BGW forschung

Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz

Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

BGW
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

BGW forschung

Expertinnen/Experten

Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz

Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

BGW

Impressum

Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz
Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege
Stand 09/2022

Herausgegeben von
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)
Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37
22089 Hamburg
Tel.: +49 40 20207-0
Fax: +49 40 20207-2495
www.bgw-online.de

Artikelnummer
BGW 55-83-114

Initiator
Bjørn Kähler, BGW-Modellvorhaben und Kongresse, Hamburg

Autorin und Autor
Dr. Matthias Vollbracht, Media Tenor International AG, Zürich/Wien
Verena Hombücher, BGW-Modellvorhaben und Kongresse, Bochum

Redaktion
Brigitte Löchelt, BGW-Kommunikation, Hamburg
Bonni Narjes, Media Contor, Hamburg

Fotos
BGW (S. 7); Adobe Stock/Have a nice day (S. 9); gettyimages/Juanmonino (S. 10, S. 18, S. 28, Titel); AdobeStock/ipopba (S. 12, S. 35); AdobeStock/ake1150 (S. 52); AdobeStock/Blue Planet Studio (S. 31, S. 56)

Gestaltung und Satz
GDA Gesellschaft für Marketing und Service der
Deutschen Arbeitgeber mbH, Berlin

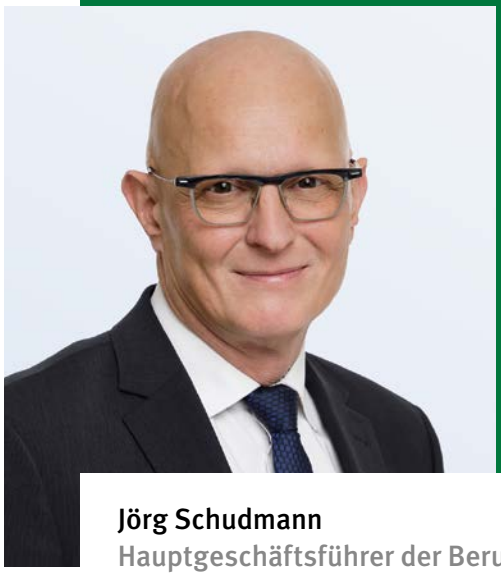
Druck
Schirmer Medien GmbH & Co. KG, Ulm-Donautal

Inhalt

Fortsetzung ▶

Inhalt

Vorwort



Jörg Schudmann
Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Liebe Leserinnen und Leser,

die BGW verzeichnete 2021 eine nie dagewesene hohe Zahl von Meldungen über den Verdacht auf eine beruflich bedingte Infektionserkrankung: Mehr als 150.000 Meldungen erreichten uns. Die meisten von ihnen – nämlich mehr als die Hälfte – aus der Krankenpflege.

Diese Zahlen sprechen für sich, denn sie zeigen, wie wenig sich Menschen in Pflegeberufen dem neuartigen Virus entziehen konnten. In einem pflegerischen Beruf tätig sein bedeutet, an Patientin und Patient, Klientin und Klient zu arbeiten. Social Distancing, Homeoffice oder Remote Work sind in dieser Branche im besten Wortsinn Fremdwörter. Pflegerinnen und Pfleger stehen während der Pandemie an vorderster Front und leisten einen unermesslich hohen Beitrag, um am Virus erkrankten Menschen bestmöglich zu helfen.

Doch wurde dieser Einsatz von der Gesellschaft wertgeschätzt und anerkannt? Wurde der Pflegeberuf auf einmal in einem neuen Licht gesehen – voller Anerkennung und somit als ein erstrebenswerter Berufsweg für Nachwuchskräfte?

Den Ergebnissen des vorliegenden Berichts nach wohl eher nicht, denn eine dauerhafte Verbesserung im öffentlichen Ansehen hat die Coronapandemie dem Pflegeberuf nicht gebracht.

Dennoch haben sich aus der Pandemiesituation unseren Ergebnissen zur Folge auch positive Entwicklungen ergeben. So hat die Bildung von interdisziplinären Taskforces in einigen Einrichtungen zu einer Veränderung der Kultur geführt und die spartenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Pflege, Ärzteschaft und Verwaltungspersonal deutlich verbessert.

Die Gesamtsituation zeigt: es ist mehr denn je Zeit zu handeln. Mit dem vorliegenden Bericht will die BGW auf vorhandene Defizite hinweisen und zugleich positive Erfahrungen herausarbeiten und weitergeben. Mit den erhobenen Daten und Ergebnissen möchten wir eine Basis zur Verfügung stellen, die dazu beiträgt, notwendige Veränderungen anstoßen zu können.

Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Bericht der BGW in Kooperation mit der DRV Bund zur Analyse der Berufsgesundheit in der Alten- und Krankenpflege

Der hier vorliegende Bericht mit der Untersuchung zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf das Berufsfeld Pflege ergänzt den Bericht „BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege, Branchenmonitoring der BGW und DRV Bund – 2022“ um drei wichtige Elemente und trägt damit der besonderen Belastung des Pflegepersonals durch die Coronapandemie in den Jahren 2020 bis 2022 Rechnung.

Während der Index auf die Langzeitveränderungen der sozioökonomischen Indikatoren der Berufsgesundheit abhebt, geht es im vorliegenden Dokument im Detail um die Auswirkungen der Pandemie auf Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege sowie deren Beschäftigte und Leitungspersonal.

BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege
Branchenmonitoring der BGW und DRV Bund – 2022

Im Bericht wird die Entwicklung des Berufsgesundheits-Index über den Zeitraum von 2013 bis 2020 betrachtet, mit besonderem Fokus auf die Entwicklung der Berufsgesundheit im Zuge des Ausbruchs der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020. Insgesamt zeigt der Berufsgesundheits-Index, dass sich die Berufsgesundheit im Jahr 2020 sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege verschlechtert hat. Gleichzeitig wird jedoch deutlich, dass sich die verschiedenen Dimensionen der Berufsgesundheit teilweise sehr unterschiedlich entwickelt haben.

www.bgw-online.de/media/BGW55-83-113

Anliegen der BGW und Anlass der Untersuchung

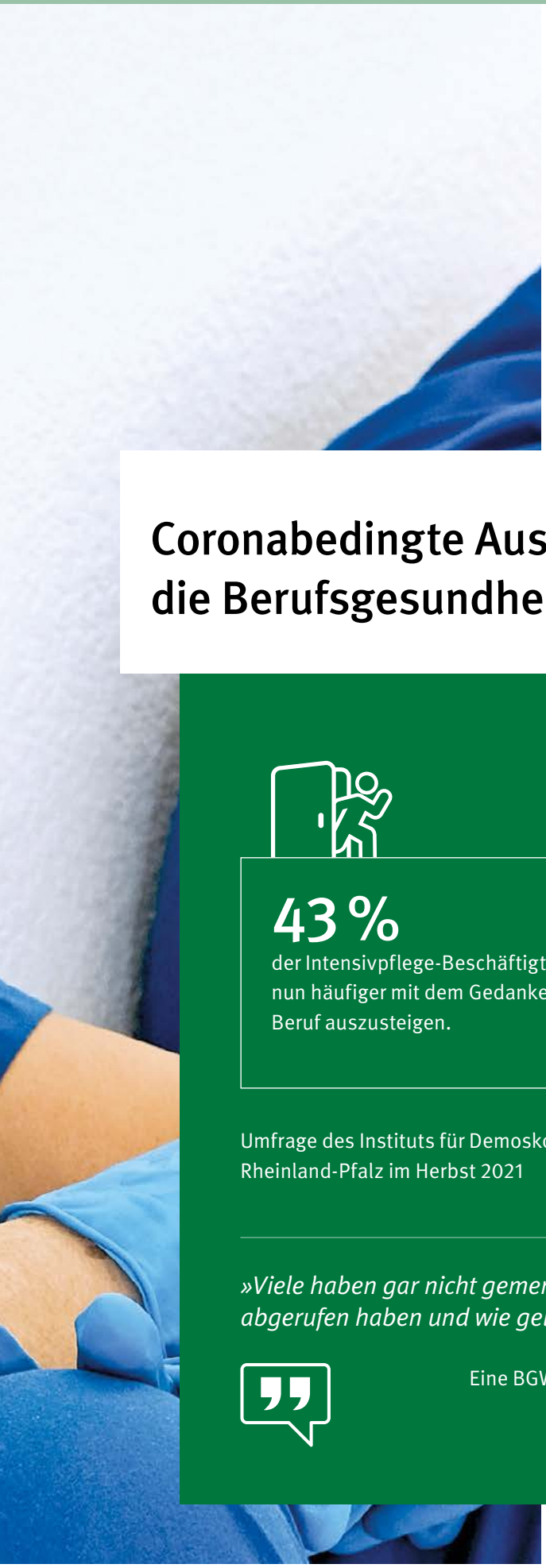
Die gesetzlichen Unfallversicherungen in Deutschland sind nach Sozialgesetzbuch VII (SGB VII § 9, 14) verpflichtet, arbeitsweltbezogene Forschung durchzuführen. Die Abteilung Modellvorhaben und Kongresse schafft für dieses Ziel evidenzbasierte Grundlagen und ermittelt den Forschungsbedarf in der Prävention und Rehabilitation. Als Ideengeberin trägt sie zur kontinuierlichen Verbesserung der Arbeit und der Angebote der BGW bei. Neben der Generierung von Wissen umfasst ihr Aufgabenspektrum das Schaffen von Innovationen sowie das Gründen und Pflegen von Netzwerken und zweckdienlichen Kooperationen. In Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde der „Index zur Berufsgesundheit" (BeGX/Pflege) ins Leben gerufen.

Die hier vorliegende Studie ergänzt den Bericht „BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege, Branchenmonitoring der BGW und DRV Bund – 2022" um drei wichtige Elemente und trägt damit der besonderen Belastung des Pflegepersonals durch die Coronapandemie in den Jahren 2020 bis 2022 Rechnung. Während der Index auf die Langzeitveränderungen der sozioökonomischen Indikatoren der Berufsgesundheit abhebt, geht es im vorliegenden Dokument im Detail um die Auswirkungen der Pandemie auf Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege sowie deren Beschäftigte und Leitungspersonal.

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist die gesetzliche Unfallversicherung für nicht staatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Als Teil des deutschen Sozialversicherungssystems ist die BGW eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Ihre gesetzlich übertragenen Aufgaben führt sie in eigener Verantwortung unter staatlicher Aufsicht durch.

Die Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ist die vorrangige Aufgabe der BGW. Im Schadensfall gewährleistet sie optimale medizinische Behandlung sowie angemessene Entschädigung. Sie sorgt dafür, dass ihre Versicherten wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Diese Leistungen werden eng miteinander verknüpft aus einer Hand angeboten.

Die BGW ist für über 9,1 Millionen Versicherte in rund 660.000 Unternehmen zuständig und gehört damit zu Deutschlands größten Berufsgenossenschaften.



Coronabedingte Auswirkungen auf die Berufsgesundheit – ein Überblick

43 %
der Intensivpflege-Beschäftigten spielen nun häufiger mit dem Gedanken, aus dem Beruf auszusteigen.

44 %
der Beschäftigten sind mit ihrem Beruf in der Pflege unzufrieden. Das sind erstmals mehr als diejenigen, die zufrieden sind (41 %).

Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach unter den Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz im Herbst 2021

»Viele haben gar nicht gemerkt, was für Arbeit sie geleistet und welche Fähigkeiten sie abgerufen haben und wie gelingend das war.«

Eine BGW-Beraterin über die Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege

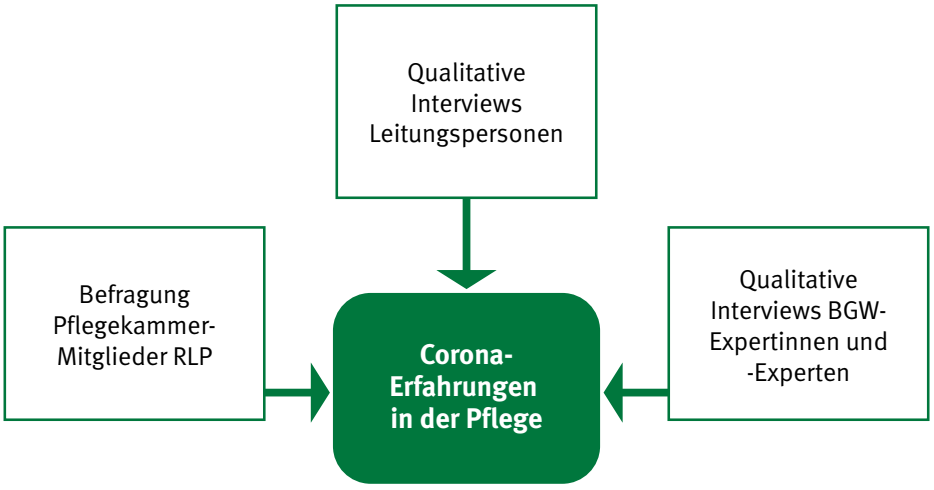
1 Zusammenfassung

Die Coronapandemie hat seit ihrem Ausbruch in Deutschland im Januar 2020 vielfältige Belastungen gebracht: Unmittelbare Gefährdung von Leib und Leben durch Ansteckung, mittelbare psychische Belastungen wie soziale Isolation, aber auch wirtschaftliche, soziale und kulturelle Einschränkungen haben die Beschäftigten im Gesundheitswesen erschüttert. Das Pflegepersonal in der Alten- und Krankenpflege stand bildlich gesprochen im Auge des Sturms.

Der vorliegende Bericht ergänzt den sozioökonomischen Bericht zum Index der Berufsgesundheit in der Pflege durch drei Perspektiven: den Blick auf die Basis mithilfe einer umfassenden Befragung der Mitglieder der Pflegekammer Rheinland-Pfalz; den Blick auf die Leitungen durch qualitative Interviews mit dem Management sowie Inhaberinnen und Inhabern von Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege und nicht zuletzt den Blick durch die Brille der Expertinnen und Experten für Berufsgesundheit in der BGW.

Abbildung 1: Perspektiven der Untersuchung in der Übersicht

Quelle: Media Tenor.



Damit dürfte diese Untersuchung eine der bisher umfassendsten zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf die Pflegebeschäftigten sein, insbesondere die Entwicklung der Berufsgesundheit dort betreffend.

Die unerwartete Gefahr der Coronapandemie traf die Branche mit besonderer Wucht: Seit Jahren leidet sie unter einem ausgeprägten Fachkräftemangel. Doch die beruflichen Mehrbelastungen durch coronabedingte zusätzliche Aufgaben (zum Beispiel Hygienemanagement, Quarantänemaßnahmen, Intensivpflegefälle) und die Pandemierisiken (Infektion, Personalausfall durch Quarantäne, Erleben gehäufter Sterbefälle) haben die Berufsgesundheit des Personals in physischer und psychischer Hinsicht noch weiter verschlechtert. Es muss mit erheblichen negativen Folgen für die zukünftigen Kapazitäten im Pflegesektor gerechnet werden.

Das Pflegepersonal fühlt sich – so die Umfrageergebnisse – durch die Coronakrise erkennbar stärker belastet als die übrige Bevölkerung. Dies gilt besonders für Beschäftigte in Altenheimen und in der Intensivpflege. Dabei hatte auch die gesamte Bevölkerung mit erheblichen Einschränkungen zu kämpfen, unter anderem durch Verlust von Arbeitsplätzen, Einschränkungen in der Schul- und Berufsausbildung, finanzielle Probleme sowie Eingriffe in die Freiheitsrechte.

Als besonders belastend empfand das Pflegepersonal die Kontaktbeschränkungen: Die Interviews mit Leitungskräften und BGW-Expertinnen und -Experten verdeutlichen, dass vor allem die Kontaktbeschränkungen (zum Beispiel durch Zutrittsverbote in Altenheimen) die Pflegenden belastet haben. Denn für erfolgreiche Pflege ist das soziale und familiäre Umfeld der Klientel mitentscheidend. Damit soll das Leid in den Familien der zu Pflegenden nicht kleingeschrieben werden. Dass Menschen teilweise über längere Zeit ihre Angehörigen nicht oder nur eingeschränkt in Einrichtungen der Pflege besuchen und begleiten konnten, hat viel Ärger, Frustration hervorgerufen und teilweise zum Verlust von Vertrauen in Staat und Gesundheitswesen geführt.

Junges und in der Intensivpflege tätiges Personal sowie Pflegende mit Migrationshintergrund haben verbreitet die Erfahrung gemacht, von anderen ausgegrenzt zu werden – wohl, weil man sie als „Infektionsrisiko“ betrachtet hat. Gleichzeitig haben viele Pflegepersonen Sorge gehabt, ihre eigene Familie durch ihren Beruf Risiken auszusetzen. Weibliches Personal in der Pflege hat verstärkt unter Zeitdruck gelitten, männliches unter Organisationsmängeln.

Beschäftigte in der stationären Altenpflege und auf den Funktionsstationen erlebten vor allem in der ersten und zweiten Infektionswelle ungewohnt viele Sterbefälle. Gefühle der Hilflosigkeit haben bei diesen beiden Gruppen stark zugenommen: In der Altenpflege um 12 Prozentpunkte auf 44 Prozent, in den Funktionsabteilungen der Krankenhäuser von 27 auf 40 Prozent. Gelitten hat auch die Berufszufriedenheit. Dagegen ist die Freude am Beruf nur geringfügig gesunken und ebenso die Zufriedenheit mit dem Einkommen.

Die Summe der Belastungserfahrungen hat dazu geführt, dass Pflegepersonal häufiger als noch vor der Pandemie bereit ist, aus dem Beruf auszusteigen. 38 Prozent der Befragten geben dies inzwischen an, im Jahr 2019 lag der Wert noch bei 30 Prozent. Bei Beschäftigten unter 30 Jahren ist der Anteil mit knapp 44 Prozent besonders hoch.

Leitungspersonen aus der Kranken- und Altenpflege haben die Coronapandemie und deren Auswirkungen zumeist als unerwarteten externen Schock erlebt, der sich vor allem auf die Abläufe auswirkte, die sonst in

der Pflege hoch strukturiert sind. Nur eine Leitungsperson berichtet davon, bereits im Spätherbst 2019 zusätzliches Schutzmaterial beschafft zu haben. Zu dem Zeitpunkt wurden in Deutschland nur vereinzelt Hinweise auf ein neuartiges Virus in China gemeldet. Einrichtungsleitungen aus größeren Verbünden haben ihre Träger als wichtige Hilfe erlebt, unter anderem im Hinblick auf Hygienemanagement und die Beschaffung von Schutzmaterial. Die Leitenden kleinerer Einrichtungen, zum Beispiel in der ambulanten Altenpflege, haben dagegen eher Unterstützung in regionalen Netzwerken gefunden. Teilweise gab es dabei auch Unterstützung durch lokale Unternehmen wie Chemiefabriken, die Desinfektionsmittel hergestellt und abgegeben haben.

Die Erfahrungen der Führungskräfte mit Ämtern und Behörden sind zwiespältig. Das betrifft sowohl die Informationsweitergabe als auch die Unterstützung bei der Beschaffung knapper Schutzausrüstungen. Der „Rettungsschirm für die Pflege“ hat den Einrichtungen insgesamt geholfen, ohne existenziellen finanziellen Schaden durch die Coronakrise zu kommen. Als besonders problematisch wird allerdings die Informationspolitik der öffentlichen Hand eingestuft, besonders die Aktualisierungen der Regelungen an Freitagnachmittagen. Dies habe mit dazu beigetragen, dass das Management über längere Zeit keine zusammenhängenden Pausen gehabt habe. Kleinere Einrichtungen kritisieren zudem die Ausgestaltung der Kommunikation von Gesetzen und Verordnungen. Die Texte der Behörden hätten zuletzt die Änderungen nicht jeweils im Klartext enthalten, sondern unter Rückgriff auf alte Verordnungen und durch Änderungen in Sätzen und Paragrafen. Besonders kleinere Einrichtungen wünschten sich bei ähnlichen Fällen in Zukunft übersichtliche und vollständige Schemata, solche Wünsche wurden auch in Richtung der BGW geäußert.

Man kann aus den Antworten den Eindruck gewinnen, dass die Leitungen die vorhandene Kompetenz der Pflege im Umgang mit Hygieneregeln und Pandemie nicht immer wertgeschätzt gesehen haben. Leitungspersonen aus der Altenpflege äußern den Eindruck, die soziale Isolation habe zu erhöhter Sterblichkeit der Klientel beigetragen, auch wenn diese nicht vom Infektionsgeschehen betroffen war.

Zum bürokratischen Aufwand gehört aus Sicht der Leitenden auch die Umsetzung von Tests und Impfungen. Den Grad von Impfwilligkeit des Personals sehen die Leitungspersonen eng verbunden mit dem Ausmaß an Transparenz und Kommunikation im Vorfeld. Besonders wirksam sei eine ausführliche und wiederholte Kommunikation mit der betriebsmedizinischen Betreuung oder entsprechenden medizinischen Teams gewesen, in denen die Beschäftigten ihre Vorbehalte in Ruhe diskutieren konnten. Einzelne Einrichtungsleitende berichten von erheblichen finanziellen Kosten für Coronatests von Besucherinnen und Besuchern, die nicht verrechnet werden konnten (beim betreuten Wohnen).

Besonders belastet waren aus Sicht der Leitungspersonen Beschäftigte in der stationären Altenpflege und Krankenhaus-Intensivpflege. Diese Beobachtung wird auf mehrere Ursachen zurückgeführt und in mehrere Phasen unterteilt. Zu Beginn der Pandemie sei eine hohe Motivation zu beobachten gewesen und der Krankenstand sehr niedrig. Als sich abzeichnete, dass es keine kurzfristige „Lösung“ gibt, hätten sich erste Erschöpfungsmerkmale gezeigt. Besonders problematisch seien die psychischen Belastungen gewesen, die sich aus dem Pandemiegeschehen und den Maßnahmen (soziale Isolation, Durchsetzung der Zugangsregeln) ergeben hätten: der Eindruck, nicht so gut pflegen oder für das Wohl der zu Pflegenden sorgen zu können, wie man das selbst wolle, oder

Angehörige nicht in der notwendigen Weise in die Pflege einbeziehen zu können. Seit dem Ausbruch der Omikron-Welle hat sich der Personalmangel durch Infektionen und Quarantäne verschärft— mit erheblichen Auswirkungen auf das noch vorhandene Personal. Im Krankenhausbereich hat die Umpriorisierung auf Coronastationen große Veränderungen für das Personal gebracht.

Das Auf und Ab bei Anerkennung, Wahrnehmung und versprochenen Bonuszahlungen hat aus Sicht der Leitenden bei den Beschäftigten in Summe mehr Frustration als Motivation hinterlassen. Trotz anfänglicher Skepsis habe man aber positive Erfahrungen mit der Verstärkung durch Bundeswehrpersonal gemacht.

Bei den psychiatrischen Krankenhäusern wurde in der Frühphase der Pandemie ein starker Rückgang in der Nachfrage beobachtet – wohl aus Sorge vor möglichen Ansteckungen im Krankenhaus. Diese Zurückhaltung, aber auch die Folgen sozialer Isolation hätten teilweise zu einer Verschlechterung des Zustands von Menschen mit psychischen Erkrankungen geführt.

Die Leitungspersonen berichten teilweise davon, dass Personal Ablehnungserfahrungen im sozialen Umfeld aufgrund der Pflegetätigkeit gemacht hat. Allerdings habe ein erheblicher Teil des Personals auch von sich aus seine sozialen Kontakte reduziert, um seine Klientel zu schützen.

Die großen organisatorischen Veränderungen sind für Leitungspersonen die schwerwiegendste Auswirkung der Coronapandemie und der zugehörigen Gesundheitspolitik. Daher seien vielfach neue Strukturen wie Task Forces gebildet worden, die spartenübergreifend zusammenarbeiten – im Krankenhaus zum Beispiel bestehend aus Pflegepersonal, Ärztinnen, Ärzten und Verwaltung. Leitungspersonen im Grenzgebiet Deutschland-Frankreich berichten von zusätzlicher Komplexität durch verschiedene nationale Regulierungen.

Die Digitalisierung hat vor allem in den stationären Einrichtungen durch Corona einen Schub bekommen. Die Befragten aus der ambulanten Altenhilfe berichten dagegen, dass sie bereits gut auf existierende Werkzeuge aufsetzen konnten.

Leitungspersonen aus Krankenhäusern befürchten aufgrund ihrer Erfahrungen in der Coronapandemie eine dauerhafte Verschärfung des Fachkräftemangels und eine daraus resultierende Einschränkung der Kapazitäten. Sie ziehen für ihre zukünftige Arbeit die folgenden Lehren aus der Pandemie:

- Bei der Bevorratung mit Schutzmaterial sind mehr Transparenz und ein verbessertes Management nötig.
- Es sollte mehr Unabhängigkeit von den globalen Märkten bei der Versorgung mit Schutzgütern geben. In ähnlichen Fällen sollten „Trittbrettfahrer“ aus dem Markt herausgehalten werden.
- Im Sinne von Best Practice ist – über die lokale/regionale Ebene hinaus – mehr Austausch (was hat gut und was hat nicht gut funktioniert?) auf Bundesebene wünschenswert.
- Das Empfinden für Kommunikation bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist zu stärken.
- Auf allen Ebenen sollte nach dem Prinzip gehandelt werden, dass Menschen keine Maschinen sind und am liebsten in guten, funktionierenden Teams zusammenarbeiten.
- Führung in der Krise braucht Kommunikation auf Augenhöhe: weniger Institution, dafür mehr Flexibilität.

Im Krankenhausbereich hat die Umpriorisierung auf Coronastationen große Veränderungen für das Personal gebracht.

- Die Gesundheitsförderung der Beschäftigten auf Einrichtungsebene ist über Finanzzuschüsse hinaus zu unterstützen, zum Beispiel durch die Entwicklung gemeinsamer Angebote.

- Es ist das Wissen entstanden: „Es geht nur im Team“ und „Führungskräfte haben Vorbildcharakter“.

- Das Problem der Nachwuchssicherung ist trotz der Eingriffe der Gesundheitspolitik noch nicht gelöst.

- Zur Einforderung von politischen und berufspolitischen Rechten braucht die Pflegekammer ein besseres Standing.

- Pflegende sollten endlich als „systemrelevante Berufsgruppe“ verstanden werden, ohne die eine Gesellschaft nicht auskommt. Dieses dürfe nicht nur unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten gesehen werden.

- Die Vergütung von Pflegeleistungen ist nachhaltig zu verbessern.

- Es gilt, die Unternehmensresilienz regelmäßig zu prüfen.

Beschäftigte haben verstärkt Gefühle der Hilflosigkeit erlebt, wenn es stark ansteigende Sterbefallzahlen in kurzer Zeit gab.

Die BGW-Expertinnen und -Experten zeichnen zumindest teilweise ein noch kritischeres Bild der Corona-Auswirkungen auf die Einrichtungen der Pflege als die befragten Leitungspersonen. Das mag auch damit zusammenhängen, dass die BGW-Fachleute möglicherweise in erster Linie mit Einrichtungen zu tun hatten, die größere Probleme durch Corona bekommen haben und daher aktiv Hilfe gesucht haben. Mehrfach kommt in den Gesprächen zum Ausdruck, dass die Pandemie vorhandene Probleme, zum Beispiel Personalmangel oder Defizite bei Führung, Kultur, Kommunikation und Dienstplan, „wie unter einem Brennglas“ verstärkt habe.

Über den richtigen Umgang mit der Coronapandemie und den Regulierungen sei es teilweise zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen Mitarbeitenden, aber auch zwischen Beschäftigten und Leitungspersonal gekommen. Manche dieser Probleme hielten bis heute an. Ein Knackpunkt sei die Frage gewesen, wie restriktiv und bürokratisch Maßnahmen zur sozialen Isolation eingesetzt worden seien. Bei manchen Einrichtungen im betreuten Wohnen habe das Personal „Türen verschlossen“, auch um sich selbst zu entlasten. Teilweise habe sich eine gewisse „Destruktivität“ in das Denken eingeschlichen.

Wenn in Einrichtungen infolge von Corona-Ausbrüchen die Sterbefallzahlen in kurzer Zeit stark angestiegen sind, hat das nach Beobachtungen der BGW-Fachleute zu „traumatischen Erfahrungen“ beim Personal geführt. Das korrespondiert mit den Ergebnissen der Befragung der Pflegekammer-Mitglieder und dem Zuwachs im Gefühl der Hilflosigkeit. Aus Altenpflegeeinrichtungen sei teilweise „eine Mischung aus Intensivstation und Hospiz“ geworden.

Auf das Miteinander von Leitung und Beschäftigten wirkte sich die Pandemie aus Sicht der BGW-Expertinnen und -Experten erheblich aus. Manche Leitungen hätten große Schwierigkeiten gehabt, ihre Teams „noch zu erreichen“. Insgesamt habe sich eine Verschärfung der Personalknappheit aufgrund von Faktoren ergeben, die man nicht kontrollieren könne. Beschäftigte seien „fragiler“ geworden. Allerdings beobachteten sie ebenso häufig erfolgreichen Pragmatismus im Umgang mit den Herausforderungen, bei manchen Einrichtungen sogar eine Stärkung des Zusammenhalts.

In der Pandemie stehen Covid-19-Erkrankungen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Aber die Fachleute der BGW haben auch

beobachtet, dass Pflegekräfte verstärkt an Hautproblemen leiden.

Von sehr positiven Erfahrungen berichten BGW-Beraterinnen und -Berater, die am Angebot des Krisen-Coachings beteiligt waren oder davon Kenntnis hatten. Das rasche und unbürokratische Angebot der BGW für Leitungspersonen ist in der Praxis sehr gut angenommen worden und hat die teilnehmenden Führungskräfte erkennbar gestärkt. Die BGW-Expertinnen und -Experten sehen inzwischen auch wieder eine wachsende Nachfrage nach Fortbildung und Seminaren. Gleichzeitig beobachten sie eine Erosion der Basiskenntnisse im Arbeits- und Gesundheitsschutz, weil viele Schulungen in der Pandemiezeit ausgefallen sind.

Für die BGW-Expertinnen und -Experten ist in Summe der drängender gewordene Fachkräftemangel (weiterhin) das Haupthindernis für gesundes Arbeiten in der Pflege.

2 Gefühle der Hilflosigkeit und Ausstiegsgedanken: Befragung der Beschäftigten der Pflegekammer Rheinland-Pfalz

Auf den folgenden Seiten wird zunächst ein Blick auf die Beschäftigten geworfen. Dies geschieht auf Basis einer Onlineumfrage unter Mitgliedern (Beschäftigte im Pflegesektor) der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Die Pflegekammer Rheinland-Pfalz hat die Genehmigung erteilt, Ergebnisse der Onlineumfrage unter den Mitgliedern für dieses Kapitel auswerten zu dürfen. Die Pflegekammer selbst hat bereits zu ausgewählten Fragen Stellung genommen. An der Befragung der Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz durch das Institut für Demoskopie Allensbach nahmen 1.253 Mitglieder teil. Ausführliche Informationen finden sich unter dem folgenden Link. [1]

Der Blick auf die Belastungssituation in der Pflege, über die Mitglieder der Pflegekammer Rheinland-Pfalz hinaus, wird in den weiteren Kapiteln durch qualitative Interviews um die Perspektive des Leitungspersonals sowie die von BGW-Expertinnen und -Experten ergänzt.

29 %
der Beschäftigten in der Pflege fühlten sich durch die Coronakrise stark belastet. 20 % waren es in der Bevölkerung allgemein.

2.1 Berufsgesundheit in der Pflege unter Coronabedingungen

Die Pflegekammer Rheinland-Pfalz[2] ist die berufsständische Vertretung von rund 42.000 Pflegenden in Rheinland-Pfalz. Zweimal, im Herbst 2019 und im Spätherbst 2021, wurden die Mitglieder vom Institut für Demoskopie Allensbach online befragt.[3] Eine Reihe von Fragen wurden dabei in gleicher Weise gestellt, andere mit spezifischem Blick auf die Coronapandemie ergänzt.

1) https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/news-lesen-130/unzufriedenheit-in-der-pflege-betrifft-alle.html, abgerufen am 28.3.2022.
2) https://www.pflegekammer-rlp.de/, abgerufen am 28.3.2022.
3) Institut für Demoskopie Allensbach (2019). Die berufliche Situation von Pflegefachkräften. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8213.
Institut für Demoskopie Allensbach (2021). Die Situation von Pflegekräften in der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8268.

Dadurch ergibt sich ein bislang einzigartiger Einblick in die Entwicklung der Berufsgesundheit in der Kranken- und Altenpflege. Die hohe Zahl Befragter erlaubt zudem in vielen Fällen eine Unterscheidung zwischen der Alten- und Krankenpflege und innerhalb der beiden großen Sektoren nach spezifischen Tätigkeitsfeldern.

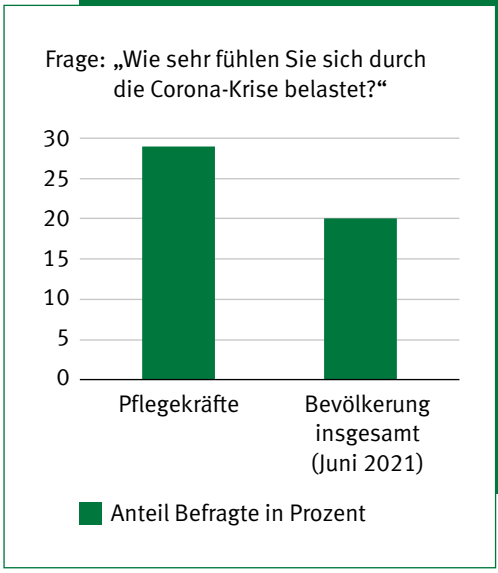
2.2 Pflegepersonal fühlt sich durch Corona stark belastet

Die Frage „Wie sehr fühlen Sie sich durch die Coronakrise belastet?“ bezieht sich nicht ausdrücklich auf die berufliche Perspektive, sondern hebt auf die subjektiv empfundene Lebenswirklichkeit ab. Unter den Pflegekräften geben 29 Prozent an, sich stark belastet zu fühlen, gegenüber 20 Prozent in der Gesamtbevölkerung. Es gibt inzwischen umfangreiche Forschungen darüber, wie sich Belastungen in Form von Ängsten, Risikowahrnehmung und Depression entwickelt haben.[4)]

Wie stellt sich dieses Belastungsempfinden im Vergleich der verschiedenen Berufsgruppen in der Pflege dar? In der ambulanten Pflege geben 27 Prozent der Befragten an, sich „stark belastet“ durch die Coronakrise zu fühlen, in der Intensivpflege sind es dagegen 34 Prozent. In den stationären Einrichtungen der Altenpflege ist die wahrgenommene Belastung höher als in der ambulanten Pflege und auf den Intensivstationen in den Krankenhäusern höher als jenseits davon (siehe Abb. 3).

Diese Ergebnisse decken sich mit den Befragungen der Leitungskräfte aus verschiedenen Sektoren, aber auch mit den Wahrnehmungen der BGW-Expertinnen und -Experten: Die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Altenpflege haben sich durch die Coronapandemie nach diesen Einschätzungen nur maßvoll verändert. Spürbare Veränderungen waren dort durch die zusätzlichen Schutzausrüstungen bis hin zu FFP2-Masken gegeben, während der Arbeitsablauf selbst nicht so stark beeinträchtigt war. In den Einrichtungen der stationären Altenpflege verursachten hingegen Zugangskontrollen, die Separation der Klientel und Ähnliches mehr Aufwand, den viele Pflegekräfte als sehr belastend erlebten. In den Krankenhäusern waren für die Mitarbeitenden jenseits der Intensivstationen die organisatorischen Veränderungen groß. Das Personal auf den Intensivstationen war mit erheblichen Arbeitsverdichtungen durch die Zahl schwerer Krankheitsfälle konfrontiert und vor allem in den ersten Wellen der

Abbildung 2: Empfindung „starker Belastung“ durch Coronakrise – Pflegepersonal vs. Gesamtbevölkerung



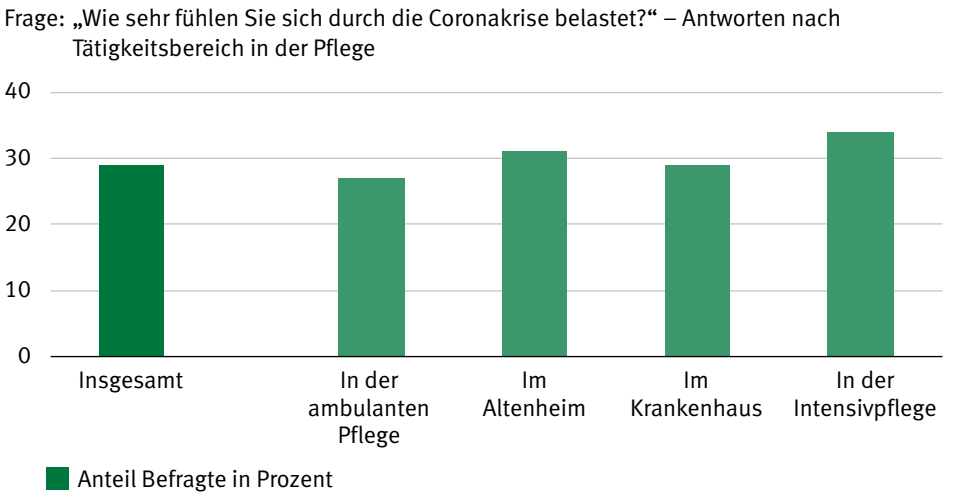
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 8268, 12036, eigene Darstellung.

Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre.

4) Skoda et al. Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64 (3), 322–333.

Abbildung 3: Empfindung „starker Belastung“ durch Coronakrise – Pflegepersonal nach Tätigkeitsbereichen

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8268.



Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre.

Pandemie mit hohen Sterberaten aufgrund unzureichender medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten.

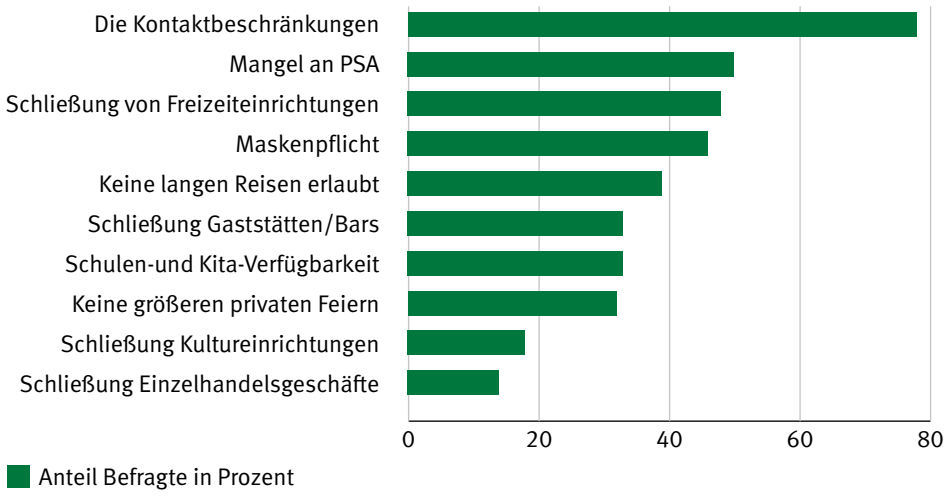
2.3 Kontaktbeschränkungen und Maskenpflicht belasten vor allem weibliches Personal

Die Belastungen des Pflegepersonals sind aber bei Weitem nicht nur beruflich bedingt. Die Kontaktbeschränkungen waren auch für die übrige Bevölkerung eine wahrgenommene Last, wie repräsentative Bevölkerungsumfragen durch das Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) zeigen. Wenngleich der Gesamtanteil des Pflegepersonals, das sich durch Kontaktbeschränkungen belastet fühlt, dem der Gesamtbevölkerung ähnelt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass es bei Beschäftigten in der Pflege nicht nur um ihre eigenen Kontakteinschränkungen ging, sondern auch um das Mitleid mit Klientinnen und Klienten. Vor allem in der stationären Altenpflege sorgten Zugangsbeschränkungen bis hin zu Zugangsverboten für Angehörige für starke Kontakteinschränkungen mit negativen sozialen Auswirkungen für alle Betroffenen. Gleichzeitig waren Beschäftigte in der Pflege weniger häufig im Homeoffice tätig als Beschäftigte in anderen Berufen, sodass eventuell die fehlenden Sozialkontakte zumindest während der Arbeit weniger stark spürbar waren. Der Mangel an persönlicher Schutzausrüstung ist angesichts des faktisch höheren Infektionsrisikos aufgrund der berufsbedingten Kontakte der am zweithäufigsten genannte Belastungsfaktor. Auch dieser Punkt wird in den Interviews mit Einrichtungsleitenden sowie BGW-Expertinnen und -Experten untermauert. In der ersten Phase hatten vor allem kleinere Einrichtungen Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Schutzkleidung, Masken und Desinfektionsmittel, weil sich die gewohnten Beschaffungswege als nur bedingt tragfähig erwiesen.

Viele dieser Belastungsfaktoren werden von Frauen und Männern in ähnlicher Weise in der Umfrage genannt, aber nicht alle. Auffallend ist, dass 79 Prozent der befragten

Abbildung 4: Gründe für besondere Belastung in der Coronazeit

Frage: „Wenn Sie auf die Coronazeit zurückblicken: Was hat Sie in den letzten Monaten besonders belastet?“



Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8268, eigene Darstellung, gekürzte Labels.

Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

Frauen die Kontaktbeschränkungen als „besonders belastend“ angeben, aber lediglich knapp 70 Prozent der Männer. Die Maskenpflicht nennen 47 Prozent der befragten Frauen besonders belastend, aber nur 34 Prozent der Männer.

Die Maskenpflicht wird besonders von Beschäftigten, die älter als 50 Jahre sind, als sehr belastend empfunden (51 Prozent). Bei den 30- bis 49-Jährigen sind es 44 Prozent, bei den unter 30-Jährigen 37 Prozent.

Für die jüngeren Beschäftigten war der Verzicht auf lange Reisen besonders belastend (54 Prozent), bei den Älteren war das deutlich seltener der Fall:

- 30 bis 49 Jahre: 31 Prozent;
- 50 Jahre und älter: 42 Prozent.

Auch Pflegepersonen mit Migrationshintergrund fanden die Reiseeinschränkungen deutlich häufiger sehr belastend (47 Prozent).

2.4 Junge und in der Intensivpflege Tätige erfahren Ausgrenzung – ebenso Beschäftigte mit Migrationshintergrund

Die Kontaktbeschränkungen und vor allem die Unsicherheit über die Infektionswege in den ersten Monaten der Pandemie wirkten sich noch weiter auf die Beschäftigten in der Pflege aus. Dies zeigen die Antworten auf die Frage: „Ist es im Verlauf der Coronakrise vorgekommen, dass Menschen Sie aufgrund Ihrer Pflegetätigkeit gemieden haben, weil sie Angst vor einer Ansteckung mit Corona hatten?“ Eine knappe Mehrheit von 56 Prozent der Pflegekräfte beantwortet diese Frage mit Ja. Dabei geben 19 Prozent der Befragten an, dies öfter erfahren zu haben, 37 Prozent geben an, dies vereinzelt erfahren zu haben. Hinter dieser Erfahrung sozialer Ausgrenzung können sich allerdings verschiedene Motive bei den Kontaktpersonen verbergen, wie die Interviews mit den Leitungskräften der Einrichtungen und den

56 %

der Beschäftigten machten die Erfahrung, aufgrund ihrer Pflegetätigkeit gemieden zu werden, weil Menschen Angst vor einer Ansteckung mit Corona hatten.

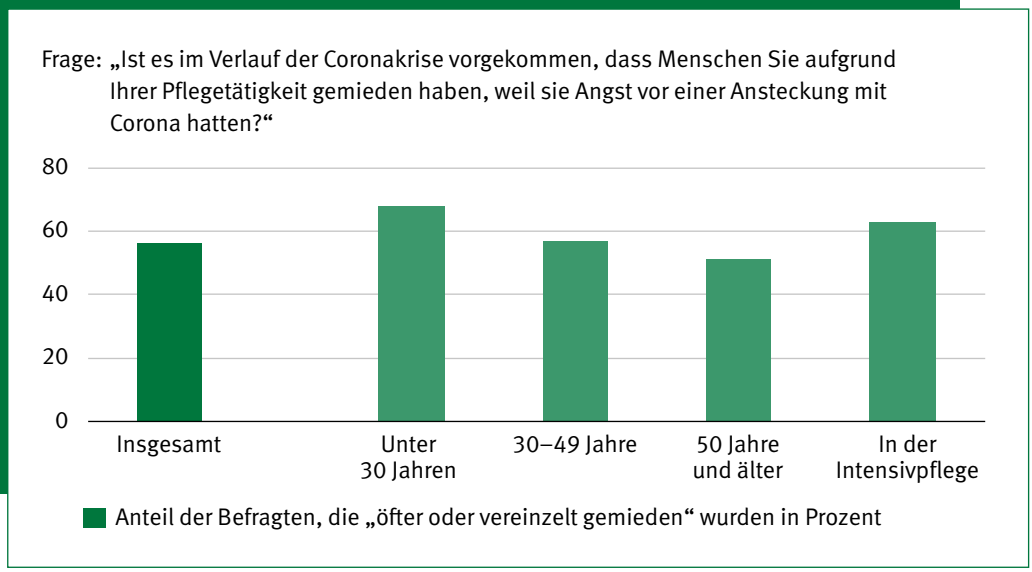
BGW-Expertinnen und -Experten zeigen. Einerseits hatten Kontaktpersonen aufgrund des beruflichen Risikos der Pflegepersonen Angst vor einer möglichen Ansteckung. Andererseits vermittelten Kontaktpersonen den Pflegenden jedoch auch: „Wir wollen nicht ein mögliches Infektionsrisiko für euch sein, damit wir nicht für eine Infektion in eurem beruflichen Umfeld eine Mitverantwortung tragen“. Diese zweite Motivation liegt den Überlegungen und Motivationen der Pflegenden nicht fern. Die Interviews mit Leitenden und Beratungspersonen der BGW zeigen, dass etliche Pflegebeschäftigte ihr Sozialverhalten auch deshalb verändert haben, weil sie ihre Klientinnen und Klienten schützen wollten.

Dennoch bleibt diese Erfahrung problematisch, vor allem, wenn man sich anschaut, welche Gruppe der Pflegenden in besonderer Weise Ausgrenzungserfahrungen gemacht hat: Es waren besonders junge Pflegebeschäftigte (68 Prozent) und solche, die in der Intensivmedizin tätig sind (63 Prozent). Nachdenklich stimmt auch, dass Befragte mit Migrationshintergrund deutlich häufiger (67 Prozent) Erfahrungen mit sozialer Isolation gemacht haben als solche ohne Migrationshintergrund (54 Prozent).

Wie diese Ausgrenzungserfahrungen im Einzelnen begründet und verstanden werden können, kann hier nicht entschlüsselt werden. Es besteht die Möglichkeit, dass diese Stigmatisierung auf der Annahme beruht, dass jüngere Menschen sich in der Coronapandemie riskanter verhalten haben. In den Medien gab es entsprechende Berichte von „Coronapartys“.[5)]

Abbildung 5: Pflegende, die „öfter oder vereinzelt gemieden“ wurden

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8268, eigene Darstellung, gekürzte Labels.

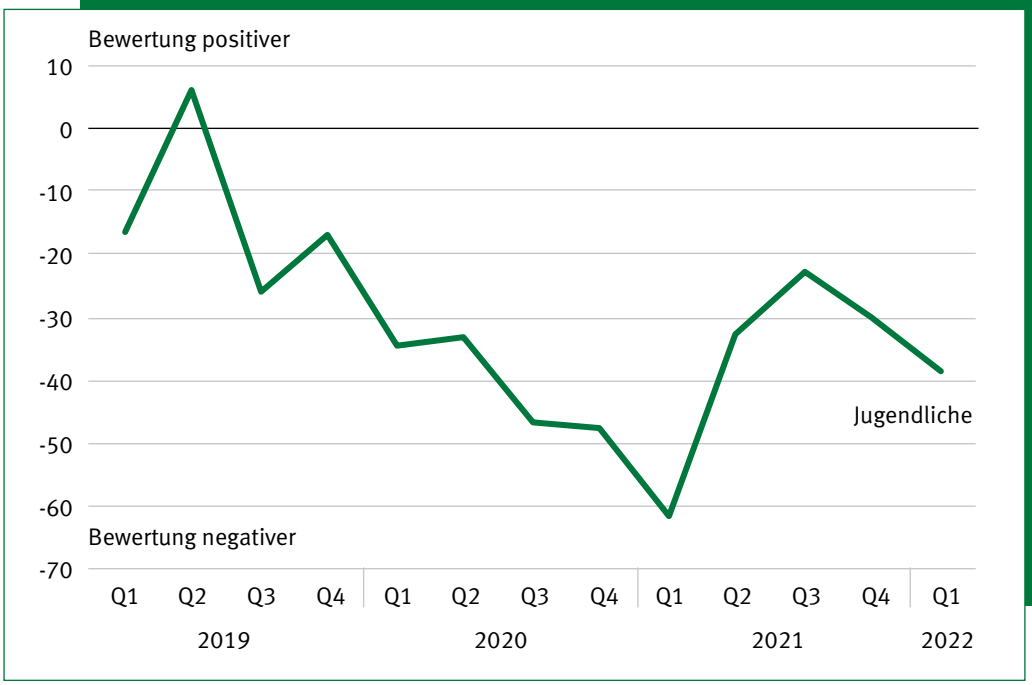


Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre.

5) Zum Beispiel Radio Hochstift, 23.5.2021: Illegale Corona-Party in Paderborn: 45 junge Leute müssen zahlen, https://www.radiohochstift.de/nachrichten/paderborn-hoexter/detailansicht/illegale-corona-party-in-paderborn-45-junge-leute-muessen-zahlen.html, abgerufen am 29.3.2022; Zeit.de 17.3.2020: Was passiert, wenn die Corona-Party weitergeht, https://www.Zeit.de,/campus/2020-03/coronavirus-junge-menschen-ausbreitung-verhaltensaenderung, abgerufen am 29.3.2022.

Abbildung 6: Berichterstattung über Jugendliche in deutschen Leitmedien 1/2019–3/2022, Saldo der Bewertungen in Prozentpunkten

Quelle: Media Tenor.



Basis: Untersuchung von TV-Nachrichten, DLF, BILD, ausgewählten Wochenmedien. Insgesamt wurden 451.442 Beiträge über Protagonisten mit Bezug zu Deutschland ausgewertet, davon 1.724 über Jugendliche.

Auch in der Berichterstattung deutscher Leitmedien wird mit Beginn der Pandemie der Ton in der Darstellung des Verhaltens von Jugendlichen deutlich negativer als noch 2019. Das ist nicht durchgängig als Kritik an den Jugendlichen zu verstehen. Erfasst wurde bei den Wertungen, ob Darstellungen in einem negativen oder positiven Kontext erfolgten oder ob explizit gelobt oder getadelt wurde. Allerdings gab es eine Reihe kritischer Berichte über die Missachtung von Coronaregeln inklusive Beleidigung von Polizei oder Behörden, wenn diese versuchten, die Regeln durchzusetzen.[6] Teilweise wurde auch von Infektionsausbrüchen nach Bar- oder Clubbesuchen berichtet. Sofern jüngere Menschen aus der Kranken- und Altenpflege also von der übrigen Bevölkerung in der Freizeit als Teil der „Risikogruppe junge Menschen“ aufgefasst wurden, ist diese Stigmatisierungserfahrung erklärbar.

Auch bei Beschäftigten in der Intensivmedizin lässt sich ein Zusammenhang mit der medialen Berichterstattung herstellen (siehe Abb. 7).

Zwar wird der Ton in der Berichterstattung über die Krankenpflege zunächst einmal deutlich positiver. Doch bis zum dritten Quartal 2021 sinkt der Wert von einem Positivsaldo von 18,8 Prozentpunkten im zweiten Quartal 2020 auf einen Negativsaldo von -22,9. Stand zunächst also Anerkennung für Pflege im Vordergrund („Klatschen für die Pflege“), dominieren später Berichte mit negativer Tendenz. So kann nicht davon

6) Zum Beispiel ARD Tagesthemen, 30.5.2021: Coronapartys out of Control: Polizei löst illegale Feiern auf; https://www.tagesschau.de/multimedia/sendung/tt-8299.html, abgerufen am 29.3.2022.

Abbildung 7: Berichterstattung über Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege in deutschen Leitmedien 1/2019–3/2022, Saldo der Bewertungen in Prozentpunkten

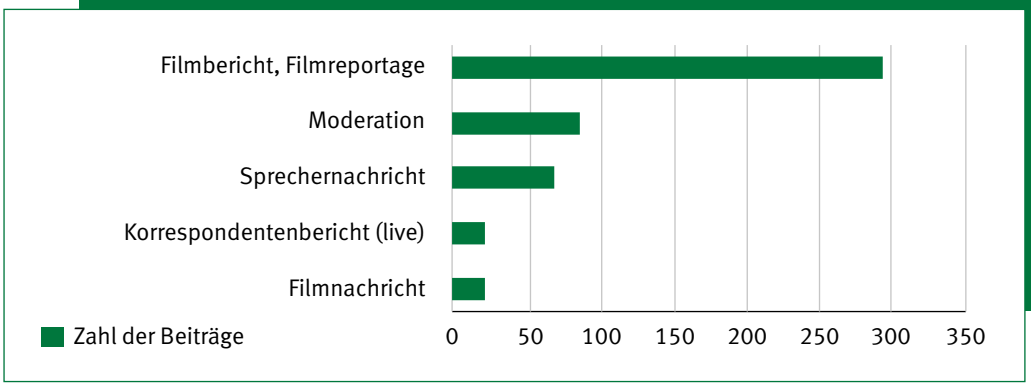
Quelle: Media Tenor.

Basis: Untersuchung von TV-Nachrichten, DLF, BILD, ausgewählten Wochenmedien. Insgesamt wurden 451.442 Beiträge über Protagonisten mit Bezug zu Deutschland ausgewertet, davon 723 zu Beschäftigten der Altenpflege, 1.137 zu Beschäftigten der Krankenpflege.

gesprochen werden, dass die Pflegebeschäftigten in der medialen Darstellung eine nachhaltige Imageaufwertung erfahren hätten. Sehr oft ist das Pandemiegeschehen der inhaltliche Zusammenhang der Berichterstattung über sie. Ein weiterer Aspekt, der auf eine Stigmatisierung hinweist, resultiert aus der journalistischen Darstellungsform. Eine Auswertung der Berichte über Krankenhäuser im Zeitraum von Januar bis September 2020 zeigt, dass es sich überwiegend um Filmberichte und -reportagen handelt. Dabei waren häufig Sequenzen aus Intensivstationen zu sehen, in denen Pflegepersonal im Schutzanzug Apparate betätigt, an denen schwerstkranke Menschen mit verpixelten Gesichtern angeschlossen sind. Im Frühjahr 2020 gab es zahlreiche Berichte über eine hohe Sterblichkeit in Krankenhäusern in Bergamo, New York oder Mumbai. Dort waren die bekannten gesellschaftlichen Regulatorien zum Umgang mit Sterben und die gewohnte Rollenzuschreibung von Krankenhäusern (Ort zum Gesundwerden) auf den Kopf gestellt.[7] Solche Darstellungen dürften geeignet sein, unterschwellige Furcht vor Ansteckung durch Intensivpflegepersonal auszulösen.

7) Vgl. auch Coenen, E. (2020). Der Tod und das Virus. Gesellschaft unter Spannung. Verhandlungen des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2020, 40, https://publikationen.soziologie.de/index.php/kongressband_2020/article/view/1284, abgerufen am 29.3.2022.

Abbildung 8: Berichterstattung über Krankenhäuser nach Stilformen in TV-Nachrichten und Radiosendungen, 1/2020–9/2020



Quelle: Media Tenor.

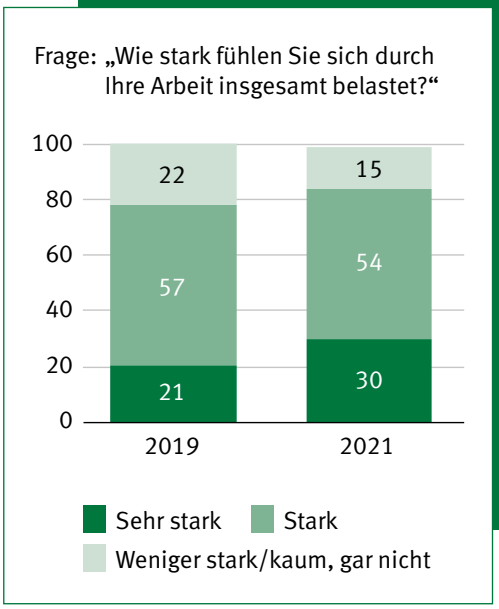
Basis: Untersuchung von TV-Nachrichten, DLF, BILD, ausgewählten Wochenmedien. 496 Beiträge über Krankenhäuser in den ausgewerteten TV-Nachrichten und DLF.

2.5 Wahrgenommene Arbeitsbelastung durch Corona: tiefrotes Warnsignal

Die Befragten geben unisono an, dass ihre berufliche Belastung durch die Coronapandemie zugenommen habe. 58 Prozent der Befragten sagen, die Belastung habe „deutlich“ zugenommen, weitere 27 Prozent, sie habe „etwas“ zugenommen. Beschäftigte in der stationären Altenpflege und im Krankenhaus geben häufiger an, „deutlich“ mehr belastet zu sein (61/60 Prozent), wobei in den Funktionsabteilungen der Krankenhäuser (dazu gehört auch die Intensivpflege) 64 Prozent der Befragten eine „deutliche“ Zunahme der Arbeitsbelastung durch Corona empfinden. Dies deckt sich wiederum mit den Interviews mit Leitungspersonen und BGW-Expertinnen und -Experten, die in der ambulanten Altenpflege weniger gravierende Umwälzungen wahrgenommen haben als in anderen Bereichen der Pflege.

Um das Ausmaß der wahrgenommenen Belastung noch genauer bestimmen zu können, wurden die Personen, die sich „deutlich“ oder „etwas“ mehr beruflich durch Corona belastet sehen, gefragt, ob sie die Belastung noch länger ertragen können oder trotz der starken Belastung weiterhin gut zurechtkommen. 26 Prozent der im Altenheim Beschäftigten und 23 Prozent der Beschäftigten im Krankenhaus sagen: „Ich halte diese Belastung nicht mehr länger durch. Das muss sich schnellstmöglich ändern.“ In der ambulanten Altenpflege sind es „nur“ 18 Prozent der Befragten.

Abbildung 9: Belastung durch die Arbeit in Prozent



Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8268; an 100 fehlende Prozent: keine Angabe.

Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

58 %

der Befragten sagen, dass die berufliche Belastung durch die Coronapandemie deutlich zugenommen habe.

Auch im Vergleich der beiden Befragungen von 2019 und 2021 wird die gestiegene Belastung sehr deutlich.

Der Anteil der stark Belasteten hat sich von 21 auf 30 Prozent erhöht, der Anteil der weniger stark oder kaum Belasteten ist von 22 auf 15 Prozent gesunken. Besonders belastet fühlen sich Beschäftigte im Schichtdienst. Über alle Berufsgruppen in der Pflege hinweg ist der Anstieg erkennbar, wenngleich auch nicht spektakulär. Allerdings haben sich 2019 bereits 75 Prozent der Beschäftigten in der ambulanten Pflege, 82 Prozent im Altenheim und 78 Prozent im Krankenhaus als „sehr" beziehungsweise „stark" belastet eingestuft. Der Anstieg auf 80, 85 und 87 Prozent stellt – im Bild gesprochen – eine rote Ampel auf Tiefrot.

Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Wahrnehmung der Belastung sind nicht gravierend. Zusammengenommen beträgt im Herbst 2021 der Anteil der Männer, die sich durch die Arbeit „stark" oder „sehr stark" belastet fühlen, 83,3 Prozent, bei den Frauen sind es 83,6 Prozent.

Die Belastungsfaktoren werden im Spätherbst 2021 ähnlich eingeschätzt wie bei der Befragung im Jahr 2019, wobei das Belastungsniveau insgesamt zugenommen hat. Interessant sind daher Abweichungen bei einzelnen Belastungsfaktoren und ihre Erklärung und Bedeutung. Grundsätzlich sind Beschäftigte in der Pflege stark intrinsisch motiviert und Anerkennung und Wertschätzung spielen als „Treibstoff" eine wichtige Rolle. Durch die Corona-Umstände gibt es mehr Probleme bei der Wertschätzung durch Patientinnen, Patienten, Klientel und Angehörige. Das dürfte unter anderem mit den Betretungsregelungen zu tun haben, die auch vom Personal teilweise als sehr belastend empfunden wurden. Dies zeigen die qualitativen Interviews mit Leitungspersonen und Fachleuten.

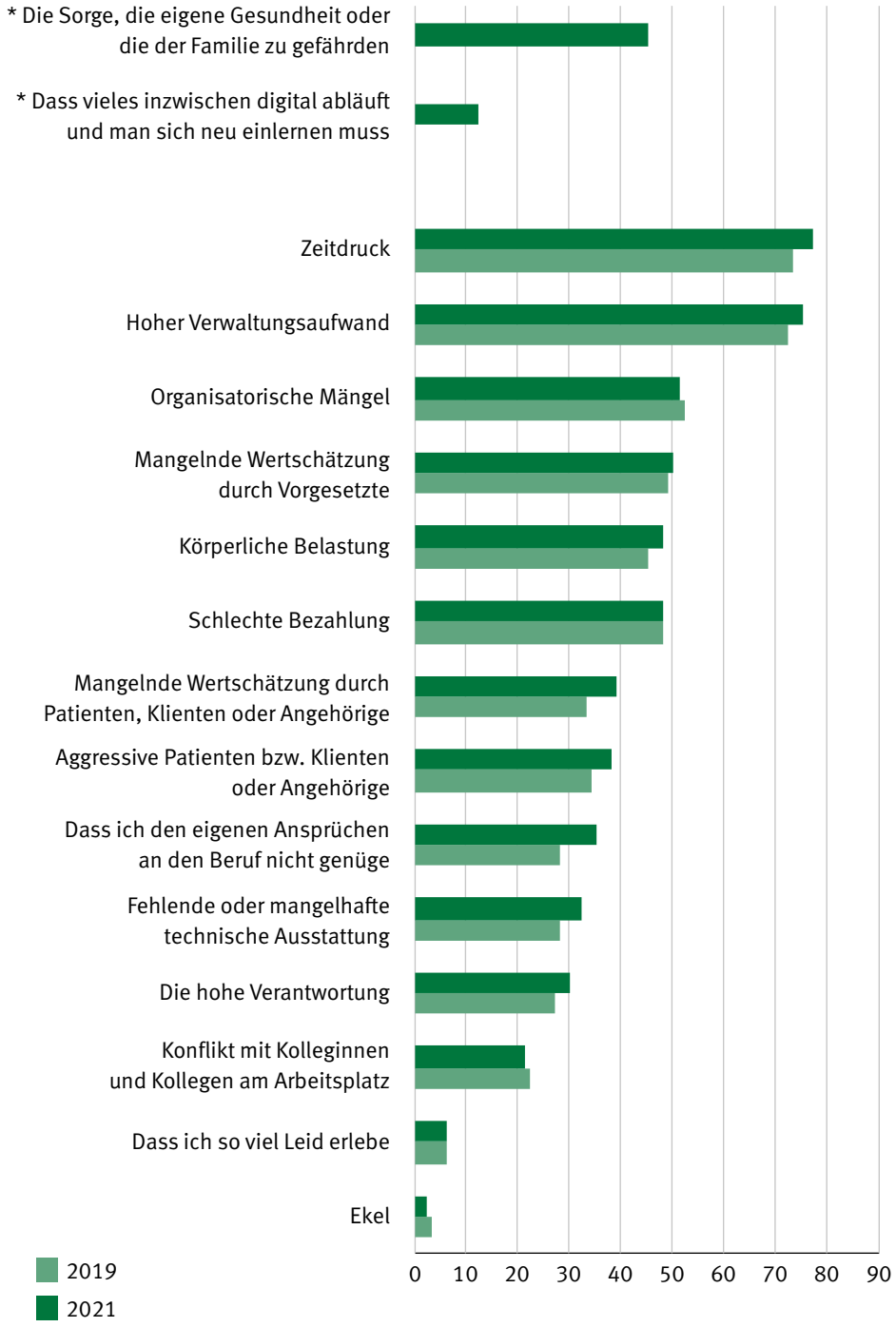
Eine Arbeitsverdichtung („Zeitdruck") hat sich zumindest in Phasen der Coronapandemie durch engere Personaldecken oder zusätzliche Aufgaben (Hygiene, Tests) ergeben. Sieben Prozent mehr der Befragten geben an, „ihren Ansprüchen an den Beruf nicht genügen zu können". Dieser Aspekt wurde explizit von der Leitungsperson einer psychiatrischen Klinik genannt, weil die Regulierungen notwendige Arbeitsschritte mit Klientinnen und Klienten erschwert oder gar unterbunden haben. Eine BGW-Expertin sieht beim intensivmedizinischen Personal teilweise traumatische Störungen aufgrund der hohen Übersterblichkeit zu Beginn der Pandemie, als

Frauen sehen sich stärker durch Zeitdruck belastet, Männer durch Organisationsmängel

Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich beim Empfinden der einzelnen Belastungsfaktoren. „Zeitdruck" nennen 78 Prozent der Frauen, aber nur 71 Prozent der Männer. Organisatorische Mängel nennen dagegen 60 Prozent der Männer, aber nur knapp 50 Prozent der Frauen als besonderen Belastungsfaktor. Frauen nennen wiederum mit knapp 50 Prozent auch die körperlichen Belastungen, zum Beispiel durch Heben, bei Männern sind es nur 39 Prozent. Männer sehen sich stärker durch fehlende oder mangelhafte technische Ausstattung belastet als Frauen (37 zu 31 Prozent). Und Frauen nennen digitale Abläufe und das Hineinfinden in dieselben häufiger belastend als Männer (13 zu 7 Prozent).

Abbildung 10: Was bei der Arbeit belastet in Prozent

Frage: „Einmal abgesehen von der Coronasituation: Hier steht einmal einiges, was einen bei der Arbeit im Pflegebereich belasten kann. Was davon belastet Sie bei Ihrer Arbeit besonders?“



Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8268.

* Frage im Jahr 2019 nicht erhoben.

Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

es noch keine wirksamen Medikamente und Impfungen gab. Die Sorge um die eigene Gesundheit oder die der Familie wird – erwartungsgemäß – auch thematisiert. Aber nur 45 Prozent der Befragten nennen sie. Dahinter dürften zwei Phänomene stehen: eine höhere professionelle Kompetenz im Umgang mit gesundheitlichen Risiken und eine Tendenz, die „Fremdsorge“ (für andere) vor die „Selbstsorge“ (für einen selbst) zu stellen, was in qualitativen Interviews ebenfalls angesprochen wird.

Der Anteil derjenigen, die sich häufig hilflos fühlen, ist von 32 Prozent im Jahr 2019 auf 41 Prozent angestiegen. Dies gilt ganz besonders für Beschäftigte in der stationären Altenpflege (von 32 auf 44 Prozent = 12 Prozentpunkte) und in den Funktionsabteilungen (von 27 auf 40 Prozent = 13 Prozentpunkte). Eher geringfügig nahm dieses Gefühl in der ambulanten Altenpflege zu (von 19 auf 24 Prozent). Deutlich mehr Frauen (42 Prozent) als Männer (31 Prozent) geben an, dieses Gefühl häufiger zu haben.

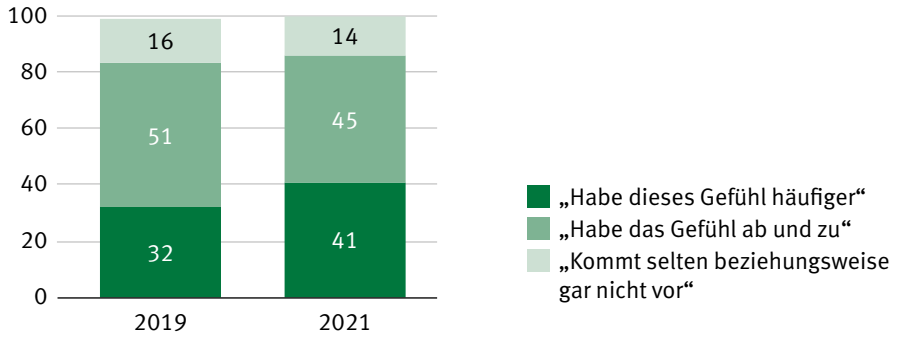
Im Durchschnitt abgenommen hat die Belastung durch Überstunden. Die Zahl der angegebenen Überstunden auf dem Arbeitszeitkonto ist von 77 auf 71 gesunken. Das gilt aber nicht für alle Beschäftigungsgruppen: In der stationären Altenpflege ist die Zahl der Überstunden von 76 auf 92 angestiegen. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass die Personaldecke in der stationären Altenpflege schon vor der Pandemie sehr angespannt war und mit coronabedingten Quarantänemaßnahmen aufgrund eigener Infektion oder als Kontaktperson immer wieder Personal eingebunden werden musste, das eigentlich gerade dienstfrei hatte. Das spiegeln auch die Interviews mit BGW-Expertinnen und -Experten.

Stationäre Altenpflege verspürt deutlich häufiger ein Gefühl der Hilflosigkeit

Für die Beschäftigten in der Pflege spielt das Motiv, anderen helfen zu können, eine wichtige Rolle bei Berufswahl und Berufszufriedenheit. Daher wird auch Zeit mit oder an Patientin und Patient beziehungsweise Klientin und Klient als sinnvoller erlebt als Zeit für Dokumentation und Bürokratie. Damit einher geht die Erwartung, mit dem eigenen Handeln einen wirksamen Beitrag zu Wohlbefinden und Besserung des Gesundheitszustands der behandelten oder betreuten Personen leisten zu können. Die verschiedenen Corona-Ausbrüche in Einrichtungen der stationären Altenpflege mit zahlreichen Todesfällen und die hohe Mortalitätsrate von Corona-Erkrankten in der Frühphase der Pandemie haben dem Pflegepersonal jedoch die Grenzen ihrer Wirksamkeit vor Augen geführt.

Abbildung 11: Gefühl der Hilflosigkeit in Prozent

Frage: „Neulich sagte jemand: ‚Ich habe häufiger das Gefühl, dass ich meinen Patienten nicht ausreichend helfen kann‘. Haben Sie auch häufiger oder ab und zu dieses Gefühl, oder kommt das bei Ihnen selten beziehungsweise gar nicht vor?“



Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 8213, 8268; an 100 fehlende Prozent: keine Angabe.

Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

2.6 Arbeits- und Lebenszufriedenheit sinkt in allen Berufsgruppen

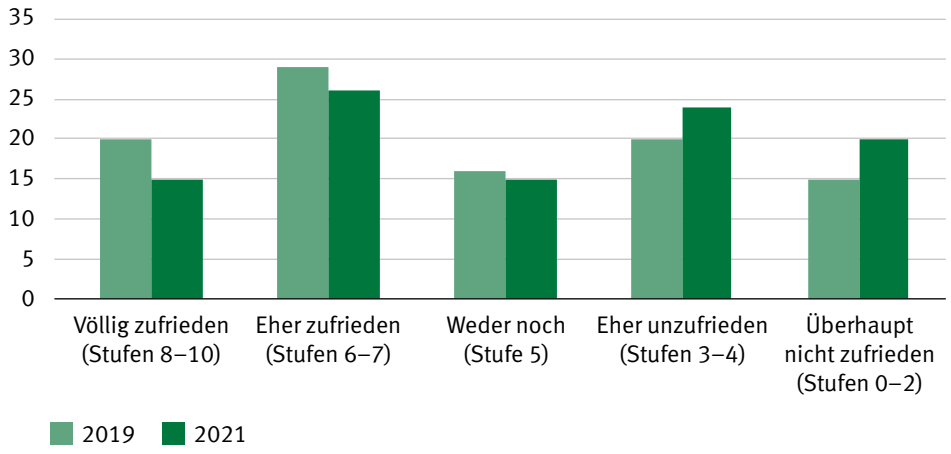
Die Erfahrungen der Coronapandemie im Zusammenspiel mit den Umfeldfaktoren haben erwartungsgemäß Konsequenzen für die aktuelle Lebenszufriedenheit und die künftige Arbeitsweise. So sinkt der Anteil der Befragten, die „völlig zufrieden“ sind mit ihrem derzeitigen Leben, von 55 auf 49 Prozent ab. Die Lebenszufriedenheit der Befragten nimmt im Vergleich zu 2019 leicht ab – wie auch die innerhalb der Gesamtbevölkerung.

In der Umfrage 2019 waren 49 Prozent der Befragten völlig oder eher zufrieden mit

Die Berufszufriedenheit sinkt ähnlich wie die Lebenszufriedenheit.

Abbildung 12: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation in Prozent

Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation?“
Vorlage einer Skala von 0 bis 10



Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 8213, 8268.

Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

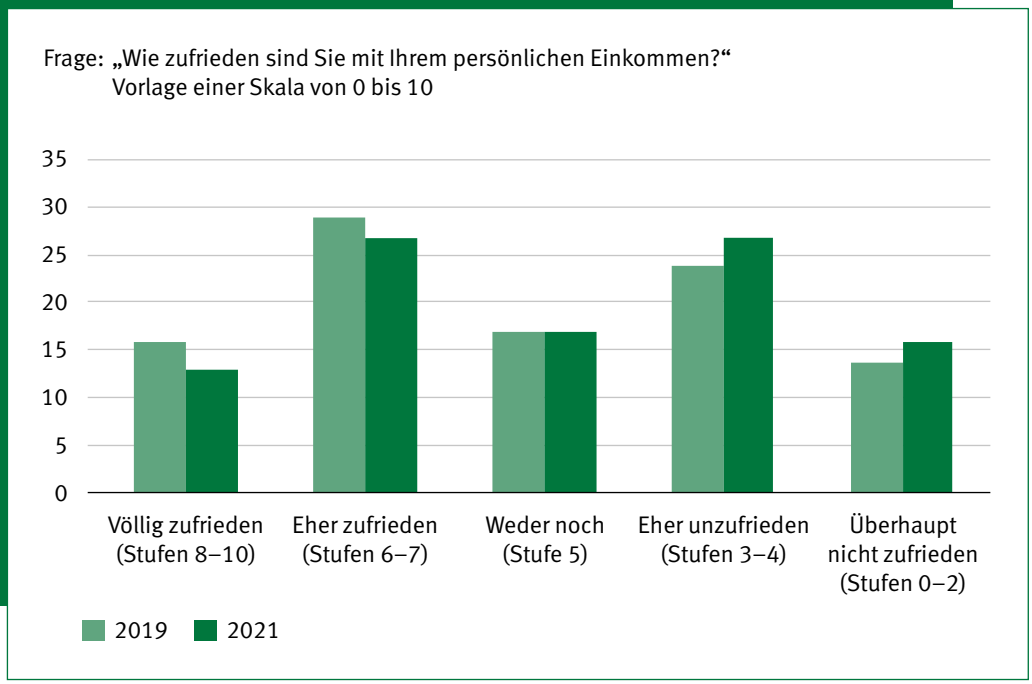
ihrer beruflichen Situation. Im Herbst 2021 sind es nur noch 41 Prozent. Der Anteil derjenigen, die eher oder gänzlich unzufrieden sind, wuchs von 35 auf 44 Prozent. Der Rückgang der Berufszufriedenheit ist dabei nicht nur bei einer oder zwei Teilgruppen aus der Pflege zu beobachten, sondern zieht sich durch alle Gruppen.

Zur Berufszufriedenheit gehört auch die Zufriedenheit mit dem Einkommen. Dieses Thema wird oft in der öffentlichen Diskussion angeführt, wenn es um den Fachkräftemangel in der Pflege geht. Zumindest punktuell wurde es in den letzten Jahren Gegenstand der Spitzenpolitik, als beispielsweise die damaligen Gesundheits- und Arbeitsminister Vorschläge für die Entlohnung machten.[8)]

Die Zufriedenheit der Befragten mit dem Einkommen hat zwar während der Coronapandemie abgenommen, aber vielleicht weniger, als Außenstehende oder Redaktionen es erwartet hätten. Insgesamt sinkt der Anteil derjenigen, die völlig oder eher zufrieden sind, von 45 auf nun nur noch 40 Prozent. Die Durchschnittswerte auf einer Skala von 0 bis 10 liegen im Herbst 2021 bei 4,65 in der Krankenpflege, 5,03 in der stationären Altenpflege und 4,89 in der ambulanten Altenpflege. Da die Durchschnittslöhne in der Krankenpflege höher sind als in der Altenpflege,[9)] mag dieses Ergebnis etwas überraschen. Aber wie in der Befragung von 2019 haben die Pflegekräfte trotz der mäßigen Zufriedenheit mit dem Einkommen und der relativ hohen wahrgenommenen Berufsbelastung noch vergleichsweise

Abbildung 13: Zufriedenheit mit dem Einkommen in Prozent

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 8213, 8268.



Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

8) BGW (2020). Pflege in Deutschland – 2012 bis 2018. Eine sozioökonomische Analyse von Berufsgesundheit und Ansehen. Hamburg, S. 52.

9) Carstensen, J., Seibert, H., Wiethölter, D. (2020). Entgelte von Pflegekräften. Nürnberg, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, S. 2.

viel Freude am Beruf: Insgesamt sagen 71 Prozent (2019: 78 Prozent) der Befragten: „Der Beruf bereitet mir Freude.“ Das trifft auch auf die Frage nach der Erfüllung im Beruf zu (72 Prozent nach 75 Prozent im Jahr 2019).

Die hohe Aufmerksamkeit für die Pflegeberufe während der Coronapandemie hat nicht dazu geführt, dass sich die Anerkennung des Pflegeberufs in der Gesellschaft verbessert hat: 95 Prozent (2019: 92 Prozent) geben an, dass der Pflegeberuf in der Gesellschaft „zu wenig“ anerkannt wird. Das bestätigen auch die Erkenntnisse aus der qualitativen Befragung von Leitungs- und Beratungspersonen.

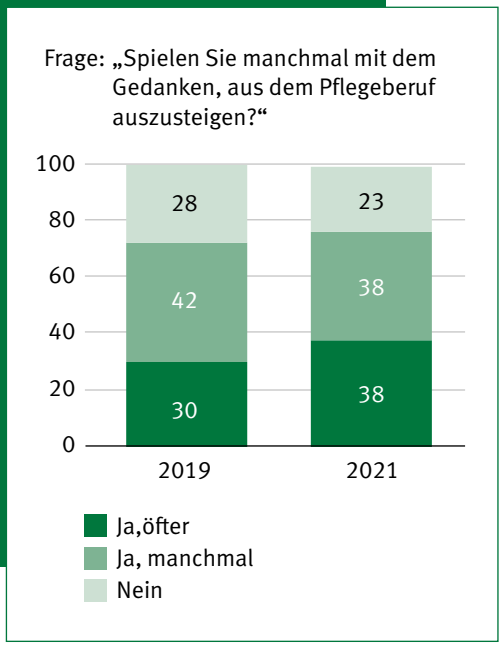
2.7 Gedanken zum Ausstieg aus dem Pflegeberuf vor allem bei den Jungen

In Summe sorgen die wahrgenommenen Belastungen bei manchen Beschäftigten für Überlegungen, aus dem Pflegeberuf auszusteigen.

Die „Pflexit-Gefahr“ hat zugenommen. 38 Prozent der Befragten (2019: 30 Prozent) spielen nun öfter mit dem Gedanken, aus dem Pflegeberuf auszusteigen. Am höchsten ist der Anteil in der Intensivpflege mit 43,3 Prozent, am niedrigsten in der Psychiatrie mit 25,5 Prozent. Allerdings berichtet hier eine Leitungsperson im qualitativen

Abbildung 14: Pflegebeschäftigte mit Ausstiegsgedanken in Prozent

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 8213, 8268; an 100 fehlende Prozent: keine Angabe.



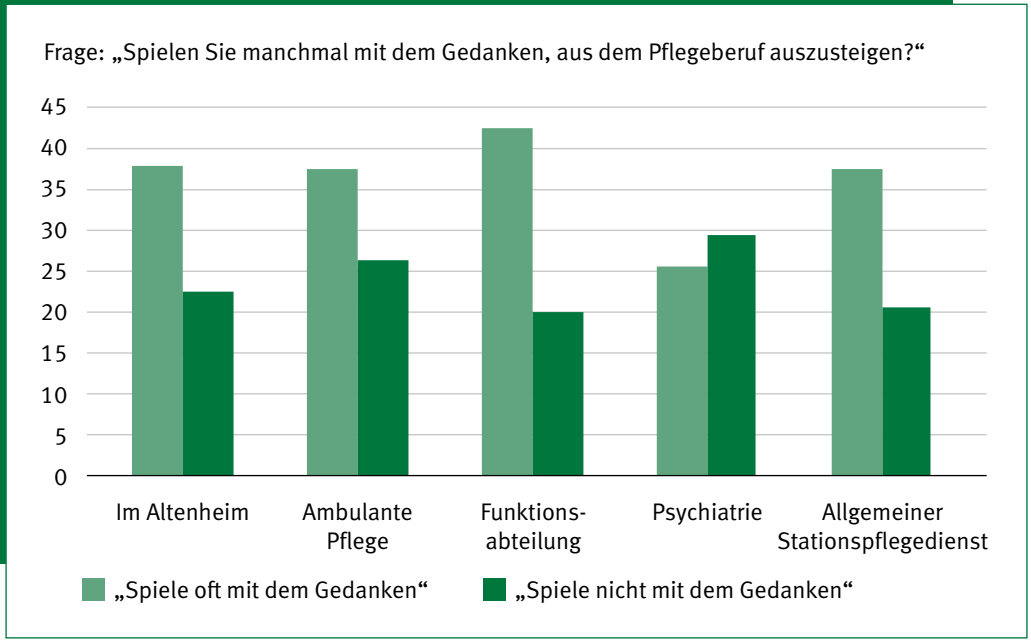
Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

Interview von sichtbaren Tendenzen, die Arbeitszeit zu verringern, was ebenfalls auf eine Verschärfung des Fachkräftemangels hinauslaufen würde.

Die Gegenüberstellung von solchen, die stabil zu ihrer Berufswahl stehen, und solchen, die oft mit dem Gedanken spielen, auszusteigen, zeigt, in welchen Bereichen besonderer Handlungsbedarf besteht. Das ist in den Funktionsabteilungen der Krankenhäuser der Fall. Hier liegt der Saldo bei -22,3 Prozentpunkten. In der Psychiatrie scheint das Bild relativ stabil zu sein. In der stationären Altenpflege ist der Handlungsdruck größer als in der ambulanten Pflege. In den Interviews mit BGW-Expertinnen und -Experten wird die wahrgenommene Handlungsautonomie in den ambulanten Pflegediensten als stabilisierender Faktor wahrgenommen.

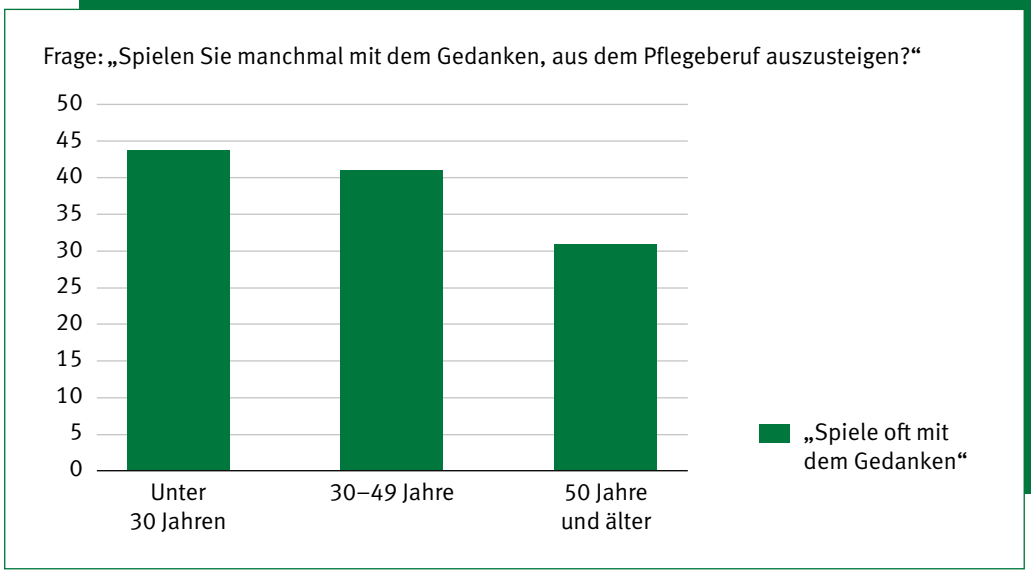
Abbildung 15: Gedanken, aus dem Pflegeberuf auszusteigen, nach Tätigkeit in Prozent

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8268; an 100 fehlende Prozent: keine Angabe oder „manchmal“, eigene Darstellung.



Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

Abbildung 16: Gedanken, aus dem Pflegeberuf auszusteigen, nach Alter in Prozent



Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8268; an 100 fehlende Prozent: keine Angabe oder „manchmal“, eigene Darstellung.

Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

Auch der demografische Faktor ist bei der Beschäftigung mit dem „Pflexit-Risiko“ von Bedeutung. Gerade bei den jüngeren Menschen ist das Risiko hoch, sie durch vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf zu verlieren.

2.8 Digitale Fortbildung – Akzeptanz wächst

Fortbildungen sind teilweise in der Pflege vorgeschrieben, teilweise freiwillig. Sie sind in den Sozialberufen im Allgemeinen eine wichtige Ressource der Berufsgesundheit, denn es geht um den Erwerb von Kompetenz für erfolgreiche Pflege oder auch verbesserten Umgang mit Belastungssituationen. Die Interviews mit den beiden anderen Gruppen (einerseits dem Management der Häuser und andererseits den BGW-Expertinnen und -Experten) zeigen, dass während der Coronazeit viele Weiterbildungen ausgefallen sind. Nur ein Teil konnte auf digitale Formate umgestellt werden. Teilweise fehlte die passende digitale Technik, teilweise das digitale Angebot, teilweise auch die Zeitressourcen angesichts von Personalengpässen durch Corona-Erkrankungen und Quarantäneregelungen.

Da nicht vorhersehbar ist, ob und wann die Pandemie bestimmte Maßnahmen und Einschränkungen wieder erforderlich macht, kommt der Akzeptanz von Online-Angeboten zur Schulung für die zukünftige Planung eine zentrale Bedeutung zu. Auch hierzu wurden die Mitglieder der Pflegekammer Rheinland-Pfalz befragt. Zunächst ist der Anteil derjenigen, die Online-Angebote genutzt haben, von 54 Prozent (2019) auf 70 Prozent (2021) emporgeschnellt. Vor allem in der Altenpflege gab es einen mächtigen Digitalisierungsschub. Im Jahr 2019 konnten 17 Prozent derjenigen, die bis dato keine Online-Weiterbildungsangebote genutzt hatten, sich dies auch für die Zukunft nicht vorstellen. Der Anteil dieser Gruppe ist inzwischen deutlich kleiner geworden und liegt nur noch bei elf Prozent. Vorbehalte gibt es am ehesten noch bei Beschäftigten in der Altenpflege.

Um die Möglichkeiten der Digitalisierung zu nutzen, ist die entsprechende Ausstattung mit Geräten und ausreichender Internetgeschwindigkeit eine Voraussetzung. Hier gibt es noch Defizite: 35 Prozent der Befragten bezeichnen die technische Ausstattung mit Geräten an ihrem Arbeitsplatz als „mangelhaft“. Die Schnelligkeit des Internets wird von 33 Prozent der Befragten mit dem gleichen Prädikat versehen und bei Software und Programmen liegt der Anteil immer noch bei 28 Prozent der Befragten. Dabei beklagen sich die Beschäftigten in der ambulanten Pflege am wenigsten und die im Krankenhaus Beschäftigten am häufigsten. Aber immerhin 34 Prozent der Befragten attestieren Verbesserungen bei der digitalen Ausstattung ihres Arbeitsplatzes in den letzten zwei Jahren, vor allem diejenigen in der ambulanten Pflege und im Altenheim.

3 Erfahrungen von Einrichtungsleitungen in der Alten- und Krankenpflege während der Coronapandemie

3.1 Methode und Einordnung der Interviews

Insgesamt wurden sieben leitfadengestützte Tiefeninterviews mit 45 bis 65 Minuten Dauer geführt. Drei der befragten Leitungspersonen arbeiten in Krankenhäusern – zwei von ihnen in Allgemeinkrankenhäusern, eine in einer psychiatrischen Klinik. Vier der Befragten sind in der Altenpflege tätig. Daraus ergaben sich Einblicke in die ambulante Altenpflege, die stationäre Altenpflege und die Tagespflege. Die Interviews wurden im Februar und März 2022 geführt. Während dieser Zeit waren die Corona-Inzidenzen aufgrund der Omikron-Welle höher als in den vorangegangenen Phasen, die Auswirkungen auf die Intensivstationen allerdings geringer aufgrund durchschnittlich milderer Krankheitsverläufe.

Die Auswirkungen der Coronapandemie für Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege sind vielfältig und sowohl direkter als auch indirekter Natur. Das Schema vermittelt einen Überblick über die besprochenen

»Bin es gewohnt, in unklaren Situationen zu handeln und mehr als das normale Maß zu leisten.«

Inhaberin eines Pflegedienstes

»Das war eine Herausforderung, hat aber geklappt.«

Leitungskraft im Krankenhaus

»Ich finde es gut, wenn die BGW wirklich das Thema Statistik und Erhebung der Zahlen forciert. Wir merken: Ohne faktische Zahlen kommen wir nirgendwo an.«

Leitungsperson aus dem Kankenhaussektor

Abbildung 17: Schematische Abbildung der Befragungsfelder

Quelle: Media Tenor.

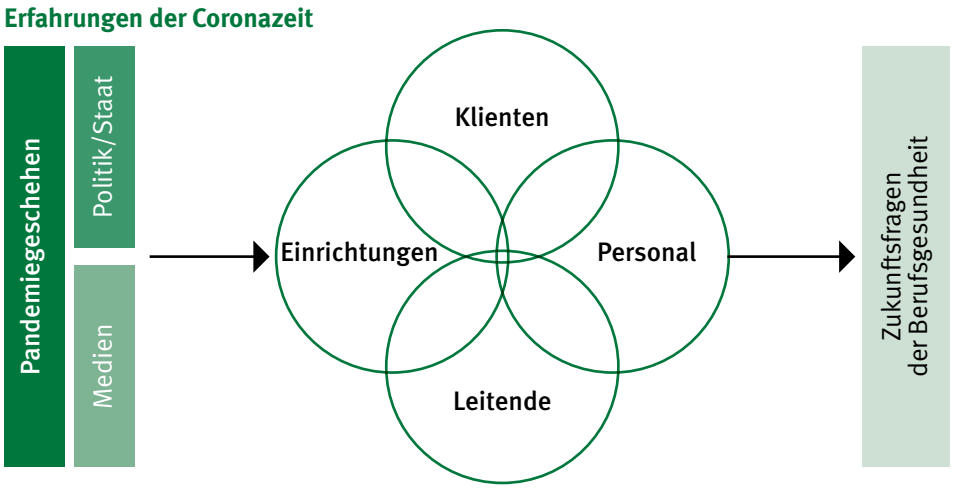
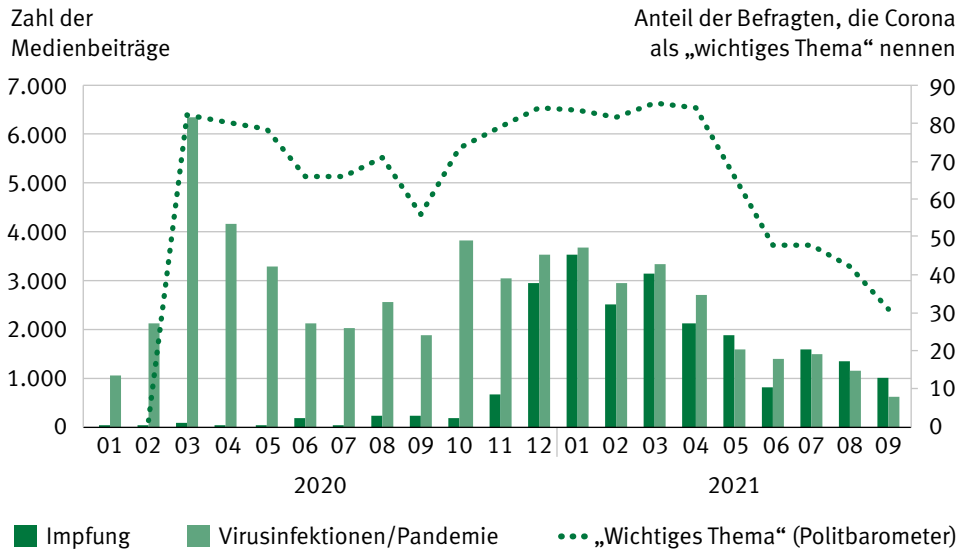


Abbildung 18: Berichterstattung und Bevölkerungswahrnehmung

Quelle: Media Tenor.



Basis: 473.851 Berichte in 19 Medien; Bevölkerungsumfrage: Politbarometer „Wichtige Themen“.

Aspekte. Da sind zunächst der Ausbruch der Covid-19-Infektion und der Verlauf des Pandemiegeschehens in verschiedenen Wellen und mit mehreren Varianten. Auf dieses Geschehen wurde von staatlicher Seite mit Gesetzen, Verordnungen und Ad-hoc-Maßnahmen reagiert, die direkte und indirekte Folgen für die Beschäftigten in der Pflege und ihre Einrichtungen hatten. Hinzu kommt die Berichterstattung über die Pandemie in den Medien. Diese hatte vielfältige Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Pandemie – bei Klientinnen, Klienten und ihren Angehörigen, aber auch bei Pflegepersonal und Leitungen. Und nicht zuletzt wirkte sie sich auch auf das politische Handeln aus.

Die Analyse der Berichterstattung über die gesundheitlichen Aspekte der Coronapandemie einerseits und der Entwicklung des Sorgenbewusstseins in der Bevölkerung andererseits zeigt, dass die Sorgen der Menschen stark mit der Berichterstattung korrelieren. Die Menge der Berichterstattung und das Sorgenbewusstsein scheinen also zusammenzuhängen. Interessant ist besonders, dass diese Sorgen weitaus stärker mit dem Ausmaß an Berichterstattung korrelieren als mit dem tatsächlichen Pandemiegeschehen.[10)]

Für die Einrichtungen hatten Infektionsgeschehen, Regulierung und die sich ergebenden Umstände finanzielle, organisatorische und personelle Auswirkungen. Für die Beschäftigten ergaben sich Veränderungen ihrer Berufsbelastung durch Umstrukturierungen, zusätzliche Aufgaben (zum Beispiel Test, Zugangskontrollen), Wegfall von Aufgaben und Schulungen, andere Arbeitsabläufe (zum Beispiel Wegfall von Dienstbesprechungen beziehungsweise deren digitale Durchführung, Aufteilung in Teams, Zuordnung zu anderen Funktionen) und aus ihrem Umfeld (Familie, Schule, Kita, Gesundheitsrisiken, soziales Umfeld). Für Klientinnen und Klienten ergaben sich Auswirkungen auf den Zugang zu Leistungen (zum Beispiel: Nicht-Corona-Stationen in Krankenhäusern geschlossen), soziale Einschränkungen (Besuche, Ausgang), Gesundheitsrisiken in den Einrichtungen und mehr. Das Management stellte gewissermaßen das Bindeglied zwischen Umfeldfaktoren, Einrichtungen und Personal dar und hatte einerseits die Vorgaben von Politik, Behörden und Trägern umzusetzen beziehungsweise diese für ihre Einrichtung entsprechend zu gestalten. Andererseits waren sie dafür verantwortlich, die häufig wechselnden Anforderungen entsprechend zu gestalten. Dies war mit wesentlich erhöhtem Kommunikations- und Informationsaufwand verbunden. Sofern es sich um Inhaberinnen und Inhaber von Einrichtungen handelte, gab es mitunter direkte wirtschaftliche Auswirkungen.

Im Mittelpunkt der Gespräche stand, wie es den Beschäftigten und Leitungspersonen ergangen war. Aus der Corona-Erfahrung abgeleitet wurden auch Fragen nach zukünftigen Prioritäten bei der Entwicklung der Berufsgesundheit gestellt.

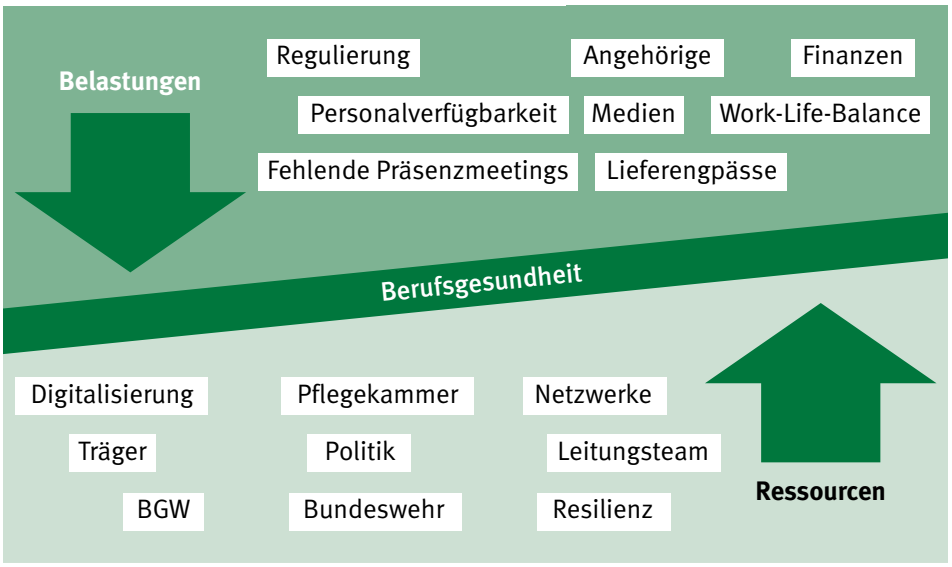
3.2 Ergebnisse in der Übersicht: Diskrepanz zwischen Belastungen und Ressourcen größer

Die Klienten, Klientinnen und zu Pflegenden waren nach Beobachtungen des Leitungspersonals unterschiedlich stark von der Coronapandemie betroffen. Es scheint, als seien die Auswirkungen in der ambulanten Pflege und in der stationären Langzeitpflege eher begrenzt gewesen. Stärker war die Klientel der ambulanten Tagespflege betroffen, gravierender noch Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen und Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Erfahrungen sozialer Isolation waren in unterschiedlichem Ausmaß spürbar. Für die psychische und körperliche Gesundheit seien Zugangsverbote (zum Beispiel in Seniorenheimen) oder -beschränkungen und

10) Die Korrelation zwischen der Zahl der Medienbeiträge und den Umfragewerten im Folgemonat liegt bei .715, die Korrelation der Neuinfektionen mit den Umfragewerten liegt bei .327. Dies deckt sich mit vielfältigen anderen Beispielen, etwa aus dem Bereich „Einfluss der Medien auf die Wahrnehmung der Konjunkturentwicklungen“, der Sympathiezuordnung für Politikerinnen und Politiker beziehungsweise Parteien oder den Entscheidungen der Menschen bei der Auswahl ihrer Urlaubsziele.

Abbildung 19: Belastungen und Ressourcen des Leitungspersonals

Quelle: Interviews mit sieben Leitungspersonen aus der Alten- und Krankenpflege, eigene Darstellung.



entfallende Angebote (zum Beispiel in psychiatrischen Kliniken, Funktionsabteilungen in Krankenhäusern) besonders belastend gewesen.

Das Pflegepersonal ist aus Sicht der Leitungspersonen ebenfalls in unterschiedlicher Weise von der Coronapandemie betroffen. Dabei spielen die Verfügbarkeit von Schutzmaterial, die regulatorischen Bestimmungen und deren vielfache Änderungen, das Ergehen der Klientinnen und Klienten und Angehörigen, die private Situation im Zusammenhang mit Kinderbetreuung und Schule, die Angst vor Eigeninfektion und vor Infektion der Klientel eine wichtige Rolle. Die psychischen Belastungen haben nach den Beobachtungen der Leitungskräfte vor allem in der stationären Alten- und Krankenpflege, aber auch in psychiatrischen Kliniken deutlich zugenommen, bei Letzteren maßgeblich wegen der Einschränkungen der Arbeitsmöglichkeiten. Die Durchsetzung der Zugangsregelungen wurde als sehr belastend empfunden. Für die Beschäftigten im Krankenhaus, deren Arbeit normalerweise von sehr festgelegten Strukturen und Abläufen gekennzeichnet ist, war die Priorisierung der Coronapatientenversorgung ein großer Umbruch. Insbesondere, weil teilweise andere Stationen geschlossen wurden, denn den Betreffenden war bewusst, dass die dort normalerweise behandelten Menschen darunter leiden.

In der Gesundheitspolitik der Bundesregierung konnten viele Beschäftigte nach Ansicht des Leitungspersonals keinen roten Faden erkennen.

Das Auf und Ab bei Anerkennung, Wahrnehmung und Bonuszahlungen hat in Summe mehr Frustration als Motivation hinterlassen. In der Gesundheitspolitik der Bundesregierung konnten viele Beschäftigte nach Ansicht des Leitungspersonals keinen roten Faden erkennen. Das Management selbst berichtet einerseits über manche positiven Erfahrungen in der Coronazeit. Zur Gruppe eines größeren Trägers zu gehören, bedeutete, dass Leitungspersonen von anderen Einrichtungen des Trägers profitieren konnten, zum Beispiel deren Hygieneabteilung, Apotheken oder Labore. Für kleinere Einrichtungen waren aber auch lokale oder regionale Netzwerke und teilweise gute Kontakte zur Lokalpolitik hilfreich. Wo Einrichtungen auf eine gute digitale Infrastruktur zurückgreifen konnten, wurde das als wertvolle

Ressource erlebt. Aber nicht alle Einrichtungen waren bereits technisch auf dem Stand, mit Ausnahmesituationen wie Covid-19 erfolgreich umgehen zu können.

Fallweise berichten Leitungspersonen über gute Erfahrungen mit der Unterstützung durch Bundeswehrpersonal oder auch durch Einrichtungen wie die BGW. Der „Rettungsschirm für die Pflege“ hat nach Einschätzung der Leitungspersonen, die sich dazu äußern, ebenfalls zur Entlastung beigetragen, auch wenn nicht alle Kosten refinanziert worden seien. Als positiv wurde zumindest teilweise erlebt, wie flexibel Lösungen gefunden werden konnten. In größeren Einrichtungen hat die Bildung von Task Forces die spartenübergreifende Zusammenarbeit deutlich verbessert. Das gilt vor allem im Krankenhaus, wo bis dato Pflege, Ärzteschaft und Verwaltungspersonal weniger eng kooperiert hatten.

Andererseits berichten die Leitungspersonen von erheblichen Belastungen: dauernd im Dienst beziehungsweise in Bereitschaft zu sein, um auf Änderungen der politischen und behördlichen Anordnungen zu reagieren. Insbesondere, weil diese – so der vorherrschende Eindruck – immer erst Freitagnachmittag kamen. Zu einer extrem hohen Belastung für das Management entwickelte sich zudem die Unsicherheit über die Verfügbarkeit des Personals angesichts des Infektions- und Quarantänegeschehens. Manche, gerade im Krankenhausbereich, klagen über eine gewisse Entfremdung von den Beschäftigten aufgrund fehlender oder nur digital abgehaltener Meetings und Weiterbildungen.

Das Management ambulanter Einrichtungen der Altenpflege sowie der psychiatrischen Krankenhäuser hatte teilweise beachtliche Probleme, persönliche Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel zu erhalten. Das führte mitunter zu erheblicher Extra-Arbeit und steigerte die Sorgen um das Wohl der Beschäftigten. Als Belastung haben die Leitungspersonen auch den Umgang mit Angehörigen erlebt, die Klienten und Klientinnen nicht oder nur eingeschränkt besuchen konnten oder die ihren Ärger über die Coronaregeln an den Beschäftigten oder Leitungen der Einrichtungen ausgelassen haben.

Die Auswirkungen der Coronazeit auf Einrichtungen lassen sich insgesamt nach Einschätzung des Leitungspersonals noch nicht abschätzen. Eine weitere Verschärfung des Fachkräftemangels und damit dauerhafte Kapazitätseinschränkungen werden aber von einigen Befragten als realistisches Szenario gezeichnet.

3.3 Leitungspersonal sieht Beschäftigte durch Zugangsverbote massiv belastet

In der ambulanten Pflege haben die Leitungspersonen zu Beginn der Coronapandemie beobachtet, dass Klienten, Klientinnen oder ihre Angehörigen Behandlungen von sich aus abgesagt haben. Maßgeblich dafür war die Angst, sich beim Pflegepersonal zu infizieren. Diese Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen hätten sich irgendwie „durchgewurschtelt“. Das habe aber teilweise zu hohen Belastungen bei ihnen und den Angehörigen geführt.

Ein Einrichtungsleiter berichtete allerdings von stark wachsender Nachfrage, weil viele osteuropäische Pflegekräfte vor Grenzschließungen versuchten, in ihre Heimatländer zu ihren Angehörigen zu gelangen und entsprechend die von ihnen geleistete Versorgung in Deutschland ausfiel. Bei den Klienten und Klientinnen in der ambulanten Pflege wurde eine deutliche soziale Vereinsamung attestiert. Dies betraf auch alternative Wohnformen. Zwar hätten die Coronaregelungen auf die Wohn- und Ordensgemeinschaften zunächst nicht so große Auswirkungen

gehabt wie im stationären Bereich, denn die Menschen hätten weiterhin zusammengelebt. Der Verlust an sozialer Umgebung, eine Art „sozialer Entzug“ habe aber die mobilen Klienten und Klientinnen stark betroffen.

In der stationären Altenpflege werden das Zugangsverbot, später dann die restriktiven Besuchsregeln und die Umsetzung der Hygieneregeln in den Einrichtungen als gravierende Auswirkung auf die Klientel geschildert. Fernsehbilder von Altenpflegeeinrichtungen im In- und Ausland (zum Beispiel aus Bergamo) mit hohen Sterblichkeitsraten in der frühen Phase der Pandemie hätten viele Ängste bei den Bewohnerinnen und Bewohnern ausgelöst. Die Maßnahmen zur Kontaktverringerung wie Essen auf den Zimmern haben nach den Beobachtungen ebenfalls die Bewohnerinnen und Bewohner sehr betroffen. Als tragisch werten Leitungspersonen die Auswirkungen der Besuchsrestriktionen auf die Begleitung sterbender Angehöriger. Ein Einrichtungsleiter berichtet, dass er sich bei Anzeichen für ein nahendes Ende die Freiheit genommen habe, Angehörige auf eigene Verantwortung zu den Sterbenden zu lassen, damit sie Abschied nehmen können. Dadurch seien in etlichen Fällen Traumata verhindert worden. Problematische Auswirkungen beobachteten die Leitungspersonen in der Altenpflege auch dort, wo Klienten und Klientinnen die Schutz- und Hygienemaßnahmen nicht mehr verstehen konnten (zum Beispiel wegen Demenz).

In der Krankenpflege haben Leitungspersonen die Besuchsverbote als „massivst belastend“ für Klienten, Klientinnen und ihre Angehörigen erlebt, aber auch die Einschränkung des Leistungsangebots, die Absage von Terminen sowie Regularien wie die Testpflicht vor ambulanten Besuchen. Eine Leitungsperson berichtet, die „Patienten seien kränker als zuvor“ gewesen, wenn sie ins Krankenhaus kamen. „Wenn man das Gefühl hat, nicht unbedingt ins Krankenhaus zu müssen, geht man lieber nicht hin.“ Zumindest in der ersten Coronawelle nahmen Leitungspersonen wahr, dass Klienten und Klientinnen den Eindruck hatten, in Krankenhäusern herrsche ein größeres Infektionsrisiko. Für Coronapatienten und -patientinnen war die Isolation schwierig: Beschäftigte, die ihnen immer nur in Vollschutz („Raumanzug“) gegenübergetreten sind, keine Besuchsmöglichkeiten oder Ähnliches. Normalerweise sind die Angehörigen in Planung, Maßnahmen und Behandlungsziele eingebunden. Hier wurde versucht, viele Informationen über andere Kommunikationswege zu erhalten, aber das sei nicht dasselbe. Im Allgemeinkrankenhaus sei im Laufe der Pandemie auch wieder eine Durchmischung aller Krankheitsfälle eingetreten. Ob es durch die Einschränkungen oder Unterbrechungen im Krankenhausbetrieb verstärkt zu tödlichen Verläufen von zum Beispiel Krebserkrankungen gekommen ist, lässt sich zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht klären. Das Fernsehmagazin „Report“ sieht aufgrund einer Befragung in Kliniken im Jahr 2021 Anzeichen dafür, dass die Zahl der Patienten und Patientinnen mit schwerem Lungenkrebs deutlich zugenommen hat.[11] Aus der Aufschlüsselung der Sterbefälle nach Todesursachen durch das Statistische Bundesamt lässt sich für das Jahr 2021 aber noch kein signifikanter Effekt erkennen.[12] Möglicherweise zeigen sich negative Folgen jedoch mit Verzögerung.

11) Focus Online, 2.11.2021: Alarmierende Umfrage von „Report Mainz“: Dramatischer Anstieg schwerer Krebs- und Diabetesfälle – wann Sie zum Arzt sollten, https://www.focus.de/gesundheit/news/alarmierende-umfrage-von-report-mainz-dramatischer-anstieg-schwerer-krebs-und-diabetesfaelle-wann-sie-sofort-zum-arzt-sollten_id_24383798.html, abgerufen am 29.4.2022.

12) https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/02/PD22_N005_231.html, abgerufen am 12.8.2022.

Im psychiatrischen Krankenhaus wurde beobachtet, dass in der ersten Phase der Pandemie weniger Menschen Hilfe gesucht haben, ebenfalls aus Sorge vor Ansteckung.

Diese Zurückhaltung habe zu Isolation und teilweise Verschlimmerung der psychischen Erkrankungen geführt. Man habe im Rahmen eines Modellprojekts allerdings auch Patienten und Patientinnen zu Hause aufsuchen können. In der zweiten Phase sei der Patientendruck auf die psychiatrischen Einrichtungen erheblich gewachsen aufgrund der psychosozialen Folgen von Lockdown, Hygienemaßnahmen und Isolation. Kinder und Jugendliche seien immens von Schulschließungen und der Einschränkung ihrer Kontakte zum Freundeskreis betroffen gewesen. Hinzu seien Angst- und Suchterkrankungen gekommen.

3.4 Wahrnehmung der Belastung des Pflegepersonals

3.4.1 Allgemeine Auswirkungen (Top of Mind): Belastungen des Personals unterscheiden sich nach Einrichtungstypus und Pandemiephase

Die Leitungspersonen wurden zuerst nach den größten Auswirkungen der Coronapandemie auf das Personal gefragt. Anschließend wurde strukturiert weitergefragt zu den Themen Anerkennung, Work-Life-Balance, soziale Kontakte, Infektionsrisiken, Wahrnehmung der Gesundheitspolitik und Impfdiskussion.

In der Altenpflege sind die Beobachtungen unterschiedlich. Der Inhaber eines ambulanten Pflegedienstes schilderte, dass er bereits im November/Dezember 2019 die Berichte über ein neuartiges Virus in China verfolgt und entsprechend Material wie Desinfektionsmittel und Masken für circa drei Monate bestellt habe. Als das Material ausging, wurde es schwierig und das Personal musste eine Zeit mit Stoffmasken überbrücken. Es gab zwar eigene Ängste, aber beim examinierten Personal erfolgte eine professionelle Umsetzung der Schutzmaßnahmen. Eine erhebliche Zusatzbelastung stellten für das Personal die täglichen Tests dar. Diese wurden aber von der Leitung übernommen. Die Wartezeit auf die Testergebnisse wurde für Mitarbeitergespräche genutzt. In dieser Zeit wurde auch über Möglichkeiten zur Impfung informiert, wodurch eine Impfquote von 100 Prozent erreicht werden konnte. Ein weiteres Interview ergab, dass es für die ambulante Altenpflege ungewohnt war, mit Schutzmasken zu arbeiten. Vielen Beschäftigten sei „die Versorgung der eigenen Kinder auf die Füße gefallen“, weil Schulen und Kitas geschlossen hatten, in Quarantäne gingen oder Homeschooling ansetzten. Man habe das Personal halten können und sei ohne Kurzarbeit und Entlassungen ausgekommen, teilweise seien die Beschäftigten für Büro- und Dokumentationsarbeiten eingesetzt worden.

Die Führung einer anderen Einrichtung sieht als gravierendste Belastung des Personals die Sorge, ältere Menschen anzustecken – nicht das Tragen einer FFP2-Schutzmaske oder die Frage nach der Impfung. Das sei mit Ängsten einhergegangen, sich bei den eigenen Kindern zu infizieren. Die Leitungskraft einer Einrichtung eines großen Trägers berichtet, dass die Versorgung mit Schutzgütern kein Problem gewesen sei, weil der Zentraleinkauf und eine eigene Apotheke die Versorgung sichergestellt hätten.

In der stationären Pflege hat eine Leitungskraft beobachtet, dass die psychische Gesundheit der Beschäftigten deutlich gelitten hat. Es habe zwar auch Menschen gegeben, die die Herausforderungen der Pandemie angespornt hätten, aber man merke, dass sich Menschen eine Auszeit verschaffen müssten.

Im Krankenhausbereich sehen die Leitungspersonen die größten Veränderungen für Beschäftigte durch den „Umbau“ der Krankenhäuser zu Corona-Versorgungseinrichtungen. Von Kurzarbeit oder gar Entlassungen wird nicht berichtet. Allerdings seien Beschäftigte von Stationen mit Normalbetten, die zeitweise geschlossen wurden, ins „Frei“ geschickt worden – zunächst als Überstundenabbau, später auch in Minusstunden. Beschäftigte, die sich das zutrauten, wurden in einem Modellversuch in Kurzschulungsmaßnahmen für Intensivpflege geschickt, um als Unterstützung eingesetzt werden zu können. Nicht geschlossene Normalstationen erhielten etwas mehr Personal. Am Anfang hätten alle Beschäftigten diese Veränderungen „engagiert mitgetragen“. Als jedoch die befürchteten Szenarien (in den befragten Krankenhäusern) nicht eintrafen, sei es schwieriger geworden: Warum kann ich nicht arbeiten, wo ich immer arbeite? Mittlerweile herrsche wieder eine eher mitarbeiterzentrierte Sicht vor. Finanzielle Nachteile habe es insgesamt nicht gegeben, außer mit Blick auf die Minusstunden, die abgearbeitet werden müssten.

Die Leitungsperson eines anderen Krankenhauses sieht den Umgang mit so vielen Isolierpatientinnen und -patienten als größte Veränderung für das Personal, wobei vor allem die schweren Verläufe das Personal belastet hätten. Zusätzlich wurden die vielen Regelungen und Änderungen im Testbereich, im Vorsorgebereich und viele Unsicherheiten mehr und mehr als Herausforderung wahrgenommen, weil sie besondere Aufmerksamkeit erfordert hätten.

Die Leitungsperson eines psychiatrischen Krankenhauses unterteilt die Herausforderungen für Beschäftigte in verschiedene Phasen. Zu Beginn habe es eine große Angst vor eigener Infektion gegeben – auch wegen der unzureichenden Ausstattung mit Schutzkleidung und Desinfektionsmittel. In dieser Phase habe es aber auch ein großes Zusammengehörigkeitsgefühl gegeben. Wider Erwarten habe man keine große Welle von Krankmeldungen erlebt, ein paar Beschäftigte hätten Minusstunden erzielt.

3.4.2 Anerkennung des Personals: Coronabonus durch Ausgestaltung oft als Malus erlebt

Gut gemeint ist nicht unbedingt gut gemacht. Und enttäuschte Erwartungen können eine gefühlte Belastungssituation verschlimmern. Auf diese Kurzformel lassen sich die Bobachtungen der Reaktionen auf die sogenannte Coronaprämie bringen. Die Coronaprämien wurden vom Gesundheitsministerium initiiert, um die besonderen Belastungen des Pflegepersonals in der Kranken- und Altenpflege finanziell anzuerkennen.[13] Im Krankenhausbereich wurden daraufhin 100 Millionen Euro von der gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellt, für die Altenpflege hat die Pflegeversicherung auf Beschluss des Bundestags Mittel bereitgestellt. Die Crux liegt in den vielfältigen Ausgestaltungsrichtlinien und der erforderlichen Koordination der Beteiligten. Im Krankenhausbereich waren als Kriterien unter anderem die Betroffenheit eines Krankenhauses von der Pandemie und die individuelle pandemiebedingte Belastung der Pflegekräfte festgelegt.[14] Bei der Altenpflege spielten für die Höhe des Bonus unter anderem der Arbeitszeitanteil in der Pflege, die wöchentliche Arbeitszeit, der Status (Azubi, Freiwilligendienst, Pflegekraft) und das Bundesland eine Rolle.

13) Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/corona-praemie.html, abgerufen am 12.8.2022.

14) Vgl. https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/corona-praemie-fuer-pflegekraefte-im-krankenhaus-kommt/, abgerufen am 24.3.20222.

Die befragten Leitungspersonen sehen zwar, dass der Gedanke des Bonus von den Beschäftigten grundsätzlich begrüßt wurde, in Summe aber eher für Frustration gesorgt hat. Das bezieht sich einerseits darauf, dass die Prämie als „Tropfen auf den heißen Stein“ gewertet wurde, aber nicht als Schritt zu einer dauerhaft (finanziell) verbesserten Anerkennung. Andererseits hat die Prämie Hoffnungen auf konkrete Verbesserungen der Personalsituation durch die Politik geweckt, die nach Ansicht der Leitungspersonen nicht erfüllt wurden (beziehungsweise werden konnten).

Der Leiter eines Pflegedienstes sagt:

»Die Zulage der Bundesregierung wurde von den Mitarbeitenden als Affront erlebt.«

Der Leiter einer stationären Altenpflegeeinrichtung fällt ein positiveres Urteil:

»Die Coronaprämien wurden positiv aufgefasst.«

Er relativiert aber, dass inzwischen ein Gefühl entstanden sei, mit der Prämie „abgespeist“ worden zu sein. Die Leitungskraft eines Krankenhauses attestiert, dass die Beschäftigten in der Coronazeit Anerkennung erfahren haben. Beim Pflegebonus und der Diskussion, wer ihn bekommt und wer nicht, seien „große Schäden“ für die Anerkennung entstanden. Es sei nur berücksichtigt worden, wie nahe man an Coronapatienten und -patientinnen gearbeitet habe, aber nicht die „psychosozialen Folgen“ der Pandemie. Eine weitere Leitungsperson aus einem Krankenhaus spricht von „Verdruss“. Der Leiter einer stationären Altenpflegeeinrichtung sieht, dass das grundsätzliche Empfinden fairer Bezahlung zu „Zufriedenheit und Stabilität“ in seiner Einrichtung beigetragen habe, die nach Diakonie-Tarifvertrag bezahle. Es habe daher keine Forderungen gegeben, „jetzt wegen Corona mehr zu zahlen“.

Eine andere Form der Anerkennung waren lobende Worte oder Gesten („Klatschen für die Pflege“) sowie symbolische Geschenke für die Pflegebeschäftigten (Süßigkeiten, Naturalrabatte, Bäume und Blumen). Die Leitung eines Krankenhauses sagt: „Das hat den Pflegenden am Anfang gutgetan.“ Die „Medien haben sie gesehen“ und „anerkannt, dass viel geleistet wird“. Inzwischen sei aber deutlich, dass die Probleme die gleichen seien wie vor der Pandemie:

»Man will auch keine Geschenke, sondern ordentliche Arbeitsbedingungen und Vergütung.«

An Weihnachten sei die Einrichtung „übersät mit Nikoläusen gewesen“, aber seit einem Dreivierteljahr gebe es „nichts mehr“. Andere Leitungspersonen aus dem Krankenhausbereich bestätigen den Eindruck, dass die Anerkennung kurzliebig war. In einem weiteren Interview wird ergänzt:

»Irgendwann sei ein bisschen Ungeduld entstanden, wann es mal besser wird mit den Arbeitsbedingungen.«

Auch das Management aus der Altenpflege resümiert:

> *»Berufs- und gesellschaftspolitisch ist es nicht gelungen, die Zeit der besonderen Belastung der Pflege in konkrete Dinge einmünden zu lassen, wie man die Attraktivität des Berufes insgesamt hätte verbessern können.«*

Eine Inhaberin ergänzt: „Wer jetzt gute Arbeitsbedingungen vorhält, bezahlt das aus eigener Tasche, weil das so nicht refinanziert wird." Es ist unbestritten, dass Anerkennung ein wesentlicher Treiber für die Berufszufriedenheit von Beschäftigten in den sozialen Berufen ist.

3.4.3 Work-Life-Balance des Personals teilweise als gestört wahrgenommen

Zur Work-Life-Balance, dem Verhältnis von Arbeit zu sozialem Leben der Beschäftigten in der Pflege, haben nicht alle befragten Leitungspersonen ausführlich Stellung genommen und die Erfahrungen sind hier unterschiedlich. Die Leitung einer ambulanten Einrichtung der Altenpflege sieht keine große Veränderung, auch weil die Arbeitszeiten sich nicht oder kaum verändert hätten. Eine andere Leitungsperson sieht indes prägnante Auswirkungen aufgrund sozialer Isolation und ständiger Konzentration auf das Arbeitsfeld:

> *»Wir können nicht mehr abschalten, sondern wir kennen nur Arbeit.«*

Auch der Ausgleich im Privatleben durch Sport und andere Dinge sei zu kurz gekommen. Allerdings gebe es beim Träger Bestrebungen, die Gesundheitsförderung durch Kostenübernahme zum Beispiel bei Fitnessstudios zu unterstützen. Die Leitung einer stationären Altenpflegeeinrichtung konstatiert:

> *»Akkus müssen nach zwei Jahren an die Ladestation, das geht allen so.«*

Man habe einen Vertrag mit der Krankenversicherung geschlossen, um Maßnahmen zur Steigerung der Resilienz anzubieten. Für die Beschäftigten im Krankenhausbereich sieht eine Leitungsperson besondere Belastungen durch Homeoffice und Homeschooling, was oft mit dem Pflegedienstplan nicht vereinbar gewesen sei und die Pflegenden sehr belastet habe. Ihr Krankenhaus habe nicht weiterhelfen können, weil man über keinen Betriebskindergarten verfüge.

3.4.4 Personal berichtet von Einschränkungen sozialer Kontakte

Im Hinblick auf die sozialen Kontakte des Personals nennen die Leitungspersonen zwei Arten von Einschränkungen. Selbst auferlegte Einschränkungen von Kontakten, um die zu Pflegenden oder Familienangehörige zu schützen, und soziale Isolation durch Dritte aufgrund der Tätigkeit im Pflegebereich.

Mit Blick auf die erste Art von Einschränkungen berichten einige Leitungspersonen, dass sie selbst sich solche Beschränkungen auferlegt hätten und auch ihre Beschäftigten dazu ermuntert hätten, verbunden mit der Ausrichtung auf eine längere Phase eingeschränkter Sozialkontakte. Eine Leitungsperson aus der Altenpflege berichtet:

»Mindestens 90 Prozent haben mir berichtet, dass sie nicht mehr in Urlaub gefahren sind.«

Und etliche hätten berichtet, dass sie sich mit niemand mehr treffen. Eine Leitungsperson aus der stationären Altenpflege berichtet, dass Mitarbeitende als Kontaktpersonen ersten Grades oft in Quarantäne mussten, obwohl sie selbst nicht krank waren. Die Beschäftigten hätten in der Coronapandemie vor allem die Betriebsausflüge vermisst, die zuvor als Aspekt der Mitarbeiterzufriedenheit sehr gepflegt worden seien. Eine Leitungsperson aus dem Krankenhaus hat psychische und körperliche Belastungen beobachtet, so die latente Sorgevor der Infektion von oder durch Angehörige. Die Auswirkungen seien aber je nach Personentyp unterschiedlich gewesen.

Bei der zweiten Art sozialer Isolation durch Dritte wurden zwei Muster genannt: Menschen, die aus Sorge vor Selbstansteckung Pflegepersonal gemieden haben, und solche, die Sorge hatten, ihrerseits Pflegepersonal anzustecken, was dann möglicherweise Patientinnen und Patienten oder andere Beschäftigte hätte treffen können. Doch nicht alle Leitungspersonen berichten über Erfahrungen sozialer Isolation ihrer Beschäftigten durch Dritte, manche kennen es nur vom Hörensagen anderer Einrichtungen oder aus der Presse.

Vereinzelt machten die Leitungspersonen auch Angaben über die Infektionsrisiken des Personals. In der Altenpflege fehlte es zeitweise an Schutzmaterial. Im Krankenhausbereich sei es schwierig auseinanderzuhalten gewesen, wo Ansteckungen mit Corona beruflich bedingt waren und wo sie aus dem Alltagsleben kamen. Zu Beginn der Coronapandemie habe es ein höheres Infektionsrisiko in den Einrichtungen gegeben, wo Schutzmaterial nicht ausreichend verfügbar war. Mittlerweile stammten aber geschätzt 90 Prozent der Infektionen aus dem häuslichen Umfeld.

3.4.5 Beschäftigte in der Pflege haben Mühe, einen „roten Faden“ in der Corona-Gesundheitspolitik zu erkennen

Das Management berichtet in den Interviews über seine Einrichtungen (Rheinland-Pfalz) von hohen Impfquoten bei den Beschäftigten (bis zu 100 Prozent). Sie führen das vor allem auf ausführliche und wiederholte Aufklärung durch die Leitung und gegebenenfalls die betriebsmedizinische Betreuung zurück. Die Leitenden berichten durchweg davon, dass sie viel Zeit in die Aufklärung, aber auch die Kommunikation zu Sorgen, Ängsten und Vorbehalten der Beschäftigten investiert hätten.

Kritischer wird über die Sicht der Beschäftigten auf die Gesundheitspolitik berichtet. Hier fallen Äußerungen wie „Kein roter Faden erkennbar“ oder: „Es kann mittlerweile kein Mensch mehr nachvollziehen, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen eine Pflicht zur Impfung haben, Bewohner und Bewohnerinnen in einem Pflegeheim aber nicht.“ Teilweise widersprüchliche oder als fachlich nicht fundiert angesehene Anordnungen der Politik hätten zu viel Diskussionsbedarf geführt. Es gibt aber auch Anerkennung für die Politik. Eine Leitungsperson aus der Altenpflege sagt: „Ich finde es auch gut, wie sie sich eingesetzt haben und was für Unterstützung gegeben worden ist“, äußert aber auch, dass sie sich eine andere (besser verständliche) Darstellung der Verordnungen gewünscht hätte.

Eine Leitungsperson aus dem Krankenhausbereich konstatiert, dass die Zusammenarbeit auf politischer Ebene gut war, aber große Unterschiede zwischen Bund, Ländern und Kommunen spürbar gewesen

seien. So etwa verschiedene Aussagen zur Vollquarantäne aus Bayern und Nordrhein-Westfalen oder die Entwicklung unterschiedlicher Aussagen über die Verwendung von Schutzmasken: von „Man braucht keine Masken“ über „Selbst genähte Masken reichen“ und die Aufforderungen zum Gebrauch medizinischer Masken bis hin zur FFP2-Maske. Die Leitungsperson sieht die Verantwortung für diese Inkonsistenzen aber nicht nur bei der Politik, sondern auch bei den beratenden Instanzen.

3.5 Selbstwahrnehmung des Leitungshandelns

3.5.1 Allgemeine Auswirkungen auf das Leitungshandeln (Top of Mind): Reorganisation erforderlich, viele Leitende dauernd „on“

Die befragten Leitungspersonen in der Krankenpflege nennen organisatorische Veränderungen als stärkste Auswirkung auf ihr Leitungshandeln. Im Krankenhaus werde auf Corona fokussiert, interdisziplinäre Task Forces seien eingeführt worden und tagten, diskutierten und entschieden gemeinsam (zum Beispiel Verwaltung, Pflege, Ärzteschaft). Das habe zu einer Veränderung der Kultur geführt, die eine andere Art von Zusammenarbeit, Kontakt und Verständnis gebracht habe. Zuvor sei „mehr in Sparten gedacht“ worden. Diese Veränderung wird als „deutlich positiver Effekt“ wahrgenommen.

Daneben sind auch Task Forces für Hygiene oder Personalbewirtschaftung eingesetzt worden, die sich mit verschiedensten Szenarien auseinandersetzten: „Was machen wir, wenn auf einer Station alle krank werden?“, lautet eine Frage. „Wir haben uns auseinandersetzen müssen mit der Resilienz des Unternehmens.“ Eine Leitungsperson benennt die Umstellung auf Videokommunikation als stärkste Auswirkung, da kaum noch persönlicher Kontakt zu den Mitarbeitenden bestanden habe. Das sei am Anfang sehr ungewöhnlich gewesen, habe dann aber doch „relativ gut geklappt“, allerdings eher dort, wo es aufgrund vorheriger Zusammenarbeit einen „Beziehungskredit“ gab. Mit neuen Mitarbeitenden sei das deutlich schwerer gewesen. Diese Leitungsperson hat es auch für sich als besonders wichtig angesehen, Räume zu schaffen, in denen Menschen über Belastungen sprechen konnten und Unterstützung erfahren haben. Diese Erkenntnis sei zuerst auf Leitungsebene gereift, dann habe man die Erfahrungen an die Stationsleitungen weitergegeben und die hätten das auf ihre Weise zu ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern weitergetragen. Man habe dabei auf ein gutes System von BGM-Beauftragten zurückgreifen können (BGM = betriebliches Gesundheitsmanagement). Die Person berichtet auch davon, dass die Pandemie dazu beigetragen habe, einen „150 Jahre alten Tanker“ schneller und flexibler in eine andere Richtung zu lenken. „Das war auch eine Erkenntnis, die wir gehabt haben, dass äußere Bedingungen dazu führen, dass Dinge unkomplizierter, unbürokratischer werden.“ Auch bei dieser Frage wurde kritisch erwähnt, dass neue Coronaregelungen häufig am Freitagnachmittag eingingen. Eine Leitungsperson hat einen hohen Informations- und Kommunikationsbedarf wahrgenommen, aber ebenso den Bedarf an Führungsstärke für Motivation und Durchhaltevermögen der Beschäftigten, „weil die Situation teils schwierig war“.

In der Altenpflege berichten die Leitungspersonen teilweise über ähnliche Erfahrungen und ebenso über spezifische Auswirkungen und Wahrnehmungen. Das mag auch daran liegen, dass einige der Befragten ihr eigenes Unternehmen in der ambulanten oder Tagespflege führen und damit die letzte – auch wirtschaftliche – Verantwortung tragen. Solche Befragten betonen die Vorbildfunktion (zum Beispiel bei Ein-

schränkung von Freizeitkontakten), den Ärger über die Bürokratie: „Wenn Sie in zwölf Monaten 17 Coronaverordnungen kriegen, lesen Sie die nicht mehr, vor allem, wenn darin nur abgekürzte Hinweise stehen und Sie erst die alten Verordnungen im Volltext rausholen müssen, um zu schauen, was sich verändert hat. Die Zeit haben Sie gar nicht.“ Gleichzeitig ist ein gewisser Stolz auf das Leitungshandeln spürbar, zum Beispiel weil innerhalb von zwölf Stunden ein Pandemieplan auf die Beine gestellt wurde oder man erfolgreich Schutzmaterial beschafft und das Team ohne regelmäßige Meetings zusammengehalten hat. Den hohen Informations- und Kommunikationsbedarf teilen die Leitungspersonen in der Altenpflege mit denjenigen im Krankenhausbereich. Eine Person berichtet davon, dass sie oft mit Schaubildern gearbeitet habe, um die Änderungen zu vermitteln. Besonders auch die Teilzeitbeschäftigten zu erreichen, wurde als Herausforderung genannt.

Der Leiter einer stationären Altenpflegeeinrichtung sieht als gravierende Veränderung, dass das Leitungsteam coronabedingt „seit zwei Jahren immer im Dienst“ sei, um auf Coronatestmeldungen und Ad-hoc-Änderungen aus dem politischen Raum reagieren zu können. Im Grenzgebiet zu Frankreich seien die bürokratischen Aufwendungen zur Zeit der Grenzschließungen sehr hoch gewesen, damit Beschäftigte mit Passierscheinen dennoch zur Arbeit kommen konnten.

3.5.2 Ressourcen für das Leitungshandeln: Vernetzung und Träger von großer Bedeutung

Auf die Frage nach Ressourcen für eigenes Handeln fallen den Leitungspersonen sowohl gewährte und vorhandene Ressourcen wie auch ausbleibende Ressourcen ein. Schwierigkeiten mit der Belieferung von Schutzmaterial werden mehrfach genannt. Während einzelne Leitungspersonen über ausbleibende Unterstützung aus der Politik zu diesem Punkt berichten, gibt es vereinzelt positive Erfahrungen mit der Zusammenarbeit mit lokalen Unternehmen. So habe ein Chemiewerk angeboten, dass Pflegeeinrichtungen Desinfektionsmittel dort im großen Volumen umsonst abholen könnten. Später sei auch Schutzausrüstung vom Bundesinnenministerium eingetroffen, eine Einrichtung hat Masken vom Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt bekommen, deren Haltbarkeit bereits abgelaufen war. Insgesamt werden die Erfahrungen mit der Unterstützung durch die öffentliche Hand eher kritisch bewertet.

Die Leitung einer stationären Altenpflegeeinrichtung berichtet über sehr gute Erfahrungen mit der Verstärkung durch Bundeswehrpersonal. Sie wurde über ein Hilfegesuch des Oberbürgermeisters initiiert und habe „extrem geholfen“. Das Bundeswehrpersonal sei vor allem für Einlasskontrollen und Tests eingesetzt worden. Andere Einrichtungen, die versucht hätten, über die Heimaufsicht an Bundeswehrpersonal zu kommen, seien damit gescheitert.

Geholfen hat Leitungspersonen in erster Linie die gute Vernetzung vor Ort oder in der Region, da man mit anderen Einrichtungsleitungspersonen die Lage diskutieren konnte. Einige Leitende berichten von Unterstützung durch Stabseinheiten ihrer Träger, zum Beispiel beim Hygienemanagement, bei Krankenhäusern wird auch von der internen Expertise als Ressource gesprochen, mit der es „aus eigener Kraft“ zu schaffen war.

Leitungsteams sind coronabedingt „seit zwei Jahren immer im Dienst,“ um auf Coronatestmeldungen und Ad-hoc-Änderungen aus dem politischen Raum reagieren zu können.

Die Kontaktbeschränkungen haben nicht nur sozial belastende Wirkungen gehabt, sondern auch den (Reise-)Kalender mancher Führungskräfte entlastet und sind so teilweise als Ressource verstanden worden. Auch die eigene Fähigkeit, mit Belastungen umzugehen, wird als Ressource genannt:

»Bin es gewohnt, in unklaren Situationen zu handeln und mehr als das normale Maß zu leisten.«

So lautet die Auskunft einer Inhaberin eines Pflegedienstes. Zur Entspannung geben zwei Befragte an, dass Natur und Haustiere geholfen hätten.

3.5.3 Ressource Krisen-Coaching durch die BGW

Die BGW bot bereits Anfang April 2020 – und damit unmittelbar mit Beginn der Coronapandemie – ein Krisen-Coaching an. Das Angebot richtete sich an „Führungskräfte, Unternehmerinnen, Unternehmer und Personen in besonderer Verantwortung“ und bestand in bis zu „fünf kostenfreie(n) Coaching-Einheiten per Telefon oder Video“.[15] Drei der befragten Leitungspersonen haben zumindest Kenntnis von dem Angebot gehabt, es aber nicht in Anspruch genommen. Die anderen Personen haben keine Kenntnis gehabt oder es nicht thematisiert. Von denjenigen, die Kenntnis hatten, sagte eine Leitungsperson aus der stationären Altenpflege:

»Es war mir irgendwie zu weit weg.«

Sie verweist darauf, dass es auch regionale Angebote der Pflegekammer Rheinland-Pfalz in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz gegeben habe. Eine Leitungskraft aus dem Krankenhaussektor sagt:

»Ich habe davon Kenntnis gehabt, es aber nicht in Anspruch genommen. Ich habe mich gefordert, aber nicht überfordert gefühlt.«

Eine andere Leitungsperson aus dem Krankenhausbereich verweist ebenfalls auf das Angebot der Pflegekammer und der Therapeutenkammer in Rheinland-Pfalz.

Offenbar ist die begrenzte Zahl an Interviews hier keine ausreichende Basis für eine belastbare Einschätzung, in welchem Umfang das Krisen-Coaching von Leitungskräften in der Pflege als wertvolles Hilfsangebot wahrgenommen und in Anspruch genommen wurde. Die Interviews mit den Beraterinnen und Beratern der BGW, die am Krisen-Coaching mitgewirkt haben, belegen, dass es mindestens in den ersten neun Monaten eine hohe Nachfrage aus der Branche nach Coaching gegeben hat.

3.5.4 Leitungshandeln: Begleitung der Mitarbeitenden

Die Pflege war – zumindest vor Corona – stark von persönlichen Austauschbeziehungen zwischen Leitung und Beschäftigten gekennzeichnet. Daher berichten die meisten Leitungspersonen über große Veränderungen in der Kommunikation mit und Begleitung von Beschäftigten, weil größere Gesamtteamtreffen über lange Zeit nicht möglich waren. In der ambulanten Altenpflege erzählt eine Leitungsperson, dass sie selbst die täglichen Coronatests durchgeführt und die Zeit genutzt habe, um ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zuzuhören und ihnen Wegweisung zu geben. Diese Person ist – entgegen der bisherigen Praxis – auch dazu übergegangen, an jeder Team-

[15] Siehe https://paritaet-bw.de/leistungen-services/fachinformationen/06042020-bgw-krisen-coaching-video-oder-am-telefon, abgerufen am 25.3.2022.

sitzung teilzunehmen und damit „Präsenz“ zu zeigen. Eine andere Leitungsperson aus der ambulanten Altenpflege berichtet, dass es zwar längere Zeit keine Gesamtteamtreffen gegeben habe, aber die Begleitung der Beschäftigten auf die Mitglieder des Leitungsteams verteilt worden sei. So konnten auch infizierte Mitarbeitende im Pandemieplan der Einrichtung erfasst und durch die Einrichtung versorgt werden. Die Kommunikation habe sich stark in Richtung Telefonate und Präsenzgespräche unter Einhaltung der Schutzmaßnahmen verlagert.

In der stationären Altenpflege berichtet eine Leitungsperson, man habe auf kurze Informations- und Kommunikationswege gesetzt, tägliche Briefings und flache Hierarchien. Es sei darum gegangen, den Beschäftigten zu vermitteln, dass „wir sie nicht im Regen stehen lassen“, zum Beispiel in der Versorgung mit Schutzausrüstung, ferner um „große Transparenz“.

Die Leitungskräfte aus dem Krankenhaus sehen „die Attraktivität des täglichen Schaffens tendenziell reduziert, weil viele Fortbildungsveranstaltungen und Besprechungen nicht stattgefunden“ hätten. Erfolgskritisch sei es gewesen, dass die „Informationen die Leute erreichen“ und „die Besprechungen stattfinden, die gemacht werden müssen“. Es scheint, dass hier stark auf digitale Angebote zurückgegriffen wurde.

3.5.5 Leitungshandeln: Digitalisierung

Die Digitalisierung spielt für Leitungskräfte im Krankenhaus eine wichtige Rolle. Weil aber die Digitalisierung vor Corona vor allem für Dokumentation genutzt wurde, war die Kommunikation zu Beginn der Pandemie nicht ohne Weiteres über die vorhandenen Systeme darstellbar.

Eine Führungskraft berichtet davon, dass man einen datengestützten Messenger-Service auf allen Handys eingerichtet habe, auf dem ohne Verzug die Coronatestergebnisse aus dem eigenen Labor eingestellt wurden, sodass gegen Abend die Dienstgruppen geplant und die Kontaktlisten erstellt werden konnten. Zu Beginn der Pandemie habe man aber oft bis nachts „um zwei oder halb drei“ Kontaktlisten geschrieben. Anfangs hätten Stationsleitungen keine eigenen Computer mit Kamera und Lautsprecher gehabt, hier habe man digital „viel Lehrgeld“ gezahlt und auch die Personalentwicklung habe verändert werden müssen.

Das fehlende Videosystem wird von einer anderen Leitungskraft aus dem Krankenhausbereich bestätigt, hier musste nachgearbeitet werden. Auch die innerbetriebliche Fortbildung sei auf digitale Formate umgestellt worden. Ebenso in der psychiatrischen Klinik habe man begonnen, digital mit Patienten und Patientinnen zu arbeiten. Man habe ihnen zum Beispiel iPads zur Verfügung gestellt:

> *»Das war eine Herausforderung, hat aber geklappt.«*

Eine andere Leitungsperson aus dem Krankenhaussektor sagt, dass ihr Haus schon „so weit digital unterwegs war, eher als die kommunale Verwaltung“. Die Pandemie habe aber dem Homeoffice Vorschub geleistet:

> *»Ich glaube, dass in vielen Bereichen heute Homeoffice stattfindet, wo das vorher nicht der Fall war.«*

In der ambulanten Altenpflege berichten die Leitenden, dass ihre Einrichtungen bereits vor Corona digital „unterwegs“ waren. So gebe es mobile Leistungserfassungen und vollständige digitale Dokumentation mit

Smartphones. Auch Videokonferenzen seien direkt möglich gewesen. Man sah sich im Vergleich zu Stadt und Behörden „besser aufgestellt“. Der Leiter einer stationären Altenpflegeeinrichtung berichtet, wie seine Klientel durch mobile Endgeräte zumindest teilweise soziale Kontakte aufrechterhalten konnte. Als Herausforderung habe sich die digitale Verwaltung der impfwilligen Bewohnerinnen, Bewohner und Mitarbeitenden über eine Plattform erwiesen.

3.6 Auswirkung von Corona auf die Einrichtungen

3.6.1 Gemischte Erfahrungen bei Finanzen, Nachfrage, Kapazitäten und Personal

Die Leitungskräfte sprechen mit Blick auf die Einrichtungen vor allem über Finanzen, Nachfrage und Kapazitäten, Resilienz und Personal. Der Leiter eines ambulanten Pflegedienstes gibt an, am Anfang Patientinnen und Patienten verloren zu haben. Viele Angehörige hätten gesagt: „Wir machen das jetzt selbst“, weil sie niemand Fremdes mehr im Haus haben wollten. Gleichzeitig habe es eine starke Ad-hoc-Nachfrage gegeben, weil viele osteuropäische Pflegekräfte in ihre Heimatländer zurückgegangen seien. Er konstatiert: „Ich hätte meinen Pflegebetrieb deutlich vergrößern können.“

Verluste aufgrund von Mehrkosten für Coronatests wurden nicht kompensiert.

Beim Thema Finanzen sind die Erfahrungen gemischt. Der „Rettungsschirm für die Pflege“ wird mehrfach als wichtiges Stabilisierungsinstrument dargestellt.[16] Die Tücken liegen allerdings im Detail. Die Inhaberin eines ambulanten Pflegedienstes berichtet, dass die Mehrkosten zwar grundsätzlich aufgefangen werden konnten, die Umsatzeinbußen in der Tagespflege aber nur bedingt kompensiert wurden, weil ein Referenzmonat vorgegeben war, in dem die Einrichtung eine unterdurchschnittliche Auslastung hatte (ein vergleichbares Problem hatten potenziell auch die Soloselbstständigen). Eine andere Leitungsperson der ambulanten Pflege sieht finanzielle Einbußen durch Coronatests im Bereich der Wohngemeinschaften. Diese 70.000 Euro Verluste seien nicht kompensiert worden, man habe sich aber entschieden, trotzdem zu testen, „und das auf unsere Kappe genommen“. Im Krankenhausbereich war die finanzielle Situation bereits vor Corona teilweise angespannt. Eine Leitungskraft berichtet, man habe an einem Plan zur Haushaltskonsolidierung gearbeitet. Handlungsschritte hätten aber wegen Corona nicht umgesetzt werden können. Der Rettungsschirm habe dazu geführt, dass sich kein „unmittelbarer finanzieller Schaden“, sondern eine „schwarze Null“ ergeben habe. Die Leitungsperson einer psychiatrischen Klinik berichtet ebenfalls davon, dass die Einrichtung zunächst unter dem Schutzschirm refinanziert wurde, aber später herausgenommen wurde. Das habe Ängste ausgelöst. Man habe aber mit großer Anstrengung den Sollkorridor bei der Patientenzahl erreicht. Andere psychiatrische Kliniken gingen „mit Last aus der Pandemie“. Eine weitere Leitungsperson hat keine detaillierten Informationen über die finanziellen Auswirkungen von Corona und sieht es noch als zu früh an, eine Bilanz zu ziehen. Es sei abzuwarten, wie künftige Vorschriften und Regulierungen sein würden.

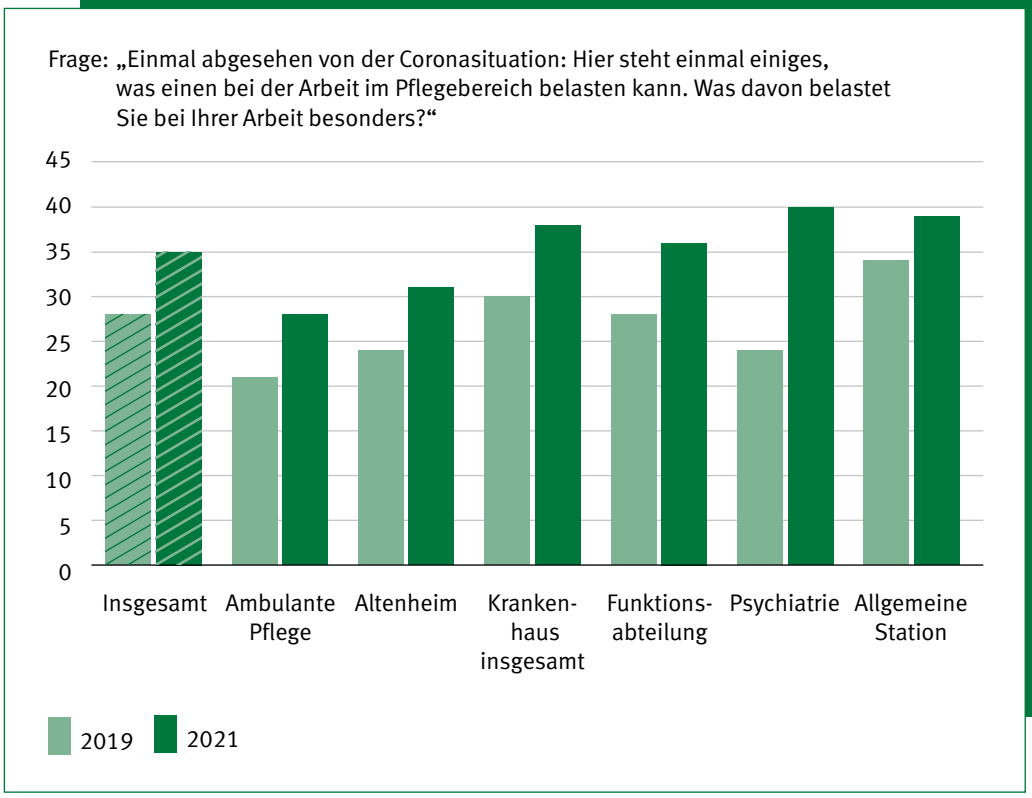
Vereinzelt verknüpfen die Leitungspersonen die Erfahrungen der Coronapandemie mit einem Zuwachs an Kompetenzen in den Einrichtungen. Das betrifft das Personal in der Krankenpflege, welches Weiterbildung genutzt hat, um als Hilfskräfte in der Intensivpflege einsetzbar zu sein. Der Leiter einer stationären Altenpflegeeinrichtung

16) Vgl. zum Beispiel https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1006272.jsp, abgerufen am 25.3.2022.

sieht den Kompetenzzuwachs vor allem durch die Erfahrungen in der Pandemiezeit gegeben. So habe man, als es parallel zu Corona einen Norovirus-Ausbruch gegeben habe, beides managen können, weil die Beschäftigten gelernt hätten, in Vollschutz zu arbeiten. Zudem habe Corona die Fehlerkultur gefördert und Dankbarkeit für Feedback und Achtsamkeit wachsen lassen. In der ambulanten Altenpflege wird nicht von vergleichbaren Kompetenzzuwächsen berichtet.

Mit Blick auf die Personalausstattung der Einrichtungen sehen die Leitenden der ambulanten Pflegedienste keine Neigung zum „Pflexit“, also dem Ausstieg aus der Pflege. Dagegen berichten Leitungspersonen im Krankenhaussektor von einer Verschärfung des Personalmangels. „Wir hatten noch nie so viele Kündigungen wie im letzten Jahr.“ Eine Person berichtet zudem von zunehmenden Problemen, nicht medizinisches Personal zu gewinnen. In der psychiatrischen Einrichtung wird eine hohe Fluktuation, vor allem auf den Akutstationen, beobachtet. Dazu gehört auch ein Trend zur Arbeitszeitverkürzung, was die Leitungsperson auch als eine Art „Flucht aus dem Beruf“ ansieht. In der ambulanten Betreuung von Patienten und Patientinnen sei die Zufriedenheit aufgrund von mehr wahrgenommener Autonomie höher. Insgesamt verweist die Leitungsperson aber auch auf die Ergebnisse einer Befragung der Pflegekräfte in der Psychiatrie, nach der die Berufszufriedenheit deutlich abgenommen habe: „Wir hatten abends das Gefühl, dass wir die Patienten nicht so behandelt haben, wie wir sollten und

Abbildung 20: „Dass ich den eigenen Ansprüchen an den Beruf nicht genüge“ in Prozent



Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 8213, 8268.

Basis: Mitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz.

könnten, weil man vieles, was man sonst tut, aus Pandemiegründen nicht mehr miteinander tun konnte."

In der Tat ist der Anteil der Beschäftigten in der Psychiatrie, die denken, ihren eigenen Ansprüchen nicht zu genügen, von 24 auf 40 Prozent gestiegen, so hoch wie in keinem anderen Bereich. Eine besondere Belastung der Einrichtung durch einen hohen Anteil von Pflegepersonal mit Long-Covid-Symptomen kommt in den Interviews dagegen nicht zum Ausdruck. Ähnliche Erfahrungen wie die Beschäftigten in der Psychiatrie hätten zumindest zu Beginn der Coronapandemie auch Beschäftigte der Intensivstationen gemacht: „Man konnte nicht viel machen außer beatmen und umdrehen, es gab keine Medikamente, man musste ja im Grund manchmal zusehen, wie es den Leuten schlechter ging, wie die dann auch gestorben sind." Es war mehr Intensivpersonal da als Patientinnen und Patienten.

3.6.2 Einschätzung der Medienberichterstattung über die Einrichtungen

Die Medienberichterstattung über die Einrichtungen in der Coronazeit sehen die befragten Leitungspersonen äußerst ambivalent. Durch Ankündigungen und Versprechungen sei am Anfang Hoffnung geweckt worden, die später in Enttäuschung umgeschlagen sei, berichtet die Leitungsperson eines ambulanten Pflegedienstes. Eine Leitungsperson aus der ambulanten Pflege konstatiert: „Auf die Pflege wird nur geschaut, wenn sie benötigt wird", es habe keine nachhaltige Veränderungin der Wahrnehmung der Wichtigkeit von Pflege gegeben. Kritische Berichte wie der Wallraff-Report[17)] werden als „Schlammschlacht" wahrgenommen und etwas resigniert kommentiert: „Es trägt auch jeder mit, keiner möchte für adäquate Pflege bezahlen." Man sieht es tendenziell kritisch, wenn jemand aus der Ärzteschaft zur Situation in der

17) https://www.rtl.de/cms/undercover-in-pflegeheimen-team-wallraff-deckt-das-wuerdelose-geschaeft-mit-alten-menschen-auf-4915934.html, abgerufen am 25.03.2022.

Pflege zitiert wird: „Die Pflege muss einfach auch selbst gehört werden.“ Auch eine dritte Leitungsperson aus der ambulanten Pflege sieht keine Veränderungen des Images der eigenen Einrichtung. Man wünsche sich eine Berichterstattung, die nicht nur zwischen den Extremen schwanke, sondern einen regelmäßigen Austausch, auch zum Thema Bezahlung. Es verdiene ja nicht jeder schlecht in der Pflege, aber es gebe auch Einrichtungen, die gerade einmal Mindestlohn zahlten. Aber das anspruchsvolle Berufsfeld solle breiter dargestellt werden, damit nicht der Eindruck entstehe, „in der Altenpflege wird immer nur der Arsch abgeputzt und im Krankenhaus haben sie es nur mit Intensivpatienten zu tun“. Die Altenpflegerin im Altenheim oder im ambulanten Bereich habe manchmal viel mehr Verantwortung als die Pflegekraft im Krankenhaus: „Dass man einmal darstellt, wie das ist, wenn man allein in eine Wohnung kommt und da liegt jemand auf dem Boden und muss reanimiert werden und ich kann nicht auf den Knopf drücken und es kommen drei Ärzte.“

Die Meinung zu den zahlreichen Expertenzitaten in den Medien ist gespalten und rangiert von „hilfreich“ über „hat zum Ende keinen großen Mehrwert mehr gebracht“ bis hin zu „inflationär“. Eine Leitungsperson aus dem Krankenhaus kritisiert, man habe Mediziner wie den Virologen Drosten immer nach faktischen Themen wie der Entwicklung der Inzidenz gefragt, die Pflegenden auf den Intensivstationen aber nach ihren Befindlichkeiten, Emotionen und Katastrophen. Eine andere Leitungsperson sieht auch die Virologen-Zitate „eher als politisierenden Faktor“. Aber der Effekt der Medien sei in jedem Fall gewesen, dass dem Thema eine hohe Priorität zugeschrieben wurde.

3.6.3 Lehren aus Corona für die Einrichtungen

Welche Lehren ziehen die Leitungskräfte für sich und ihre Einrichtungen aus den Erfahrungen der Coronapandemie? Sie spannen einen weiten Bogen und nennen unter anderem:

- Bei der Bevorratung mit Schutzmaterial sind mehr Transparenz und ein verbessertes Management nötig.
- Es sollte mehr Unabhängigkeit von den globalen Märkten bei der Versorgung mit Schutzgütern geben. In ähnlichen Fällen sollten „Trittbrettfahrer“ aus dem Markt herausgehalten werden.
- Im Sinne von Best Practice ist – über die lokale/regionale Ebene hinaus – mehr Austausch (was hat gut und was hat nicht gut funktioniert?) auf Bundesebene wünschenswert.
- Das Empfinden für Kommunikation bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist zu stärken.
- Auf allen Ebenen sollte nach dem Prinzip gehandelt werden, dass Menschen keine Maschinen sind und am liebsten in guten, funktionierenden Teams zusammenarbeiten.
- Führung in der Krise braucht Kommunikation auf Augenhöhe: weniger Institution, dafür mehr Flexibilität.
- Die Gesundheitsförderung der Beschäftigten auf Einrichtungsebene ist über Finanzzuschüsse hinaus zu unterstützen, zum Beispiel durch die Entwicklung gemeinsamer Angebote.
- Es ist das Wissen entstanden: „Es geht nur im Team“ und „Führungskräfte haben Vorbildcharakter“.

- Das Problem der Nachwuchssicherung ist trotz der Eingriffe der Gesundheitspolitik noch nicht gelöst.
- Zur Einforderung von politischen und berufspolitischen Rechten braucht die Pflegekammer ein besseres Standing.
- Pflegende sollten endlich als „systemrelevante Berufsgruppe“ verstanden werden, ohne die eine Gesellschaft nicht auskommt. Dieses dürfe nicht nur unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten gesehen werden.
- Die Vergütung von Pflegeleistungen ist nachhaltig zu verbessern.
- Es gilt, die Unternehmensresilienz regelmäßig zu prüfen.

3.7 Empfehlungen an die BGW

Die Befragten äußern sich wertschätzend über die Arbeit der BGW in den Bereichen Berufsgesundheit und Prävention. Mit Blick auf Empfehlungen oder Wünsche für die künftige Arbeit der BGW werden ganz unterschiedliche Aspekte genannt. Eine Einrichtungsleitung der ambulanten Altenpflege fände es „charmant“, wenn die BGW „ihre guten Angebote mehr publik manchen“ würde und wenn „man sich nicht die Infos alle zusammensuchen müsste, das geht leider sonst im Alltag unter“. Eine andere Einrichtungsleitung aus der ambulanten Altenpflege lobt, dass die BGW bereits „vieles mit grafischen Darstellungen macht“, und sie fragt sich, ob die BGW in der Lage wäre, die entsprechenden Verordnungen grafisch herunterzubrechen“, was die Politik offenbar nicht leisten könne. Dieser Wunsch resultiert aus den Schwierigkeiten während der Coronapandemie, bei den immer neuen Verordnungen den Überblick über die wesentlichen Elemente und die Veränderungen zu behalten und dies auch in gut verständlicher Form an die Beschäftigten zu kommunizieren. Man kann sich hierzu Kooperationen in Arbeitskreisen mit der BGW vorstellen.

Diese Leitungsperson würde sich auch Unterstützung bei der Gesundheitsförderung der Beschäftigten wünschen:

> *»Was könnten wir mit den Mitarbeitern machen, damit sie das Gefühl haben, einen Ausgleich nach der Arbeit zu haben?«*

Von den Leitungspersonen aus dem Krankenhaussektor kommen ebenfalls verschiedene Wünsche und Anregungen. Da geht es zum einen um Zahlen:

> *»Ich finde es gut, wenn die BGW wirklich das Thema Statistik und Erhebung der Zahlen forciert. Wir merken: Ohne faktische Zahlen kommen wir nirgendwo an.«*

Man kann sich auch noch mehr Input zur „psychischen Belastung der Pflegenden oder Arbeiten unter schwierigen organisatorischen Bedingungen“ vorstellen, aber auch eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie sich das Thema Gewalt in der Coronapandemie entwickelt hat.

Die Leitungsperson aus dem Bereich psychiatrischer Kliniken lobt die bestehenden Möglichkeiten. So gebe es bereits viele gute und unkomplizierte Angebote. Dazu gehöre zum Beispiel, dass Mitarbeitende, wenn sie traumatisiert sind, direkt und ohne viel Aufwand zur Therapie gehen könnten. Man wünscht sich noch mehr Angebote im

Bereich Deeskalationsmanagement, vor allem mehr Angebote für Mitarbeitende, die „präventiv stressentlastend“ wirken und „Bewältigungsstrategien stärken“. Eine andere Leitungsperson aus dem Krankenhaussektor wünscht sich eine Initiative der BGW zu Long Covid.

3.8 Weitere Anmerkungen zum Thema Berufsgesundheit

Die Leitungspersonen aus der Krankenpflege bringen zwei weitere Themen zur Berufsgesundheit auf die Agenda, die sie zukünftig für wichtig halten: eine Öffnung der Debatte über Berufsgesundheit in der Pflege gegenüber der Gesellschaft, was auch mit der Haltung der Gesellschaft gegenüber der Berufsgruppe zu tun habe. Und die systematische Entwicklung altersangepasster Arbeit im Gesundheitswesen angesichts der nun erreichten Belastungsgrenzen für die Babyboomer, die in der Pflege beschäftigt sind.

3.9 Empfehlungen an die Politik

In den Interviews mit den Leitungspersonen wurde nicht nach einem strukturierten Feedback zum politischen Handeln im Hinblick auf Corona-Erfahrungen gefragt. Trotzdem gab es Anmerkungen, die für künftige Politikgestaltung wichtig sein können. Im Rahmen des Pandemiegeschehens entstand bei manchen Einrichtungen der Eindruck, dass sie bei Regulierungen „durchs Raster fallen“. So war eine Leitungsperson aus dem ambulanten Pflegebereich für organisierte Wohnformen in Wohngemeinschaften zuständig. Diese Formen seien nicht berücksichtigt worden: „Man musste so ein bisschen sein Eigenes machen.“ Man hätte sich auch gute, grafisch aufbereitete Informationen gewünscht, sodass nicht jede Einrichtung „sich mit Paragrafen herumschlagen“ müsse.

Im Krankenhausbereich wurde die Aussetzung von Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen als „unbürokratische Entlastung“ verstanden; die Impfdokumentationen seien aber die „Hölle“ gewesen. Insgesamt sei eine deutliche Entbürokratisierung des Gesundheitswesens nötig und ein Ende der „Misstrauenskultur“, in der man sich ständig nur damit beschäftige, Leistungen nachzuweisen, die man bringe, und ob sie angemessen seien und refinanziert würden.

4 Befragung von BGW-Expertinnen und BGW-Experten

> *»Irgendwann ist der Akku leer und man merkt, dass die Leute langsam nicht mehr können.«*
>
> BGW-Expertin

Den meisten Beschäftigten liegt es am Herzen, eine gute Pflege zu leisten und ausreichend Zeit für Pflegevorgänge und soziale Interaktion zu haben. Hier hat die Coronapandemie nach den Beobachtungen der Expertinnen und Experten der BGW eine ganze Reihe an Herausforderungen mit sich gebracht: Kontaktbeschränkungen, erhöhter Verwaltungsaufwand, Verdichtung von Aufgaben, zum Beispiel durch Zugangskontrolle, Hygienevorschriften oder Tests und nicht zuletzt die Erfahrung von Ohnmacht und Schuldgefühlen bei Infektionsausbrüchen sowie erhöhte Sterbezahlen in ihrer Klientel.

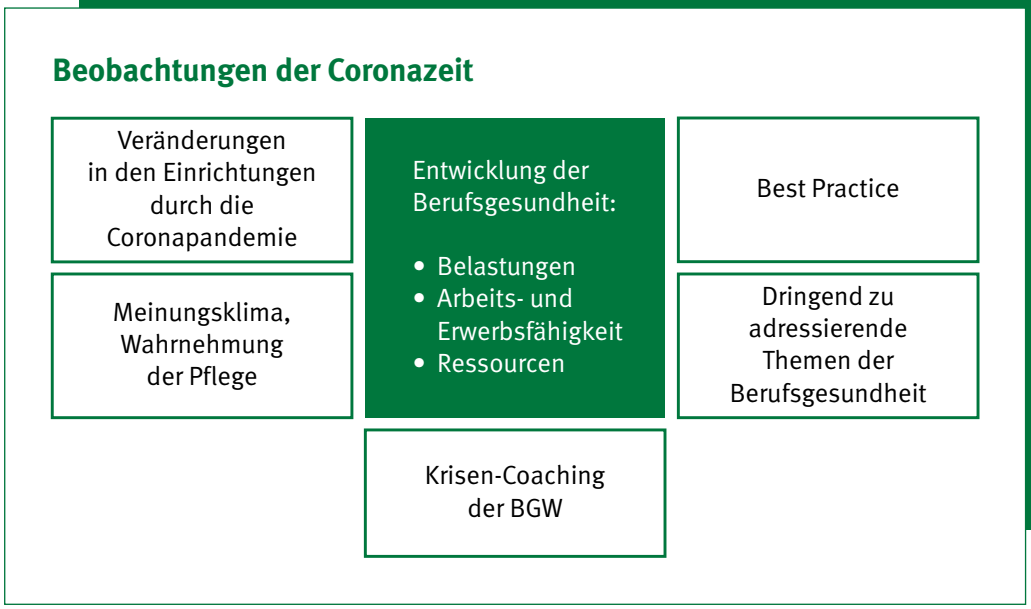
4.1 Methode und Einordnung der Interviews

Die Befragung von Mitgliedern der Pflegekammer Rheinland-Pfalz und die qualitativen Interviews mit Leitungskräften aus der Alten- und Krankenpflege werden komplettiert durch die mehr systemische Sichtweise von Beraterinnen und Beratern sowie Aufsichtspersonal der BGW. Deren Befragung in Form qualitativer Interviews wurde zu einem ähnlichen Zeitpunkt durchgeführt wie die leitfadengestützten Interviews mit den Leitungspersonen im März und April 2022. Die befragten Personen haben zum Teil bereits mehrere Jahrzehnte Berufserfahrung und Einsichten in die Alten- und Krankenpflege. Fünf der sieben Befragten sind als externe Beraterinnen und Berater für die BGW tätig, zwei als Angestellte in Produktberatung und Aufsicht. Die Interviews dauerten zwischen 40 und 65 Minuten, wurden transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet. Nicht alle Befragten hatten aktuelle Einblicke in alle verschiedenen Einrichtungsformen der Alten- und Krankenpflege.

Für die Kategorienbildung der Aussagen hat es sich im Nachgang als sinnvoll herausgestellt, folgende Einrichtungsarten vergleichend zu betrachten:

- Pflege, allgemein
- Altenpflege, allgemein

Abbildung 21: Schematische Abbildung der Befragungsfelder



Quelle: eigene Darstellung.

- ambulante Altenpflege, betreutes Wohnen, Tageseinrichtungen
- stationäre Altenpflege
- Krankenpflege

Gesprochen wurde über die Veränderungen in den Einrichtungen durch die Coronapandemie, die Auswirkungen auf die Berufsgesundheit in Form von Belastungen, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und Ressourcen. Die Expertinnen und Experten äußerten sich zum wahrgenommenen Meinungsklima und dessen Auswirkungen. Ein weiterer Schwerpunkt war die Frage nach Best-Practice-Erfahrungen. Am Krisen-Coaching der BGW, das für Leitungspersonen aus den versicherten Branchen angeboten wurde, wirkten einige der Befragten mit – als Beteiligte in der Beratung oder in der Koordination. Welche Themen dabei zur Sprache kamen, wie das Angebot genutzt wurde und welches Echo die Leitungspersonen dazu gaben, war der vorletzte Gesprächspunkt, bevor am Ende des Interviews noch offen die Frage nach weiteren Aspekten der Berufsgesundheit in der Alten- und Krankenpflege thematisiert wurde.

Es ist auch hier bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass es sich um Beobachtungen und Wahrnehmungen aus der Praxis handelt. Diese sind nicht repräsentativ, einerseits wegen der beschränkten Zahl der Gespräche, andererseits, weil möglicherweise Beraterinnen und Berater gerade zu solchen Einrichtungen gerufen wurden, die außerordentlich problematische Erfahrungen gemacht haben, oder zu solchen, die ohnehin regelmäßig Gebrauch von den entsprechenden Möglichkeiten machen und damit eventuell einen überdurchschnittlichen Fokus auf Berufsgesundheit und gesunde Führung legen.

4.2 Ergebnisse in der Übersicht

In den Interviews mit den sieben Expertinnen und Experten der BGW kam ein breites Spektrum an Themen zur Sprache. Sie lassen sich grob in fünf Bereiche untergliedern und betreffen die Pflegepraxis, das Team,

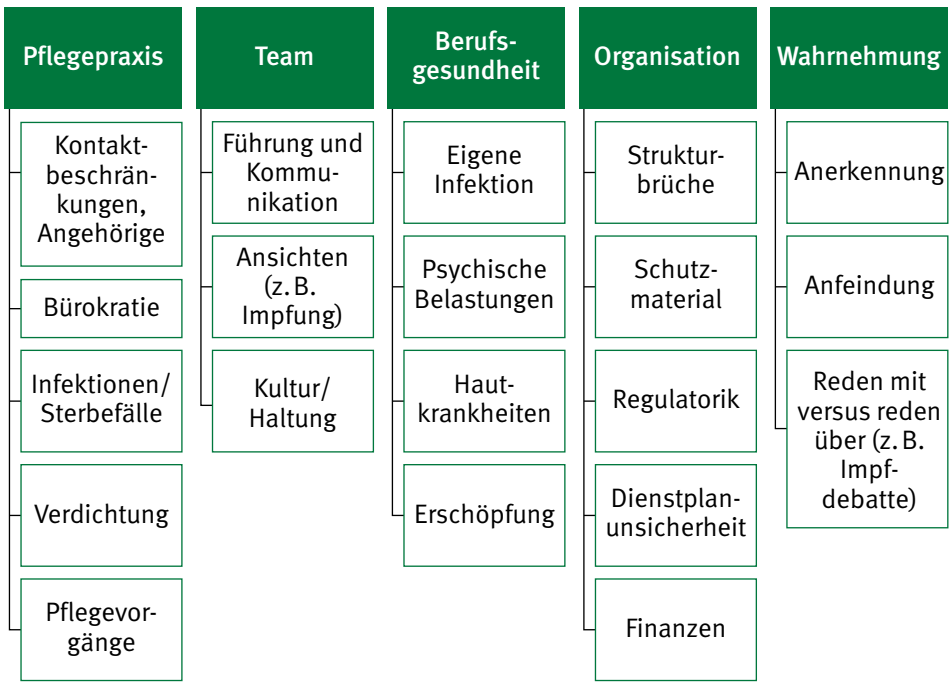
die Berufsgesundheit, die Organisation und die Wahrnehmung (Selbst- und Fremdbild).

Im Hinblick auf die Pflegepraxis liegt es den meisten Beschäftigten am Herzen, „gute Pflege“ zu leisten. Aus Sicht der Pflegenden bedeutet das: ausreichende Zeit für die Pflegevorgänge und die soziale Interaktion sowie die notwendigen Hilfsmittel, um wirkungsvolle Pflege leisten zu können. Hier hat die Coronapandemie nach den Beobachtungen der Expertinnen und Experten eine ganze Reihe an Herausforderungen mit sich gebracht: die Kontaktbeschränkungen für Angehörige und teilweise auch untereinander in stationären Einrichtungen; die Umsetzung der Bürokratie, die zum Beispiel mit erhöhtem Verwaltungsaufwand einhergeht, mit entsprechend geringerer Zeit für die eigentliche Pflege; die Verdichtung von Arbeitsvorgängen, die damit im Zusammenhang stehen: in der Zugangskontrolle oder Hygienevorschriften oder Tests; die Veränderungen in den Pflegevorgängen durch zum Beispiel erheblich mehr Schutzbekleidung, die Erfahrung von Ohnmacht und Schuldgefühlen bei Infektionsausbrüchen sowie erhöhte Sterbezahlen in ihrer Klientel aufgrund von Vereinsamung.

Die Beobachtungen zum Team – einer wesentlichen Ressource für Berufsgesundheit und Freude am Beruf im sozialen Bereich – betreffen Aspekte wie Führung und Kommunikation, Umgang mit unterschiedlichen Ansichten, die Frage nach Unternehmens-/Betriebskultur und Haltung. Insgesamt sind vielfältige Störungen der Teamarbeit beobachtet worden, zum Beispiel durch Reduktion und Ausfall von Präsenzmeetings, Abgrenzung von Arbeitsbereichen, Umgruppierung von Personal, aber auch Führungskräfte, die „abgetaucht“ sind. Wo problematische Haltungen oder Einstellungen zu Kolleginnen und Kollegen oder der Führung vor Corona existierten („toxische“ Beschäftigte), haben sich die Probleme verschlimmert. Gleichzeitig werden Einrichtungen geschildert, die ihre

Abbildung 22: Befragungsergebnisse BGW-Fachleute in der Übersicht

Quelle: Media Tenor.



Führung und Teams in der Coronazeit erfolgreich weiterentwickelt haben und daraufhin sogar Blindbewerbungen von außen erhalten haben.

Bei Aspekten der Berufsgesundheit wurde vor allem über psychische Belastung und Erschöpfung gesprochen, aber auch über zahlreiche Corona-Infektionen von Beschäftigten, viele mit schwerem Verlauf und lang anhaltenden Folgen. Außerdem wurde beobachtet, dass sich Hauterkrankungen gehäuft und verschlimmert haben.

Gravierende Veränderungen in den Abläufen haben die BGW-Expertinnen und -Experten vor allem im Krankenhaus beobachtet, wo Coronastationen aufgebaut und andere Stationen abgebaut wurden. Die Belastungssituation für das Personal sei entsprechend sehr ungleich gewesen. Bei nicht wenigen Einrichtungen habe es einen Mangel an Schutzausrüstung in der ersten Phase der Pandemie gegeben. Bei nahezu allen Einrichtungen haben die BGW-Fachleute Schwierigkeiten in den Abläufen bei der Umsetzung der behördlichen Anordnungen wahrgenommen. Diese hätten quasi Dauerbereitschaft von Leitungspersonal verlangt und Ruhezeiten zum Teil unmöglich gemacht. Besonders in den stationären Einrichtungen der Pflege wird eine stark gewachsene Dienstplanunsicherheit beobachtet, bei manchen Einrichtungen auch finanzielle Sorgen.

4.3 Veränderungen in den Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege

Die Auswirkungen der Coronapandemie auf die Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege werden von den befragten Expertinnen und Experten teilweise mit drastischen Worten geschildert, man gewinnt den Eindruck, dass sich in einigen Einrichtungen die bereits vor der Pandemie vorhandenen Probleme, zum Beispiel aufgrund von Personalmangel, massiv verschärft haben. Daneben werden aber auch Betriebskultur- und Haltungsprobleme wahrgenommen.

Altenpflege: „traumatische Erfahrungen“, „Freiheitsberaubung“, verzweifelte Angehörige und Coronarestriktionen als Mittel zur eigenen Entlastung

Die Kontaktbeschränkungen werden in den Einrichtungen der Altenpflege mehrfach als „größte Veränderungen“ bezeichnet, mit gravierenden Folgen für Klientinnen und Klienten. So hätten Bewohnerinnen und Bewohner ihre Zimmer nicht mehr verlassen dürfen, auch wenn sie dazu noch in der Lage waren. Es wird von verschlossenen Türen beim betreuten Wohnen berichtet, was eine Befragte als „Freiheitsberaubung“ bezeichnet. Über solche Fragen sei es zu heftigen Auseinandersetzungen in den Teams gekommen, zwischen Mitarbeitenden und zwischen Beschäftigten und der Leitung. Manche Mitarbeitende hätten gesagt: „Hurra, das brauchen wir“, andere: „Das können wir nicht tun.“ Eine Befragte berichtet, dass sie in mehreren stationären Einrichtungen der Altenpflege von Beschäftigten ein Echo bekommen hat wie:

> *»Corona ist ja eigentlich gar nicht so schlecht – die Angehörigen stören nicht.«*

Es habe sich eine gewisse „Destruktivität“ in der Haltung gebildet, die aus der Perspektive von Bewohnerinnen, Bewohnern und Angehörigen „nicht sehr wertschätzend“ war. Man habe Einrichtungen beobachtet, welche die Coronarestriktionen möglichst lange aufrechterhalten haben. Es habe aber auch Einrichtungen gegeben, die „jeden nur möglichen Weg gesucht haben“, um wieder zu einem halbwegs normalen Betrieb zu

Die Coronapandemie hat nach den Erkenntnissen der BGW-Expertinnen und -Experten keine dauerhafte Verbesserung in der öffentlichen Anerkennung der Pflege gebracht, was auch von den Betroffenen in den Einrichtungen so gespiegelt werde. Teilweise sieht sich das Personal in der ersten Phase als „Risikoperson“ stigmatisiert, später auch in der „Impfdebatte“.

kommen, also Bewohnerinnen und Bewohnern Sozialkontakte zu ermöglichen und Angehörige einzubeziehen. Eine der Befragten hat während der Coronapandemie zeitweise als Aushilfe beim Gesundheitsamt in der Kontaktnachverfolgung und am „Sorgentelefon“ gearbeitet. Sie berichtet von verzweifelten Angehörigen, die Wege gesucht hätten, ihre Angehörigen in den Einrichtungen der Altenpflege sehen zu können. Zu Abschottung und Besuchsverboten gehörte, dass viele Klientinnen und Klienten aus ihren gewohnten sozialen Zusammenhängen herausgerissen worden seien.

Neben diesem großen Thema Kontakteinschränkung haben die Befragten noch weitere Beobachtungen über die Corona-Auswirkungen auf die Einrichtungen der Altenpflege geäußert. Eine davon betrifft die Auswirkung des Tragens von Schutzmasken: Personen mit Einschränkungen hätten dadurch Gestik und Mimik nicht mehr gut „lesen“ können. Dies sei auch für das Personal schwierig gewesen, weil weniger menschliche Nähe vermittelt werden konnte. Eine zweite Beobachtung betrifft die Auswirkungen von Corona-Infektionswellen in den Einrichtungen der Altenpflege: Einige Häuser hätten mit „massivem Covid-Befall“ zu tun gehabt, bis dahin, dass man „nicht mehr wusste, wohin mit den Toten“, einige Häuser „hatten die Bundeswehr drin“. Aus einer Altenpflegeeinrichtung sei „eine Mischung aus Intensivstation und Hospiz“ geworden. Das seien „traumatisierende Erfahrungen“ gewesen.

Sowohl in Einrichtungen der stationären wie auch der ambulanten Altenpflege haben die befragten BGW-Expertinnen und -Experten erlebt, dass „Leitungen große Schwierigkeiten hatten, ihre Teams noch zu erreichen“. Eine Person reflektierte ausführlicher über die verschiedenen Stressfaktoren für die Einrichtungen in der Altenpflege aufgrund der Coronapandemie:

(1) Verschärfung der Personalknappheit aufgrund von Faktoren, die man nicht kontrollieren kann
(2) starke Veränderungen in der internen Kommunikation durch Wegfall von Präsenzbesprechungen und Absonderungen/Vereinzelung innerhalb der Einrichtungen, vor allem in der Frühphase fehlende digitale Kommunikationsmittel
(3) Mitarbeitende sind „fragiler“ geworden.
(4) Probleme mit der Beschaffung persönlicher Schutzausrüstung (PSA) in der ersten Phase, später Probleme mit der Beschaffung von Coronatests
(5) erheblicher zusätzlicher Organisationsaufwand, zum Beispiel durch Impfungen, teilweise auch große Sorgen im Vorfeld der politisch initiierten einrichtungsbezogenen Impfflicht

Auch wenn sich daraus nicht ableiten lässt, wie häufig solche Negativerfahrungen gemacht wurden, und es möglicherweise einen „negativen Bias“ in der Erinnerung gibt, so lassen doch diese Erfahrungen aufhorchen. Eine aufmerksame Verfolgung der Frage, ob es durch Corona Veränderungen in Einstellungen und Haltungen bei den Beschäftigten gegeben hat, die mit Risiken für eine gute Betreuung und Versorgung von Klientinnen und Klienten in Zukunft einhergehen können, scheint empfehlenswert.

Krankenpflege: Corona teilt Krankenhäuser in Parallelwelten

Im Hinblick auf die Auswirkungen der Coronapandemie auf Einrichtungen in der Krankenpflege sehen die befragten BGW-Expertinnen und -Experten deutliche Unterschiede zwischen den Intensiv- und den Normalstationen und zwischen Krankenhäusern in betroffenen Ballungsgebieten und im weniger betroffenen ländlichen Raum. Auf den Intensivstationen wird eine „enorme Arbeitsbelastung“ wahrgenommen, unter anderem durch persönliche Schutzausrüstung, Schwitzen, Luftnot beziehungsweise

Sauerstoffmangel, weniger Pausen, höheren Patientendurchsatz und das Miterleben, dass mehr Menschen – auch junge Menschen – lange leiden mussten.

Auf den anderen Stationen beobachteten die Befragten viele Freistellungen und Umbesetzungen des Personals hin zu Corona- und Intermediate-Care-Stationen mit hohem Anforderungsgrad. Die Beschäftigten hätten sich nicht immer kompetent gefühlt, es sei der Eindruck von Kontrollverlust entstanden. Gleichzeitig gibt es aber die Beobachtung, dass die Beschäftigten im Krankenhaus mit Blick auf die Hygienevorschriften „schon ein bisschen besser aufgestellt" waren. Für etliche Krankenhäuser waren die Beschaffung und Bewirtschaftung von Schutzmaterial und Desinfektionsmitteln ein Problem. Eine Befragte berichtet von Leitungspersonen, die täglich Desinfektionsmittel nach Bedarf ausgaben, und von herausgerissenen Spendern in Krankenhäusern.

Mit Blick auf die normalerweise hoch strukturierten Abläufe in Krankenhäusern spricht eine Befragte von „maximaler disruptiver Veränderung" der Krankenhäuser hin zur Betreuung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten. Beschäftigte hätten sich seit Jahren auf einmal auf einer anderen Station wiedergefunden, die „ganze Organisation" habe jetzt zusammengearbeitet, auch solche, die vorher „nie zusammenarbeiten wollten". Mit hoher Unsicherheit verbunden war auch der plötzliche Wegfall elektiver Behandlungen in Krankenhäusern, der zum Teil auch finanzielle Belastungen für die Einrichtungen mit sich brachte.

Von der „Schockstarre" in den alltäglichen Umgang mit Ungewissheit

Zwei Befragte äußerten sich allgemeiner über die Auswirkungen der Coronapandemie auf die Einrichtungen der Pflege insgesamt. Die Einrichtungen hätten dabei verschiedene Stufen durchlaufen:

(1) Schockstarre
(2) Materialsuche
(3) Umsetzung der Vorgaben auf betrieblicher Ebene: Krisenstäbe, Task Forces, Umstrukturierungen
(4) Routine in den Umgang mit Ungewissheit bringen
(5) Führungsverhalten weiterentwickeln

Ähnlich wie in der übrigen Gesellschaft ist der Corona-Ausbruch zunächst als Schock erlebt worden. Erfahrungen im Interview mit den Leitungspersonen, dass zumindest einzelne Einrichtungen vorausschauend gehandelt haben („Pandemieschrank", Bestellung zusätzlicher Schutzausrüstung bereits im November/Dezember 2019), scheinen demnach die Ausnahme gewesen zu sein.

Die Verfügbarkeit von Schutzausrüstung wurde von den Einrichtungen insgesamt als problematisch erlebt, auch wenn es wohl Unterschiede von Betrieb zu Betrieb gab. Hier kann auch auf die Ergebnisse der Pflegekammer-Mitglieder zurückgegriffen werden: Jeder zweite Befragte bezeichnet den „Mangel an Schutzausrüstung" als etwas, was ihn oder sie „besonders belastet" habe. Nach Tätigkeitsbereichen gegliedert:

- 55,7 Prozent in der ambulanten Pflege
- 53,3 Prozent im Krankenhaus
- 38,5 Prozent im Altenheim

In der Intensivpflege nennen sogar 59,6 Prozent der Befragten den Mangel an Schutzausrüstung „sehr belastend". So werden die Beobachtungen der Befragten durch die Erfahrungen „von der Basis" bestätigt. Die Umsetzung der Vorgaben mit Blick auf Coronapatienten-Kapazitäten, Hygieneregeln und Ähnliches hat bedingt, dass die Einrichtungen der Pflege „eine Logistik dafür" herstellten, dazu gehörten auch Krisenstäbe

und Kommunikationswege und die Definition von Zuständigkeiten. Das deckt sich mit den Befragungen des Leitungspersonals, die über die Einrichtung von Task Forces berichten oder darüber, dass Inhaberin, Inhaber oder Geschäftsführung nun täglich an (auch virtuellen) Teamsitzungen teilnahmen, um bei Bedarf steuernd eingreifen zu können.

Eine hohe Anforderung an die Organisation stellt auch dar, was eine BGW-Expertenstimme als „Ungewissheit im System“ bezeichnet: der kurzfristige Ausfall von Personal durch Infektion und Quarantänebestimmungen oder auch Probleme im Umfeld wie Schule (Homeschooling) und Einschränkungen in Kita-Verfügbarkeiten. In der zweiten Coronaphase habe der Personalausfall durch Corona-Erkrankungen und Belastungserkrankungen erkennbar zugenommen:

> *»Irgendwann ist der Akku leer und man merkt, dass die Leute langsam nicht mehr können.«*

Aus BGW-Sicht brachte die Pandemie einen Einbruch bei der Nachfrage nach Schulung zu Themen wie Gewalt, Aggression, Haut, Psyche, Rücken und Gefährdungsbeurteilungen sowie Fördermitteln. Dieser Weg wurde regelrecht von der Pandemie „abgehackt“, wie ein Befragter es wahrnimmt. Gleichzeitig habe das mitunter zur Frage geführt: „Wo ist die BGW eigentlich?"

4.4 Veränderungen der Berufsgesundheit der Beschäftigten

Nach diesen Eindrücken über die Auswirkungen der Coronapandemie auf die Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege sollen im folgenden Abschnitt die Einwirkungen auf die Berufsgesundheit des Personals detaillierter betrachtet werden. Dies geschieht in den Dimensionen „Belastung“, „Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“ und „Ressourcen“.

4.4.1 Belastung der Beschäftigten: Beschäftigte als „Prellbock“, Arbeitsverdichtung, Unsicherheiten

Als Belastungsfaktoren für die Beschäftigten nennen die BGW-Expertinnen und -Experten eine ganze Reihe von Themen, die sich in folgenden Dimensionen abbilden lassen:

- Verfügbarkeit und Gebrauch persönlicher Schutzausrüstung bis hin zum Arbeiten unter Vollschutz
- Unsicherheit durch grundsätzliche Veränderungen der Organisation, teilweise auch finanzielle Sorgen
- Prellbock-Funktion des Personals im Zusammenhang mit Erwartungen von Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen, Bewohnern und Angehörigen
- Arbeitsverdichtung und Überstunden (zum Beispiel Zugangskontrollen, Tests, Impfungen, Personalausfälle)
- Personalausfälle/stark sinkende Dienstplanverlässlichkeit
- Ängste und Traumata
- psychische Belastung durch die Situation der Klientel (zum Beispiel erhöhte Zahl von Sterbefällen aufgrund von sozialer Isolation, ausgefallene Untersuchungen/Behandlungen)
- private Situation (Schule, Kita, Herausforderungen in Partnerschaften)

Die körperlichen Belastungen durch den Gebrauch der PSA werden für Beschäftigte sowohl in der Altenpflege wie auch in der

Krankenpflege als bedeutsam angesehen. Mit Ausnahme des Personals auf den Intensivstationen ist dies eine starke Umstellung für das Personal. Konkret wird unter anderem genannt, dass die Hebetätigkeiten in der Altenpflege unter Vollschutz oder mit FFP2-Masken deutlich anstrengender sind. Auch für Krankenhauspersonal haben die Belastungen durch den Gebrauch der Schutzausrüstung deutlich zugenommen. Besonders problematisch sei das bei Personen mit Vorbelastungen aufgrund von Asthma gewesen. Zumindest zum Beginn der Pandemie ist auch das Fehlen entsprechenden Schutzmaterials bei einigen Einrichtungen eine Belastung für die Beschäftigten gewesen, weil sie dadurch höhere Risiken eingegangen seien.

Die Umorganisation aufgrund von Corona betrifft etliche Einrichtungen gravierend, vor allem in der Krankenpflege und der stationären Altenpflege. Im Krankenhaus wurden manche Stationen vorübergehend geschlossen und die Beschäftigten auf die Coronastationen verlegt, teilweise auch als Hilfspersonal auf die Intensivstationen. In der Altenpflege kam es zu Belastungen, weil Essen in den Zimmern serviert werden musste, auch wenn die Betreffenden eigentlich noch in der Lage waren, an gemeinsamen Mahlzeiten teilzunehmen. Die räumliche Trennung von demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern sei besonders problematisch gewesen, weil hier kaum Einsicht in die Regelungen herzustellen war. Zudem entfiel das hilfreiche Miteinander durch den Einsatz von Angehörigen.

Vor allem in der Altenpflege berichten die BGW-Expertinnen und -Experten davon, dass sich das Personal wie „Gatekeeper“ oder „Prellböcke“ gefühlt habe. „Sie mussten Situationen abfangen, deren sie sich gar nicht Herr gefühlt haben.“ Im Zusammenhang mit Zugangskontrollen, Testpflichten und Bescheinigungen hätten Mitarbeitende häufig Menschen abweisen müssen, die ihre Angehörigen besuchen wollten. Im Krankenhaus sei das als etwas weniger belastend erfahren worden als in Einrichtungen der Altenpflege, weil dort die entsprechenden Kontrollen an der Pforte vorgenommen worden seien.

Weitere beobachtete Belastungsfaktoren sind Überstunden und Arbeitsverdichtungen. Konkret werden hier genannt: Zutrittsregeln für Angehörige, die damit nicht eingebunden werden konnten (Altenpflege), Überstunden durch Regelungen wie „Essen auf den Zimmern“, zusätzliche Organisationsaufgaben durch die Umsetzung von Vorschriften und Verordnungen, Zugangskontrollen, Tests, Dokumentation, Hygieneaufgaben sowie das Einspringen für Kolleginnen und Kollegen.

Die sinkende Dienstplanverlässlichkeit und entsprechend kurzfristige Umdisponierung des Personals sind ein weiterer großer Belastungsfaktor. Im Pflegebereich wurde die Dienstplanverlässlichkeit bereits vor der Coronapandemie als maßgeblicher Faktor für die Zufriedenheit und Gesundheit des Personals identifiziert.[18] Corona wirkt den Erfahrungen nach „wie ein Brennglas“, die Situation wird durch Infektionen, Quaran-

18) Vgl. BGW (2020). Pflege in Deutschland – 2012 bis 2018. Eine sozioökonomische Analyse von Berufsgesundheit und Ansehen. Hamburg, BGW; S. 28, 35, https://www.bgw-online.de/resource/blob/20378/d8fd438a31a666313b0857adda686ba8/bgw55-83-112-pflege-in-deutschland-2012-2018-data.pdf, abgerufen am 31.3.2023.
Knape, C., Teubner, A., Benkenstein, A. (2018). Arbeitssituation mit einem rollierenden Arbeitszeitmodell in der ambulanten Pflege. In: HBScience, Springer, https://link.springer.com/article/10.1007/s16024-018-0312-8, abgerufen am 31.3.2022.

täne, Erschöpfung und das private Umfeld erschwert.

Ängste und Traumata spielen in den Beobachtungen der Belastungen ebenfalls eine Rolle. Zu den Ängsten gehört die Sorge vor Eigeninfektion oder der Weitergabe von Infektion an Klientinnen und Klienten oder das eigene soziale Umfeld. Die Pflegenden haben nach den Beobachtungen in verschiedenen Umfeldern traumatische Erfahrungen gemacht: beim Erleben, den Menschen nicht so helfen zu können, wie es den eigenen Ansprüchen genügt; im Erfahren von Hilflosigkeit, gehäuften Sterbefällen bei Covid-19-Ausbrüchen in Einrichtungen der Altenpflege, aber auch auf den Intensivstationen. Zudem konnte eine hohe Übersterblichkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern in der Altenpflege beobachtet werden, die wohl auf soziale Vereinsamung zurückzuführen ist.

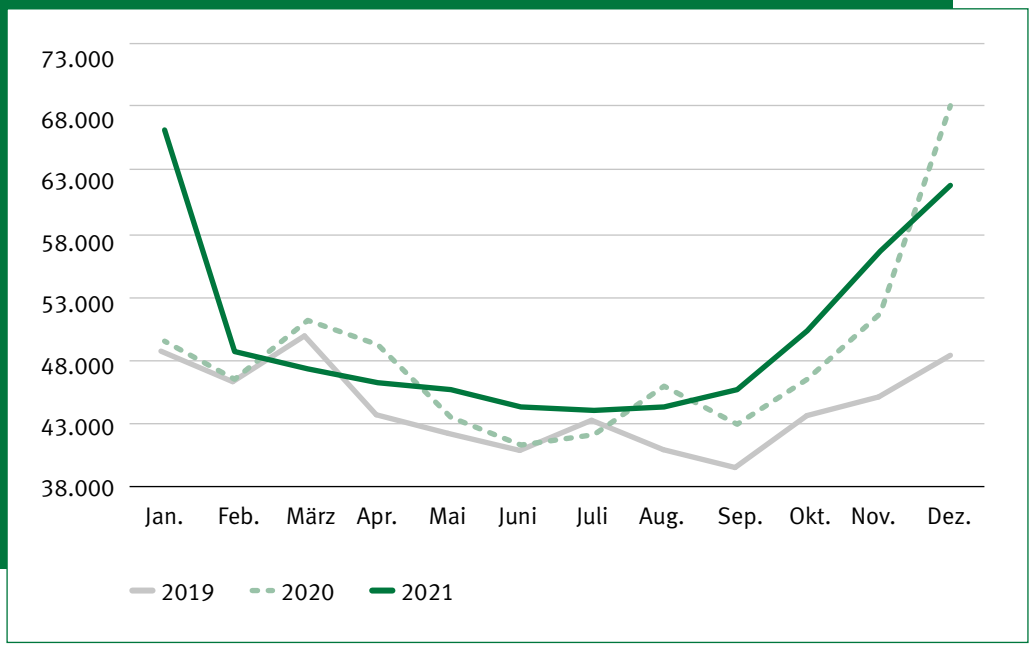
Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben hat sich für das Pflegepersonal durch Corona deutlich verschlechtert.

Die Auswertung der Daten des Statistischen Bundesamtes zeigt für die Jahre 2020 und 2021 deutliche Abweichungen vom Vor-Corona-Jahr 2019, was die monatlichen Sterbefälle von über 80-jährigen Menschen anbelangt. Am Anfang der Coronapandemie betraf das vor allem die Monate April und Mai 2020 sowie die Entwicklung ab dem Herbst. Im Jahr 2021 gab es besonders hohe Sterbezahlen im Januar und ab September. Nimmt man den Spitzenwert von 2019 – etwa 49.900 Sterbefälle – als Grundlage für einen bereits belastenden Monat für das Pflegepersonal, dann sind Werte von 53.000 bis 68.000 sehr hohe Abweichungen, die vom Personal in der Altenpflege als krisenhaft erlebt worden sind.

Die private Situation ist als Belastungsfaktor durch die Coronakrise in Gestalt geschlossener Schulen und Kindertageseinrichtungen oder reduzierter Öffnungszeiten erlebt worden. Das beobachten nicht nur die BGW-Expertinnen und -Experten, auch in der Befragung der Pflegekammer-Mitglieder ist das Thema klar erkennbar (33 Prozent nennen das Thema insgesamt, 46,7 Prozent der im Tag-/Nachtdienst Beschäftigen). Dabei hatte die Wirtschaftswoche bereits im Jahr 2010 eine Statistik veröffentlicht, nach

Abbildung 23: Vergleich der Sterbestatistiken 2019/2020/2021 – Sterbefälle nach Monaten von Personen über 80 Jahre

Quelle: Destatis, eigene Darstellung.



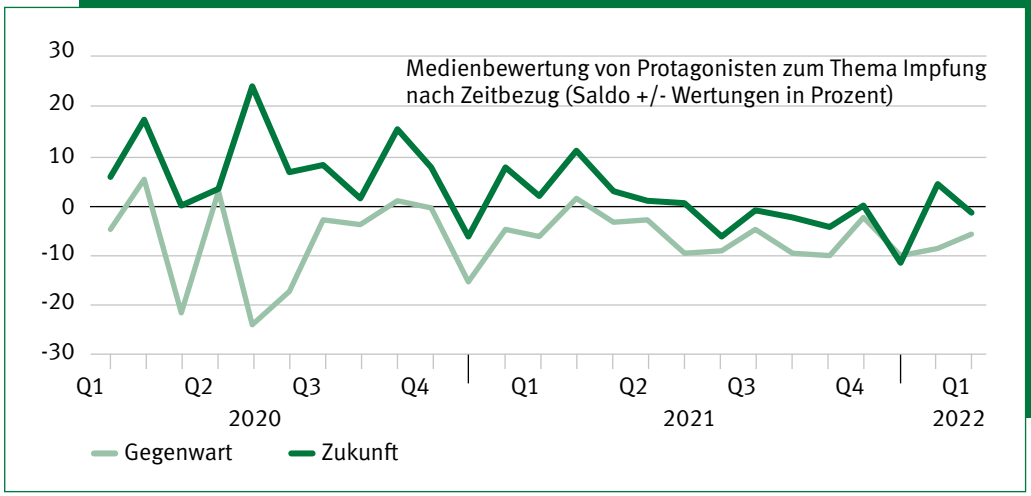
der die Gesundheits- und Krankenpflegerin zu den Berufsgruppen mit den höchsten Scheidungsraten zählt.[19)]

4.4.2 Entwicklung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten

Die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Pflegebeschäftigten hat nach den Beobachtungen der Befragten insgesamt in der Coronazeit abgenommen. Die zwei Jahre Pandemie sind aber durch unterschiedliche Phasen gekennzeichnet. In der ersten Phase haben die BGW-Expertinnen und -Experten relativ niedrige Krankenstände wahrgenommen, obwohl es eine relativ hohe körperliche Belastung gab. Dies hing zusammen mit hohem Verantwortungs- und Teambewusstsein und „Adrenalin“. Dies habe sich aber bereits im Spätsommer 2020 geändert – also nach dem ersten Lockdown. Dann hätten sich Pflegepersonen vermehrt krankgemeldet, die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen hätten deutlich zugelegt. Zugenommen haben nach Beobachtungen der Expertinnen und Experten auch die Verdachtsmeldungen für Berufskrankheiten. Eine Befragte spricht von einem „explosionsartigen“ Anstieg. Anfangs habe das Engagement zwar geholfen, etliche Beschäftigte seien nach vielem Einspringen und Vertretungsdiensten inzwischen „ausgelaugt“, gerade bei Eltern und Alleinerziehenden sei ein Gefühl entstanden, „alleingelassen“ worden zu sein. Mancherorts sei noch Frust entstanden, weil die Finanzzuweisungen nicht als gerecht angesehen wurden.

Eine andere Befragte sieht nicht, dass bereits das Ende des Tunnels erreicht wäre. Sie beobachtet auch ein Zusammenspiel von psychischen Reaktionen und enttäuschten Hoffnungen und Erwartungen im Hinblick auf einen Rückgang der Pandemie oder einen positiven Einfluss von Medikamenten oder Impfstoffen.

Abbildung 24: Berichterstattung über Coronapandemie: Impfung



Quelle: Media Tenor.

Basis: Berichte in TV-Nachrichten, DLF, BILD, Wochenmedien zum Thema Impfung. Bewertung von Protagonisten nach Zeitbezug. Insgesamt 29.530 Beiträge. Lesehilfe: Linie über dem Nullwert: mehr positive als negative Einschätzungen und umgekehrt.

19) Zitiert nach: https://www.berufsstrategie.de/nachrichten-jobwelt-bewerbung/scheidungsrate.php#:~:text=Krankenschwester%20-%20Scheidungsrate%3A%2028%2C95%20Prozent%20Cheerleader%20-,Scheidungsrate%3A%2028%2C49%20Prozent%20Portier%2FConcierge%20-%20Scheidungsrate%3A%2028%2C49%20Prozent, abgerufen am 31.3.2022

Man kann diese Achterbahnfahrt der Erwartungen gut an der Medienberichterstattung über das Thema Impfung nachvollziehen. Dort gab es von Mitte 2020 bis Mitte 2021 ein deutliches Plus an zuversichtlichen Einschätzungen. Dies ist seither sehr abgeflacht (siehe Abb. 24).

Einzelne BGW-Fachleute haben eine besondere körperliche Belastung bei Beschäftigten in der Altenpflege wahrgenommen, die trotz Infektion der Arbeit nachgegangen sind, wenn sie weitestgehend symptomfrei waren, „weil es sonst gar nicht mehr machbar gewesen“ wäre. Manche Einrichtungen hätten Schlafplätze für die Beschäftigten eingerichtet. Dies sei mit Blick auf längere Anfahrtswege im ländlichen Raum zwar nachvollziehbar gewesen, habe aber dazu geführt, dass die Beschäftigten dann überhaupt keine klaren Ruhepausen mehr gehabt hätten. Positiv sei von Beschäftigten allerdings wahrgenommen worden, dass die Anerkennung als Berufskrankheit relativ schnell gegangen sei. Teilweise sei das Personal auch weggebrochen, weil zu viele als Kontaktpersonen vom Gesundheitsamt auf die Quarantäneliste gesetzt wurden.

Eine befragte Expertenstimme hat einen starken Personalausfall aufgrund von Sorgen und Ängsten wahrgenommen sowie aufgrund von Post-Covid-Problemen. Etliche seien nach durchgemachter Corona-Infektion lange arbeitsunfähig gewesen, manche Pflegeperson sei auch verstorben, ergänzt eine andere Befragte. Corona habe zudem negative Auswirkungen auf die Berufssozialisation der Einsteigerinnen und Einsteiger gehabt. Für die ersten Jahrgänge der generalistischen Pflegeausbildung seien Praxisanleitungen nur schlecht – wenn überhaupt – möglich gewesen. So habe man diesen Personen kein gutes Gefühl von Aufnahme, Annahme und Geborgenheit vermitteln können.

Eine Befragte, die vor allem mit Einrichtungen in Ostdeutschland gearbeitet hat, attestiert, dass die Teamkultur sehr gelitten habe: „Die haben gemerkt, dass sie sich verloren haben.“ Das Thema Videokonferenz habe hier kaum funktioniert, man habe sich auseinandergelebt. Die Debatte über die Impfpflicht habe das noch verstärkt. Eine andere Expertenstimme sieht noch einen weiteren Stressfaktor für die Beteiligten in der Pflege, nämlich das schlechte Gewissen: „Ich bin krank, kann nicht kommen und weiß, meine Kollegen müssen arbeiten." Krank, weil man selbst Corona habe, unsicher sei oder nicht mehr könne.

Eine Aufsichtsperson hat beobachtet, dass die Hautgesundheit in der Pflege während der Coronapandemie gelitten hat. Sie führt dies unter anderem auf die vermehrte Händehygiene zurück.Die Diskussion über Probleme, die durch das Tragen von FFP2-Schutzmasken hervorgerufen seien, hält die Person allerdings für leicht überbewertet. Das Pflegepersonal sei darin ohnehin gewohnter als die übrige Bevölkerung und

Im Rahmen einer von Westermann et al.*) durchgeführten Studie wurde der Zusammenhang zwischen dem Tragen persönlicher Schutzausrüstung und der Prävalenz von Hautirritationen bei Pflegekräften erforscht. Es konnte gezeigt werden, dass Pflegekräfte, die längere Tragezeiten von FFP2-Masken aufweisen (vier Stunden und länger), signifikant häufiger von Hautirritationen betroffen waren als ihre Kolleginnen und Kollegen, die FFP2-Masken nur über einen kürzeren Zeitraum trugen.

*) Quellenangabe: siehe Seite 83

Beschwerden über negative Wirkungen des Masketragens seien nach anfänglicher Häufigkeit inzwischen kaum noch zu hören.

4.4.3 Entwicklung der Ressourcen

Ressourcen dienen der Bewältigung von Belastungen bei der Arbeit und können die Berufsgesundheit dauerhaft fördern. Zu den Ressourcen zählen zum Beispiel feste Arbeitsverträge, Zufriedenheit mit der Bezahlung, Aus- und Weiterbildung, aber auch die Wahrnehmung guter Führung oder harmonische Zusammenarbeit in Teams, erfahrene Anerkennung und Selbstwirksamkeit. Die Beobachtungen der BGW-Expertinnen und -Experten sind mit Blick auf die Ressourcenentwicklung der Pflegebeschäftigten in der Coronazeit heterogen.

Weiterbildung: abgesagt, verschoben oder digitalisiert

Die Weiterbildung des Personals ist den Beobachtungen zufolge „sehr stark" zu kurz gekommen. Aus Gründen der Personalknappheit, aber auch weil viele Seminare nicht stattfanden. Selbst dort, wo Weiterbildung angeboten wurde, hätten Einrichtungen gezögert, ihre Beschäftigten nach draußen zu schicken, aus Sorge, dass sie sich in anderen Umfeldern infizieren könnten. Die BGW-Expertinnen und -Experten haben beobachtet, dass dadurch selbst Basiskenntnisse im Arbeitsschutz abgenommen haben, zum Beispiel das Wissen, wer für die betriebsmedizinische Betreuung zuständig ist.

Bezahlung: kein einheitliches Bild, Coronabonus in der Ausgestaltung problematisch

Die Beobachtungen zur Zufriedenheit mit der Bezahlung sind unterschiedlich. In der Altenpflege haben Befragte beobachtet, dass die Zufriedenheit mit dem Einkommen „eher gelitten" hat aufgrund der vielen Diskussionen, wer was bekommt (bezogen auf Prämien). Das wird von einer anderen befragten Person für die Pflege verallgemeinert: „Der Coronabonus wird aufgrund seiner Ausgestaltung eher als Malus wahrgenommen." Die Person habe Gespräche mit Pflegebeschäftigten geführt, die sich beklagt hätten, dass sie den Bonus nicht bekommen haben. Es sei „superschwer", das gerecht auszugestalten. In den Einrichtungen der Krankenpflege ist eine Beobachtung, dass bereits vor Corona viele gesagt hätten: „Wir werden gar nicht so schlecht bezahlt." Was die Beschäftigten unzufrieden mache, sei die Kluft zwischen der Motivation für den Einstieg in den Pflegeberuf und „wie es gelebt wird und wie wir wahrgenommen werden". Eine Einzelbeobachtung ist, dass eine Einrichtung zunächst von sich aus einen Bonus bezahlt habe. Nach der staatlichen Entscheidung habe man diesen aber im Nachgang mit dem Staatsbonus verrechnet, was den Beschäftigten sehr sauer aufgestoßen sei.

Befristete/unbefristete Arbeitsverträge nicht thematisiert

Die Arbeitsverträge werden von den befragten Personen als Ressource weder im positiven noch im negativen Bereich thematisiert. Bereits die Langzeit-Untersuchung 2012 bis 2018 hatte gezeigt, dass der Anteil der Beschäftigten mit befristeten Beschäftigungsverhältnissen in der Pflege zuletzt stark zurückgegangen war. Das dürfte eine Folge des wachsenden Fachkräftemangels sein.[20)]

Führungswahrnehmung: zwischen Vorbild, Abtauchen und Ausfall

Die Bedeutung guten Führungshandelns für die Stärkung der Beschäftigten kommt an

20) Vgl. BGW (2020). Pflege in Deutschland – 2012 bis 2018. Eine sozioökonomische Analyse von Berufsgesundheit und Ansehen. Hamburg, BGW, S. 26, https://www.bgw-online.de/resource/blob/20378/d8fd438a31a666313b0857adda686ba8/bgw55-83-112-pflege-in-deutschland-2012-2018-data.pdf, abgerufen am 31.3.2023.

vielen Stellen in den Gesprächen der BGW-Expertinnen und -Experten zum Ausdruck. Die Erfahrungen mit den Einrichtungen sind hier sehr unterschiedlich. In vielen Fällen habe es positive Erfahrungen gegeben: „Manche haben zu einem gesunden Pragmatismus gefunden, dann war auch eine große Zufriedenheit dabei."

Als wichtige Motivation und Erfahrung für die Zukunft wurde beobachtet, dass es Führungskräften gelungen sei, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu schaffen und gut zu kommunizieren, Beschäftigte zu ermutigen, selbst darüber nachzudenken, wie sie auch im Arbeitsalltag ihrer Gesundheit helfen können, und es habe Führungskräfte gegeben, die das auch vorgelebt hätten. Eine positive Erfahrung sei auch gewesen, wenn es Führungskräften gelungen sei, trotz der schwierigen äußeren Bedingungen Zuversicht zu vermitteln: „Eine Wohnbereichsleitung oder eine Pflegedienstleitung, die sagt: ‚Ja, das ist jetzt ganz schwer, ich knapse auch daran, aber wir kriegen das hin', habe habe einen vollkommen anderen Einfluss als eine Führungskraft, die sagt: „Heute gibt es schon wieder neue Vorschriften und XY Leute haben sich krankgemeldet und die Angehörigen sind so schwierig." Es wurde auch beobachtet, dass Führungskräfte „abtauchten" oder in psychotherapeutische Behandlung mussten, weil sie rund um die Uhr in ihren Einrichtungen waren und nicht auf ihre eigenen Ressourcen geachtet haben.

Unternehmenskultur: von positiven Teamerfahrungen bis zum größeren Einfluss „toxischer" Mitarbeitender

Wie bei der Führung sind auch die Erfahrungen mit der Unternehmenskultur und dem Betriebsklima zwiespältig. Die geplante Entwicklung von Arbeitsorganisation und Innovation habe in vielen Einrichtungen aufgrund der „operativen Überlastung" leicht stagniert in Richtung „organisatorisches Burnout". Es gebe aber Einrichtungen, die die Herausforderungen gut gelöst hätten, wo der Zusammenhalt gewachsen sei, dieses „Ärmel hochkrempeln! Wir schaffen das!". Eine Befragte sieht eine deutliche Verstärkung des negativen Einflusses von – wie sie es nennt – „toxischen" Mitarbeitenden auf das Betriebsklima. Sie hält die Entwicklung für „ziemlich bedrohlich". Auch hätten die Debatte über Impfpflicht und den unterschiedlichen Impfstatus in Teams – teilweise verbunden mit Stigmatisierungserlebnissen – die Situation stark belastet.

Eine BGW-Beraterin berichtet, sie habe mit einer Kollegin Workshops für die Pflege gemacht, in denen sie auf die Potenziale und nicht auf die Defizite eingegangen seien.

> *»Viele haben gar nicht gemerkt, was für Arbeit sie geleistet und welche Fähigkeiten sie abgerufen haben und wie gelingend das war.«*

Die positiven faktischen Erfahrungen seien zunächst so nicht wahrgenommen worden, weil der Krisenmodus als „defizienter Modus" erlebt worden sei. Aber was die Beschäftigten „an Fähigkeiten, Improvisationsmöglichkeiten und Pragmatiken" abgerufen hätten, um den Herausforderungen erfolgreich zu begegnen, sei „sehr beeindruckend" gewesen. Sie verallgemeinert diese Beobachtung: Der gesamte Gesundheitsbereich und die Pflege seien ein defizitorientierter Bereich. Es werde immer darauf geschaut, was nicht klappt, und selten gefragt, was geklappt hat. Wenn man diese Frage aber mit Beharrlichkeit und Ernsthaftigkeit stellte, kämen erstaunliche Sachen heraus. Man könnte diese Beobachtungen im Bereich „Ungehobene Schätze" im Sinne guter Führungskultur verbuchen. Um hier die Wahrnehmungen zu verändern, sei eine Änderung der Unternehmenskultur erforder-

lich: Differenzierung in Team- und Einzelbesprechungen, bei denen aber nicht allein die Führungskraft verantwortlich sei, sondern ein Verständnis für das Miteinander entstehe. In Summe werden die Teamerfahrungen in der Pandemie eher als Ressource verbucht.

Vereinzelt werden noch weitere Themen bei den kaum genutzten Potenzialen genannt: Das Krisenmanagement von Arbeitgeberin oder Arbeitgeber, vor allem in der ambulanten Altenpflege: Wie schützen uns Arbeitgeberin oder Arbeitgeber, wenn der Impfstatus der Klientinnen und Klienten nicht klar ist? Wird Kontakt mit den Betreffenden aufgenommen und gibt es klare Ansagen, was die Voraussetzung für eine Pflegeversorgung ist? Eine weitere Einzelbeobachtung betraf den Einsatz der Bundeswehr in Einrichtungen der Pflege. Diese Ressource habe zunächst Irritationen und Vorurteile ausgelöst, es habe dann aber laut Beschreibungen der Einrichtungen „sehr gut geklappt, viel, viel besser als erwartet".

4.5 Wahrnehmung des Meinungsklimas: Anerkennungen und (mediale) Wahrnehmung

Die Beobachtungen der wahrgenommenen öffentlichen Anerkennung sind vielfältig. Mehrfach wird erwähnt, dass die besondere öffentliche/mediale Anerkennung zu Beginn der Coronapandemie positiv wahrgenommen wurde. Das habe aber nicht lange vorgehalten, die Aufmerksamkeit sei dann stark abgeflacht. Die kurze Zeit sei nicht ausreichend gewesen, um einen Wandel in der Wahrnehmung des Pflegeberufs zu befördern, der die Attraktivität hätte verstärken können. Insgesamt ist der Eindruck vorhanden, dass die Altenpflege im Schatten der Krankenpflege gestanden habe, die Bilder der Medien sich häufig auf die Intensivstationen fokussiert hätten. Der Eindruck, dass die Altenpflege weniger Aufmerksamkeit bekommen hat als die Krankenpflege, lässt sich verifizieren. Nur in wenigen Monaten des Pandemieverlaufs gleichen sich die Zahlen der Beiträge in TV-Nachrichten, BILD und Deutschlandfunk an. Die hohe Aufmerksamkeit im Dezember 2020 fällt zusammen mit dem Ausschlag in der Sterblichkeitsstatistik.

Von einer überraschenden Erfahrung berichtet eine befragte Person. Sie hat beobachtet, dass viele große Einrichtungen der Pflege in der Pandemie Servicepersonal aus Bereichen rekrutiert haben, in denen nicht gearbeitet werden konnte (zum Beispiel Flugbegleiter). Dadurch habe es viele Menschen gegeben, die zum ersten Mal in der Pflege tätig gewesen seien und gesagt hätten: „Das ist eine tolle Sache. Ich könnte mir auch vorstellen, hierzubleiben."

Das „Klatschen für die Pflege" in der ersten Phase der Pandemie sei am Anfang so aufgenommen worden, dass es von Herzen komme. Später sei es dann bitter aufgestoßen, weil sich an den Rahmenbedingungen der Arbeit nichts getan habe und die eigene Belastung mit der Situation von Kurzarbeitenden verglichen worden sei: „Die Mitarbeitenden vor Ort haben Überstunden geschoben und voll reingehauen und die anderen saßen zu Hause und haben trotzdem ihr Geld bekommen." Vor allem aber resultiert wahrgenommene Enttäuschung in der Pflege daraus, dass man nicht wahrnehmen könne, wie die Politik sich ernsthaft um die Verringerung des Fachkräftemangels bemühe, der von vielen in der Pflege als das Grundübel hinter vielen negativen Berufswahrnehmungen angesehen wird.

Eine weitere Befragte beschreibt das Klatschen als „vergiftetes Kompliment", welches ihr auch früher begegnet sei, als sie noch selbst in der Pflege tätig war:

»Ist ja toll, dass du es machst, aber irgendwie auch ein bisschen blöd, dass du dir so einen Käse ans Bein bindest.«

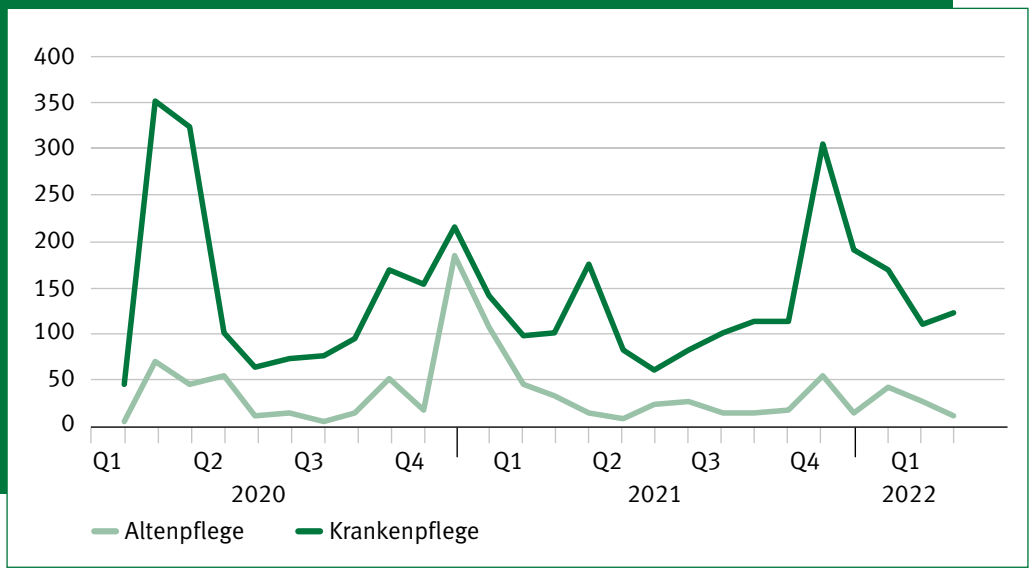
Pflege werde noch nicht wahrgenommen für das, was sie tatsächlich tue: „Schutz, Versorgung von Menschen in ihren intimsten und vulnerabelsten Momenten".

„Belastende“ bis „bedrohliche“ Erfahrungen haben Beschäftigte und Leitungspersonal mit der Medienberichterstattung über konkrete Einrichtungen vor Ort gemacht. Berichte über Infektionsgeschehen, Todesfälle und Reaktionen von Angehörigen hätten dazu geführt, dass sich Mitarbeitende in der Defensive gesehen hätten. Zum Teil habe man versucht, mit Meldungen über Infektionsgeschehen selbst in die Öffentlichkeit zu gehen. Aus dem Krisen-Coaching berichten Befragte von Gesprächen mit Leitungspersonen, die sich persönlich bedroht gefühlt hätten, weil die Kritik „so massiv“ gewesen sei und „so wenig nachvollziehbar“, unter welchen Bedingungen die Einrichtungen versucht hätten, die Pflege noch sicherzustellen. Es gebe ein berechtigtes Interesse der Öffentlichkeit an Aufklärung, aber einzelne Einrichtungen mit Namensnennung der Leitung in der Lokalpresse „vorzuführen“ stößt bei dieser Person auf Unverständnis.

Problematisch sei für die Beschäftigten in der Pflege die öffentliche Debatte über die Impfpflicht gewesen, einerseits aufgrund unterschiedlicher interner Sichtweisen bei den Pflegebeschäftigten, andererseits wegen der unterschiedlichen Betonungen in den Medien. Nach Wahrnehmung einer Befragten ging es bei der Debatte über die Impfpflicht oft um die Pflege, aber selten um die Ärzteschaft. Die Pflege habe das als Diskussion „über sie“ erlebt statt als Gespräch mit ihr. Eine andere Befragte sieht in den Medien eine Überbetonung von Einrichtungen, in denen Pflegekräfte nicht impfwillig gewesen seien. Eine dritte Person sieht eine Diskrepanz zwischen den Schwierigkeiten der Umsetzung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht in der Praxis und ihren Kon-

Abbildung 25: Medienpräsenz der Alten- und Krankenpflege

Quelle: Media Tenor.



Basis: Berichte über Protagonisten mit Bezug zu Alten- oder Krankenpflege in TV-Nachrichten, DLF, BILD. Insgesamt 4.573 Beiträge.

sequenzen für die Einrichtungen und dem geringen Ausmaß an Berichterstattung darüber, obwohl zu erwartende Personalabgänge die Knappheit noch einmal deutlich verstärken könnten.

4.6 Best Practice

In der zweiten Hälfte der Interviews wurden die BGW-Expertinnen und -Experten gefragt, was aus ihrer Sicht Einrichtungen, die gut durch die Coronapandemie gekommen sind, anders gemacht haben als solche, die große Schwierigkeiten erlebt haben. Einerseits wird angesichts der nicht kontrollierbaren äußeren Umstände (Pandemiegeschehen) auch davon gesprochen, dass es Einrichtungen gibt, die „Glück" gehabt haben, weil sie von schweren Infektionsausbrüchen bei Klientinnen, Klienten oder Personal verschont geblieben sind. Andererseits weisen sie auch auf wiederkehrende Muster, Strukturen und Handlungsweisen hin, die sich in der Pandemie bewährt haben:

- **Ausreichende Ressourcen**. Eine Befragte berichtet davon, dass es im Bereich privat geführter Altenpflegeträger bereits vor Corona erhebliche Probleme bei Sicherheit, Kultur und Mitarbeiterorientierung gegeben habe. Denen seien in der Krise irgendwann „die Leute weggelaufen".

- **Gute Führungskultur.** Verschiedene Befragte benennen gute Führung, interne und externe Kommunikation als wesentliche Parameter, die über die Resilienz von Einrichtungen während der Pandemie mitentschieden hätten. Dazu gehört, die Mitarbeitenden mit ihrer Individualität wahrzunehmen, die unterschiedlich auf die Ereignisse und Belastungen reagiert hätten. Da gebe es solche, die große Sorgen hätten, Verschwörungstheorie-Gläubige, Impfunwillige, aber es gehe aus Führungssicht um das Herstellen von Kooperationsbeziehungen, nicht um Grundsatzdebatten. Führungskräfte, die das verstanden hätten, hätten in dem Bereich viel Energie investiert. Zur Führungskultur wird auch „Flagge zeigen" gezählt und nicht „abzutauchen". Gute Erfahrungen hätten auch solche Einrichtungen gemacht, die bereits nach einem halben oder drei viertel Jahr ein Resümee gezogen hätten in Gestalt einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Dabei sei es nicht darum gegangen zu ermitteln, was falsch gelaufen sei, sondern um gelernte Lektionen.

- **Transparente Kommunikation.** Es werden verschiedene Einrichtungen genannt, die aus Sicht der BGW-Expertinnen und -Experten durch gute interne und externe Kommunikation aufgefallen sind. Es wird ein Krankenhaus genannt, in dem eine Leitungsperson begonnen habe, mit einem Blog kontinuierlich über das Coronageschehen in und um das Haus zu informieren, inklusive der Frage, wie viele Schutzmasken man noch habe. So seien auch die Ungewissheiten und Schwierigkeiten benannt worden. Eine andere Befragte berichtet über eine Einrichtung der Altenpflege im Erzgebirge, wo auf Kommunikation mit Mitarbeitenden und Angehörigen gesetzt werden sei. Dort habe man immer wieder geprüft: Was muss man wirklich umsetzen, um niemanden zu gefährden, und was kann man etwas liberaler gestalten?

  Hier habe man schnell auf digitale Kommunikation umgestellt und sich jede Woche mit allen online beraten. Diese Einrichtung habe in der Coronazeit nicht einen Beschäftigten verloren, während es in anderen Einrichtungen eine Reihe von Abgängen gegeben habe. Das Haus habe stattdessen selbst in Coronazeiten

Bewerbungen bekommen, weil sich das Verhalten im ländlichen Raum herumgesprochen habe.

- **Flexiblere Bürokratie und Organisation.** Einige Einrichtungen haben den Beobachtungen zufolge geprüft, wo sie bei der Dokumentation mit gutem Gewissen Abstriche machen können, ohne die Qualität der Arbeit zu verschlechtern. Insgesamt wird ein „hochgradiger Pragmatismus“ als Erfolgsfaktor gesehen.

4.7 Erfahrungen aus dem Krisen-Coaching der BGW

Vier der fünf befragten BGW-Beraterinnen und -Berater haben am Krisen-Coaching mitgewirkt, welches die BGW bereits kurz nach dem Ausbruch der Pandemie für Leitungskräfte angeboten hat. Nach den Erfahrungen der Beteiligten, die selbst auch in kleinen Netzwerkgruppen mit anderen Beteiligten unterwegs waren, wurde das Angebot vor allem in der ersten Phase der Coronapandemie stark nachgefragt. Im Jahr 2021 sei es deutlich ruhiger geworden. Die Leitungspersonen aus den Einrichtungen seien überrascht von der Schnelligkeit des unbürokratischen Angebots gewesen: Man habe an einem Tag eine Mail geschrieben und am nächsten Tag habe bereits das Telefon geklingelt. Alle, die es angenommen haben, beurteilen es als „einen Traum“. Im Hinblick auf die Themen, welche im Krisen-Coaching zur Sprache kamen, kann man folgende Bereiche erkennen:

- Umgang mit und Umsetzung der behördlichen Vorgaben
- Führungshandeln: eigene Präsenz versus Delegation, Umgang mit Situationen außerhalb des eigenen Handlungsraums („Was kann ich nach oben für Forderungen stellen?")
- Information und Kommunikation
- Teststrategie für Mitarbeitende und Klientel
- Balance zwischen beruflichen Anforderungen und familiären Aufgaben und Erwartungen
- Balance zwischen beruflichen Anforderungen und eigener Gesundheit
- emotionale Entlastung
- Teamorganisation und Teammotivation – wie es gelingt, die Beschäftigten im Auge und bei der Stange zu halten
- Umgang mit Erschöpfung

Die befragten Krisen-Coaches sehen eine gewisse Reihenfolge, was die Themen der Gespräche angeht. Zu Beginn der Pandemie hätten vor allem organisatorische Fragen im Fokus gestanden, die Entwicklung richtiger Handlungsstrategie und operativer Instrumente. Ab Sommer/Herbst 2020 hätte sich dann eine deutliche Verschiebung abgezeichnet hin zu Fragen über die eigene Rolle der Führungskräfte.

Im Rahmen eines Vortrags, der auf dem PASIG-Kongress*) 2021 von U. Vogt und C. Wolf gehalten wurde, hat die BGW bereits Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Krisen-Coaching gebündelt. Abbildung 26 zeigt die wahrgenommenen Hauptthemen des Krisen-Coachings im Zeitverlauf nach den verschiedenen Pandemiephasen.

Die Rückmeldungen der Leitungspersonen, die gecoacht wurden, waren nach Auskunft der befragten BGW-Beraterinnen und -Berater sehr positiv: Dankbarkeit, einen Ort zu haben, an dem man reden konnte und „nicht jedes Wort auf die Goldwaage“ gelegt wurde, an dem die Leitungsperson im Mittel-

*) *Der PASIG-Kongress ist eine regelmäßig durchgeführte Workshopreihe des Fachverbandes Psychologie für Arbeitssicherheit und Gesundheit.*

Abbildung 26: Hauptthemen des Krisen-Coachings im Zeitverlauf („Coronawellen“)

1. Welle	2. Welle	3. Welle	4. Welle
• Führung trotz Ungewissheit • Angst vor neuer Gefahr • (Viele) Sterbefälle in den Pflegeeinrichtungen • Besuchsverbote in den Einrichtungen • Fehlende Erfahrung und Infrastruktur für Umgang mit der Pandemie • Fehlendes Hygiene- und Arbeitsmaterial • Zeitweise Schließung von Betrieben	• Anspannung und Erschöpfung • Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Kita- und Schulschließungen) • Finanzielle Belastungen • Konflikte mit Mitarbeitenden und Teams • Impfbereitschaft und Impforganisation • Anhaltende Ungewissheit	• Ungeduld und Ungerechtigkeitserleben • Umgang mit Spätfolgen für Gesundheit, Psyche und Wirtschaft • Belastende Langatmigkeit der Krise • Erschöpfung und Müdigkeit • Fehlende erreichbare Ziele und Zukunftsperspektiven	• Ermüdung und Erschöpfung, Anspannung weiter sehr groß • Teilweise Sorge, Mitarbeitende zu verlieren • Umgang mit Long-Covid-Fällen • Überforderung durch Menge an Aufgaben und ständige Anpassungen • Gefühl, im Stich gelassen zu werden • Impfpflicht und Umsetzung, Konflikte

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an U. Vogt (BGW) und C. Wolf (Wolf & Oberkötter).

punkt stand und man ihr „wohlwollend“ gegenübertrat. „Ganz viele haben gesagt: Es ist überhaupt gut, sprechen zu können.“ Man habe vielfach den Leitenden helfen können, zu einem besseren Umgang mit spezifischen Situationen zu finden und Eigenmotivation und Neugierde zu wecken. Zudem habe das Coaching den Leitungspersonen erkennbar geholfen, einen „stimmigen Führungsstil“ zu entwickeln.

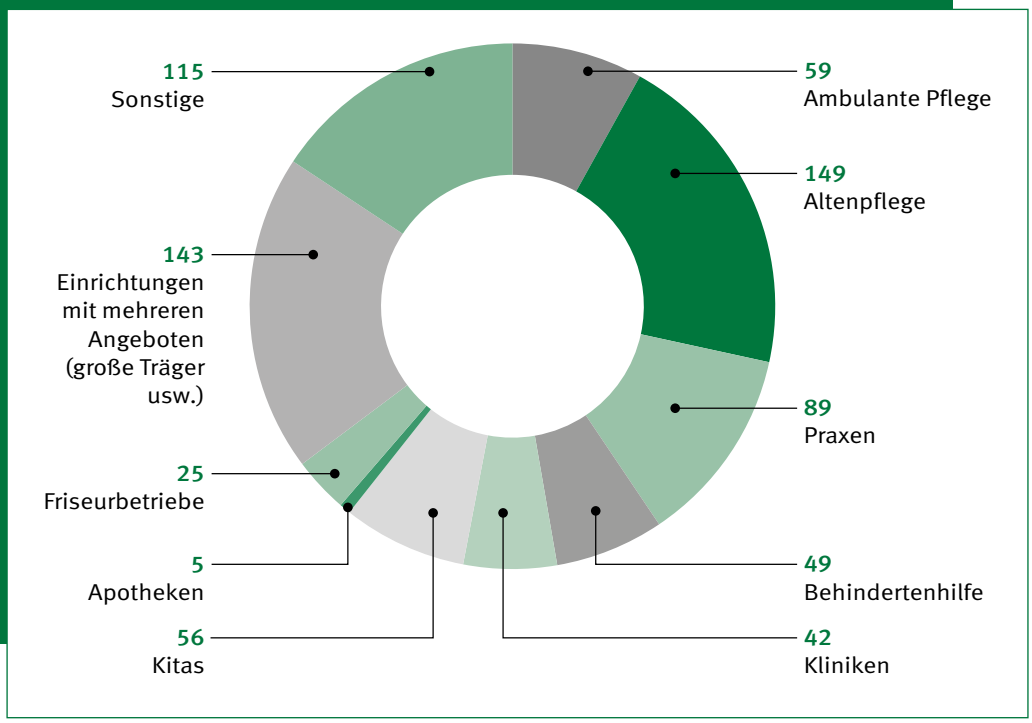
Die positiven Erfahrungen der Leitungspersonen können trotz der anonymen Durchführung in einen statistischen Kontext gestellt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der versicherten Betriebe in einer Branche sehr unterschiedlich ist. Am häufigsten wurde das Angebot von Leitungspersonen aus der stationären Altenpflege angenommen, gefolgt von solchen aus größeren Einrichtungen mit mehreren Angeboten (siehe Abb. 27).

Auch bei den Krisen-Coachings wurde die Erfahrung gemacht, dass die Coronakrise Probleme verstärkt, die bereits vorher vorhanden waren. Wenn das Coaching mit der Frage begann: „Wie kriege ich das hin, Teambesprechungen zu organisieren, auch wenn wir uns nicht sehen?“, dann lagen dahinter oft Themen, die es vorher schon gegeben hatte. Das betraf auch Fragen, wie die Führungskraft ihre Rolle gut ausfüllen kann oder wie man Ressourcen mit einer vorgesetzten Führungskraft verhandeln kann.

Über das Angebot systemischen Coachings für Führungskräfte hinaus hat die BGW auch

Quelle: BGW.

Abbildung 27: Krisen-Coaching der BGW von März 2020 bis Ende Januar 2022 nach Branche der Anfragenden in Anzahl Anfragen



Basis: n = 732 Anfragen nach Branchen, wobei 876 Personen das Krisen-Coaching in Anspruch genommen haben.

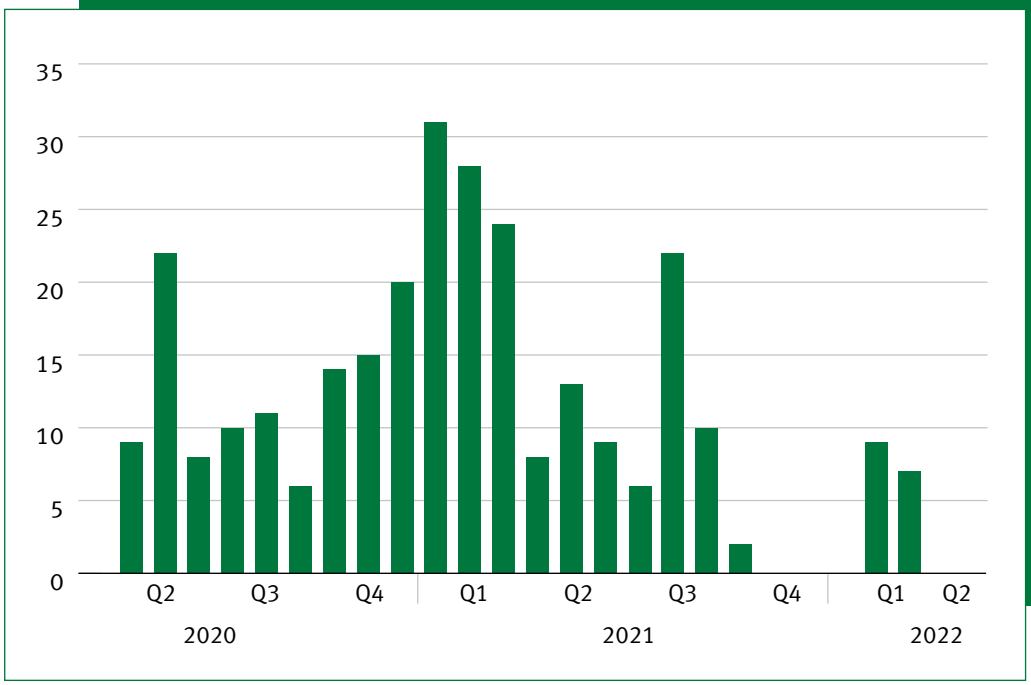
für besonders belastete Beschäftigte eine Art „SOS-Telefon“ eingerichtet. Dort erhielten sie psychotherapeutische Beratung.

Auch hier zeigt sich eine starke Nachfrage zu Beginn der Pandemie und im Winter 2020/2021 und auch hier zeigt sich eine relativ stärkere Inanspruchnahme durch die Altenpflege.

4.8 Weitere Themen zur Berufsgesundheit und Aspekte, die dringend thematisiert werden sollten

Im Hinblick auf die aktuell anzugehenden Themen der Berufsgesundheit in der Pflege nennen die BGW-Expertinnen und -Experten verschiedene Bereiche unterschiedlicher Tragweite. Ganz konkret gehe es um „ein neues betriebliches Gesundheitsmanagement“ mit Gesundheitsangeboten, die digital und verknüpft sind. Es gehe darum zu fragen, was man in der sechsten und siebten Coronawelle tun könne, „um nicht wieder rauszufliegen“. Dabei sei es wichtig, retrospektiv zu schauen, was gemacht wurde, und daraus Lehren zu ziehen. Es brauche zudem Angebote für Menschen mit traumatisierenden Erfahrungen. Bei denen manifestiere sich im Körper wieder, was „vor einem halben Jahr passiert ist“. Es sei wichtig, Menschen in der Pflege wieder „in Bewegung zu bringen“, zum Beispiel durch Tanzen, Radfahren, Rituale und geeignete Strukturen. Diesen Aspekt greifen auch andere Befragte auf. Sie sehen es als wichtig an, jede Person mit ihrer individuellen Haltung zum Thema „Gesundes Arbeiten“ zu stärken. Die Gesundheitskompetenz sei in vielen Einrichtungen bei Beschäftigten noch unterentwickelt. Hier gehe es um die Frage: „Was muss ich denn tun, damit es mir auf

Abbildung 28: Zeitlicher Verlauf der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Krisenberatung in Meldungen pro Monat



Quelle: BGW; Inanspruchnahme der telefonischen Krisenberatung.

Dauer in diesem Beruf gut gehen kann?“ Das reiche vom „Lernen, Nein zu sagen“, bis zum Eingeständnis, dass man einen physisch und psychisch anspruchsvollen Beruf habe und seine Ressourcen mobilisieren müsse, zum Beispiel bei Rückentraining, Achtsamkeit oder Stressbewältigung. Die Beratungsperson hat Einrichtungen beobachtet, die solches Verhalten mit Teambildung kombinieren. Statt die Menschen zu motivieren, an externen Angeboten teilzunehmen, oder interne Trainings von Externen durchführen zu lassen, schauen sie, „wer was kann, und machen das miteinander“.

Eine andere Expertin sieht Potenzial darin, die Corona-Erfahrungen zu nutzen, um Arbeit verträglicher zu strukturieren. So sei es denkbar, Pflegekräfte einen Tag pro Woche mit Dokumentationsaufgaben ins Homeoffice zu schicken. Die Zeit an Klientin und Klient sei dann weniger von solchen Aufgaben „belastet“, das sei auch eine Aufwertung der beruflichen Professionalität. Es gehe zudem weiter darum, die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen in der Pflege zu verbessern und das gegenseitige Verständnis zu schärfen. So dürften Beschäftigte in der sozialen Betreuung per Gesetz keine Pflegeaufgaben übernehmen. Manche Betreuungsassistenzen hielten sich daran, andere weniger. Daraus resultiere Konfliktstoff. Zu den organisatorischen Verbesserungsmöglichkeiten gehöre auch Dienstplansicherheit: Hier „gibt es inzwischen wunderbare Konzepte, die müssen in den Einrichtungen nur noch ausprobiert werden“.

Eine andere befragte Person sieht vor allem die Verbesserung der Personalsituation als wesentlichen Faktor zur Verbesserung der Berufsgesundheit, rechnet aber in den kommenden Jahren nicht mit raschen Verbesserungen. Dafür sei das zu lange vernachlässigt worden. Einen Ansatzpunkt sieht diese BGW-Expertin auch darin, Best Practice stärker in den Blick zu nehmen, jedoch nicht, um primär die Effizienz der Arbeit unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten weiter zu optimieren. Es gehe vor allem darum, Fähigkei-

ten, die da seien, zu „feiern“, sodass der Wert der Arbeit auch als Wert erkannt werde.

Weitere Hinweise betrafen den Umgang mit Pflegenden mit Migrationserfahrung. Hier wird zunächst konstatiert, dass diese bei den Arbeitssituationsanalysen noch schlecht erreichbar seien. Um einen Zugang zu gewinnen, berichtet eine Beraterin darüber, dass sie die Personen – viele von ihnen sind Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger – zunächst nach ihren Ursprungsberufen gefragt habe, was neue Perspektiven auf die Personen und den Umgang miteinander gebracht habe. Eine andere Person sieht durch die Corona-Erfahrungen die Bedeutung des Infektionsschutzes in der Pflege geschärft. Auch das Feld der psychischen Gesundheit sei stärker in den Mittelpunkt gerückt worden. Gleichzeitig sieht die Person einen Punkt erreicht, an dem viele Pflegende sagten: „Ich will einfach nicht mehr.“

Eine Beratungsperson verweist darauf, dass „die Treppe von oben“ geputzt werde. Es komme jetzt darauf an, eine offene Kultur hinzubekommen und die Strukturen auf die sechste, siebte und achte Coronawelle vorzubereiten. Die Auswirkungen der Generalistik-Ausbildung auf die Entwicklung der Berufsgesundheit seien aktuell noch nicht einschätzbar. Es sei aber wichtig für die Pflege, von einer „dienenden“ zu einer „selbstständigen“ Profession zu werden.

Im Hinblick auf die Angebote der BGW an Seminaren und Weiterbildung zu Themen wie Psyche, Gewalt, Aggression, Übergriffen, aber auch Unfallanzeige, Schutz vor Berufskrankheiten, richtiger Dokumentation von Vorfällen stellen die Befragten fest, dass die Anfragen wieder deutlich zunähmen, dass die Themen aber in den Einrichtungen teilweise ein wenig „in Vergessenheit“ geraten seien.

5 Anhang

5.1 Gesprächsleitfaden Leitungspersonen

Leitfaden: Entwicklung der Berufsgesundheit – Erfahrungen in der Alten- und Krankenpflege während der Corona-Zeit

Orientierung an der Konstruktion eines Leitfadens für ein Experteninterview (Helfferich [2009]: Experteninterviews haben zum Ziel, fachliches, abstraktes „Sonderwissen“ abzufragen.)

Die Fragen beziehen sich auf die Situation in der Alten- und Krankenpflege während der Corona-Krise!

Befragung von Führungskräften aus der Alten- und Krankenpflege

I Einführung

- Begrüßung
- Informationen zum Forschungsprojekt, Datenschutz, Informationsschreiben, Einwilligungserklärung
- Möglichkeit für Rückfragen
- Ablauf des Interviews
- Dauer der Berufstätigkeit
- Einrichtungstyp und Größe

II Hauptteil

II.1 Erfahrungen in der Corona-Zeit mit den Klienten

Im Mittelpunkt des Interviews stehen die Beschäftigten und ihre Erlebnisse der Corona-Zeit. Kurz soll aber auch auf andere Gruppen eingegangen werden, im ersten Abschnitt um ihre Klientel, also die zu pflegenden Menschen.

- Welche Auswirkungen hatte die Corona-Pandemie auf Ihre Klientinnen und Klienten, zum Beispiel mit Blick auf Zugangsmöglichkeiten, Versorgungsqualität, Risiko-Wahrnehmung, etc.? (weitere Stichworte: soziale Kontakte)

II.2 Erfahrungen des Personals in der Corona-Zeit

- Was waren die stärksten Auswirkungen der Corona-Zeit auf das Personal in Ihrer Einrichtung? Mussten Beschäftigte in Kurzarbeit gehen oder aus wirtschaftlichen Gründen entlassen werden?
- Vertiefung: Wie sehen sie die Auswirkungen mit Blick auf… aus?
  - Kapazität
  - Ausrüstung
  - Qualifikation
  - Bezahlung
  - Anerkennung
  - Soziale Kontakte
  - Work-Life-Balance
  - Gesundheit insgesamt
  - Psychische Gesundheit
  - Infektionsrisiken/Infektionen
  - Gesundheitspolitik/Impfdebatte

II.3 Leitungshandeln in der Corona-Pandemie

- Was waren die stärksten Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Ihr Handeln als Leitungsperson?
- Vertiefung: Wie sehen Sie die Auswirkungen auf…?
  - Ressourcen – von wem kam Unterstützung? Von wem hätten Sie sich Unterstützung erhofft?
  - Erfahrung mit Krisencoaching durch die BGW
  - Stress/wahrgenommene Belastung und was hat Ihnen geholfen
  - Führungshandeln und Begleitung der Mitarbeitenden
  - Kompetenz
  - Training
  - Akzeptanz und Anerkennung?
  - Finanzielle Auswirkungen?
  - Bürokratie/Organisation
  - Staatliche Vorgaben

II.4 Auswirkungen auf die Einrichtung

- Was waren die stärksten Auswirkungen der Coronapandemie auf Ihre Einrichtungen?
- Vertiefung: Wie sehen Sie die Auswirkungen auf…?
  - Finanzen
  - Kapazitäten
  - Personalverfügbarkeit
  - Kompetenz(zuwachs)
  - Digitalisierung
  - Image
  - Öffentlichkeitsarbeit
  - Zusammenarbeit mit Politik und Behörden
  - Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit
- Vertiefung: Kennen Sie Einrichtungen, die besser durch die Pandemie gekommen sind? Was war aus Ihrer Sicht der Hauptgrund dafür?

II.5 Auswirkungen auf Öffentlichkeit und Politik

- In den Medien wurden viele Expertinnen und Experten zitiert. Wie fanden Sie das? War das mit Blick auf Ihre Arbeit eher hilfreich oder weniger förderlich?
- Wie haben Sie die Berichterstattung über die (Alten/Kranken) Pflege in den Medien allgemein wahrgenommen?
- Welche Themen hätten aus Ihrer Sicht stärker, welche weniger stark angesprochen werden sollen?
- Wie haben Sie die Kompetenz von Politik und Regierungen in der Corona-Zeit erlebt? Was lief besonders gut? Was lief aus ihrer Sicht schlecht?

III Zukunftsperspektiven

- Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Lehren/Learnings aus der Corona-Pandemie bezogen auf Ihre Einrichtung?
- Wie stark spielen Ihre Mitarbeitenden mit dem Gedanken, den Beruf zu wechseln?
- Welche Rolle spielt das Thema „Long Covid“ für Ihre Einrichtungen und falls es für Sie relevant ist: Was müsste geschehen, um hier effektiv tätig werden zu können?
- Erwartungen an die BGW?

IV Schluss

Gibt es noch andere Themen zur Berufsgesundheit in der Alten- und Krankenpflege, die Ihnen auf dem Herzen liegen und über die wir noch zum Schluss sprechen sollten?

Verabschiedung und Dankeschön!

5.2 Gesprächsleitfaden BGW-Expertinnen und -Experten

Leitfaden: Entwicklung der Berufsgesundheit – Erfahrungen in der Alten- und Krankenpflege während der Corona-Zeit

Orientierung an der Konstruktion eines Leitfadens für ein Experteninterview (Helfferich [2009]: Experteninterviews haben zum Ziel, fachliches, abstraktes „Sonderwissen“ abzufragen.)

Die Fragen beziehen sich auf die Situation in der Alten- und Krankenpflege während der Corona-Krise!

Befragung von Experten und Aufsichtspersonal der BGW

I Einführung

- Begrüßung
- Informationen zum Forschungsprojekt, Datenschutz, Informationsschreiben, Einwilligungserklärung
- Möglichkeit für Rückfragen
- Ablauf des Interviews
- Dauer der Berufstätigkeit

II Hauptteil

II.1 Veränderungen in den Einrichtungen in der Corona-Zeit

- Was sind aus Ihrer Sicht die größten Veränderungen in der Altenpflege, die sie während der Corona-Zeit beobachtet haben?
- Was sind aus Ihrer Sicht die größten Veränderungen in der Krankenpflege, die sie während der Corona-Zeit beobachtet haben?

II.2 Veränderungen berufliche Gesundheit – Bereiche: Ressourcen, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Belastungen, Medienmeinungsklima

II.2.1 Welche Belastungen für die Beschäftigten haben Sie in der Corona-Zeit besonders beobachtet:

a) in der Altenpflege
b) in der Krankenpflege

Ggfs. vertiefen zu Überstunden, Arbeitszeiten, Sorgen um Arbeitsplatz, befristete Beschäftigung (Index-Elemente)

II.2.2 Welche Entwicklung bei der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit haben Sie in der Corona-Zeit wahrgenommen?

a) in der Altenpflege
b) in der Krankenpflege

Ggfs. vertiefen: Krankheitstage/Krankenstand, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Anträge auf Erwerbsminderungsrente

II.2.3 Welche Entwicklung haben Sie bei den Ressourcen für die Beschäftigten in der Corona-Pandemie wahrgenommen?

a) in der Altenpflege
b) in der Krankenpflege

Ggfs. vertiefen: Zufriedenheit mit Arbeit, Zufriedenheit mit Einkommen, Weiterbildung, Team

II.2.4 Wie haben Sie das Meinungsklima zu den beiden Pflegeberufen in der Corona-Zeit wahrgenommen?

a) in der Altenpflege
b) in der Krankenpflege

Ggfs. vertiefen: Welche Wirkung vermuten Sie, welches Echo von den Beschäftigten selbst gehört?

III Best Practice und gelernte Lektionen

III.1 Betriebe und Einrichtungen der Pflege sind unterschiedlich gut durch die Corona-Pandemie hindurchgekommen, was die Berufsgesundheit der Beschäftigten angeht. Was haben die guten Einrichtungen anders gemacht?

a) in der Altenpflege
b) in der Krankenpflege

III.2 Was wären aus Ihrer Sicht dringend zu adressierende Themen zur Berufsgesundheit nach Corona-Krise?

a) in der Altenpflege
b) in der Krankenpflege

IV Krisencoaching der BGW

Haben Sie Erfahrungen mit dem Krisencoaching der BGW in der Corona-Pandemie gesammelt? Welche Themen wurden dort angesprochen, wie waren die Reaktionen der Gesprächspartnerinnen und Partner auf das Angebot?

a) als Beteiligte/Beteiligter
b) davon gehört

V Schluss

Gibt es noch andere Themen zur Berufsgesundheit in der Alten- und Krankenpflege, die Ihnen auf dem Herzen liegen und über die wir noch zum Schluss sprechen sollten?

Verabschiedung und Dankeschön!

Literaturverzeichnis

ARD Tagesthemen (2021). Coronapartys out of Control: Polizei löst illegale Feiern auf. (30.5.2021). https://www.tagesschau.de/multimedia/sendung/tt-8299.html, abgerufen am 29.3.2022.

BGW (2020). Pflege in Deutschland – 2012 bis 2018. Eine sozioökonomische Analyse von Berufsgesundheit und Ansehen. Hamburg, BGW. https://www.bgw-online.de/resource/blob/20378/d8fd438a31a666313b0857adda686ba8/bgw55-83-112-pflege-in-deutschland-2012-2018-data.pdf, abgerufen am 31.3.2023.

Bundesgesundheitsministerium. Pflegebonus. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/corona-praemie.html; Beim Datum bitte (ohne Datumsangabe), abgerufen am 12.8.2022.

Carstensen, J., Seibert, H., Wiethölter, D. (2020). Entgelte von Pflegekräften. Nürnberg, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit.

Coenen, E. (2020). Der Tod und das Virus. Gesellschaft unter Spannung. Verhandlungen des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2020. https://publikationen.soziologie.de/index.php/kongressband_2020/article/view/1284, abgerufen am 29.3.2022.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2020). Corona-Prämie für Pflegekräfte im Krankenhaus kommt. Gemeinsame Pressemitteilung GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 3.9.2020. https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/corona-praemie-fuer-pflegekraefte-im-krankenhaus-kommt/, abgerufen am 24.3.20222.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg (2020). BGW: Krisen-Coaching per Video oder am Telefon. Pressemitteilung vom 6.4.2020. https://paritaet-bw.de/leistungen-services/fachinformationen/06042020-bgw-krisen-coaching-video-oder-am-telefon, abgerufen am 25.3.2022.

GKV-Spitzenverband (2020). Pflege-Rettungsschirm stützt Pflegeeinrichtungen und stabilisiert die Pflege. Pressemitteilung vom 30.3.2020. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1006272.jsp, abgerufen am 25.3.2022.

Helfferich, C. (2009). Interviewplanung und Interviewerganisation. In Die Qualität qualitativer Daten (pp. 167-193). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Institut für Demoskopie Allensbach (2019). Die berufliche Situation von Pflegefachkräften. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8213.

Institut für Demoskopie Allensbach (2021). Die Situation von Pflegekräften in der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8268.

Knape, C., Teubner, A., Benkenstein, A. (2018). Arbeitssituation mit einem rollierenden Arbeitszeitmodell in der ambulanten Pflege. In: HBScience, Springer. https://link.springer.com/article/10.1007/s16024-018-0312-8, abgerufen am 31.3.2022.

Pflegekammer Rheinland-Pfalz (2022). Unzufriedenheit in der Pflege betrifft alle. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und Institut für Demoskopie Allensbach stellen Ergebnisse ihrer gemeinsamen Umfrage vor. Pressemitteilung der Landespflegekammer vom 3.2.2022. https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/news-lesen-130/unzufriedenheit-in-der-pflege-betrifft-alle.html, abgerufen am 28.3.2022.

Radio Hochstift (2021). Illegale Corona-Party in Paderborn: 45 junge Leute müssen zahlen. https://www.radiohochstift.de/nachrichten/paderborn-hoexter/detailansicht/illegale-corona-party-in-paderborn-45-junge-leute-muessen-zahlen.html, abgerufen am 29.3.2022.

RTL (2022). „Tea m Wallraff“. Abgeschoben und vergessen. „Team Wallraff“ undercover in Pflegeheimen: Das würdelose Geschäft mit alten Menschen. https://www.rtl.de/cms/undercover-in-pflegeheimen-team-wallraff-deckt-das-wuerdelose-geschaeft-mit-alten-menschen-auf-4915934.html, abgerufen am 25.03.2022.

Skoda, E. M., Spura, A., De Bock, F., Schweda, A., Dörrie, N., Fink, M., ... & Teufel, M. (2021). Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64 (3), 322–333.

Vogt, U. (BGW) & Wolf, C. (Wolf und Oberkötter) (2021). Erfahrungen aus dem BGW Krisencoaching. Vortrag auf dem PASIG-Kongress 2021.

Westermann et al.: Westermann, C., Zielinski, N., Altenburg, C., Dulon, M., Kleinmüller, O. & Nienhaus, A. (2022). Pflegekräfte mit Hautproblemen in der Pandemie. ASU – Zeitschrift für medizinische Prävention, 57, 138–142.

Zeit.de (2020). Was passiert, wenn die Corona-Party weitergeht. ttps://www.zeit.de/campus/2020-03/coronavirus-junge-menschen-ausbreitung-verhaltensaenderung, abgerufen am 29.3.2022.

Abbildungsverzeichnis

Kontakt – Ihre BGW-Standorte und Kundenzentren

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg
Tel.: +49 40 20207-0
Fax: +49 40 20207-2495
www.bgw-online.de

Diese Übersicht wird bei jedem Nachdruck aktualisiert. Sollte es kurzfristige Änderungen geben, finden Sie diese hier:

www.bgw-online.de/kontakt

Berlin · Spichernstraße 2–3 · 10777 Berlin

Bezirksstelle	Tel.: +49 30 89685-3701	Fax: -3799
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 30 89685-0	Fax: -3625
schu.ber.z*	Tel.: +49 30 89685-3696	Fax: -3624

Bochum · Universitätsstraße 78 · 44789 Bochum

Bezirksstelle	Tel.: +49 234 3078-6401	Fax: -6419
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 234 3078-0	Fax: -6249
schu.ber.z*	Tel.: +49 234 3078-0	Fax: -6379
studio78	Tel.: +49 234 3078-6478	Fax: -6399

Bochum · Gesundheitscampus-Süd 29 · 44789 Bochum

campus29	Tel.: +49 234 3078-6333	Fax: –

Delmenhorst · Fischstraße 31 · 27749 Delmenhorst

Bezirksstelle	Tel.: +49 4221 913-4241	Fax: -4239
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 4221 913-0	Fax: -4225
schu.ber.z*	Tel.: +49 4221 913-4160	Fax: -4233

Dresden · Gret-Palucca-Straße 1 a · 01069 Dresden

Bezirksverwaltung	Tel.: +49 351 8647-0	Fax: -5625
schu.ber.z*	Tel.: +49 351 8647-5701	Fax: -5711
Bezirksstelle	Tel.: +49 351 8647-5771	Fax: -5777
	Königsbrücker Landstraße 2 b · Haus 2	
	01109 Dresden	
BGW Akademie	Tel.: +49 351 28889-6110	Fax: -6140
	Königsbrücker Landstraße 4 b · Haus 8	
	01109 Dresden	

Hamburg · Schäferkampsallee 24 · 20357 Hamburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 40 4125-2901	Fax: -2997
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 40 4125-0	Fax: -2999
schu.ber.z*	Tel.: +49 40 7306-3461	Fax: -3403
	Bergedorfer Straße 10 · 21033 Hamburg	
BGW Akademie	Tel.: +49 40 20207-2890	Fax: -2895
	Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg	

Hannover · Anderter Straße 137 · 30559 Hannover

Außenstelle von Magdeburg		
Bezirksstelle	Tel.: +49 391 6090-7930	Fax: -7939

Karlsruhe · Philipp-Reis-Straße 3 · 76137 Karlsruhe

Bezirksstelle	Tel.: +49 721 9720-5555	Fax: -5576
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 721 9720-0	Fax: -5573
schu.ber.z*	Tel.: +49 721 9720-5527	Fax: -5577

Köln · Bonner Straße 337 · 50968 Köln

Bezirksstelle	Tel.: +49 221 3772-5356	Fax: -5359
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 221 3772-0	Fax: -5101
schu.ber.z*	Tel.: +49 221 3772-5300	Fax: -5115

Magdeburg · Keplerstraße 12 · 39104 Magdeburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 391 6090-7920	Fax: -7922
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 391 6090-5	Fax: -7825

Mainz · Göttelmannstraße 3 · 55130 Mainz

Bezirksstelle	Tel.: +49 6131 808-3902	Fax: -3997
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 6131 808-0	Fax: -3998
schu.ber.z*	Tel.: +49 6131 808-3977	Fax: -3992

München · Helmholtzstraße 2 · 80636 München

Bezirksstelle	Tel.: +49 89 35096-4600	Fax: -4628
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 89 35096-0	Fax: -4686
schu.ber.z*	Tel.: +49 89 35096-4501	Fax: -4507

Würzburg · Röntgenring 2 · 97070 Würzburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 931 3575-5951	Fax: -5924
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 931 3575-0	Fax: -5825
schu.ber.z*	Tel.: +49 931 3575-5855	Fax: -5994

*schu.ber.z = Schulungs- und Beratungszentrum

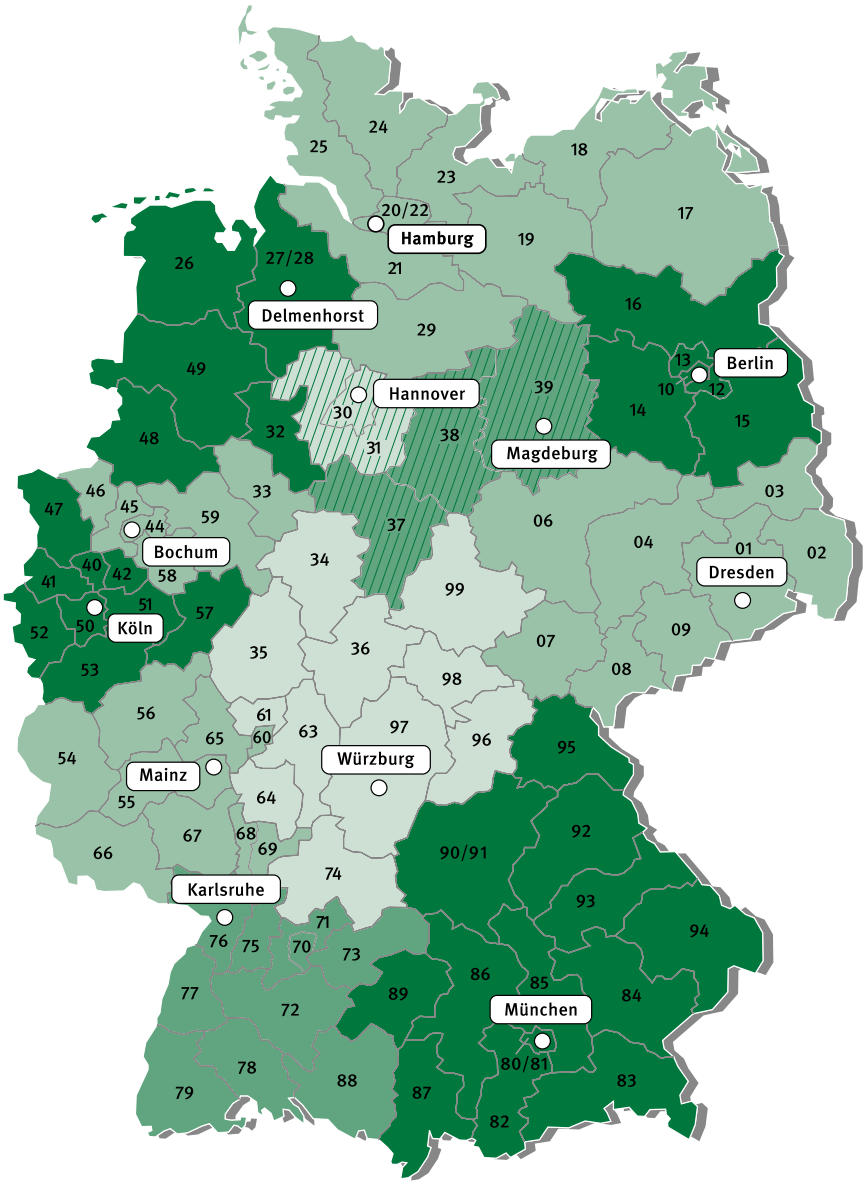
So finden Sie Ihr zuständiges Kundenzentrum

Auf der Karte sind die Städte verzeichnet, in denen die BGW mit einem Standort vertreten ist. Die farbliche Kennung zeigt, für welche Region ein Standort zuständig ist.

Jede Region ist in Bezirke unterteilt, deren Nummer den ersten beiden Ziffern der dazugehörenden Postleitzahl entspricht.

Ein Vergleich mit Ihrer eigenen Postleitzahl zeigt, welches Kundenzentrum der BGW für Sie zuständig ist.

Auskünfte zur Prävention erhalten Sie bei der Bezirksstelle, Fragen zu Rehabilitation und Entschädigung beantwortet die Bezirksverwaltung Ihres Kundenzentrums.



Beratung und Angebote

Versicherungs- und Beitragsfragen

Tel.: +49 40 20207-1190
E-Mail: beitraege-versicherungen@bgw-online.de

Unsere Servicezeiten finden Sie unter:

www.bgw-online.de/beitraege

BGW-Medien

Tel.: +49 40 20207-4846
E-Mail: medienangebote@bgw-online.de
Das umfangreiche Angebot finden Sie online in unserem Medien-Center.

www.bgw-online.de/medien

BGW-Beratungsangebote

Tel.: +49 40 20207-4862
Fax: +49 40 20207-4853
E-Mail: gesundheitsmanagement@bgw-online.de

Modellvorhaben und Kongresse

BGW campus29
Gesundheitscampus Süd 29
44801 Bochum
E-Mail: campus29@bgw-online.de

BGW 55-83-114 · 09/2022

BGW · Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg

BGW