ihrer Station, zum Zeitpunkt der Umfrage, Covid-19-Patienten*innen versorgt werden, oder nicht. Das liegt möglicherweise daran, dass diese Pflegekräfte aktuell krank sind oder frei, bzw. Urlaub haben.

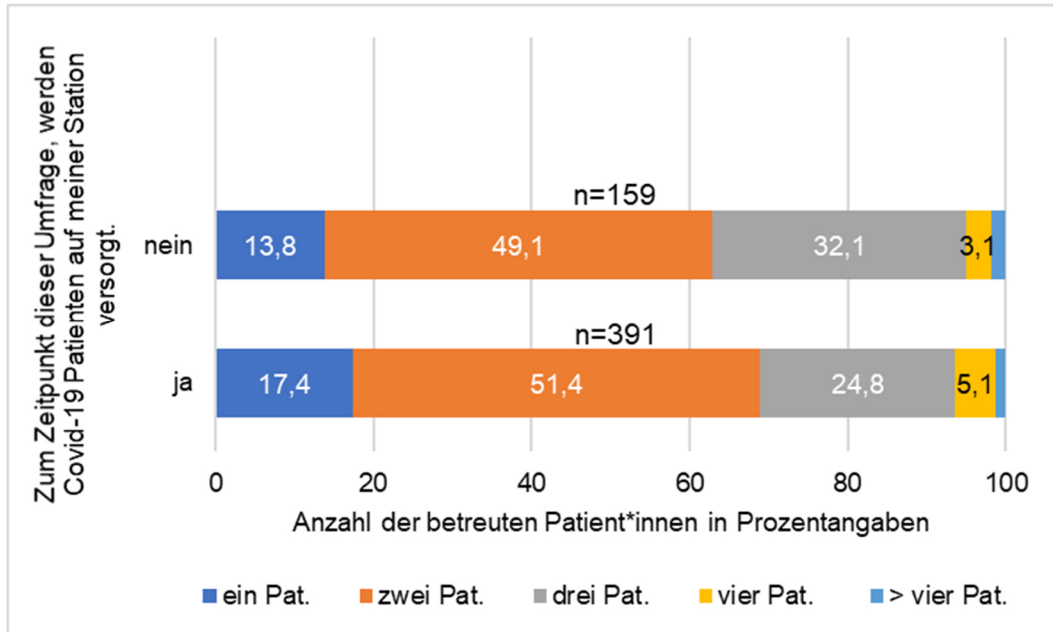


Abb. 3: Versorgung von Covid-19-Patienten und Anzahl der verantwortlich betreuten Patient*innen im letzten Dienst

5.5 Beschreibung der Einschätzungen der Intensivpflegekräfte zur aktuellen Arbeitssituation unter Covid-19

Die im Folgenden beschriebenen Ergebnisse stellen die Bewertungen vorformulierter Aussagen aus der Sicht der teilnehmenden Intensivpflegekräfte dar.

Im vierten Frageblock haben die Umfrageteilnehmer*innen Ihre Einschätzungen zur aktuellen Arbeitssituation abgegeben. Abbildung 4 zeigt, dass sich die Intensivpflegenden mehrheitlich ausreichend (84,6 %) über die bevorstehende Ausnahmesituation informiert fühlen. Nur 15,4 % der Befragten stimmen dieser Aussage eher nicht oder gar nicht zu.

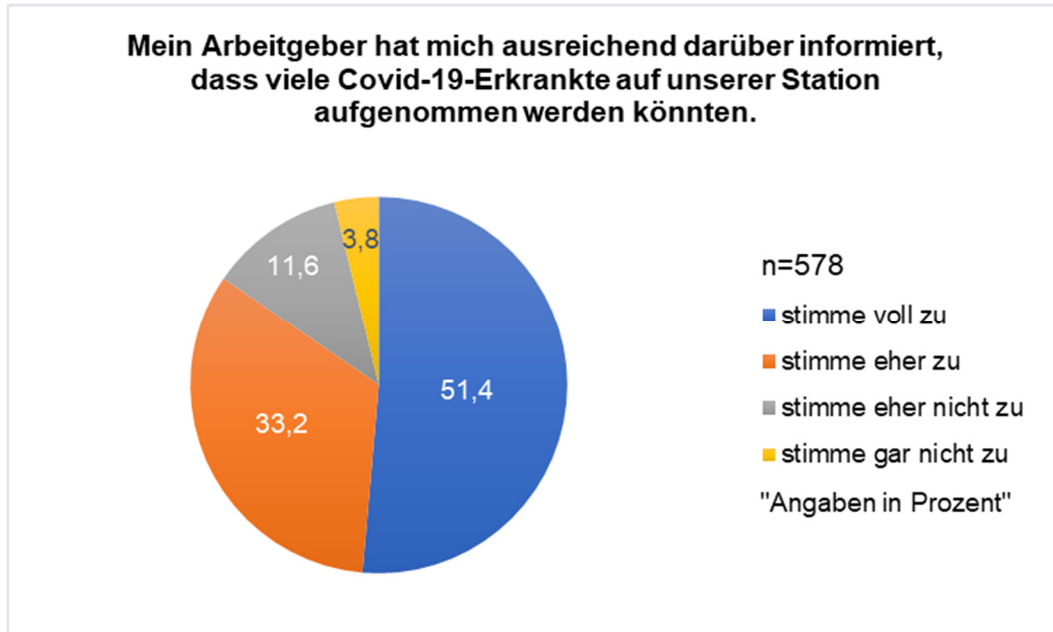


Abb. 4: Darstellung der Informationsweitergabe des Arbeitgebers zu Covid-19

Zu der Frage, ob der Arbeitgeber ausreichend Schutzmaterial zur Verfügung gestellt hat, um alle infektiösen Patient*innen, die möglicherweise aufgenommen werden, nach hygienischen Vorgaben zu versorgen, stimmen 53,7 % der Befragten eher nicht oder gar nicht zu. 46,3 % der Befragten geben an, dass Sie dieser Fragestellung eher oder sogar voll zu stimmen (siehe Abb. 5).

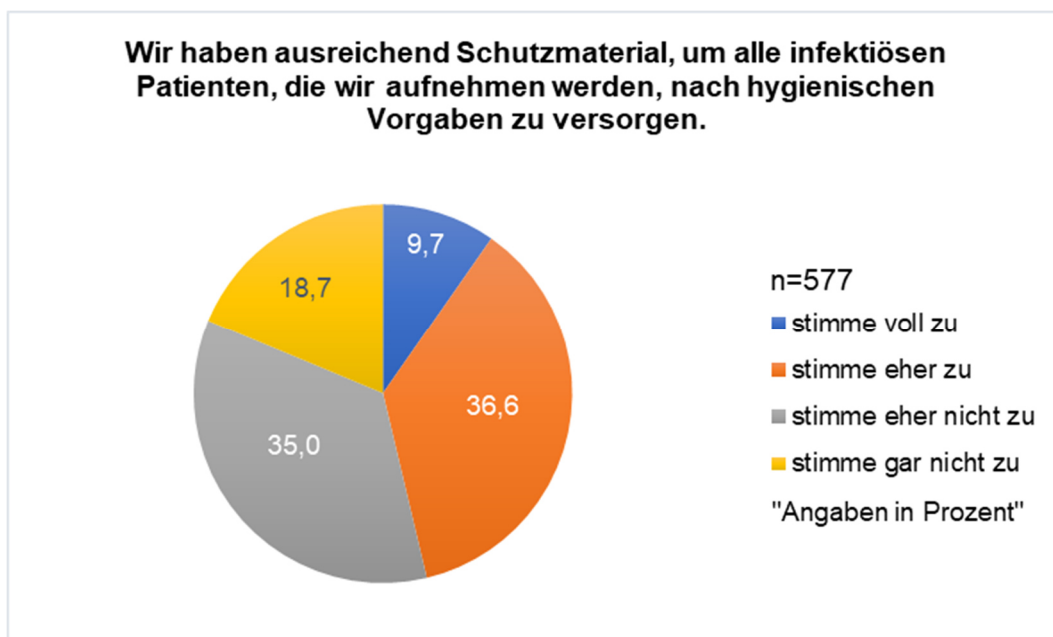


Abb. 5: Einschätzung der Pflegekräfte zum Schutzmaterialbestand

5.6 Beschreibung der strukturellen Veränderungen in der Zeit während der Covid-19-Pandemie

In dieser Fragebatterie, die zehn Items enthält, sind die Teilnehmer*innen aufgefordert, Fragen zu strukturellen (materielle, organisatorische, personelle) Veränderungen während der Covid-19-Pandemie zu machen. In der ersten Fragestellung geben die Befragten an, ob zum Zeitpunkt der Umfrage Covid-19-Erkrankte auf Ihrer Station behandelt werden.

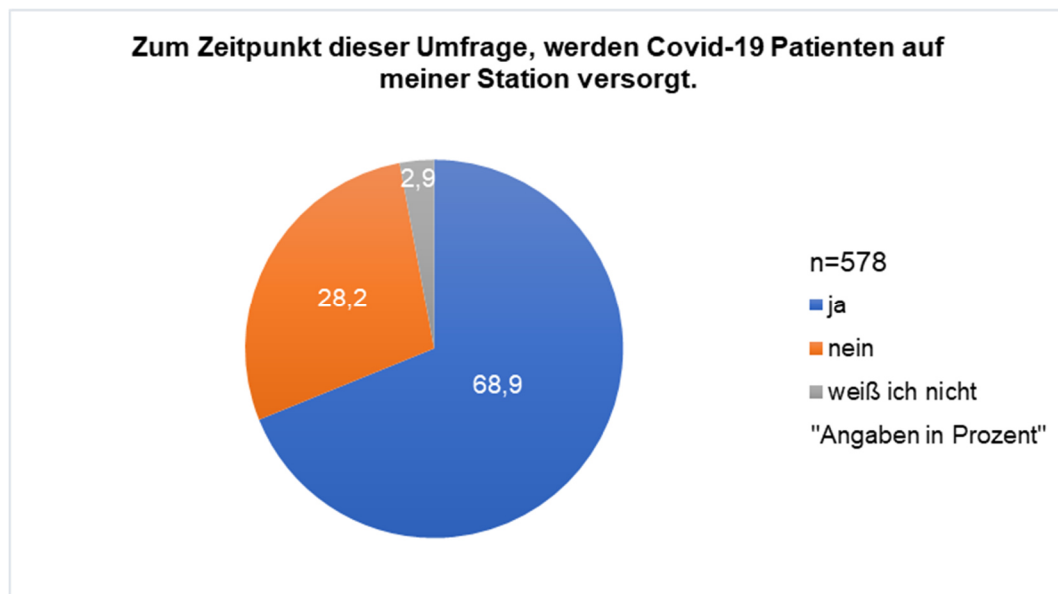


Abb. 6: Darstellung der Antwort, ob aktuell Covid-19-Erkrankte auf der Station betreut werden

Über zwei Drittel der Befragten (68,9 %) geben an, dass Covid-19-Erkrankte auf ihrer Intensivstation betreut werden. Bei 28,2 % der Befragten ist dies nicht der Fall und 2,9 % der Teilnehmer*innen können es nicht mit Bestimmtheit sagen (siehe Abb. 6).

Im Folgenden werden weitere Antworten der Teilnehmer*innen dargestellt.

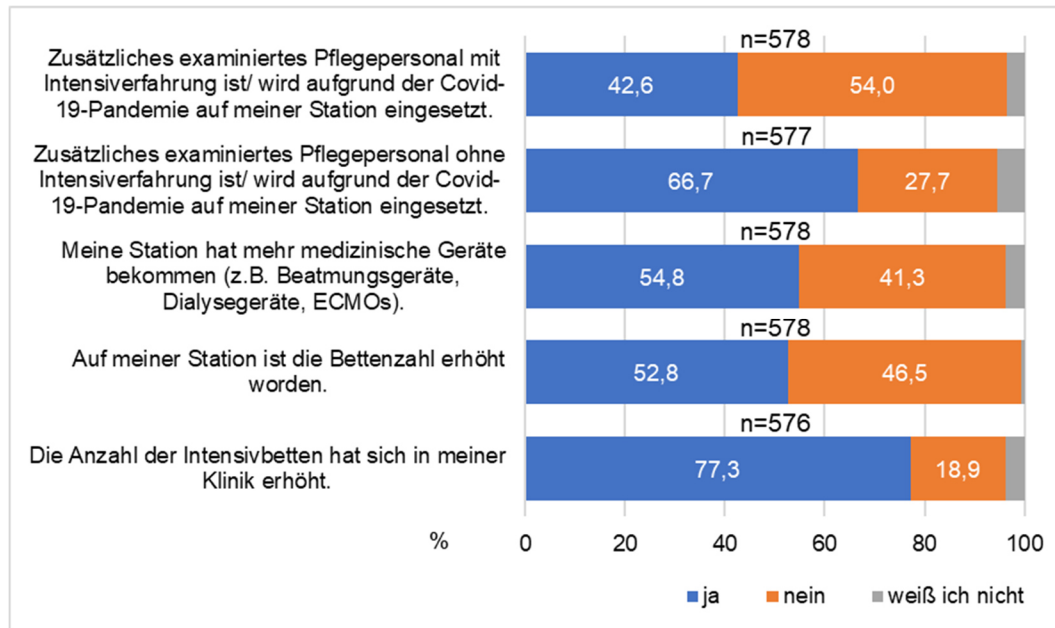


Abb. 7: Darstellung der strukturellen, materiellen und personellen Veränderungen

77,3 % der Befragten sagen aus, dass sich die Anzahl der Intensivbetten in Ihrer Klinik aufgrund der Covid-19-Situation erhöht hat. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (52,8 %) bejahen die Aussage, dass sich auf Ihrer Station die Bettenzahl erhöht hat und 54,8 % der Beteiligten dieser Umfrage geben an, dass Ihre Station mehr medizinische Geräte (beispielsweise Beatmungsgeräte) erhalten hat. Weiterhin zeigt die Grafik, dass bei 66,7 % der Befragten mehr examiniertes Pflegepersonal ohne Intensivverfahren auf den Intensivstationen eingesetzt wird. 42,6 % stimmen der Aussage zu, dass zusätzliches examiniertes Pflegepersonal mit Intensivverfahren auf den ICUs eingesetzt wird (siehe Abb. 7).

Die beiden Forscher dieser Arbeit möchten zu den zuvor gestellten Fragen nach „strukturellen und organisatorischen Veränderungen“ auch die Antwort auf die Frage, ob „ausreichend Pflegepersonal vorhanden ist, um die Sicherheit aller Patient*innen, die aufgenommen werden gewährleisten zu können“, wissen. Fast zwei Drittel (61 %) der teilnehmenden Pflegekräfte antworten darauf, mit Stimme eher nicht bzw. Stimme gar nicht zu. Rund ein Drittel der Befragten (39 %) teilen diese Meinung eher oder voll (siehe Abb. 8).

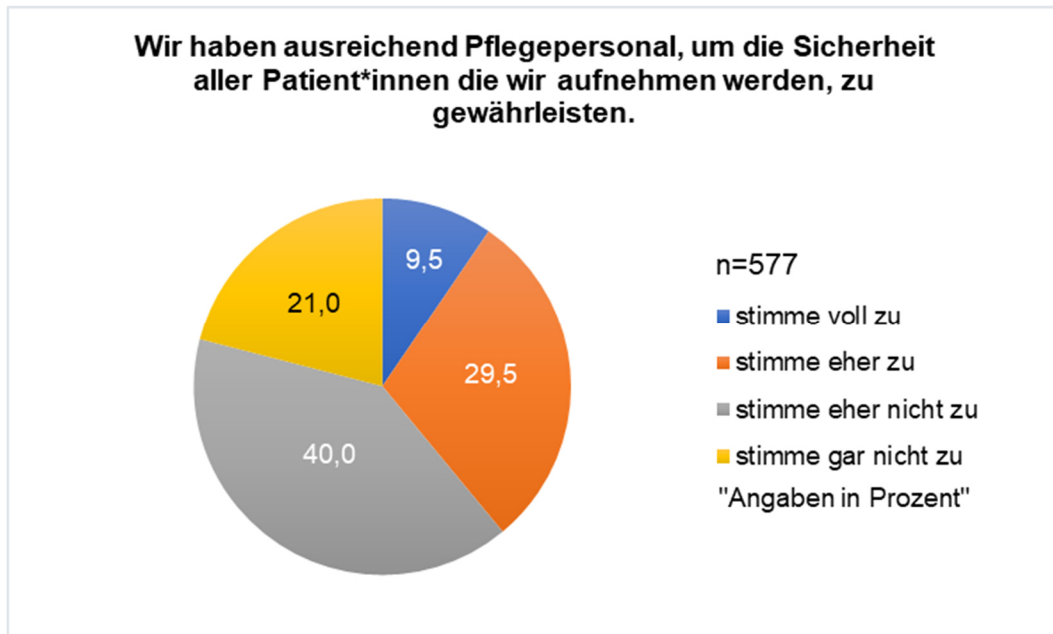


Abb. 8: Einschätzung der Befragten, ob ausreichend Pflegepersonal vorhanden ist, um die Sicherheit aller Patient*innen zu gewährleisten

Eine Aussage, die die Umfrageteilnehmer*innen getroffen haben, lautete: "Während der Covid-19-Pandemie übernehme ich zusätzlich pflegerische Aufgaben außerhalb meiner Station". Dabei ergibt die Antwort, dass es 6,2 % nicht wissen. Die Daten von 17,5 % der Befragten stimmen dieser Aussage zu und 441 Teilnehmer*innen (76,3 %) stimmen nicht zu.

Weitere Items ergeben Antworten des Intensivpflegepersonals, welche Möglichkeiten der Arbeitgeber ausschöpft, um Pflegekräfte in der Covid-19-Pandemie zu generieren. Abbildung 9 lässt erkennen, dass von 577 Antwortenden 47 % behaupten, dass Mitarbeiter*innen in Teilzeit gefragt wurden, ihren Stellenanteil zu erhöhen. 29,5 % stimmen dem nicht zu und 23,6 % können dazu wissentlich nichts sagen. 17,4 % geben an, dass Teilnehmer*innen aus dem Ruhestand gefragt wurden, auf der ICU auszuhelfen. In knapp der Hälfte der Krankenhäuser (49,7 %) war das nicht der Fall. 189 Teilnehmer*innen (32,9 %) geben an, es nicht zu wissen. Aus 150 Antworten (26 %) geht hervor, dass ehemalige Mitarbeiter*innen des Hauses angefragt wurden, auf der Intensivstation auszuhelfen. 37,1 % der

Befragten können das nicht bejahen und 36,9 % der 577 Befragten ist es nicht bekannt (siehe Abb. 9).

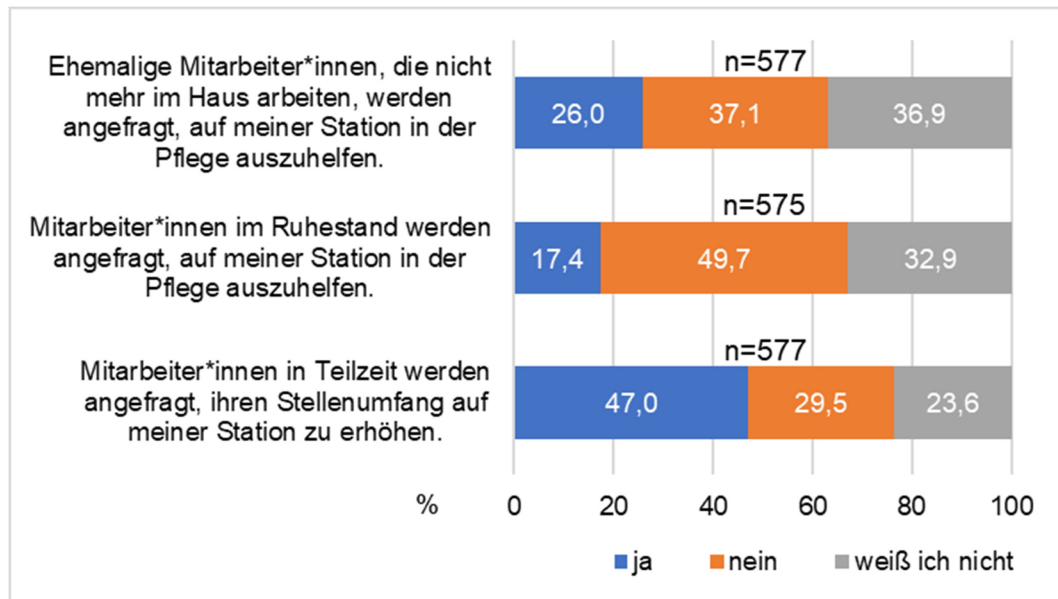


Abb. 9: Darstellung der strukturellen, personellen Veränderungen

5.7 Beschreibung der persönlichen Empfindungslage von Intensivpflegekräften während der Covid-19-Ausnahmesituation

Der sechste Fragenblock beinhaltet Fragen zum persönlichen Empfinden der Intensivpflegekräfte. Das heißt, dass die Pflegekräfte eine Gefühlsbeschreibung zu ihrer Arbeitssituation zum Zeitpunkt der Umfrage abgeben. Für 62,9 % aller befragten Intensivpflegekräfte trifft die Aussage „Ich habe Sorge, dass ich mich selbst mit dem Corona-Virus infiziere“ eher und voll zu. 30,2 % aller Befragten haben weniger Sorge und für 5,7 % der Teilnehmer*innen trifft diese Aussage gar nicht zu. Größere Angst zeigen die Intensivpflegenden, wenn es um ihre Familien geht. Hier trifft bei 80 % der Befragten die Aussage „Ich habe Angst, meine Familie mit dem Corona-Virus zu infizieren“ eher und voll zu. 15,6 % haben weniger Angst und 4 % der Befragten geben an, dass diese Aussage bei ihnen gar nicht zutrifft (siehe Abb. 10).

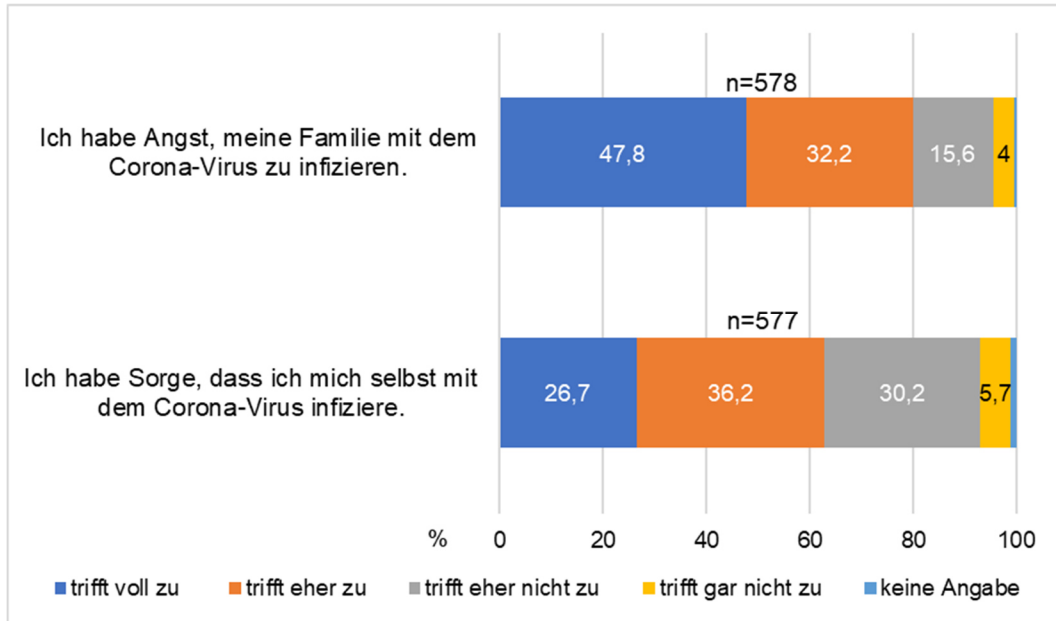


Abb. 10: Aussagen der Pflegekräfte zu Angst und Sorge, sich oder ihre Familien zu infizieren

Aus einem weiteren Item in diesem Frageblock geht die Frage hervor, ob es Intensivpflegekräften Sorgen bereitet, dass Menschen, die auf ihrer Station aufgenommen werden, nicht ausreichend medizinisch behandelt werden können. Hierzu geben 82,2 % der Befragten an, dass diese Aussage für sie eher und voll zutrifft. Für 13,7 % der Teilnehmer*innen trifft diese Aussage eher nicht zu und bei 3,3 % trifft sie gar nicht zu. 0,9 % der Befragten machen hierzu keine Angaben. Des Weiteren stimmen 78,2 % der Pflegekräfte auf Intensivstationen bei der Aussage „Ich habe Angst davor, dass ich den Patient*innen auf meiner Station während der Covid-19-Pandemie pflegerisch nicht gerecht werden kann“ eher und voll zu, wohin gegen 16,8 % der Befragten dieser Aussage eher nicht zustimmen und 4,3 % hier gar nicht zustimmen. Vier Teilnehmer*innen (0,7 %) können dazu keine Angaben machen (siehe Abb. 11).

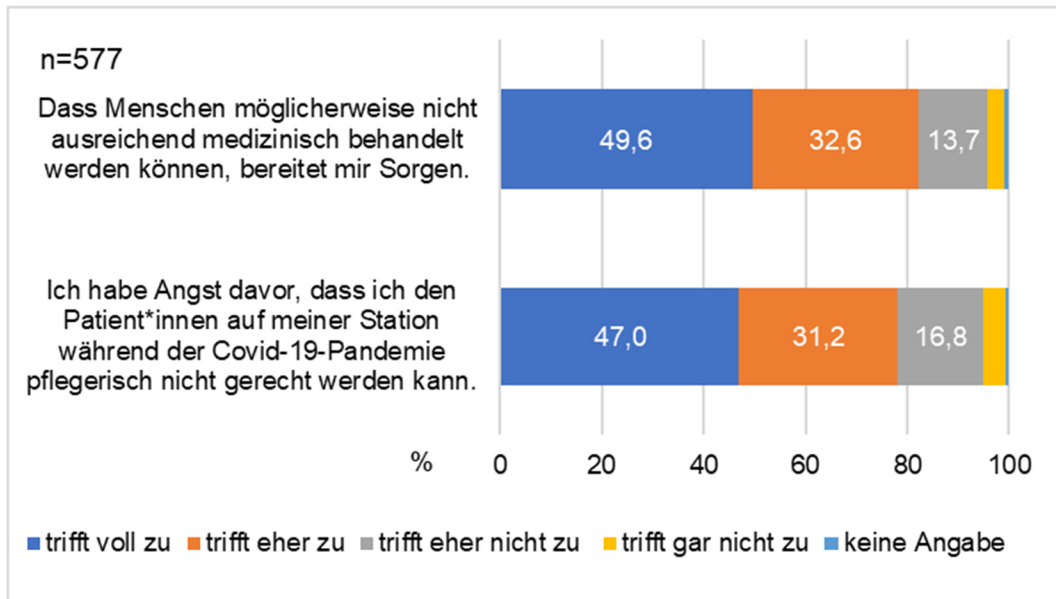


Abb. 11: Darstellung von Angst und Sorge Patient*innen medizinisch und pflegerisch nicht gerecht werden zu können

Eine Subgruppenanalyse zeigt, dass Sorge und Angst unabhängig davon sind, ob Pflegekräfte die Fachweiterbildung „Intensivpflege/ Anästhesie“ absolviert haben. Die in Abb. 12 aufgeführte Grafik lässt erkennen, dass 75,8 % der Befragten mit FWB in dieser Fragestellung eher und voll zustimmen. Auf der anderen Seite befürchten geringfügig mehr Intensivpflegende ohne FWB (83,1 %), den Patient*innen auf ihrer Station pflegerisch nicht gerecht werden zu können.

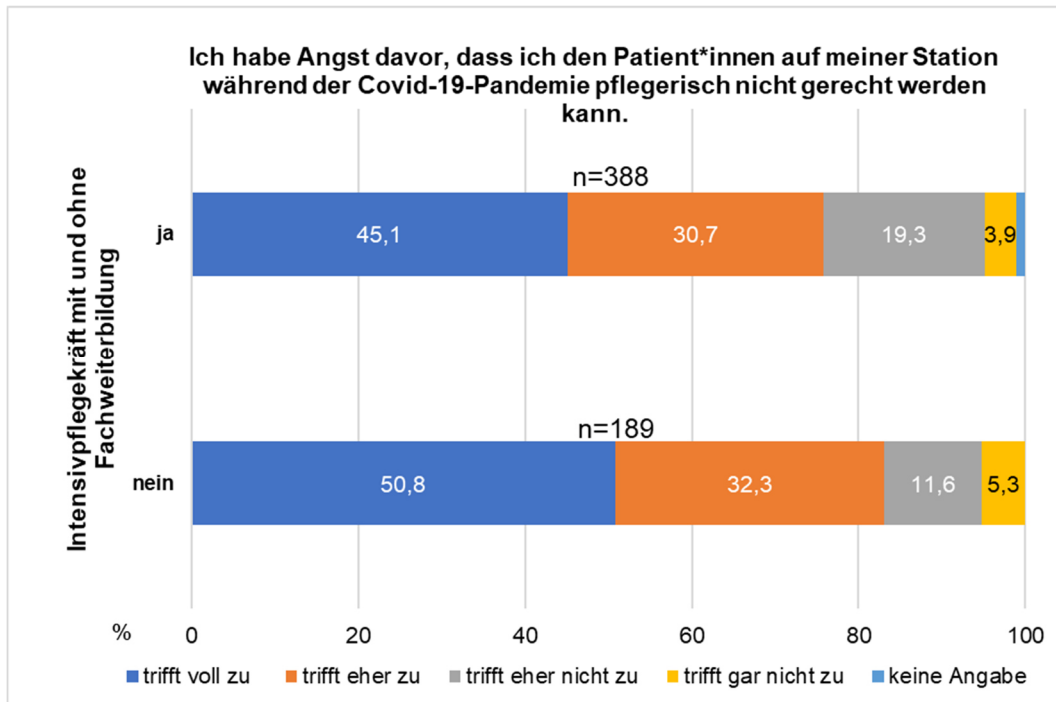


Abb. 12: Darstellung der ICU-Pflegekräfte mit und ohne FWB und ihre Befürchtungen, Covid-19-Patient*innen pflegerisch nicht gerecht werden zu können

Um in der Fragestellung objektiv zu bleiben und nicht tendenziell negativ zu wirken, wird in diesem Fragenkomplex auch positives Empfinden abgefragt. Die nachfolgende Grafik zeigt, dass sich 10,4 % und 32 % der Teilnehmer*innen auf die Herausforderung freuen, während der Covid-19-Pandemie auf der ICU zu arbeiten. 33,6 % geben an, dass diese Aussage eher nicht zutrifft und bei 19,2 % der Teilnehmer*innen trifft diese Aussage gar nicht zu. 28 Teilnehmer*innen (4,8 %) machen hierzu keine Angabe. Ein geringer Anteil der Pflegekräfte (5,7%) gibt an, dass sie ihrer pflegerischen Arbeit während der Covid-19-Pandemie gelassen entgegensehen. Bei 29,5 % der Antwortenden trifft dies eher zu. 44,4 % sehen der pflegerischen Arbeit während dieser Zeit eher nicht gelassen entgegen und bei 19,4 % der Befragten trifft die Aussage gar nicht zu. 1 % der 577 Befragten kann dazu keine Angabe machen (siehe Abb. 13).

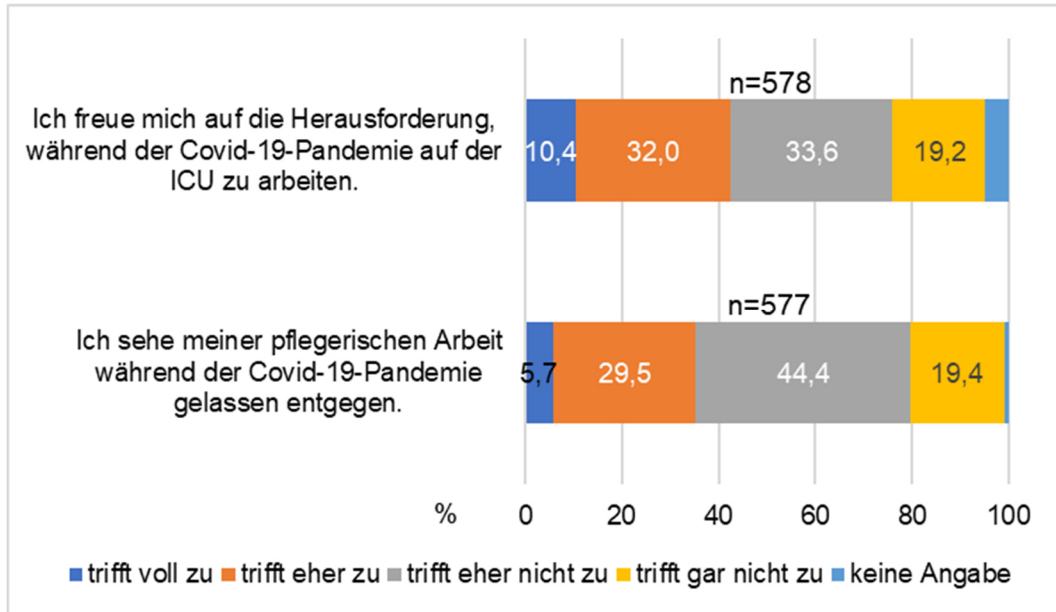


Abb. 13: Angaben zu Freude und Gelassenheit der ICU-Pflegekräfte in Bezug auf die pflegerische Herausforderung

Insgesamt beantworten 578 Teilnehmer*innen die Frage, ob das Team auf ihrer Station psychologische Unterstützung benötigt, um die Covid-19-Krise zu bewältigen. Mehrheitlich (51,4 %) sind die Pflegekräfte der Meinung, dass dies der Fall sein wird. Hierunter stimmen 12,1 % dieser Aussage voll und 39,3 % stimmen eher zu. 48,6 % der Befragten sind anderer Meinung. 32,5 % der Teilnehmer*innen dieser Umfrage stimmen eher nicht zu und 93 Befragte (16,1 %) stimmen gar nicht zu (siehe Abb. 14).

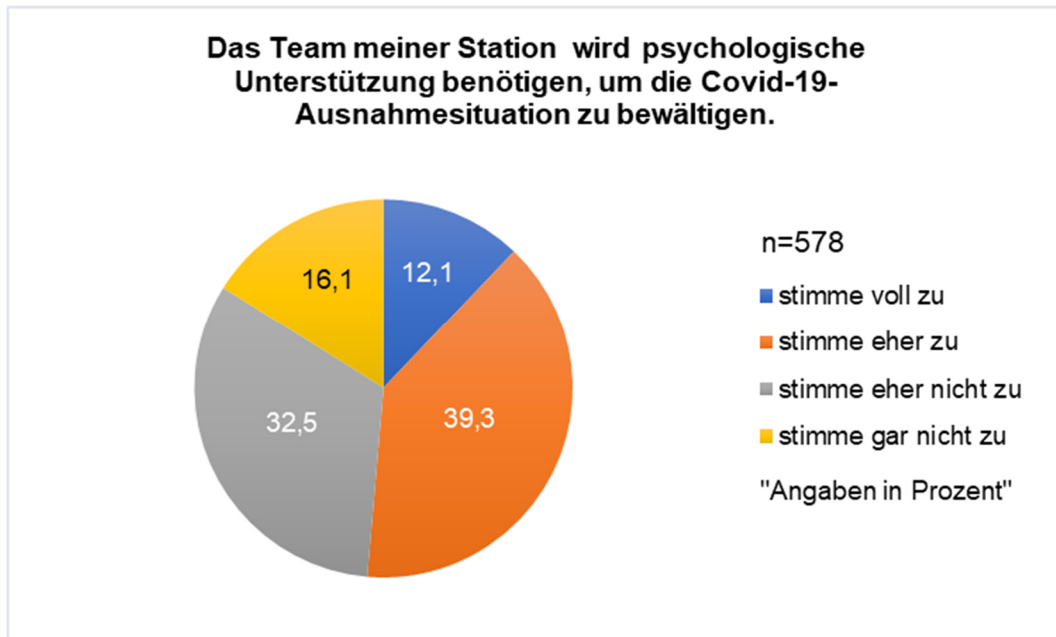


Abb. 14: Darstellung der Frage nach psychologischer Unterstützung der ICU-Teams

In den Subgruppen „ICUs mit Covid-19-Patient*innen“ und „ICUs ohne Covid-19-Patient*innen“ ist kein signifikanter Unterschied festzustellen (siehe Abb. 15).

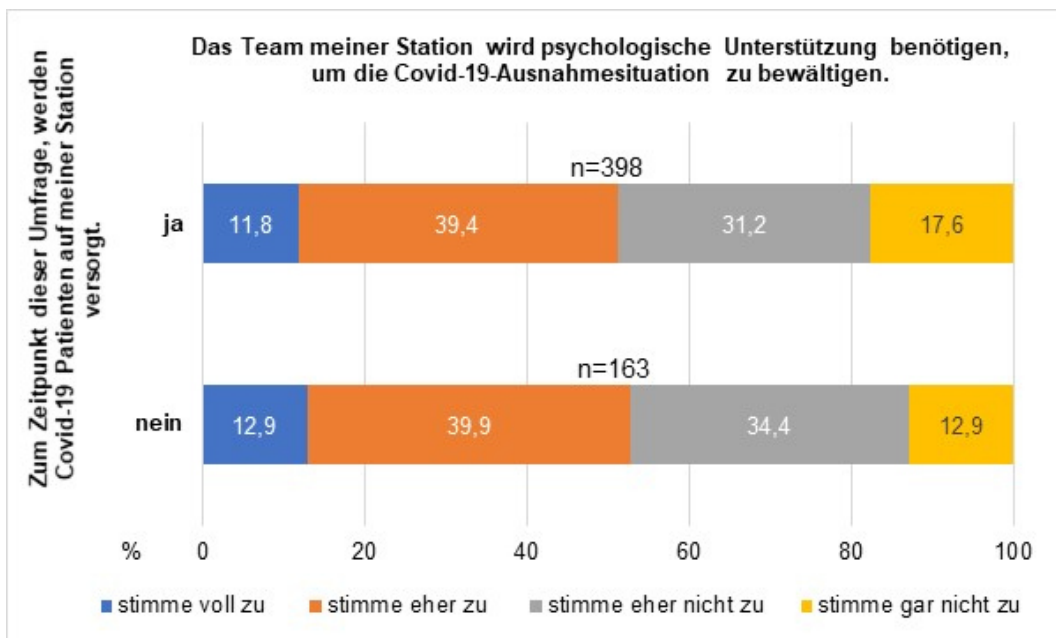


Abb. 15: Darstellung der Covid-19-Belegung und der Aussage zur psychischen Unterstützung

Auf den Stationen, auf denen Covid-19-Erkrankte betreut werden, stimmen dieser Aussage 51,2 % Befragte zu. Auf den ICUs, auf denen noch keine

Coronapatient*innen behandelt werden, bejaht die Mehrheit (52,8 %) der Intensivpflegekräfte diese Aussage. Ähnlich verhält es sich bei den Antwortmöglichkeiten „stimme eher nicht zu“ und „stimme gar nicht zu“. Eine Vielzahl der Befragten der ICUs mit Covid-19-Patient*innen (48,8 %) sind der Meinung, dass keine psychologische Teambetreuung notwendig ist und 47,3 % der Antwortenden von Intensivstationen, auf denen zum Zeitpunkt der Umfrage noch keine Covid-19-Patient*innen aufgenommen wurden, verneinen dies ebenfalls.

5.8 Beschreibung der Erwartungen von Pflegekräften auf Intensivstationen an die Zeit nach der Covid-19 Pandemie

In dieser Fragenbatterie, die acht Einzelfragen beinhaltet, werden Pflegekräfte auf Intensivstationen zu ihrer Erwartung an die Zeit nach der Covid-19-Pandemie befragt. Die Motivation der Forschenden, diesen Themenkomplex auszuwählen, wird in Kap. 4.5: Aufbau des Fragebogens, bereits erläutert.

Auf die Fragen nach der gewünschten Rückkehr in den beruflichen Alltag nach der Covid-19-Pandemie antworten 79,1 % der Befragten, dass sie sich eine schrittweise Rückkehr in den Alltag wünschen. 44,2 % der Antwortenden stimmen diesem Wunsch voll zu, 34,9 % stimmen eher zu. Ablehnend stehen dieser Erwartung 16,4 % der Teilnehmer*innen gegenüber. 10,9 % stimmen eher nicht zu und 5,5 % der Intensivpflegenden stimmen gar nicht zu. 4,5 % der Befragten geben an, zu der Erwartung an eine schrittweise Rückkehr in den Alltag keine Angabe machen zu wollen.

Um die Frage nach der Erwartung an die Rückkehr in den beruflichen Alltag nach der Covid-19-Pandemie nicht tendenziell erscheinen zu lassen, wird, neben dem Item „schrittweise Rückkehr“, auch die Variable „sofortige Rückkehr“ abgefragt. Dadurch ist den Teilnehmer*innen nicht nur die Möglichkeit gegeben, sich ablehnend zu einer Antwortvorgabe zu äußern, sondern sich zu einer gegenteiligen Antwortvorgabe positiv zu positionieren. Bei dieser Frage antworten 36,6 % der Befragten mit Zustimmung. 19,1 % stimmen voll- und 17,5 % der Antwortenden stimmen

eher zu. 57,6 % der Teilnehmer*innen stehen einer sofortigen Rückkehr in den beruflichen Alltag ablehnend gegenüber. 40,4 % der Intensivpflegenden stimmen eher nicht zu und 17,2 % stimmen gar nicht zu. Keine Angabe geben 5,5 % der teilnehmenden Pflegekräfte ab (siehe Abb. 16).

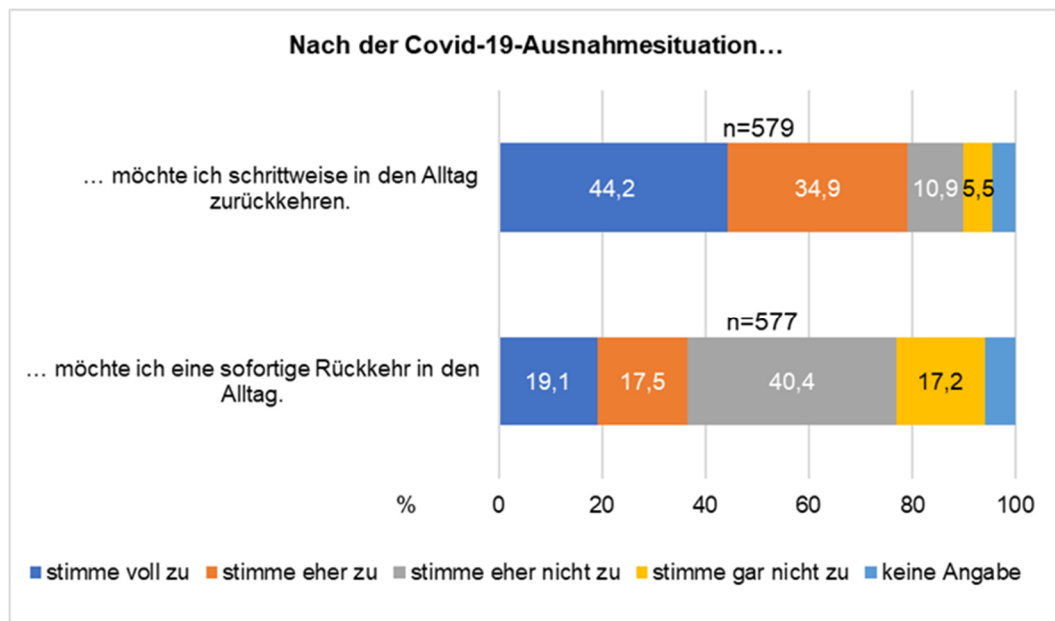


Abb. 16: Darstellung der Einschätzung von ICU-Pflegekräften zur Rückkehr in den Alltag

Neben der gewünschten Rückkehr in den beruflichen Alltag wird in dieser Fragenbatterie auch die Erwartung an ein verändertes Ansehen der Intensivpflege nach der Covid-19-Pandemie befragt (siehe Abb. 17). Den Wunsch nach einem höheren gesellschaftlichen Ansehen äußern 91,9 % der Antwortenden. 79,2 % von ihnen stimmen dieser Aussage voll- und 12,7 % eher zu. Ablehnend zeigen sich 5,5 % der teilnehmenden Pflegekräfte dieser Frage gegenüber. 3,8 % aus dieser Gruppe stimmen eher nicht zu und 1,7 % stimmen gar nicht zu. „Keine Angabe“ machen 2,6 % der Befragten.

Auf die Frage nach der Erwartung auf ein höheres Ansehen im therapeutischen Team, nach der Covid-19-Pandemie, antworten 76,9 % der teilnehmenden Pflegekräfte von Intensivstationen mit Zustimmung. Von diesen stimmen 50,6 % der Aussage voll- und 26,3 % eher zu. Ablehnend äußern sich 17,4% der Antwortenden. Aus dieser Gruppe stimmen 13,8 %

eher nicht- und 3,6 % gar nicht zu. 5,7 % der Befragten setzen ihre Antwort bei „keine Angabe“.

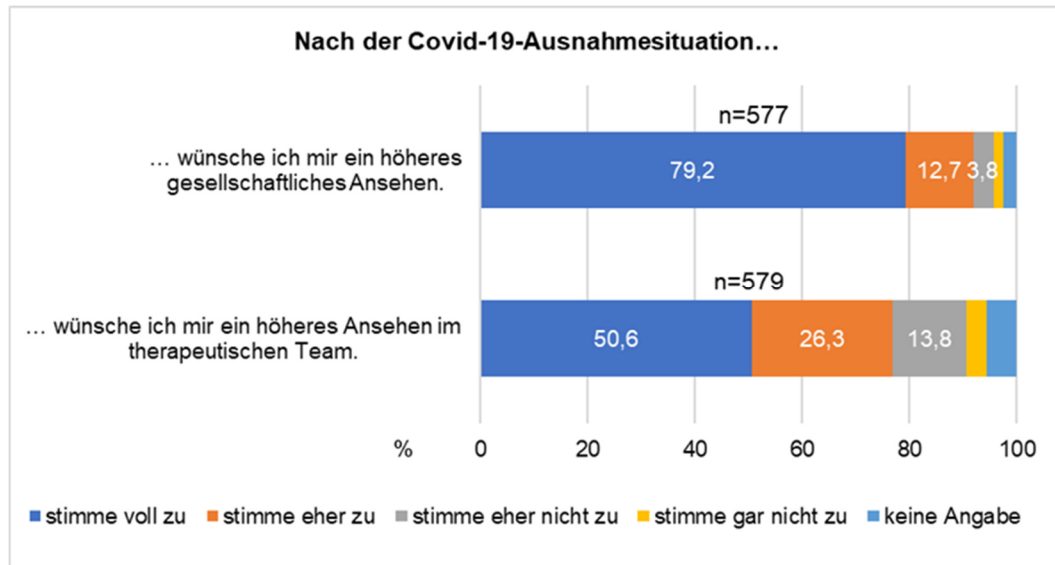


Abb. 17: Darstellung des Wunsches von ICU-Pflegekräften nach höherem gesellschaftlichen Ansehen

Zusätzlich zu der Rückkehr in den beruflichen Alltag und dem Ansehen der Intensivpflege, werden in diesem Themenkomplex auch die Erwartungen an veränderte berufliche Rahmenbedingungen nach der Covid-19-Pandemie erfragt. Die Erwartung auf ein höheres Gehalt haben 92,5 % der befragten Pflegekräfte. Von diesen stimmen 72,3 % der Aussage, den Wunsch auf höheres Gehalt zu haben voll zu. 20,2 % aus der Gruppe der Zustimmenden stimmt eher zu. 4,5 % der Befragten geben an, keine Erwartung auf ein höheres Gehalt zu haben. Von diesen stimmen 3,5 % eher nicht- und 1 % gar nicht zu. 2,9 % der Antwortenden geben an, zu dieser Frage keine Angabe machen zu wollen und zwei Personen (0,3 %) geben keine Antwort ab.

Der Aussage, bessere Arbeitsbedingungen nach der Covid-19-Pandemie zu erwarten, stimmen 96,1 % der befragten Intensivpflegekräfte zu. Von den 96,1 % stimmen 85,4 % voll- und 10,7 % eher zu. 2,9 % der Antwortenden stehen dieser Erwartungshaltung ablehnend gegenüber. 2,6 % stimmen der Aussage eher nicht- und 0,3 % gar nicht zu. 0,9 % machen zu dieser Frage „keine Angabe“.

Der Aussage, nach der Covid-19-Pandemie einen besseren Personalschlüssel zu erwarten, stimmen 96,7 % der Befragten zu. Aus dieser Gruppe stimmen 84,4 % voll- und 12,3 % eher zu. 2,6 % der Teilnehmer*innen lehnen die Aussage ab. 2,4 % von ihnen stimmen eher nicht- und 0,2 % gar nicht zu. Das Feld „keine Angabe“ füllen 0,7 % der Antwortenden aus.

Um auch bei den Fragen nach der Erwartung auf veränderte Arbeitsbedingungen eine Tendenz zu vermeiden, behandelt die letzte Frage in diesem Themenkomplex, die Erwartungshaltung, nach der Covid-19-Pandemie die gleiche Arbeitssituation wie vorher zu bekommen. Diese Erwartung äußern 17,3 % der Teilnehmer*innen. Von ihnen stimmen 5,2 % voll- und 12,1 % eher zu. Ablehnend stehen 80,7 % der Antwortenden dieser Erwartung gegenüber. Aus dieser Gruppe stimmen 38,2 % eher nicht- und 42,5 % gar nicht zu. 2,1 % der teilnehmenden Pflegekräfte geben an, keine Angaben zu dieser Frage zu machen.

6 Diskussion

Im folgenden Kapitel dieser Masterthesis werden die vorab dargestellten Ergebnisse der Befragung diskutiert und interpretiert. Die Forscher setzen sich mit den Ergebnissen vor dem Hintergrund der Forschungsfragen, „wie Pflegekräfte auf Intensivstationen die Arbeit während der Covid-19-Pandemie erleben und ob die Arbeitssituation während der Covid-19-Krise überhaupt eine Ausnahmesituation für sie darstellt oder nicht“, auseinander. Dazu werden die Ergebnisse dieser Arbeit mit der recherchierten Literatur, die die Problematiken zu den Forschungsfragen anführt, in Beziehung gebracht und diskutiert.

6.1 Diskussion des Betreuungsschlüssels auf Intensivstationen

Im Fragebogen wird erfasst, welchen Dienst die ICU-Pflegekräfte als letzten Dienst angeben und wie die Betreuungsrelation in diesem Dienst war. In der 1:2 Betreuung, Pflegekraft-Patient*in, zeigt sich auf den Stationen mit Covid-19-Erkrankten und den Stationen ohne Coronapatient*innen kein wesentlicher Unterschied, was auch in Tabelle 4 ersichtlich ist. Der Spätdienst sowie der Nachtdienst lassen jedoch erkennen, dass auf den Covid-19-ICUs häufiger eine 1:1-Betreuung umgesetzt wird, als auf den Non-Covid-19-Stationen. Im Vergleich dazu wird aber auch deutlich, dass Pflegekräfte auf den ICUs mit Covid-19-Patient*innen in den Spät- und Nachtdiensten häufiger in einer 1:4-Betreuungssituation stehen, als Intensivpflegende auf den Non-Covid-19-ICUs.

Tab. 4: Darstellung der Betreuungsrelation in den Schichten auf ICUs mit und ohne Covid-19-Erkrankten

Dienst	Covid-19-Erkrankte ja/nein	Betreute Patient*innen				
		Eine Pat.	Zwei Pat.	Drei Pat.	Vier Pat.	>Vier Pat.
Früh-dienst	n=170 ja/ n= 66 nein	18,8/ 18,2	52,4/ 45,5	24,7/ 28,8	2,4/ 6,1	1,8/ 1,5
Spät-dienst	n=96 ja/ n=47 nein	20,8/ 12,5	53,1/ 52,1	18,8/ 31,3	6,3/ 2,1	1/ 2,1
Nacht-dienst	n=123 ja/ n= 44 nein	12,2/ 9,1	48,8/ 52,3	30,1/ 34,1	8,1/ 0	0,8/ 4,5
Angaben in Prozent						

Warum das so ist, lässt sich anhand dieser Arbeit nicht eindeutig beantworten. Es gibt aber eine mögliche Erklärung. Sie bezieht sich auf Intensivstationen, auf denen sowohl Covid- als auch Non-Covid-Patienten*innen behandelt werden. Liegt dort beispielsweise nur ein(e) Covid-19-Patient*in, wird diese(r), aufgrund der Infektionsgefahr, wahrscheinlich isoliert in einer 1:1-Konstellation betreut. Wird dieser 1:1-Betreuungsrelation aber personell nicht Rechnung getragen, indem mehr Pflegepersonal auf der Station eingesetzt wird als üblich, müssen die Pflegekräfte, die nicht den Covid-19-Erkrankten betreuen, alle Non-Covid-Patienten*innen der Station versorgen. Für eine voll belegte 9-Betten Intensivstation, mit einem(r) Covid-19-Patient*in und drei Pflegekräften im Dienst bedeutet das, dass es in der beschriebenen Konstellation zu einer 1:1- und zwei 1:4-Betreuungsverhältnissen kommt. Damit sind die Non-Covid-Patienten*innen zwar einem geringeren Risiko ausgesetzt, sich mit dem Corona-Virus zu infizieren, gleichzeitig sind sie jedoch durch den höheren Betreuungsschlüssel u. U. an anderer Stelle gefährdet. Je höher die Anzahl der betreuten Intensivpatient*innen ist, desto geringer ist das Zeitkontingent für jede(n) Einzelne(n). Dadurch erhöht sich die Gefahr von Betreuungsmängeln und vermeidbaren Zwischenfällen (Isfort 2017: S. 26-27).

Das Ergebnis dieser Diskussion stützt das Vorhaben einiger Landkreise und Bundesländer, Covid-19-Patienten*innen nicht in allen Krankenhäusern der jeweiligen Region zu behandeln, sondern vorrangig in großen spezialisierten Zentren, solange diese noch Kapazitäten haben (Theobald & Braun 2020). Dadurch könnten Situationen, wie die in diesem Abschnitt exemplarisch beschriebene, vermieden werden.

6.2 Diskussion der strukturellen Veränderungen des Arbeitsplatzes durch den Arbeitgeber vor und während der Covid-19-Ausnahmesituation

Die Covid-19-Pandemie hat sich seit Dezember 2019 sehr schnell ausgebreitet. Krankenhäuser sind weltweit überfüllt und die Gesundheitssysteme stark belastet (El-Hage et al. 2020). Reorganisationen

von Arbeitsbereichen, Umgang mit Materialmangel und personelle Umstrukturierungen stellen somit für die einzelnen Kliniken eine Herausforderung dar.

6.2.1 Informationspolitik des Arbeitgebers

Ein Umfrageergebnis offenbart, dass sich der überwiegende Teil der Befragten (84,6 %) vom Arbeitgeber ausreichend über eine mögliche erhöhte Aufnahme von Covid-19-Erkrankten informiert fühlt. Parallel ist jedoch auch zu erkennen, dass die reine Informationspolitik nicht zu einer Entspannung und Beruhigung bei ICU-Pflegekräften geführt hat. Mehrheitlich (51,4 %) haben sie angeführt, dass ihr Stationsteam psychologische Unterstützung zur Bewältigung der Covid-19-Pandemie benötige. Ein Indiz dafür, dass diese Ausnahmesituation als sehr stark belastend empfunden wird. Ein möglicher Erklärungsansatz lässt hier vermuten, dass es bei reiner Informationsweitergabe geblieben ist und die Arbeitgeber nicht die Möglichkeit gefunden haben, psychologische Unterstützung anzubieten bzw. für mentale Sicherheit bei den Pflegekräften zu sorgen. Was den Intensivpflegenden an Unterstützung gefehlt hat oder was dazu hätte beitragen können, die Arbeitssituation während der Covid-19-Pandemie weniger angespannt zu erleben, lässt sich anhand dieser Befragung nicht herausfinden. Gershon et al. (2016: S. 1) beschreiben, dass Helfer sich vor Einsätzen in Epidemie-Gebieten oft nicht gut vorbereitet fühlen und daraus eine große Unsicherheit resultiert. Sollte das auch bei Pflegekräften der Fall sein, die während der Covid-19-Pandemie auf Intensivstationen in Deutschland eingesetzt sind, könnten beispielsweise spezielle Hygieneschulungen für mehr Sicherheit sorgen. Ob das aber wirklich so ist, lässt sich nur in weiterführender, vielleicht qualitativer Forschung, feststellen.

6.2.2 Ausstattung mit Schutzmaterial

Die Ausstattung mit Schutzmaterial ist ein zentrales Thema für die Mitarbeiter*innen der Intensivstationen und die Patienten*innen. Das trifft besonders dann zu, wenn es um die Behandlung von vielen infektiösen Patienten*innen geht, wie es bei der Covid-19-Pandemie der Fall ist.

Aufgrund dessen wurden die Teilnehmer*innen angefragt, subjektiv einzuschätzen, ob es in ihrer Abteilung ausreichend Schutzmaterial zur hygienischen Versorgung aller erwarteter Patienten*innen gibt. Die Begründung ihrer Einschätzung wird nicht abgefragt, da es schwierig ist, das in einem standardisierten, quantitativen Fragebogen zu erheben. Deshalb bleibt die Vermutung, dass die Einschätzung beispielsweise auf der Mehrfachnutzung von Schutzmaterial beruht, was unter normalen Umständen unüblich ist, oder auf dem Einsatz von ungeeignetem Material, da zur Zeit der Pandemie etwaige Schutzmaterialressourcen aufgebraucht sind (BMAS & BMG 2020).

Insgesamt glaubt die Mehrheit der Teilnehmer*innen (53,7 %) nicht, dass ausreichend Schutzmaterial zur Umsetzung hygienischer Vorgaben vorhanden ist. Eine Subgruppenanalyse, bezogen auf die Klinikgröße zeigt, dass eine Gruppe Befragter anderer Meinung ist. Die Pflegekräfte, die in Kliniken mit mehr als 800 Betten arbeiten, sind mehrheitlich (56,9 %) der Ansicht, dass ausreichend Schutzmaterial vorhanden ist (siehe Tabelle 5). Ob das mit größeren Lagerkapazitäten zusammenhängt oder damit, dass große Maximalversorger generell besser auf Ausnahmesituationen vorbereitet sind, lässt sich in der Befragung nicht klären. Dieser Aspekt ist ein weiteres Argument dafür, Covid-19-Patienten*innen nicht flächendeckend auf alle Krankenhäuser zu verteilen, sondern sie in einzelnen spezialisierten Zentren, mit Intensivstationen, auf denen ausschließlich Covid-19-Erkrankte liegen, zu behandeln (siehe auch Kap. 6.1: Diskussion des Betreuungsschlüssels auf Intensivstationen).

Tab. 5: Angaben der Teilnehmer*innen zur Bettenkapazität ihrer Klinik und ihre Einschätzung zum Schutzmaterial

Ausreichend Schutzmaterial vorhanden?	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
Bettenkapazität der Kliniken				
> 800 Betten n=166	16,2	40,7	30,5	12,6
600 bis 800 Betten n=73	2,7	39,7	31,5	26,0
400 bis 599 Betten n=134	6,0	30,6	41,0	22,4
401 bis 599 Betten n=153	9,2	36,6	37,3	17,0
bis < 200 Betten n=49	10,2	34,7	30,6	24,5
Angaben in Prozent				

6.2.3 Personelle Veränderungen

Im Hinblick auf die Ergebnisse, in denen dargestellt wird, welche Möglichkeiten Arbeitgeber ausschöpfen, um Pflegepersonal für die Intensivstation zu generieren, wird deutlich, dass die Kliniken überwiegend ICU-Teilzeitkräfte ansprechen, ihren Stellenanteil zu erhöhen. Einerseits stellt das einen guten Weg dar, relativ kurzfristig und schnell den Personalschlüssel auf der Station aufzustocken und dem erwarteten oder drohenden workload¹⁰ aufgrund von Covid-19-Erkrankten entgegen zu treten. Andererseits besteht die Gefahr, dass Mitarbeiter*innen in Teilzeitanstellung, die begründet keine Vollzeitstelle bekleiden, sich vermehrter körperlicher und emotionaler Belastung aussetzen könnten. Vor allem vor dem Hintergrund, dass Intensivpflegekräfte bislang schon aufgrund von beispielsweise sehr hoher Arbeitsverdichtung und damit einhergehenden Belastungen unzufrieden in ihrem Arbeitsfeld sind und laut einer Umfrageerhebung im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und des Marburger Bundes (2019) sogar über ein Drittel der dort Befragten planen, innerhalb der nächsten zwei Jahre ihren Stellenanteil zu reduzieren (DGIIN

¹⁰ „workload“ (engl.): „berufliche Belastung“, „die Arbeitsbelastung“, „der Arbeitsanfall“ (<https://dict.leo.org/englisch-deutsch>), zuletzt aufgerufen am 05.06.2020

& Marburger Bund 2019 zitiert nach Karagiannidis, Hermes, Krakau et al. 2019: S. 464).

Zudem ist aus dieser Beschreibung (ebd.) hervorgegangen, dass über 37 % der Befragten vorhaben, den Beruf innerhalb der nächsten fünf Jahre zu verlassen und mehr als ein Drittel der Befragten der DGIIN- und Marburger Bund-Umfrage (ebd.) plant, aus der Intensivpflege in andere Bereiche zu wechseln.

Aufgrund dessen führt der kritische Blick in die Verantwortung der Kliniken, aus denen über 25 % der Befragten dieser Onlinebefragung angeben, es seien ehemalige Mitarbeiter*innen der Intensivstation angesprochen worden, auf der ICU auszuhelfen. Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang den Forschern stellt, ist, ob das der richtige Weg ist, Pflegepersonal zu generieren, das möglicherweise aufgrund von Unzufriedenheit, zu hoher Arbeits- und emotionaler Belastung auf den Intensivstationen den Arbeitsbereich gewechselt hat. Ein weiteres Merkmal, welches diesbezüglich nicht außer Acht gelassen werden kann, ist die Tatsache, dass ehemalige Mitarbeiter*innen womöglich seit Jahren „aus der Intensivpflege raus sind“ und sich aufgrund dessen der rasanten intensivmedizinischen Entwicklung unter Umständen nicht mehr zu stellen vermögen. Trotzdem hat beispielsweise das Land NRW in seinem Entwurf zur Änderung des Epidemiegesetzes die Zwangsverpflichtung medizinischen und pflegerischen Personals zum Dienst geplant. (Landtag NRW 2020).

Über 17 % der Befragten haben angegeben, dass Mitarbeiter*innen im Ruhestand angefragt werden, auf der ICU in der Pflege auszuhelfen. Sicherlich haben kürzlich in den Ruhestand verabschiedete Intensivpflegende ausreichend Intensivverfahren und Routine, um fachkompetent auszuhelfen zu können. Jedoch steigt nach Angaben der Bundesregierung das Risiko für Menschen ab 50 bis 60 Jahren mit zunehmendem Alter stetig an, an einer schweren Form von Covid-19 zu erkranken (Bundesregierung 2020). Deshalb muss kritisch gefragt werden,

ob es eine gute Idee ist, eine erklärte Risikogruppe zur Pflege von Covid-19-Patienten*innen heranzuziehen. Zudem gibt es Erhebungen, die beschreiben, dass bei Gesundheitsfachkräften, die vorbestehende Beschwerden oder Risikofaktoren aufweisen, zusätzlich die Furcht, vor Verschlechterung der physischen und psychischen Konstitution besteht (Petzold et al. 2020: S. 417; Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) 2020: S. 9).

6.2.4 Organisatorische und materielle Veränderungen

In Erwartung der Versorgung einer großen Anzahl an Covid-19-erkrankter Patienten*innen sind die Krankenhäuser in Deutschland aufgefordert, strukturelle Vorbereitungen zu treffen (Bundesregierung 2020). Eine Maßnahme ist die Erhöhung der Anzahl der Intensivbetten, wobei der Begriff „Intensivbett“ in der Literatur nicht einheitlich definiert ist. Die Umfrage, die dieser Arbeit zugrunde liegt, zeigt, dass 52,8 % der Intensivpflegenden erklären, auf ihrer Station sei die Zahl der Intensivbetten erhöht worden. Mehr Befragte (77,3 %) geben an, dass die Zahl der Intensivbetten in ihrer Klinik erhöht wurde. Diese Maßnahme ist eine Reaktion auf die Aufforderung der Bundesregierung (ebd.) und auch auf die finanziellen Anreize (ebd.), die für bereitgestellte Intensivbetten in Aussicht gestellt wurden (Fricke 2020). Lt. Umfrage wurde neben den Intensivbetten, auch die Anzahl medizinischer Geräte, z.B. Beatmungs- Dialyse- und ECMO-Geräte, auf den Intensivstationen erhöht. Das bestätigen 54,8 % der befragten Intensivpflegekräfte. Auch dieser strukturellen Veränderung geht eine Aufforderung der Bundesregierung voraus (Bundesregierung 2020). Nachdem die Kliniken in Deutschland diese Regierungsvorgaben weitgehend umsetzen konnten, behaupten sie, auch über ausreichend Fachpersonal zu verfügen, das die medizinischen Geräte bedienen und die kritisch kranken Patienten*innen, in den zusätzlich geschaffenen Intensivbetten, betreuen kann (Fricke 2020). Dem widersprechen die Ergebnisse der Intensivpflegebefragung. Dort geben zwar 66,7 % der Befragten an, dass zusätzliches Pflegepersonal ohne Intensivpflegeerfahrung während der Covid-19-Pandemie auf der

Intensivstation zum Einsatz kommt. Allerdings sagen 42,6 % der Teilnehmer*innen, dass mehr examiniertes Personal mit Erfahrung in der Intensivpflege auf ihrer Station eingesetzt wird. Diese Zahl steht in keiner Relation zu der erhöhten Anzahl an Intensivbetten und Geräten zur Behandlung kritisch kranker Menschen.

Darum muss an dieser Stelle die Frage gestellt werden, ob die öffentliche Diskussion über mehr Geräte und mehr Betten wirklich sinnvoll und zielführend ist, wenn die Anzahl der Intensivpflegekräfte nicht in gleichem Maße erhöht wird. Unterstützt wird diese kritische Betrachtung von einem weiteren Ergebnis der Umfrage. 69,5 % der Befragten glauben demnach nicht, dass ihre Station über ausreichend Pflegepersonal verfügt, um die Sicherheit einer erwarteten großen Anzahl Covid-19-Erkrankter zu gewährleisten. Aufgrund dieser Einschätzung der Befragten wird der Blick der Autoren erneut auf die Fragestellung gelenkt, was einen „Intensivbettplatz“ auszeichnet? Reichen das Bett und technische Geräte oder braucht es auch Fachpflegepersonal, um die Definition zu erfüllen? Wird mit einer Fülle an Betten und Maschinen eine trügerische Sicherheit vermittelt, die im Epidemie-Ernstfall nicht aufrechtzuerhalten ist? Diese Fragen können in dieser Arbeit aufgeworfen jedoch nicht abschließend beantwortet werden. Entsprechendes Personal ist in der für eine Epidemie benötigten Anzahl nicht vorhanden. Hier zeigt sich deutlich die Auswirkung des Pflegepersonalabbaus, der besonders in den Jahren 1995 bis 2010 stattgefunden hat (Isfort, Weidner, Gehlen 2012: S. 14-15).

6.3 Diskussion über die Gefühlslagen der Intensivpflegekräfte

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die teilnehmenden Intensivpflegekräfte zu ihrer subjektiven, gefühlsmäßigen Einschätzung kommen.

6.3.1 Angst vor einer Covid-19 Ansteckung

Die Frage, ob Pflegekräfte auf Intensivstationen Angst haben, sich selbst mit Covid-19 zu infizieren, sollte eigentlich überflüssig sein. Die Befragten arbeiten täglich mit isolationspflichtigen Patienten*innen, die an

Infektionskrankheiten und multiresistenten Keimen leiden und haben deshalb einen entsprechend routinierten und angstfreien Umgang damit (Panknin 2017: S. 8-10).

Bei Covid-19 liefert diese Befragung aber andere Ergebnisse: 62,9 % der Befragten sagen, dass die Aussage „Ich habe Sorge, dass ich mich selbst mit dem Corona-Virus infiziere“, zutrifft. Das ist ein deutliches Votum der Pflegenden und zeigt gleichzeitig die Verunsicherung und Sorge der Intensivpflegenden. Auch ohne konkrete Vergleichszahlen zu haben, lässt sich aus o.g. Gründen ableiten, dass diese Angst und Sorge ausschließlich der Covid-19-Pandemie geschuldet sind. Woraus die Angst, sich selbst zu infizieren, resultiert, kann im Rahmen dieser Arbeit nur vermutet werden. Sie kann darauf zurückgeführt werden, dass das Virus noch verhältnismäßig neu und unerforscht ist und deshalb möglicherweise nicht alle Infektionswege bekannt sind. Zudem sind deutschlandweit Behandlungszentren eingerichtet, die ein gut aufgestelltes Versorgungsmanagement am Patienten leisten können. Sie sind mit sehr gut ausgebildetem und geschultem Personal ausgestattet und verfügen über entsprechende persönliche Schutzausrüstung. Zudem sind diese Zentren baulich optimiert und verfügen über spezielle Labore zur Diagnostik, um somit Menschen mit hochpathogenen Erregern bestmöglich behandeln zu können¹¹. Somit ist es wahrscheinlich, dass zuvor Patient*innen mit Erkrankungen ähnlicher Tragweite (vor allem Erkrankungen, die deutschlandweit nur sehr gering und punktuell auftreten, bspw. Tropenkrankheiten) zügig in ein solches Behandlungszentrum verlegt wurden und Intensivpflegekräfte „normalerweise“ damit nur wenig Berührungspunkte hatten.

Welche längerfristigen Folgen eine Covid-19-Erkrankung evtl. haben kann, ist zum Zeitpunkt der Befragung ebenfalls noch nicht abschließend erforscht (Brisant 2020). Wie unter Kap. 5.5: Beschreibung der Einschätzungen der Intensivpflegekräfte zur aktuellen Arbeitssituation unter Covid-19, berichtet,

¹¹https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Behandlungszentren/Behandlungszentren_node; zuletzt aufgerufen am 30.06.2020

haben die Teilnehmer*innen mehrheitlich den Eindruck, dass es in ihrer Klinik an Schutzausrüstung mangelt. Das ist ein Umstand, der die Angst vor einer Infektion selbstverständlich verstärkt, aber nicht allein dafür verantwortlich ist. Ansonsten müssten die Teilnehmer*innen aus Kliniken mit mehr als 800 Betten, die mehrheitlich angeben, über genug Schutzmaterial zu verfügen (siehe Tabelle 6), weniger Angst vor einer Infektion haben als alle anderen Pflegekräfte. Das ist aber nicht der Fall.

Tab. 6: Antworten der Teilnehmer*innen der größten Kliniken mit Angaben zu ausreichend Schutzmaterial und Angaben zu der Sorge, sich selbst an Covid-19 zu infizieren

Bettenkapazität > 800 Betten (n=166)					
Sorge um sich	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	Keine Angaben
ausreichend Schutzmaterial					
stimme voll zu n=26	2,4	3,6	7,2	2,4	0,0
stimme eher zu n=68	7,8	16,3	15,1	1,2	0,6
stimme eher nicht zu n=51	7,8	13,3	7,8	0,6	1,2
stimme gar nicht zu n=21	2,4	8,4	0,6	0,6	0,6
Angaben in Prozent					

Größer als die Sorge, sich selbst mit dem Corona-Virus zu infizieren, ist die Angst, als Überträger die eigene Familie oder Angehörige zu infizieren. Dieser Aussage trifft bei 80,0 % der Befragten „eher zu“ oder „voll zu“. Diese Aussage verdeutlicht das Dilemma, in dem Intensivpflegende sich während der Covid-19-Pandemie befinden. Einerseits wollen sie für ihre Patienten sorgen (Spiegel Gesundheit 2020), auch wenn der Eindruck vorherrscht, dass nicht ausreichend Schutzmaterial vorhanden ist, um alle infektiösen Patienten*innen fachlich richtig betreuen zu können. Andererseits wollen sie vermeiden, Überträger des Virus zu sein, um nicht

für eine Covid-19-Erkrankung von Familienmitgliedern verantwortlich zu sein. Das ist ein ethischer Konflikt, der mit Sicherheit eine erhebliche psychische Belastung für Pflegekräfte auf Intensivstationen bedeutet. Um Pflegekräfte in dieser Konfliktsituation zu stärken und mehr emotionale Sicherheit zu geben, könnte der Arbeitgeber spezielle Hygieneschulungen, wie bereits unter Kap. 6.2.1: Informationspolitik des Arbeitgebers, erwähnt, anbieten. Zudem wäre es sinnvoll, das vermittelte Hygienekonzept allen Mitarbeiter*innen des Krankenhauses zum Nachlesen frei zugänglich zu machen, beispielsweise über das hausinterne Intranet, soweit dies eingerichtet ist. Ein weiterer Lösungsansatz, wie die Angst der Pflegenden, sich oder ihre Angehörigen zu infizieren reduziert werden kann, ist das Führen eines „Fieber-Tagebuchs“. Das bedeutet, dass sich jede(r) Mitarbeiter*in der Intensivstation täglich (auch an den freien Tagen) auf erhöhte Körpertemperatur und andere Symptome wie Husten und Halsschmerzen kontrolliert, um pathologische Veränderungen zeitnah mit den Verantwortlichen der ICU kommunizieren zu können. Dann kann frühzeitig entschieden werden, dass Pflegekräfte, die potenzielle Covid-19-Symptome aufweisen, gar nicht erst zum Dienst erscheinen. Weiterhin sollten auch im Arbeitsbereich, z.B. bei den Schichtübergaben, Abstandsregeln eingehalten werden. Durch diese Maßnahmen kann die Gefahr, sich durch erkrankte Kolleg*innen zu infizieren, verringert werden.

6.3.2 Sorge vor pflegerischer und/ oder medizinischer Unterversorgung

Pflegekräfte auf Intensivstationen sehen die Sicherheit ihrer Patienten*innen häufig gefährdet. Grund dafür ist meist eine schlechte Personalausstattung ihrer Abteilungen. Diese Tatsache wurde zuvor bereits in der Literatur beschrieben (Isfort 2017: S. 23-25). Während der Covid-19-Pandemie zeigt die Frage nach potenziell mangelnder pflegerischer Versorgung aber ein besonders deutliches Ergebnis. Die große Mehrheit der Befragten (78,2 %) gibt an, Angst davor zu haben, den Patienten*innen auf ihrer Station, während der Covid-19-Pandemie, pflegerisch nicht gerecht werden zu können. Sie erwarten scheinbar eine Pflegesituation, die

eine deutlich schlechtere Qualität der Patientenversorgung zulässt als das gewohnte Priorisieren pflegerischer Tätigkeiten (ebd.). Das ist ein deutlicher Beleg für den psychischen Druck und die emotionale Belastung, unter denen die Pflegenden in dieser Situation leiden und ein weiteres Indiz dafür, dass die Covid-19-Pandemie eine Ausnahmesituation für Pflegekräfte auf Intensivstationen ist.

Ein Subgruppenvergleich zwischen Pflegekräften, die die Fachweiterbildung „Intensivpflege/ Anästhesie“ absolviert haben und solchen, die dies nicht haben, zeigt nur sehr geringe Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Von den Befragten, die eine Fachweiterbildung absolviert haben, stimmen 75,8 % der Aussage zu, dass sie Angst haben, ihren Patienten*innen während der Covid-19-Pandemie pflegerisch nicht gerecht werden zu können. Die Gruppe derer, die keine Fachweiterbildung absolviert hat und der Aussage zustimmt, ist mit 83,1 % nur gering größer. Das kann ein schwaches Indiz dafür sein, dass größere Fachkompetenz nicht nur zufriedener macht, sondern in kritischen Situationen auch Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit gibt. Fachweitergebildete Intensivpflegekräfte empfinden Eigenverantwortlichkeit, einen großen Handlungsspielraum und die Übernahme therapeutischer Verantwortung häufiger positiv als ihre Kollegen*innen ohne Fachweiterbildung (Siegling & Isfort 2015: S. 254-257). Dieser Umstand kann, in Erwartung einer großen Anzahl an Covid-19-Patienten*innen, die möglicherweise auch ärztlicherseits nicht so strukturiert behandelt werden können, wie das unter normalen Umständen der Fall ist, vorteilhaft sein.

Noch deutlicher ist das Gesamtergebnis bei der Aussage, Sorge zu haben, dass Menschen nicht ausreichend medizinisch behandelt werden können. Dem stimmen 82,2 % der Antwortenden zu. Das ist insofern bemerkenswert, da Pflegekräfte in Deutschland eine medizinische Maximalversorgung gewohnt sind. Eine Limitierung medizinischer Maßnahmen, wie sie in anderen Ländern diskutiert wird, ist in Deutschland bislang undenkbar (Theurer 2018). Deshalb ist der Gedanke an eine mögliche Triage, bei der entschieden werden muss, welcher Patient ein

Beatmungsgerät bekommt und welcher nicht, für Pflegekräfte auf Intensivstationen in Deutschland ein bisher nicht gekanntes Dilemma (MDR 2020 b). Das deutliche Ergebnis dieser Frage unterstreicht den Status der Ausnahmesituation, den die Covid-19-Pandemie für Intensivpflegende innehat.

6.3.3 Erlebte oder erwartete psychische Belastung

Gefragt, ob sie glauben, dass ihr Stationsteam nach der Covid-19-Pandemie psychologische Unterstützung benötigen wird, antwortet die Mehrheit der Befragten (51,4 %) mit Zustimmung. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Aussagen der Studie von Kang, Ma, Chen et al. aus dem Jahr 2020, in der chinesische Pflegekräfte angeben, dass ihnen psychologische Unterstützung während und nach der Arbeit im Covid-19-Pandemiegebiet hilft (Kang, Ma, Chen 2020). Vor dem Hintergrund, dass Pflegekräfte auf Intensivstationen in Deutschland die Arbeit mit kritisch kranken und infektiösen Patienten gewohnt sind, zeigen diese Antworten die Besonderheit der Arbeitssituation während der Covid-19-Pandemie. Bei unverminderter psychischer und physischer Belastung, denen Intensivpflegekräfte tagtäglich ausgesetzt sind (Isfort 2017: S. 23-25), hätte die These, dass das Stationsteam psychologische Unterstützung brauchen wird, um eine Arbeitssituation zu bewältigen, zu einem anderen Zeitpunkt vermutlich mehrheitlich Ablehnung hervorgerufen. Eine hohe Arbeitsbelastung isoliert betrachtet, wird nicht ohne weitere belastende Situationsmerkmale als Ausnahme oder Sondersituation empfunden (ebd.).

Der Subgruppenvergleich zwischen Pflegekräften, die zum Zeitpunkt der Befragung Covid-19-Patienten*innen betreuen und denjenigen, die noch keine Corona-Erkrankte behandeln, ergibt keinen signifikanten Unterschied. Die psychische Belastung, die beide Gruppen erwarten, oder bereits erleben, ist ähnlich groß. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von einer Aussage aus der Studie von Li et al. (2020: S. 2-3), die die Belastung und Traumatisierung von Pflegepersonal in Wuhan während der Covid-19-Pandemie untersucht. Darin heißt es, Pflegepersonal, das keinen direkten

Kontakt zu Covid-19-Patienten*innen hat, fühlt sich stärker psychisch belastet als Pflegekräfte, die unmittelbar mit Covid-19-Erkrankten arbeiten.

Für die Personalverantwortlichen in deutschen Kliniken bedeutet das, dass sie nicht nur die Intensivpflegekräfte, die Covid-19-Patienten*innen betreuen, oder betreut haben, im Blick haben sollten. Auch diejenigen, die keinen direkten Kontakt zu Covid-19-Erkrankten haben, erleben während der Pandemie eine erhöhte psychische Belastung und auch sie benötigen ggf. psychologische Unterstützung, um diese berufliche Ausnahmesituation zu verarbeiten.

Ähnliche Aussagen treffen Krau & Parsons im Jahr 2007 nach dem Erleben der Influenzapandemie. Sie berichten zu diesem Zeitpunkt, dass dies nicht die erste Pandemie ist, die global zu Ausnahmesituationen geführt hat. Ihren Ausführungen zufolge bedarf es nach einer solchen Krisensituation zukünftiger Notfallpläne für das Gesundheitswesen, sowie der Festlegung von Prioritäten in der Gesundheitsversorgung, um eine stabile medizinische und pflegerische Versorgung und eine mentale Stabilität der Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen aufrecht zu erhalten. Intensivpflegekräfte, sowie alle Angehörigen der Gesundheitsberufe sollten zudem überlegen, an welcher Stelle sich ihre persönlichen und beruflichen Verpflichtungen erfüllen und enden. Es sollten Diskussionen über den Notfallplan der Einrichtung, in der sie beschäftigt sind, und der Gemeinde, in der sie leben, geben. Darüber hinaus sollte ein persönlicher Plan für ihre Familien in Bezug auf Wirtschaftlichkeit, Sicherheit und Optimierung der persönlichen Gesundheit während einer solchen Krise in Betracht gezogen werden. Wie die Autoren berichten, hat die Geschichte uns gelehrt (auch schon 2007), dass Pandemien mit wenig Vorwarnung auftauchen, verheerende Auswirkungen auf das menschliche Leben haben und das Gesundheitssystem übersteuern können (Krau & Parsons 2007: S. 112). An dieser Stelle sollte die Frage gestellt werden, ob die Covid-19-Pandemie nun ein Weckruf an alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen ist?

Eine Supervision wäre für viele Intensivpflegende eine Möglichkeit, Erlebtes zu reflektieren. Lt. einer Aussage, die Lothar Ullrich, der Vorsitzende der DGF, im Mai 2020 im Rahmen eines Interviews getätigt hat, ist eine Supervision schon lange gefordert, hat jedoch bislang nicht regelhaft in der Intensivpflege stattgefunden. Vermutlich ist ein solches Angebot jedoch weiterhin dringend anzuraten, damit betroffene Pflegekräfte in solchen Krisensituationen, wie der Covid-19-Krise, keine permanenten psychischen Defizite entfalten. Ein Aufarbeiten und Evaluieren von Erlebtem in gewissen Zeitabständen könnte einen psychischen Support innerhalb eines Pflorgeteams darstellen, an dem alle Mitwirkenden sich bereichern könnten (Teigeler 2020).

6.3.4 Covid-19 als pflegerische Herausforderung

Die Frage, ob Pflegekräfte sich auf die Herausforderung, während der Covid-19-Pandemie auf der Intensivstation zu arbeiten, freuen, mag provokant klingen, hat jedoch einen sinnvollen Hintergrund. Erstens soll sie, wie in Kap. 5.7: Beschreibung der persönlichen Empfindungslage von Intensivpflegekräften während der Covid-19-Ausnahmesituation, beschrieben, eine negative Konnotation in dem Fragenblock verhindern und zweitens können die Forschenden sich durchaus vorstellen, dass sich Pflegekräfte auf Intensivstationen auf die berufliche Herausforderung freuen. Das Ergebnis sagt allerdings etwas anderes aus. Mehrheitlich (52,8 %) stimmen die Befragten der o.g. Aussage nicht zu. Das belegt, dass die Covid-19-Pandemie von der Mehrheit der Intensivpflegenden nicht als willkommene Herausforderung, sondern eher als Belastung gesehen wird. Betrachtet man die Antworten auf diese Frage in Kombination mit der zeitlichen Erfahrung der Befragten in der Intensivpflege, zeigt sich ein Unterschied zwischen den Gruppen. Die Pflegekräfte, die seit mehr als zehn Jahren in der Intensivpflege arbeiten, empfinden mehrheitlich (61,1 %) keine Freude auf die Herausforderung Covid-19.

In der Subgruppe derjenigen, die zehn Jahre und weniger Berufserfahrung auf der Intensivstation haben, überwiegt (50,2 %) allerdings die Freude auf

die Herausforderung, während der Covid-19-Pandemie auf der Intensivstation zu arbeiten.

Welche Aspekte ausschlaggebend für diesen Gruppenunterschied sind, lässt sich, im Rahmen einer standardisierten, quantitativen Querschnittsstudie, die ausschließlich mit geschlossenen Fragen arbeitet, nicht beantworten. Um das zu herauszufinden, bedarf es weiterführender Forschung, die mit einem qualitativen Design wahrscheinlich detaillierte Ergebnisse erbringt.

6.4 Diskussion über die Erwartungshaltung der Pflegekräfte nach der Covid-19-Krise

Der wichtige Aspekt der Erwartungshaltung der Pflegekräfte an die Zeit nach der Covid-19-Pandemie wird im letzten Frageblock behandelt. An dieser Stelle haben die Intensivpflegenden Zustimmungsmöglichkeiten oder Verneinungsmöglichkeiten zu vorformulierten Aussagen, die sie sich aus ihrer beruflichen Perspektive für diese Zeit wünschen bzw. die sie erwarten. Die Konzipierung dieser Aussagen fußt auf Bemerkungen von Intensivpflegekräften, die im Vorfeld dieser Umfrage öffentlich getätigt wurden und auf Versprechungen, die Politiker, im Rahmen der Covid-19-Pandemie geäußert haben (Focus Money online 2020). Zudem sind die formulierten Aussagen angelehnt an beschriebene Lösungsmöglichkeiten aus der Online-Umfrage der DGIIN und des Marburger Bundes (2019) zu Verbesserung von Arbeitsbedingungen auf Intensivstationen (Karagiannidis et al. 2019: S. 466). Die Erläuterung zur Erstellung dieses Frageblockes an dieser Stelle soll ausdrücken, dass die Forscher keineswegs populistische Wunschformulierungen gewählt haben, sondern realistische Erwartungshaltungen von Intensivpflegekräften abbilden wollen.

6.4.1 Gesellschaftliches Ansehen und Ansehen im therapeutischen Team

Wichtige Aspekte aus den Antworten der ICU-Pflegenden sind das gesellschaftliche Ansehen und das Ansehen im therapeutischen Team. Fast 92% der Befragten erwarten nach der Covid-19-Pandemie ein höheres

gesellschaftliches Ansehen. Eine Wunschhaltung, die sich auch aus einer kürzlich durchgeführten Erhebung der DGIIN und des Marburger Bundes (2019) schließen lässt. Dort heißt es: „[...] in der Öffentlichkeit mangelt es extrem an einer positiven Darstellung der Leistungen der Pflegenden und Ärzte auf den Intensivstationen“ (Karagiannidis et al. 2019: S. 464). Die fehlende gesellschaftliche Stärkung von Pflegekräften im Allgemeinen zeigt sich zudem lt. Hasselhorn et al. (2008: S. 460) in der NEXT Studie. Hierin wird verdeutlicht, dass „[...] Pflege überwiegend als Kostenfaktor diskutiert wird“. Der Beruf des Krankenpflegers/ der Krankenpflegerin ist ein Beruf, der, wenn nach Kompetenz, Geltung und Verdienst gefragt wird, jedoch kaum in der öffentlichen Wahrnehmung auftaucht (ebd.). Isfort (2013: S. 1085) erkennt hinsichtlich der medialen Darstellung, dass es Pflegekräfte als bedeutend empfinden, aufbauende Meldungen über ihren Beruf und ihr Pflegehandeln wahrzunehmen. Möglicherweise geht das jetzt ermittelte Antwortverhalten der Teilnehmer*innen auf den öffentlichen und medialen Zuspruch zurück, den besonders Intensivpflegekräfte während der Covid-19-Pandemie erfahren (Kölner Stadt-Anzeiger 2020). Diese Wertschätzung pflegerischer Arbeit kann zu einer Veränderung des negativen Fremdimage führen, das Pflegekräfte häufig verinnerlicht haben. Das bedeutet, sie vermuten, der Pflegeberuf würde in der Öffentlichkeit ein negatives Image genießen, obwohl Umfragen etwas anderes aussagen (Hasselhorn et al. 2008: S. 459).

Ob diese in der Umfrage geäußerte Erwartung der Intensivpflegekräfte sich erfüllt, bleibt abzuwarten, denn auch während der Covid-19-Pandemie haben die Mitglieder des Pflegeberufs sich nicht unbedingt fachkompetent und einflussreich präsentiert. Durch Aktionen wie „Wir bleiben für Euch da. Bleibt Ihr zu Hause!“ (Spiegel Gesundheit 2020), beschreiben sich Pflegenden vielmehr als lediglich anwesend und beschränken sich auf ein „Da sein“. Eine Darstellung die Isfort & von Berswordt-Wallrabe bereits im Jahr 2012 beschrieben haben (Isfort & von Berswordt-Wallrabe 2012: S. 425).

76,9 % der Befragten wünschen sich ein höheres Ansehen im therapeutischen Team. Dabei stimmen nur 50,6 % dieser Aussage voll zu. Das erlaubt verschiedene Interpretationsmöglichkeiten und kann lt. Forscher zweierlei Gründe haben. Ein möglicher Erklärungsansatz ist, dass die Anerkennung von Intensivpflegekräften im therapeutischen Team bereits so hoch ist, dass durch die Arbeit während der Covid-19-Pandemie keine Steigerung erwartet wird. Gerade Pflegekräfte, die in technisch geprägten Arbeitsbereichen arbeiten, wozu die Intensivpflege zweifelsohne zählt, genießen ein höheres Ansehen im therapeutischen Team (Hibbeler 2011: S. 2142). Eine zweite Idee geht davon aus, dass Pflegekräfte auf Intensivstationen glauben, ein höheres Ansehen im therapeutischen Team nicht erreichen zu können, weshalb dieser Punkt möglicherweise an Bedeutung für sie verloren hat. In der Intensivpflegebefragung der DGIIN und des Marburger Bundes (2019) wird jedoch erkennbar, dass die geringe Wertschätzung ihrer Arbeit, vor allem durch ärztliches Personal, für Intensivpflegekräfte große Bedeutung hat (Karagiannidis et al. 2019: S. 466). Es ist auch nicht der Fall, dass Wertschätzung und Ansehen generell keine Rolle für Intensivpflegende spielen. Sonst würde die Erwartung eines höheren öffentlichen Ansehens nicht so hoch sein, wie sie sich in den Antworten der Teilnehmer*innen zu dieser Aussage darstellt.

Nach Erklärungsansätzen für die Einschätzung des Pflegepersonals zu der Situation im therapeutischen Team wurde nicht gefragt. Um diese Frage abschließend zu klären, bedarf es weiterführender, möglicherweise qualitativer Forschungsarbeit. Fest steht jedoch, dass eine kooperative, wertschätzende und anerkennende Zusammenarbeit im therapeutischen Team zu einer qualitativ höheren und sichereren Patient*innenversorgung führt (Hibbeler 2011: S. 2142).

6.4.2 Erwartungen an die Arbeitssituation/ Arbeitsbedingungen

Ein großer Teil der Befragten gibt zu verstehen, dass er sich nicht die gleiche Arbeitssituation auf seiner Station wünscht, wie vor der Covid-19-Krise. Zwar wird eine Rückkehr in den Alltag erwartet, diese soll jedoch schrittweise erfolgen. Eine sofortige Rückkehr kann unter Umständen

bedeuten, dass zügig eine berufliche Normalität eingefordert und eingenommen wird, ohne dass Auswirkungen der Covid-19-Krise von den Pflegekräften der Intensivstationen aufgearbeitet werden können. Um Neutralität in der Fragestellung zu wahren, wird nicht nur nach der Erwartung einer schrittweisen- sondern auch einer sofortigen Rückkehr in den beruflichen Alltag gefragt. Die sofortige Rückkehr könnte die berufliche Sondersituation „Covid-19“ gewissermaßen schnell vergessen lassen. Allerdings findet diese Aussage mehrheitlich keine Zustimmung, was dafür spricht, dass die Intensivpflegenden Covid-19 nicht vergessen, sondern verarbeiten wollen.

Der Wunsch nach Veränderung macht sich in der Höhe der Zustimmung der Befragten nach besseren Arbeitsbedingungen deutlich. Die Vorstellung von besseren Arbeitsbedingungen kann facettenreich sein und bezieht sich auf bessere berufliche Rahmenbedingungen nach der Covid-19-Pandemie. Um herauszufinden, wie genau diese veränderten Rahmenbedingungen aussehen sollen, bedarf es weiterer Forschung speziell zu diesem Thema.

6.4.3 Erwartungen an die Personalsituation

Fast 97 % der befragten ICU-Pflegenden wünschen sich einen besseren Personalschlüssel. Dieser Diskurs ist nicht neu. Vor allem vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft und eines immer betagter werdenden Patient*innenklientels mit zunehmend komplexeren, physischen und psychischen Defiziten (Karagiannidis 2019: S. 463), wird die Personalbesetzung auf Intensivstationen häufig diskutiert. Nicht die intensivmedizinische Versorgung durch das ärztliche Personal alleine ist für die Lebenserhaltung Schwerstkranker verantwortlich, sondern vor allem die qualitativ hochwertige und kompetente Intensivpflege, der eine dauerhafte Überwachung der Vitalität der Patient*innen, eine adäquate Notfallreaktion und Situationsinterpretation sowie ein Umgang mit komplexen intensivmedizinischen Geräten zugrunde liegen. In den Erhebungen von Bohlken et al. (2020) und El-Hage et al. (2020) (siehe auch Kap. 3.1: Problembeschreibung) wird die Gefahr geschildert, die sich aufgrund eines zu geringen Personalbestandes ergeben kann. Das Risiko, ein Burn-out zu

erleiden, wird zudem von Karagiannidis et al. (2019) beschrieben (Aiken, Clarke, Sloane et al. zitiert nach Karagiannidis et al. 2019: S. 462). Zwar wurde 2019 durch den Erlass des PPUGV versucht, die Qualität der Pflege und die Sicherheit am Patienten zumindest in pflegesensiblen Bereichen zu stärken, indem eine Betreuungsrelation Pflegekraft-Patient*in festgelegt wurde. Jedoch wurde am 02.03.2020, zu Beginn der Covid-19-Krise in Deutschland, dieses Gesetz außer Kraft gesetzt (Spahn 2020), obwohl doch gerade zu diesem Zeitpunkt qualifizierte Pflege erforderlich war und es nach wie vor ist.

Dass Pflegekräfte auf Intensivstationen die personelle Ausstattung ihrer Abteilung für sehr bedeutsam halten, ist in der Erwartungshaltung der Befragten der Umfrage unverkennbar. Sie schließt sich den Aussagen von Intensivpflegekräften aus vorherigen Erhebungen an (Isfort 2012; Isfort 2017; DGIIN & Marburger Bund 2019) und verstärkt somit die Aufforderung an Arbeitgeber*innen und politisch Verantwortliche im Gesundheitswesen, eine bessere Arbeitssituation zu schaffen. Es bleibt zu hoffen, dass die PPUGV möglichst bald wieder in Kraft gesetzt wird und auch in nachfolgenden Krisenzeiten eine Konstante bleibt, falls nicht ein vergleichbares Personalbemessungsinstrument zum Einsatz kommt. Alternativ kann auf Intensivstationen auch den DIVI-Empfehlungen (DIVI 2011) folge geleistet werden, die besagen, dass eine Intensivpflegekraft maximal zwei Patient*innen betreuen sollte. Eine verbesserte Personalsituation kann eine höhere Berufszufriedenheit erzielen und somit für ein positiveres Erleben der Arbeitssituation sorgen.

6.4.4 Erwartungen an Lohn und Gehalt

Bei der Hierarchisierung der Wünsche und Erwartungen der Befragten ist der Wunsch nach höherem Gehalt an letzter Stelle anzutreffen (siehe Abb. 18). In der Erhebung der DGIIN und des Marburger Bundes (2019) wurden die Hauptgründe für die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen gesucht. Dem Punkt „zu geringe Bezahlung“ wurde hier ebenfalls keine erhebliche Bedeutung beigemessen (Karagiannidis et al. 2019: S. 466). Dieses Ergebnis ist erstaunlich, besonders vor dem Hintergrund, dass nach

Hasselhorn et al. (2008) der Beruf Pflege u.a. aufgrund von geringeren Löhnen im öffentlichen Raum kaum Beachtung findet. Das liegt sicher nicht daran, dass Intensivpflegende glauben, besonders gut zu verdienen. Es macht eher deutlich, dass eine qualifizierte Patientenversorgung, für die es bessere Arbeitsbedingungen braucht, für viele Pflegende bedeutsamer ist als ein hohes Einkommen. Insbesondere, und das wird in der Befragung der DGIIN und des Marburger Bundes (2019) erkennbar, sind Veränderungen im Bereich der Arbeitsbelastung und Verbesserung der zeitlichen Ressourcen von Bedeutung (Karagiannidis et al. 2019: S. 463ff). Eine Besserstellung von Lohn und Gehalt sollte jedoch im Fokus bleiben, da auch der Stellenwert monetärer Wertschätzung nicht unterschätzt werden darf. Vor allem, da in der beschriebenen Covid-19-Ausnahmesituation intensivmedizinisches Fachpflegepersonal eine besondere Ressource darstellt.

Die Steigerung von Lohn und Gehalt kann unterschiedliche Effekte erzielen. Zum einen soll es einen Anreiz darstellen, damit Pflegekräfte, insbesondere Intensivpflegekräfte, langfristig ihren Beruf ausüben möchten und zum anderen könnte es eine Motivation darstellen, in den Bereich der Intensivpflege zu wechseln. In der Erhebung der DGIIN und des Marburger Bundes (2019) zeichnet sich ab, dass über ein Drittel der befragten Intensivpflegekräfte „den Beruf in den kommenden fünf Jahren verlassen möchte“ (Karagiannidis et al. 2019: S. 464-465). Eine bessere Bezahlung könnte ein Argument für das Pflegepersonal sein, dies nicht zu tun.

Als sich eine Ausbreitung der Covid-19-Pandemie in Deutschland abzeichnete, wurde allen Pflegekräften in Aussicht gestellt, eine Bonuszahlung zu erhalten. Dazu sagte Gesundheitsminister Spahn (07.04.20): „Ich möchte, dass es diesen Bonus gibt [...]“ für „Pflegekräfte, die jeden Tag diese schwierige Arbeit machen“ (von Lojewski 2020). Letztlich ist der Paragraf 150a im 11. Sozialgesetzbuch neu geregelt worden. Hier heißt es zu den Sonderleistungen während der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie: „Pflegeeinrichtungen, die nach § 72 SGB XI zugelassen sind, haben aufgrund § 150a SGB XI ihren Beschäftigten im

Jahr 2020 eine einmalige Sonderleistung (Corona-Prämie) in Abhängigkeit des Tätigkeitsfelds und –umfangs der Beschäftigten nach Maßgabe von Ziffern 3 und 8 auszuzahlen“ (von Lojewski 2020). Damit wurden aber nicht alle Pflegekräfte im Gesundheitswesen berücksichtigt worden. Nach Gesundheitsminister Lucha (Baden-Württemberg) gibt es „keine 100%ige Erklärung für diese Gerechtigkeitslücke“ (von Lojewski 2020). Nach aktueller politischer Einschätzung werden viele Pflegekräfte, unter ihnen auch viele Intensivpflegende, keine Prämie bekommen. Ob Pflegekräfte zukünftig Bereitschaft zeigen, in kommenden Krisensituationen Überstunden aufzubauen und ihren geplanten und genehmigten Tarifurlaub zu verschieben, sei dahingestellt. Ob Pflegekräfte in Deutschland, für die Erreichung ihrer Ziele soweit gehen, wie Pflegepersonal in Frankreich, Mitte Juni diesen Jahres, als Arbeitnehmer*innen des Gesundheitswesens, vor allem Pflegende, in Massen auf die Straße gegangen sind, um für bessere Bezahlung zu protestieren, bzw. die Entlohnung einzufordern, die die Regierung den Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen aufgrund der Covid-19-Ausnahmesituation zugesprochen hatte, bleibt offen (taz-online 2020).

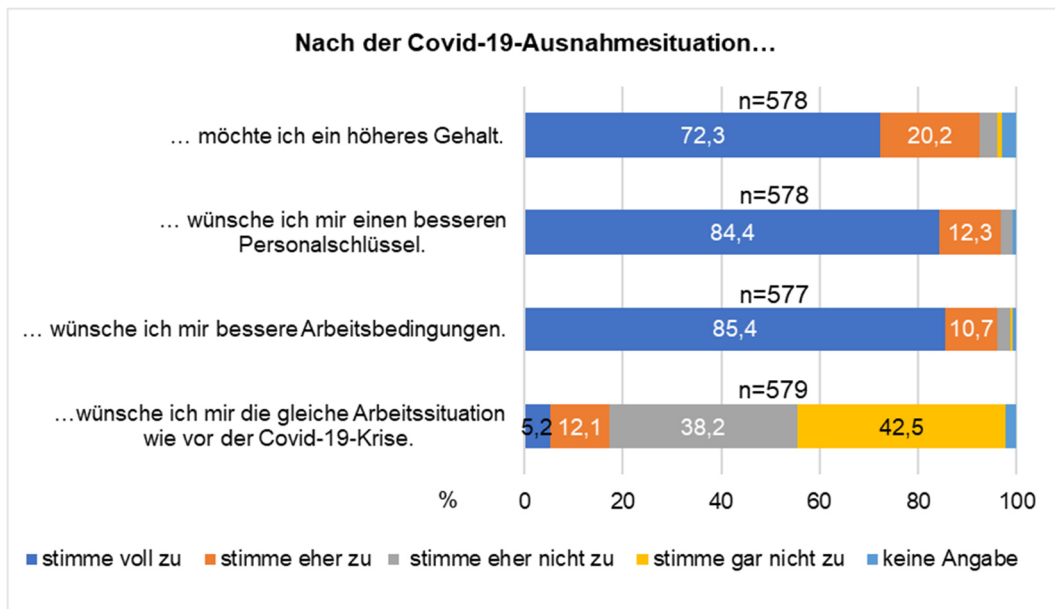


Abb. 18: Darstellung der Wünsche der ICU-Pflegekräfte für die Situation nach der Covid-19-Krise

6.4.5 Erklärungsversuch für eine veränderte Erwartungshaltung

Der Wunsch nach mehr Personal, besseren Arbeitsbedingungen und einer besseren Bezahlung ist bei Pflegekräften auf Intensivstationen nicht neu. Das haben die bisherigen Ausführungen zu diesen Themen gezeigt. Die Ergebnisse dieser Befragung erwecken allerdings den Eindruck, dass diesem Wunsch, durch die Arbeit während der Covid-19-Pandemie, mehr Nachdruck verliehen wurde. Aus der Hoffnung der klinisch tätigen Intensivpflegenden ist eine konkrete Erwartungshaltung geworden. Die Deutlichkeit der gegebenen Antworten zu den Aussagen dieses Fragenblocks verdeutlicht diese Vermutung.

Dies wirft die Frage auf, was diese gesteigerte Erwartungshaltung ausgelöst hat, bzw. worin sie begründet ist. In den bisherigen Diskussionen zu diesem Thema, wurden einige Erklärungsversuche stellenweise betrachtet. Diese sollen jetzt noch konkreter und im Zusammenhang erläutert werden. Einerseits sind das die bereits genannten Versprechungen politischer Verantwortlicher, die einen finanziellen Bonus für Pflegekräfte in Aussicht stellen (von Lojewski 2020). Pflegekräfte auf Intensivstationen erwarten, dass diese Versprechen eingehalten werden.

Andererseits ist es die Opferbereitschaft, die Pflegekräfte auf Intensivstationen während der Covid-19-Pandemie unter Beweis gestellt haben. Sie haben Urlaub verschoben und Überstunden gemacht (von Lojewski 2020), und sie haben länger gearbeitet als tariflich vereinbart (BMAS 2020 b). Sie haben mit wenig Schutzausrüstung (BMAS & BMG 2020) kritisch kranke Patienten*innen betreut, die an einer Infektionskrankheit leiden, deren mittel- und langfristige Folgen noch nicht absehbar sind. Sie haben sich der Gefahr, sich selbst oder ihre Angehörigen zu infizieren ausgesetzt, während der Großteil der Bevölkerung zu Hause bleiben durfte oder musste (Landesregierung Baden-Württemberg 2020). Für diesen Einsatz erwarten Intensivpflegende möglicherweise nach der Covid-19-Pandemie eine Entschädigung. Das legen die Ergebnisse dieser Fragebatterien nahe. Diese Entschädigung kann in finanzieller Form erfolgen oder, und das erwarten weit mehr der

teilnehmenden Pflegekräfte, in Form besserer Arbeitsbedingungen oder einer besseren personellen Ausstattung ihrer Abteilung.

Der dritte Aspekt, der eine gesteigerte Erwartungshaltung begründet, ist der öffentliche Zuspruch, den besonders Intensivpflegende während der Covid-19-Pandemie erfahren. Pflege ist plötzlich systemrelevant (BMAS 2020 a), sie erhält Applaus von der Bevölkerung für ihren Einsatz (Kölner Stadt-Anzeiger 2020) und besonders die Intensivpflege steht im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses (Jessen 2020: S. 3), da auf Intensivstationen die am schwersten Erkrankten behandelt werden. Das ist für diese Berufsgruppe ungewöhnlich, da sie in den Medien meist negativ dargestellt wird oder bestenfalls unbeachtet bleibt (Isfort & Berswordt-Wallrabe 2012: S. 424-425). Diese positive öffentliche Resonanz ist für Pflegekräfte nicht alltäglich und kann, wie unter Kap. 6.4.1.: Gesellschaftliches Ansehen und Ansehen im therapeutischen Team, bereits erläutert, zu einer Veränderung des negativen Fremdimage führen. Die Erkenntnis, dass ihre Arbeit, im Gegensatz zu ihrer bisherigen Überzeugung, von der Bevölkerung als anspruchsvoll und wichtig wertgeschätzt wird, weckt bei den teilnehmenden Intensivpflegenden die Erwartung, für diese notwendige und einflussreiche Tätigkeit auch entsprechend belohnt zu werden. Wie im Vorfeld bereits erwähnt, muss diese Belohnung keine finanzielle Entlohnung sein, obwohl der Prozentsatz derer, die das nach Covid-19 erwarten, in dieser Befragung verhältnismäßig hoch ist. Das gilt zumindest für eine Berufsgruppe, die sich bisher meist nur für mehr Personal engagiert hat, damit eine bessere Patientenversorgung gewährleistet werden kann (Deutsches Ärzteblatt 2017), jedoch nicht für die persönlichen Interessen der Pflegekräfte. Wie bereits erwähnt, ist die bessere Bezahlung nur an dritter Stelle der Erwartungen. Ein verändertes berufliches Umfeld, in Form von mehr Personal und besseren Arbeitsbedingungen, ist Intensivpflegenden mehrheitlich wichtiger als eine bessere Vergütung (siehe Abb.18).

Bezeichnend für eine veränderte Erwartungshaltung ist, dass nur 17,3 % der Befragten dieselbe Arbeitssituation wie vor Covid-19 wiederhaben möchten. Die Ergebnisse der Umfrage machen deutlich, dass die

Erwartungen verbesserter beruflicher Rahmenbedingungen, durch die Arbeit während der Covid-19-Pandemie, eindeutig gestiegen sind.

Um die Ergebnisse dieses Frageblocks präzisieren oder verifizieren zu können, bedarf es weiterführender Forschung, die sich speziell mit dieser Fragestellung auseinandersetzt.

7 Fazit/ Ausblick

Das Vergleichen, Zusammenführen und Interpretieren der einzeln abgefragten Parameter der Umfrage, auf der diese Masterarbeit basiert, zeigt, dass die Arbeit während der Covid-19-Pandemie für Pflegekräfte auf Intensivstationen psychisch belastend und mit Ängsten und Sorgen verbunden ist. Dabei ist es unerheblich, ob die Pflegenden Covid-19-Patienten*innen betreuen oder nicht. Die Mehrbelastung wird von beiden Gruppen gleichermaßen empfunden, wofür es verschiedene Ursachen geben kann, die im Diskussionsteil aufgeführt wurden. Für die Personalverantwortlichen der Kliniken bedeutet das, dass sie beiden Gruppen möglicherweise psychologische Unterstützung anbieten müssen, um die Covid-19-Arbeitssituation zu bewältigen. Diese Unterstützung kann notwendig sein, obwohl die vielfach befürchtete Überforderung des Gesundheitssystems in Deutschland nicht eingetreten ist. Allein die Aussicht darauf und die Bilder aus dem europäischen Ausland, das von diesem Szenario betroffen war, lösen bei klinisch tätigen Intensivpflegenden Verunsicherung und Angst aus, die verarbeitet werden sollten. Dabei macht es auch keinen wesentlichen Unterschied, über wieviel Berufserfahrung in der Intensivpflege die Teilnehmer*innen verfügen und ob sie die Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie absolviert haben. Sorgen und Belastungen während der Covid-19-Pandemie werden auch in unterschiedlichen Subgruppen ähnlich stark erlebt.

Nicht nur die psychologische Nachbetrachtung von pflegerischen Ausnahmesituationen, wie der Covid-19-Pandemie, ist wichtig für Pflegekräfte auf Intensivstationen. Die Personalverantwortlichen sollten auch um eine gute Vorbereitung ihrer angestellten Pflegekräfte bemüht sein. In dieser Befragung zeigt sich, dass die teilnehmenden Intensivpflegenden sich von ihren Arbeitgebern*innen gut über die erwartete bevorstehende Arbeitssituation informiert fühlen, trotzdem aber angespannt und verunsichert sind. Dem Anschein nach lässt sich das auch nicht vor einer für Alle unbekanntem Situation vermeiden. Neben der reinen

Information könnten auch psychologische Betreuung oder fachliche Anregungen, z.B. Hygiene-Updates für größere Sicherheit beim Pflegepersonal beitragen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass in Vorbereitung auf eine große Anzahl Covid-19-Erkrankter mehr Intensivbetten und Beatmungsgeräte in deutschen Kliniken bereitgestellt wurden (DIVI 2020). Die Anzahl an pflegerischem Fachpersonal, das diese Betten betreut und die Geräte bedient, wurde aber nicht in gleichem Umfang erhöht. Das wirft die Frage auf, ob die alleinige Bereitstellung von Intensivbetten und Beatmungsgeräten in einer epidemischen Notlage nur eine vermeintliche Sicherheit für die Bevölkerung bedeutet. Glücklicherweise ist das deutsche Gesundheitssystem während der Covid-19-Pandemie nicht an seine Kapazitätsgrenzen gekommen, sodass sich diese Frage nicht abschließend beantworten lässt. Zukünftig sollte der Begriff „Intensivbett“ jedoch nicht nur über das Vorhandensein eines Beatmungsgerätes definiert werden, sondern auch über die garantierte Anwesenheit einer Fachpflegekraft, die den kritisch kranken Menschen, der das Beatmungsgerät benötigt, versorgen kann.

Die Befragung von Pflegekräften, die während der Covid-19-Pandemie auf Intensivstationen arbeiten, zeigt, dass es Gründe dafür gibt, die Behandlung von infektiösen Patienten*innen in großen spezialisierten Zentren zu organisieren und nicht flächendeckend in allen Kliniken. Erstens scheinen diese großen Kliniken materiell besser ausgestattet zu sein als kleinere Häuser. Zweitens verfügen große Kliniken häufig über mehrere Intensivstationen. Der Vorteil davon ist, dass Covid- und Non-Covid-Patienten*innen getrennt voneinander auf unterschiedlichen Stationen behandelt werden können. Somit wird vermieden, dass Non-Covid-Patienten*innen einer Gefahr durch vermeidbare Pflegefehler ausgesetzt werden, die dadurch zustande kommen, dass sich ihr Betreuungsschlüssel erhöht, da der für infektiöse Patienten*innen niedrig bleiben muss. Neben der Behandlung auf verschiedenen Stationen, lässt sich das nur durch eine

erhöhte Anzahl an Pflegepersonal mit Intensivfahrung vermeiden, das aber häufig nicht zu Verfügung steht.

Die Arbeit auf der Intensivstation während der Covid-19-Pandemie, weckt bei Pflegekräften verschiedene Erwartungen. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe, die im Vorfeld bereits dargestellt wurden. Der überwiegende Teil der Befragten wünscht sich nach der Covid-19-Pandemie eine Rückkehr in den Alltag, der schrittweise erfolgen soll. Allerdings ist der Begriff „Alltag auf einer Intensivstation“ nicht Gegenstand dieser Umfrage. Jedoch machten über 80% der befragten Teilnehmer*innen deutlich, dass sie nicht die gleiche Arbeitssituation wie vor der Krise wünschen. Das ist ein klares Indiz dafür, dass die Verantwortlichen für die Pflege, insbesondere für die Intensivpflege, ihren Blick retrospektiv wenden sollten. Möglicherweise sind die Erwartungen der Pflegenden an zuvor kritisch diskutierten Standpunkten und Stellungnahmen angeknüpft. Dies könnte u.U. für Intensivpflegende eine Gelegenheit bieten, Covid-19 als Chance zu sehen, um ihre Lage bezgl. des Pflegealltags und der (Pflege-) Arbeitssituation zu verdeutlichen.

An den Ergebnissen dieser Befragung lässt sich ablesen, dass den teilnehmenden Intensivpflegenden eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Patienten*innen wichtiger ist als ihre persönlichen Belange. Das wird daran deutlich, dass die Erwartungen auf ein höheres Gehalt nach der Covid-19-Pandemie hinter den Erwartungen auf bessere Arbeitsbedingungen und eine bessere personelle Ausstattung zurücksteht.

Die geäußerten Erwartungen richten sich an Arbeitgeber*innen, Tarifparteien und politisch Verantwortliche. Es wird interessant sein zu beobachten, welche Erwartungen sich erfüllen und welche nicht. Außerdem bleibt abzuwarten, wie Intensivpflegende reagieren, sollten sich ihre Erwartungen nicht erfüllen. Dieser Aspekt könnte Inhalt weiterführender Forschung sein.

Darüber hinaus sollte beobachtet werden, wie Pflegekräfte, die während der Covid-19-Pandemie auf Intensivstationen gearbeitet haben, diese Arbeitssituation retrospektiv betrachten. Haben sie eine andere Sicht auf

ihre Arbeit (Rankin 2005: S. 130) und sind ggf. sogar traumatisiert, wie es nach vorherigen Epidemien im Ausland der Fall war (Tang, Pan, Yuan et al. 2017: S. 64-66). Oder ist schnell wieder Normalität in den Arbeitsalltag eingeleitet und es bedarf gar keiner Nachbetrachtung der Covid-19-Pandemie, da die Belastung für das deutsche Gesundheitswesen und damit auch für die dort Angestellten nicht so groß war, wie vielfach befürchtet? Auch dieser Thematik sollte, im Rahmen zukünftiger Forschung, Beachtung geschenkt werden.

Diese quantitative Querschnittstudie ist ein Blitzlicht auf verschiedene Aspekte der Arbeitssituation während der Covid-19-Pandemie aus der Perspektive klinisch tätiger Intensivpflegekräfte. Sie kann jedoch nicht die genauen Beweggründe erklären, die zu dem Abstimmungsverhalten der Teilnehmer*innen geführt haben. Einige ihrer Interpretationen haben die Forschenden im Kap. 6: Diskussion, vorgestellt. Andere offenen Fragen, die besonders das Erleben, Empfinden und Erwarten von Intensivpflegekräften während der Covid-19-Pandemie beleuchten, sollten Inhalt nachfolgender, möglicherweise qualitativer Forschung sein.

Aktuell lässt sich rückblickend bereits sagen, dass die „Welle“ der Covid-19-Erkrankten die Krankenhäuser in Deutschland im April 2020, dem Zeitpunkt der Befragung, noch auf sich zukommen sahen, nicht so groß war, wie es das deutsche Gesundheitswesen befürchtet hat. Diese Tatsache soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, welche Sorgen und Befürchtungen Intensivpflegende hatten und welche psychischen Belastungen sie empfunden haben. Die Arbeit während der Covid-19-Pandemie war für die Mehrheit der Pflegekräfte auf Intensivstationen eine absolute Ausnahmesituation. Diese Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag dazu, das zu verdeutlichen.

Literaturangaben

Arnold, Veronica & Englmann, Christoph (2020): „Dramatische Entscheidungen in Corona-Krise: Ärzte zu Triage gezwungen - was bedeutet das?“. Merkur.de (Hg.). Online verfügbar unter: <https://www.merkur.de/welt/coronavirus-triage-italien-intensivstation-aerzte-sars-cov-2-sortierung-ueberlebenschancen> [Stand: 08. Juni 2020]

Bartholomeyczik, Sabine/Donath, Elke/ Schmidt, Sascha/Rieger, Monika A./Berger, Elisabeth/Wittich, Andrea/Dieterle, Wilfried E. (2008): „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.). Online verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte> [Stand: 25. Mai 2020]

Bohlken, Jens/Schömig, Friederike/Lemke, Matthias R./Pumberger, Matthias/Riedel-Heller, Steffi G. (2020): COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. In: Psychiatrische Praxis 47, H. 4, S. 190–197. Stuttgart. Thieme Verlag

Brandenburg, Hermann/Panfil Eva-Maria/Mayer, Herbert (2007): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. Bern. Hans Huber Verlag

Brisant (2020): „Spätfolgen: was machen Corona und Covid-19 mit dem Körper?“. Mitteldeutscher Rundfunk (MDR) (Hg.). Online verfügbar unter: <https://www.mdr.de/brisant/langzeitfolgen-nach-corona-covid-lunge-herzinfarkt> [Stand: 02. Juli 2020]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2020 a): „Liste der systemrelevanten Bereiche“. Online verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Informationen-Corona/Kurzarbeit/liste-systemrelevante-bereiche> [Stand: 19. Mai 2020]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2020 b): „Verordnung zu Abweichungen vom Arbeitszeitgesetz infolge der Covid-19-Epidemie. Covid-19-Arbeitszeitverordnung - Covid-19-ArbZV“. Online verfügbar unter: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Gesetze/arbeitszeitverordnung> [Stand: 23. Mai 2020]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) & Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020): „Versorgung bei Atemschutzmasken sichern. Krisenstab der Bundesregierung gibt neues Wiederverwendungsverfahren für medizinische Schutzmasken in Ausnahmefällen bekannt“. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/2-quartal/krisenstab-atemschutzmasken> [Stand: 08. Juni 2020]

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020): „Coronavirus SARS-CoV-2. Chronik der bisherigen Maßnahmen“. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus> [Stand: 04. Mai 2020]

Bundesregierung (2020): „Maßnahmen der Bundesregierung zur Bewältigung der Corona-Pandemie. Gemeinsames Handeln“. Online verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1747726/0bbb9147be95465e9e845e9418634b93/2020-04-27-zwbilanz-corona-data> [Stand: 16. Mai 2020]

Deutsches Ärzteblatt (2017): „Tag der Pflege: Forderungen nach mehr Personal“. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/75656/Tag-der-Pflege-Forderungen-nach-mehr-Personal> [Stand: 25. Mai 2020]

Deutsche Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2011): “Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen”. Online verfügbar unter: https://www.online-divi.de/img/DIVI/content/empfehlungen_intensivtherapiestationen [Stand: 25. März 2020]

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2020): “Corona-Pandemie: Website zur deutschlandweiten Abfrage freier Beatmungsplätze gestartet”. Online verfügbar unter: <https://www.divi.de/presse/pressemeldungen/pm-corona-pandemie-website-zur-deutschlandweiten-abfrage-freier-beatmungsplaetze-startet-heute> [Stand: 17. Juli 2020]

Deutsche Presseagentur (dpa) (2020): „Scholz: Corona-Prämien bis 1500 Euro steuerfrei“. In: Heilbronner Stimme. Online verfügbar unter: <https://www.stimme.de/deutschland-welt/wirtschaft/wt/Scholz-Corona-Praemien-bis-1500-Euro-steuerfrei> [Stand: 22. Mai 2020]

El-Hage, W./Hingray, C./Lemogne, C./Yroni, A./Brunault, P./Bienvenu, T./Etain, B./Paquet, C./Gohier, B./Bennabi, D./Birmes, P./Sauvaget, A./Fakra, E./Prieto, N./Bulteau, S./Vidailhet, P./Camus, V./Leboyer, M./Krebs, M-O/Aouizerate, B. (2020): „Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale?“. In: L'Encephale. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008> [Stand: 17. April 2020]

Focus Money online (2020): „Bis zu 1500 Euro: Kassen und Länder wollen bestimmten Berufen Corona-Bonus zahlen“. Online verfügbar unter: [https://www.focus.de/finanzen/karriere/berufsleben/gehalt/bayern-hat-
praemie-schon-versprochen-bis-zu-1500-euro-kassen-und-laender-wollen-
bestimmten-berufen-corona-bonus-zahlen](https://www.focus.de/finanzen/karriere/berufsleben/gehalt/bayern-hat-praemie-schon-versprochen-bis-zu-1500-euro-kassen-und-laender-wollen-bestimmten-berufen-corona-bonus-zahlen) [Stand: 22. Mai 2020]

Fricke, Anno (2020): „Kliniken erhalten Bonus für jedes zusätzliche Intensivbett“. Springer Verlag (Hg.). Online verfügbar unter: [https://www.aerztezeitung.de/Politik/Coronavirus-Bonus-fuer-Kliniken-fuer-
jedes-zusaetzliche-Intensivbett](https://www.aerztezeitung.de/Politik/Coronavirus-Bonus-fuer-Kliniken-fuer-jedes-zusaetzliche-Intensivbett) [Stand: 28. Juni 2020]

Gershon, Robyn/Dernehl, Liza A./Nwankwo, Ezinne/Zhi, Qi/Qureshi, Kristine (2016): „Experiences and Psychosocial Impact of West Africa Ebola Deployment on US Health Care Volunteers“. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5074701> [Stand: 17. März 2020]

Hasselhorn, Hans-Martin/Zegelin-Abt, Angelika/Wittich, Andrea (2008): „Image der Pflege in Deutschland: NEXT-Studie 2008“. In: Die Schwester Der Pfleger 47, H. 5, S. 458–461. Melsungen. Bibliomed-Verlag

Hibbeler, Birgit (2011): „Ärzte und Pflegekräfte: Bei Konflikten geht es oft um die Aufgabenverteilung und Hierarchien“. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 108, H. 21, S. 1191. Online verfügbar unter: [https://www.aerzteblatt.de/archiv/109162/Aerzte-und-Pflegekraefte-Ein-
chronischer-Konflikt](https://www.aerzteblatt.de/archiv/109162/Aerzte-und-Pflegekraefte-Ein-chronischer-Konflikt) [Stand: 30. März 2020]

Isfort, Michael (2013): „Der Pflegeberuf im Spiegel der Öffentlichkeit“. In: Pflegekräfte: Herausforderungen des demografischen Wandels, S. 1081–1087. Online verfügbar unter: <https://doi:10.1007/s00103-013-1747-9> [Stand: 16. März 2020]

Isfort, Michael (2017): Permanent "am Limit". Personalsituation in der Intensivpflege. In: PflegenIntensiv 14, H. 4, S. 22–27. Melsungen. Bibliomed-Verlag

Isfort, Michael & Berswordt-Wallrabe von, Martin (2012): Die Bilder der Pflege. Medienarbeit und ihr Einfluss auf das Image von Pflegeberufen. In: Pflegezeitschrift 65, H. 7, S. 424–427. Berlin. Springer Verlag

Isfort, Michael/Weidner, Frank/Gehlen, Danny (2012): "Pflegethermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus". Online verfügbar unter: <http://www.dip.de> [Stand: 16. März 2020]

Jessen, Jan (2020): Uni-Klinik bereitet sich auf "Tsunami" vor. Ärzte und Pfleger sind bereit für die Versorgung Hunderter Corona-Patienten. In: Neue Ruhr Zeitung 74, 24. März 2020 116, S. 3. NRW. Zeitungsverlag Niederrhein GmbH & Co. KG

Kang, Lijun/Kang, Lijun/Ma, Simeng/Chen, Min/Yang, Jun/Wang, Ying/Li, Ruiting/Yao, Lihua/Bai, Hanping/Cai, Zhongxiang/Xiang Yang, Bing/Hu, Shaohua/Zhang, Kerang/Wang, Gaohua/ Ma, Ci/Liu, Zhongchun (2020): „Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study“. In: Brain, behavior, and immunity. Online verfügbar unter: <https://doi:10.1016/j.bbi.2020.03.028> [Stand: 28. März 2020]

Karagiannidis, Christian/Hermes, Carsten/Krakau, Michael/Löffert, Karsten/Welte, Tobias/Janssens, Uwe (2019): „Versorgung der Bevölkerung in Gefahr“. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205989/Intensivmedizin-Versorgung-der-Bevoelkerung-in-Gefahr> [Stand: 28. Juni 2020]

Katholische Hochschule (KatHo) Nordrhein-Westfalen (NRW) (2020): „Aktuelle Meldung der Hochschulleitung: KatHO NRW schränkt ihren Betrieb weitgehend ein“. Köln. E-Mail [Stand: 16. März 2020]

Kölner Stadt-Anzeiger (2020): „Applaus für Ärzte und Pfleger: „Wir bleiben für euch da. Bleibt ihr zuhause!““. In: Kölner Stadt-Anzeiger, 20. März 2020. Online verfügbar unter: <https://www.ksta.de/koeln/aerzte-und-pfleger-reagieren-auf-applaus--wir-bleiben-fuer-euch-da--bleibt-ihr-zuhause---36423778> [Stand: 25. Mai 2020]

Krau, Stephen D. & Parsons, Lynn C. (2007): “Avian influenza: are we ready?”. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7135353> [Stand: 17. März 2020]

Landesregierung Baden-Württemberg (2020): "Verordnung der Landesregierung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus SARS-Cov-2 (Corona-Verordnung)". Online verfügbar unter: <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/landesregierung-beschliesst-massnahmen-gegen-die-ausbreitung-des-coronavirus> [Stand: 19. Mai 2020]

Landtag NRW (2020): "Gesetz zur konsequenten und solidarischen Bewältigung der Covid-19-Pandemie in Nordrhein-Westfalen und zur Anpassung des Landesrechts im Hinblick auf die Auswirkungen einer Pandemie". Online verfügbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=18406 [Stand: 30. Mai 2020]

Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften (2020): „Dritte Ad-hoc-Stellungnahme: Coronavirus-Pandemie – Die Krise nachhaltig überwinden“. Online verfügbar unter: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_04_13_Corona_virus-Pandemie-Die_Krise_nachhaltig_%C3%BCberwinden [Stand: 13. April 2020]

Li, Zhenyu/Ge, Jingwu/Yang, Meiling/Feng, Jianping/Qiao, Mei/Jiang, Riyue/Jiangjiang, Bi/Zhan, Gaofeng/Xu, Xiaolin/Wang, Long/Zhou, Qin/Zhou, Chenliang/Pan, Yinbing/Liu, Shijiang/Zhang, Haiwei/Yang, Jianjun/Zhu, Bin/Hu, Yimin/Hashimoto, Kenji/Jia, Yan/Wang, Haofei/Wang, Rong/Liu, Cunming/Yang, Chun (2020): „Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control“. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007> [Stand: 17. März 2020]

Lojewski von, Susann (2020): "Pflege-Bonus - viele gehen leer aus". Zweites Deutsches Fernsehen (Hg.). Online verfügbar unter: <https://www.zdf.de/nachrichten/heute-journal/heute-journal-vom-2-juli-2020-100> [Stand: 03. Juli 2020]

Mayer, Horst O. (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6. Aufl. München: Oldenbourg-Verlag

McClendon, Heather & Buckner, Ellen B. (2007): „Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses“. In: Dimensions of critical care nursing 26, H. 5, S. 199–206. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1097/01.DCC.0000286824.11861.74> [Stand: 28. März 2020]

Mitteldeutscher Rundfunk (MDR) (2020 a): „Chronik der Corona-Krise“. Online verfügbar unter: <https://www.mdr.de/nachrichten/politik/corona-chronik-chronologie-coronavirus> [Stand: 04. Mai 2020]

Mitteldeutscher Rundfunk (MDR) (2020 b): „Merkel: Gesundheitssystem nicht überlasten“. Online verfügbar unter: <https://www.mdr.de/nachrichten/panorama/coronavirus-merkel-spahn-alltag-verzicht> [Stand: 23. Mai 2020]

Mummendey, Hans Dieter (1987): Die Fragebogen-Methode. Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung. Göttingen. Hogrefe Verlag

Panknin, Hardy-Thorsten (2017): „Infektionsrisiko Intensivstation“. In: PflegenIntensiv 14, H. 1, S. 6–12. Melsungen: Bibliomed-Verlag

Petzold, Moritz Bruno/Plag, Jens/Ströhle, Andreas (2020): Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. In: Der Nervenarzt 91, H. 5, S. 417–421. Heidelberg. Springer-Medizin-Verlag

Porst, Rolf (2011): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 3. Auflage. Heidelberg. VS-Verlag

Rankin, John (2005): „Godzilla in the corridor: The Ontario SARS crisis in historical perspective“. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.10.001> [Stand: 17. Mai 2020]

Report München (2020): „Wettlauf gegen die Zeit“. Online verfügbar unter: <https://www.ardmediathek.de/daserste/shows/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RILmRIL3JlclG9ydCBtw7xuY2h1bg/report-muenchen> [Stand: 13. Mai 2020]

Spiegel Gesundheit (2020): „Coronavirus aufhalten: "Wir bleiben für Euch hier. Bleibt bitte für uns daheim". Online verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/gesundheit/coronavirus-aufhalten-wir-bleiben-fuer-euch-hier-bleibt-bitte-fuer-uns-daheim-a-10ea79a3-3474-4af7-a019-8d543e751d6f> [Stand: 02. Juli 2020]

taz-online (2020): „Weiße Kittel, schwarze Wut“. „Krankenhaus-Protest in Frankreich“. In: taz-online, 17. Juni 2020. Online verfügbar unter: <https://taz.de/Krankenhaus-Protest-in-Frankreich/!5692987/> [Stand: 17. Juni 2020]

Shen, Xin/Zou, Xiaoyue/Zhong, Xiaofeng/Yan, Jing/Li, Li (2020): „Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19“. In: Critical care (London, England) 24, H. 1, S. 200. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2> [Stand: 19. März 2020]

Siegling, Bianca & Isfort, Michael (15): „Machen Fachweiterbildungen zufriedener?“. In: Intensiv 23, H. 5, S. 250–257. Stuttgart. Thieme-Verlag

Spahn, Jens (2020): Aussetzung der PPUGV. Bonn, 02. März 2020. Brief an Vorstand des GKV-Spitzenverbandes und Hauptgeschäftsführer der DKG [Stand: 02. März 2020]

Tang, Liling/Pan, Lingling/Yuan, Liping/Zhao, Lei (2017): „Prevalence and related factors of post-traumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients“. In: Int J Nurs Sci. 4, H. 1, S. 63–67. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6626070/> [Stand: 17. März 2020]

Theobald, Nelly & Braun, Thomas (2020): „Standorte der "Corona-Kliniken" im Saarland“. Saarländischer Rundfunk (Hg.). Online verfügbar unter: https://www.sr.de/sr/home/nachrichten/politik_wirtschaft/corona_kliniken_saarland [Stand: 29. Juni 2020]

Theurer, Marcus (2018): „Tragödie in Großbritanniens Krankenhäusern. Britische Einheitsversicherung“. Frankfurter Allgemeine Zeitung (Hg.). Frankfurt. Online verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/die-britische-einheitsversicherung-als-negativbeispiel-fuer-deutschland-15388429> [Stand: 01. Juli 2020]

Teigeler, Brigitte (2020): Interview mit Lothar Ullrich über "Die Krise ist noch nicht vorbei". In: BibliomedPflege. H. 02/20, S. 24. Meldungen. Bibliomed-Verlag

World Health Organisation (2020): „COVID-19 situation in the WHO European Region“. Online verfügbar unter: <https://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/ead3c6475654481ca51c248d52ab9c61> [Stand: 02. Juni 2020]

Anhang

Anschreiben/ Fragebogen

(inhaltlich zum Onlinefragebogen unverändert, Form angepasst)

Intensivpflege 2020

Eine Online-Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege auf Intensivstationen im Krankenhaus, während der Covid-19-Pandemie 2019/2020.

Ihre Ansprechpartner



Jochen Hamacher

Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie

Pflegewissenschaftler B.Sc.

E-Mail: joham@gmx.de

Johannes Klausmeier

Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie

Pflegewissenschaftler B.Sc.

E-Mail: jo.klausmeier@gmx.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen der Intensivstationen,

Unsere Arbeit auf der Intensivstation und an der Krankenpflegeschule fordert uns in dieser Krisenzeit mehr denn je. Wir merken, dass die Covid-19-Ausbreitung das bestimmende Thema ist, das uns vor zunehmende Herausforderungen stellt. Obwohl wir nun vor der Aufgabe stehen, sofort auf diese sich entwickelnde Krise zu reagieren, sollten wir dennoch analysieren, wie Pflegekräfte mit dieser Situation umgehen.

Deshalb haben wir das ursprüngliche Thema unserer Masterarbeit, die wir im Rahmen des Studiengangs „Lehrer*in für Pflege und Gesundheit“ an der Katholischen Hochschule NRW in Köln in diesem Jahr schreiben wollten, kurzerhand verworfen. Stattdessen werden wir uns der Corona-Pandemie widmen.

Wir möchten wissen, wie es Pflegekräften auf Intensivstationen (ICUs) während der Corona-Pandemie geht und wie gut Sie sich auf die Betreuung einer großen Anzahl Covid-19 infizierter Patienten vorbereitet fühlen.

Um Infektionswege zu unterbrechen, führen wir keine persönlichen Befragungen durch, sondern haben uns zu einer Online-Befragung entschieden.

Die Studie wird ohne die Finanzierung externer Geldgeber durchgeführt und verfolgt ausschließlich das Ziel, Einschätzungen der Pflegenden auf Intensivstationen zu systematisieren und diese der interessierten Fachöffentlichkeit zu Verfügung zu stellen.

Vielen Dank dafür, dass Sie sich an dieser wichtigen Untersuchung beteiligen!

Der Fragebogen umfasst 19 unterschiedliche Fragen zur aktuellen Situation auf Intensivstationen. Die Beantwortung wird nicht mehr als 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Wir möchten Sie bitten, auch Kolleginnen und Kollegen anderer Intensivstationen oder Fachweiterbildungen auf diese Umfrage aufmerksam zu machen.



Jochen Hamacher



Johannes Klausmeier

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutzgrundverordnung DSGVO

Ihre Daten werden anonym und vertraulich behandelt und ausschließlich zum Zweck dieser Studie verwendet. Rückschlüsse auf einzelne Personen, Abteilungen oder Kliniken werden nicht möglich sein. Die Teilnahme an der Befragung erfolgt ohne Nennung Ihres Namens. Eine Registrierung ist für die Teilnahme nicht erforderlich. Die erhobenen Daten werden auf einem passwortgeschützten Rechner in verschlossenen Räumen aufbewahrt. Sie werden nicht auf USB-Sticks oder anderen frei zugänglichen Speichermedien verwahrt. Die Daten werden 10 Jahre aufbewahrt und danach gelöscht. Auch nach der Teilnahme an der Umfrage haben Sie die Möglichkeit, Ihrer Einwilligung zu widersprechen. Um Ihre Daten nachträglich zu löschen, benötigen wir den von Ihnen benutzten Browser und die exakte Einwahlzeit. Das Löschen von Daten, die bereits verarbeitet und ausgewertet sind, ist nicht möglich.

- **Ich bin einverstanden und möchte an der Befragung teilnehmen.**

Fragen zur Einrichtung

1. In welchem Land befindet sich die Einrichtung, an der Sie hauptsächlich arbeiten?

Deutschland Österreich Schweiz

Anderes Land:

2. Wenn sich Ihre Einrichtung in Deutschland befindet, in welchem Bundesland sind Sie tätig?

<input type="radio"/> Baden-Württemberg	<input type="radio"/> Bremen	<input type="radio"/> Niedersachsen	<input type="radio"/> Sachsen
<input type="radio"/> Bayern	<input type="radio"/> Hamburg	<input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="radio"/> Sachsen-Anhalt
<input type="radio"/> Berlin	<input type="radio"/> Hessen	<input type="radio"/> Rheinland-Pfalz	<input type="radio"/> Schleswig-Holstein
<input type="radio"/> Brandenburg	<input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern	<input type="radio"/> Saarland	<input type="radio"/> Thüringen
<input type="radio"/> Nicht Deutschland			

3. In welcher Trägerschaft befindet sich das Krankenhaus?

Öffentlich-rechtliche Trägerschaft (z.B. Bund oder Land)

Private Trägerschaft (z.B. privates KH)

Freigemeinnützige Trägerschaft (z.B. kirchliches KH)

4. Über welche Bettenkapazität verfügt das Krankenhaus, an dem Sie arbeiten?

bis < 200 Betten

200 bis 399 Betten

400 bis 599 Betten

600 bis 800 Betten

> 800 Betten

5. Über welche Bettenkapazität verfügt Ihre ICU insgesamt (normalerweise)

_____ Betten

6. Wie viele Patienten können auf Ihrer ICU zeitgleich invasiv beatmet werden?

_____ Patienten

7. Welcher Fachrichtung ordnen Sie Ihre ICU schwerpunktmäßig zu?

<input type="checkbox"/> Konservative ICU	<input type="checkbox"/> Pädiatrische Intensivstation
<input type="checkbox"/> Chirurgische ICU	<input type="checkbox"/> Reine Neurochirurgische ICU
<input type="checkbox"/> Anästhesiologische ICU	<input type="checkbox"/> Verbrennungsintensivstation
<input type="checkbox"/> Reine Kardiologische ICU	<input type="checkbox"/> Intermediate Care Station

Fragen zur Person

8. Angaben zum Geschlecht

weiblich männlich divers

9. In welchem Stellenumfang arbeiten Sie auf Ihrer Station?

Vollzeit (100%) 75-99% 51-74% 26-50% 25%
oder weniger

10. In welcher Funktion sind Sie auf der Intensivstation/ Abteilung tätig?

Mitarbeiter*in des Pflegedienstes der Intensivstation
 Stellvertretende Stations-/ Bereichsleitung
 Stations-/ Bereichsleitung

11. In welchem Jahr sind Sie geboren?

_____ (z.B. 1979)

12. Angaben zu Ihrer beruflichen Erfahrung (inklusive Unterbrechungen, Familienzeiten o.ä.)

	Jahre
Wie viele Jahre sind Sie seit dem staatlichen Examen in der Pflege tätig?	
Wie viele Jahre arbeiten Sie insgesamt im Feld der Intensivpflege?	
Wie viele Jahre arbeiten Sie bei Ihrem jetzigen Arbeitgeber auf der Intensivstation?	

13. Angaben zur Fachweiterbildung für Intensivpflege/ Anästhesie

Haben Sie eine Fachweiterbildung absolviert?

ja nein

Fragen zur Patientenbetreuung

14. Mein letzter Dienst war ein...

....Frühdienst <input type="radio"/>Spätdienst <input type="radio"/>Nachtdienst <input type="radio"/>
---	---	--

15. In meinem letzten Dienst habe ich.....

<input type="radio"/> einen Patienten verantwortlich betreut.
<input type="radio"/> zwei Patienten verantwortlich betreut.
<input type="radio"/> drei Patienten verantwortlich betreut.
<input type="radio"/> vier Patienten verantwortlich betreut.
<input type="radio"/> mehr als vier Patienten verantwortlich betreut.

Die im folgenden Abschnitt gestellten Fragen beziehen sich auf das Empfinden und die Situationseinschätzung von Pflegepersonal auf Intensivstationen (ICUs) vor und während der Corona-Pandemie 2019/ 2020

Einschätzungsfragen zur aktuellen Arbeitssituation auf der ICU

16. Wie stark stimmen Sie diesen Aussagen zu?

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll zu
Mein Arbeitgeber hat mich ausreichend darüber informiert, dass viele Covid-19-Erkrankte auf unserer Station aufgenommen werden könnten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir haben ausreichend Schutzmaterial, um alle infektiösen Patienten, die wir aufnehmen werden, nach hygienischen Vorgaben zu versorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir haben ausreichend Pflegepersonal, um die Sicherheit aller Patient*innen die wir aufnehmen werden, zu gewährleisten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Team meiner Station wird psychologische Unterstützung benötigen, um die Covid-19-Ausnahmesituation zu bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zur strukturellen Veränderung in der Zeit während der Covid-19-Pandemie (d.h., Änderungen seit Februar/ März 2020)

17. Welche strukturellen Veränderungen sind während der Covid-19-Pandemie vorgenommen worden?

	Ja	Nein	Weiß ich nicht
Zum Zeitpunkt dieser Umfrage, werden Covid-19 Patienten auf unserer Station versorgt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf meiner Station ist die Bettenzahl erhöht worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Station hat mehr medizinische Geräte bekommen (z.B. Beatmungsgeräte, Dialysegeräte, ECMOs).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zusätzliches examiniertes Pflegepersonal mit Intensivverfahren ist/ wird aufgrund der Covid-19-Pandemie auf meiner Station eingesetzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zusätzliches examiniertes Pflegepersonal ohne Intensivverfahren ist/ wird aufgrund der Covid-19-Pandemie auf meiner Station eingesetzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Anzahl der Intensivbetten hat sich in meiner Klinik erhöht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitarbeiter*innen in Teilzeit werden angefragt, ihren Stellenumfang auf meiner Station zu erhöhen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitarbeiter*innen im Ruhestand werden angefragt, auf meiner Station in der Pflege auszuhelfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ehemalige Mitarbeiter, die nicht mehr im Haus arbeiten, werden angefragt, auf meiner Station auszuhelfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Während der Covid.19-Pandemie übernehme ich zusätzliche pflegerische Aufgaben außerhalb meiner Station.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zu Ihrem persönlichen Empfinden

18. Wie stark treffen diese Aussagen auf Sie zu?

	Trifft gar nicht zu	Trifft nicht eher zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Keine Angabe
Ich habe Sorge, dass ich mich selbst mit dem Corona-Virus infiziere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst, meine Familie mit dem Corona-Virus zu infizieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst davor, dass ich den Patienten auf meiner Station während der Covid-19-Pandemie pflegerisch nicht gerecht werden kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dass Menschen möglicherweise nicht ausreichend medizinisch behandelt werden können, bereitet mir Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich sehe meiner pflegerischen Arbeit während der Covid-19-Pandemie gelassen entgegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich freue mich auf die Herausforderung, während der Covid-19-Pandemie auf der ICU zu arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erwartungen an die Zeit nach der Covid-19-Pandemie

19. Nach der Covid-19-Ausnahmesituation....

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll zu	Keine Angabe
...möchte ich schrittweise in den Alltag zurückkehren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...möchte ich eine sofortige Rückkehr in den Alltag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wünsche ich mir ein höheres gesellschaftliches Ansehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wünsche ich mir ein höheres Ansehen im therapeutischen Team.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...möchte ich ein höheres Gehalt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wünsche ich mir bessere Arbeitsbedingungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wünsche ich mir einen besseren Personalschlüssel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wünsche ich mir die gleiche Arbeitssituation wie vor der Covid-19-Krise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichern wir, dass wir die vorliegende Arbeit zum Thema: „Intensivpflege während der Covid-19-Pandemie - eine standardisierte Onlinebefragung“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt haben. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Köln, 21. Juli 2020



Jochen Hamacher



Johannes Klausmeier

Einverständniserklärung

"Wir sind damit einverstanden, dass unsere Masterarbeit in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, ausgestellt wird."

Köln, 21. Juli 2020


Jochen Hamacher


Johannes Klausmeier