HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät für Management, Kultur und Technik
Institut für Duale Studiengänge
Studiengang Pflege B.Sc. (dual)

BACHELORARBEIT

Förderung der Bedingungsfaktoren zum Verbleib von Pflegefachkräften in ihrer Profession

Erstgutachterin: Prof´in. Dr. Stefanie Seeling
Zweitgutachterin: Isabel Alsmann, M.A., LfbA

Eingereicht von: Maren Deters
Matrikelnummer: 846269

Eingereicht am: 09.05.2022

Zusammenfassung

Hintergrund

Das Thema dieser Bachelorarbeit bezieht sich auf die förderlichen Bedingungsfaktoren für Pflegefachkräfte zum Verbleib in ihrer Profession. Diese Thematik wurde ausgewählt, da immer mehr Pflegefachkräfte aus ihrem beruf austreten und sich durch die herrschenden Arbeitsbedingungen belastet fühlen. Demnach ergibt sich folgende Fragestellung: Welche Bedingungen fördern den Verbleib von Pflegefachkräften in ihrer Profession? Somit ist das Ziel dieser Arbeit die Entwicklung von Handlungsempfehlungen, welche im akuten stationären Bereich angewendet werden können.

Methodisches Vorgehen

Es werden die bestehenden Arbeitsbedingungen in Verbindung mit dem Berufsausstieg der Pflegefachkräfte analysiert. Dabei werden mögliche Perspektiven vorgestellt, welche Arbeitsbedingungen verbessern und das Arbeitsfeld der Pflegekräfte erleichtern können. Die Ergebnisse werden anhand von Handlungsempfehlungen für den akuten stationären Bereich festgehalten.

Ergebnisse

Das Ergebnis dieser Arbeit ist, dass Akutstationen eines Krankenhauses mithilfe dieser Handlungsempfehlungen, bessere Arbeitsbedingungen für die Pflegefachkräfte geschaffen werden können. Mit verbesserten Arbeitsbedingungen sollten mehr Pflegefachkräfte in ihrer Profession verbleiben und dem Pflegefachkräftemangel entgegenwirken.

Schlussfolgerungen

Durch die Handlungsempfehlungen kann eine Optimierung stattfinden, die dazu führt, dass die Pflegefachkräfte in ihrer Profession verbleiben. In Bezug auf die förderlichen Bedingungsfaktoren werden in den Handlungsempfehlungen drei Schwerpunkte fokussiert. Weitere förderliche Bedingungsfaktoren werden aufgrund des Umfangs der Arbeit nicht weiter vertieft.

© Maren Deters

Abstract

Backround

The topic of this bachelor thesis refers to the conducive conditional factors for nursing professionals to remain in their profession. Due to the fact that more and more nursing professionals leave their profession because the working conditions are stressful. Accordingly, the following question arises on this topic: What conditions promote the retention of nursing professionals in their profession? Thus, the goal of this work is the development of recommendations for action, which can be applied in the acute inpatient area.

Methods

The existing working conditions in connection with the career exit of nursing professionals are analyzed. Possible perspectives are presented, which can improve working conditions and facilitate the field of work of the nursing staff. The results are recorded on the basis of recommendations for action for the acute inpatient sector.

Results

The result of this work is that acute wards of a hospital can be created with the help of these recommendations for action, better working conditions for the nursing staff. With improved working conditions, more nursing professionals should remain in their professi-on and counteract the shortage of nursing professionals.

Conclusions

Through the recommendations for action, an optimization of the working conditions can lead to the nursing professionals remaining in their profession. The present recommendations for action do not cover all the conducive condition factors, as the scope of the work does not allow this. The author has focused on three main areas.

© Maren Deters

Ⅰ. Inhaltsverzeichnis

II. Abkürzungsverzeichnis VII

III. Abbildungsverzeichnis VIII

IV. Tabellenverzeichnis IX

1. Einleitung 1

1.1 Fragestellung und Zielsetzung 1

1.2 Aufbau der Arbeit 2

2. Problemhintergrund 2

3. Theoretischer Hintergrund 6

3.1 Krankenhaus der Schwerpunktversorgung 6

3.2 Krankenhausfinanzierung 7

3.3 Professionalisierung in der Pflege 8

3.4 Kompetenzen der Pflegefachkräfte 11

3.5 Pflegefachkräftemangel 15

4. Methodisches Vorgehen 17

4.1 Literaturrecherche 17

4.2 Methodik der Handlungsempfehlungen 20

5. Analyse 21

5.1 IST – Analyse auf einer Allgemeinstation 21

5.1.1 Räumliche Struktur 21

5.1.2 Personelle Struktur 21

5.1.3 Pflegekonzept auf der allgemeinen Station 22

5.1.4 Patienten*innen auf der Station 22

5.1.5 Beispiel für den Ablauf einer Schicht 23

5.1.6 Ergebnisse der IST-Analyse 24

5.2 Arbeitsbedingungen 24

5.2.1 Stress 25

5.2.2 Emotionale Belastungen 25

5.2.3 Körperliche Belastungen ... 26
5.2.4 Schichtdienst ... 26
5.2.5 Personalschlüssel ... 26
5.2.6 Vergütung ... 27
5.3 Belastungsfaktoren ... 27
5.4 Gründe der Pflegefachkräfte für das Verlassen des Berufes ... 28
5.4.1 Ergebnisse der NEXT-Studie ... 28
5.4.2 Ergebnisse der RICH-Nursing-Studie ... 29
5.4.3 Ergebnisse der RN4Cast-Studie/G-NWI-Studie ... 30
6. Vernetzung der Studienergebnisse mit der IST-Analyse ... 32
6.1 Vernetzung der NEXT-Studie mit der IST-Analyse ... 32
6.2 Vernetzung der RICH-Nursing-Studie mit der IST-Analyse ... 33
6.3 Vernetzung der RN4Cast-Studie/G-NWI-Studie mit der IST-Analyse ... 34
7. Handlungsempfehlungen ... 34
7.1 Verringerung der psychischen Belastung von Pflegefachkräften ... 35
7.1.1 Zeitdruck reduzieren ... 36
7.1.2 Maßnahmen zur Personalentwicklung ... 37
7.1.3 Zeit für Selbstpflege ... 38
7.2 Verringerung der physischen Belastung von Pflegefachkräften ... 39
7.2.1 Förderung der Bewegungsangebote ... 39
7.2.2 Regelmäßigkeit der Gesundheits-Check-Up´s ... 40
7.2.3 Ernährungsgestaltung ... 40
7.3 Verbesserung der Arbeitsorganisation von Pflegefachkräften ... 41
7.3.1 Einführung des Rufbereitschaftsdienstes ... 41
7.3.2 Arbeitsmodell für akademisierte Pflegefachkräfte ... 42
8. Fazit ... 43
9. Ausblick ... 44
10. Kritische Reflexion ... 46
V. Literaturverzeichnis ... X
VI. Rechtsquellenverzeichnis ... XVI

VII. Anhang XVII

Eidesstattliche Erklärung

II. Abkürzungsverzeichnis

ATL	-	Aktivitäten des täglichen Lebens
AEntG	-	Arbeitnehmer-Entsendegesetz
BGF	-	Betriebliche Gesundheitsförderung
BmfFSFJ	-	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DNQP	-	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DBfK	-	Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe
DQR	-	Deutscher Qualifikationsrahmen
DRG	-	Diagnosis Related Groups
HQR	-	Hochschulqualifikationsrahmen
IHOS	-	International Hospital outcome Study
KHSFV	-	Krankenhausstrukturfonds-Verordnung
PpUGV	-	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
PPR	-	Pflegepersonal-Regelung
RICH	-	Rationing of Nurse Care in Switzerland

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kompetenzbereiche von Pflegefachkräften 12
Abbildung 2: Flowchart der Literaturrecherche 19

IV. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verwendete Mesh-Terms in der Literaturrecherche 18
Tabelle 2: Verhaltensorientierte Maßnahmen der BGF 35
Tabelle 3: Verhältnisorientierte Maßnahmen der BGF 35
Tabelle 4: Zeiteinteilung während des Frühdienstes 36

1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit wird im Rahmen des Studiengangs Pflege B. Sc. (dual) an der Hochschule Osnabrück am Campus Lingen verfasst. Als Grundlage dieser Bachelorarbeit dient die aktuelle Lage des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern. Diese wurde bereits im Praxiseinsatz des siebten Semesters erarbeitet.

Die Motivation, diese Arbeit über das Thema zu schreiben entstand bereits zu Beginn der Ausbildung. Der Verfasserin ist in den Praxiseinsätzen immer wieder aufgefallen, dass die Arbeitsbedingungen für die Pflegefachkräfte nicht zufriedenstellend sind. Während der Praxisphase von November 2021 bis Januar 2022 hat die Verfasserin eine IST-Analyse hinsichtlich dieser Thematik durchgeführt. Hierbei ist aufgefallen, dass Pflegefachkräfte, welche schon lange in dem Beruf arbeiten und kurz vor ihrem Renteneintritt stehen, sagen, dass die Arbeit in der Pflege sich mit den Jahren hinreichend verändert hat. Pflegefachkräfte, welche erst ein paar Jahre in ihrem Beruf tätig sind, kennen die Arbeitssituation nicht anders. Sie sind jedoch bereits nach ein paar Jahren psychisch und physisch von ihrem Beruf belastet, sodass viele überlegen aus ihrem Beruf auszutreten und sich einen anderen Job suchen, in dem sie weniger Belastungen ausgesetzt sind. Zudem haben akademisierte Pflegefachkräfte haben keine Aufgaben, bei denen sie ihre wissenschaftlichen Kompetenzen einsetzen müssen und damit die Pflegepraxis voran bringen können. Diese Situationen haben die Verfasserin dazu bewegt, die aktuellen Arbeitsbedingungen und Belastungsfaktoren der Pflegefachkräfte darzustellen und mittels Handlungsempfehlungen Lösungen zu finden. Damit die Pflegefachkräfte in ihrem Beruf verbleiben und mehr Pflegefachkräfte zurück in ihren Beruf kommen oder ausgebildet werden, müssen förderliche Bedingungsfaktoren geschaffen werden, welche die Belastungen der Pflegefachkräfte reduzieren.

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Das Thema und die Frage dieser Arbeit wurden in einer kollegialen Fallberatung, mithilfe von fünf Kommilitonen*innen, welche dabei als Berater*innen, Protokollantin und Moderatorin fungierten, erarbeitet. Der Anreiz zur Auseinandersetzung mit diesem Thema wurde von der Verfasserin gegeben. Aus diesem Anreiz hat sich eine Beratung ergeben, bei der die einzelnen Berater*innen in verschiedene Rollen versetzt haben, um das Thema des Pflegefachkräftemangels aus verschiedenen Sichtweisen zu hinterfragen. Am Ende der Beratung hat sich die Verfasserin dieser Arbeit dazu Entschieden das Thema: *Förderung der Bedingungsfaktoren zum Verbleib von Pflegefachkräften in ihrer Profession*, zu bearbeiten. Die dazugehörige Frage lautet: Welche Bedingungsfaktoren fördern den Verbleib von Pflegefachkräften in ihrer Profession? Zum einen sollen die Anforderungen, welche die Pflegefachkräfte in ihrer

Profession belasten, dargestellt werden. Zum anderen sollen Lösungen gefunden werden, welche dazu führen, dass die Belastungen der Pflegefachkräfte in ihrem Beruf minimiert werden, sodass die Pflegefachkräfte nicht aufgrund der hohen Belastungen aus ihrem Beruf aussteigen.

Ziel dieser Arbeit ist es Handlungsempfehlungen zu verfassen, welche die Bedingungsfaktoren darstellen, die zum Verbleib der Pflegefachkräfte in ihrer Profession führen können. Diese werden aus einzelnen Maßnahmen bestehen und auf ein, von der Verfasserin, ausgewähltes Setting in einem Krankenhaus transferiert.

1.2 Aufbau der Arbeit

Bereits in der Einleitung wird die Relevanz des Themas deutlich. Es besteht ein Bedarf zur Veränderung der Arbeitsbedingungen für Pflegefachkräfte, da der Fachkräftemangel in dieser Profession immer weiter ansteigt und das gesamte Gesundheitssystem darunter leidet. Es folgt die Beschreibung des Problemhintergrundes, welcher die Notwendigkeit für eine Veränderung des Pflegeberufes weiter unterstreicht. Das nächste Kapitel befasst sich mit dem theoretischen Rahmen. Hier werden alle, für diese Arbeit relevanten Fachbegriffe, erläutert. Im vierten Kapitel wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit beschrieben. Dieses beinhaltet den Ablauf der systematischen Literaturrecherche und die Methodik des DNQP zur Erstellung der Handlungsempfehlungen. Die Beschreibung dient dazu, dass Leser*innen ein Verständnis über die Herangehensweise dieser Arbeit gewinnen können. Als nächstes folgt der analytische Teil, in dem, anhand der Darstellung der IST-Situation aus der Pflegpraxis, die Arbeitsbedingungen erläutert werden. Zudem befasst sich dieser Teil mit den Ergebnissen aus drei verschiedenen Studien, welche am Ende des Analyseteils mit der IST-Analyse der Pflegepraxis vernetzt werden. Im Transferteil werden Handlungsempfehlungen entwickelt und auf die Praxis angewendet, sodass die Arbeitsumstände der Pflegefachkräfte verbessert werden können. Abschließend werden im Fazit die Ergebnisse dieser Arbeit dargestellt und in der Reflexion kritisch hinterfragt.

2. Problemhintergrund

Die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland beläuft sich im Jahr 2019 auf 1914 Einrichtungen. Verglichen mit der Einrichtungszahl im Jahr 2002 ist eine deutliche Abnahme zu erkennen. Dies zeigt sich auch in der Bettenanzahl. Diese hat sich seit 1991 um ein Viertel verrin-

gert [1]. Hingegen haben sich die Fallzahlen in den deutschen Kliniken seit 1991 um ein Viertel erhöht. Demnach konnten im Jahr 2010 noch 18 Millionen Fallzahlen registriert werden, während diese Zahl im Jahr 2019 bereits um 1,4 Millionen Patienten auf 19,4 behandelte Fälle in deutschen Krankenhäusern, gestiegen ist. Dadurch, dass weniger Kliniken und Betten zur Verfügung stehen, es jedoch mehr zu behandelnde Patienten*innen gibt, resultiert die verkürzte Verweildauer (siehe Anhang 1), welche sich vor allem seit der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 zeigt [2]. Die verkürzte Verweildauer im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems ist damit zu erklären, dass das Fallpauschalensystem eine obere Grenzverweildauer, eine untere Grenzverweildauer und eine mittlere Grenzverweildauer mit sich bringt. Wird die obere Grenzverweildauert überschritten oder die untere Grenzverweildauer unterschritten, müssen Zuschläge gezahlt werden und der Anteil der jeweiligen Fallpauschale wird in dem Katalog angepasst, welcher sich jährlich aus den Daten der Kliniken berechnet [3]. Dem hinzuzufügen ist, dass die verkürzte Verweildauer der Patienten*innen auch mit den medizinischen Fortschritten in Verbindung steht [4].

Gründe für die sinkende Bettenanzahl ist das Inkrafttreten des Krankenhausstrukturfonds im Jahr 2016. Damit sollen die Strukturen der Krankenhausversorgung durch den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration auf die stationären Versorgungsangebote und dessen Standorte sowie die Umwandlung von Krankenhäuser in nicht akutstationäre Versorgungszentren verbessert werden. Diese Vorhaben werden durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert [5], [6].

Der Anstieg der behandelten Patienten*innen in deutschen Krankenhäusern kann in einem Zusammenhang mit dem demografischen Wandel stehen, wenn der Altersdurchschnitt in den Krankenhäusern betrachtet wird. Demnach ist in der Statistik zu erkennen, dass die Hälfte der Patienten*innen, welche sich jährlich im Krankenhaus behandeln lassen, 65 Jahre alt oder älter ist [7]. Wird mit diesem Hintergrund die Bevölkerungspyramide Deutschland betrachtet (siehe Anhang 2.) kann daraus geschlossen werden, dass die Babyboomer Generation in den nächsten zehn Jahren das Alter der 65-jährigen oder älter erreicht und die Fallzahlen in den Krankenhäusern demnach immer weiter ansteigen. Außerdem gehört diese Generation in circa zehn Jahren nicht mehr zu der erwerbstätigen Generation, weshalb damit

[1] vgl. Statista, 2022a, o.S.

[2] vgl. Statista, 2022b, o.S.

[3] vgl. Simon, 2020, S. 238f.

[4] vgl. Roeder & Franz, 2014, S. 27f.

[5] vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung, 2022

[6] vgl. §1 Abs. 1 Nr. 1-3 KHSFV

[7] vgl. Destatis, 2022, o.S.

zu rechnen ist, dass die Pflegefachkräfte aus dieser Generation nicht mehr als solche Arbeiten. Wird entgegengesetzt der steigenden Fallzahlen der Bedarf an Pflegepersonal betrachtet, wird deutlich, dass die 19,4 Millionen Patienten*innen von rund 345,5 tausend Pflegenden im Krankenhaus betreut wurden [8]. Das bedeutet, dass jede Pflegefachkraft im Schnitt 13 Patienten*innen betreuen muss. Dies führt bei dem Pflegefachkräften zu einer hohen Arbeitsbelastung und die Qualität der Pflege kann darunter leiden [9]. Die Pflegenden arbeiten somit täglich mit der maximalen Anzahl von Patienten*innen, welche sie betreuen dürfen. Dies ist nach §6 in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegt, welche im Jahr 2021 eingeführt wurde [10]. Mit dieser Verordnung sollen personelle Unterbesetzungen vermieden werden. In den pflegeintensiven Bereichen, wie die (pädiatrische) Intensivmedizin, Geriatrie, Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie, Stroke-Unit, Neurologische Frührehabilitation und der Pädiatrie wird diese Verordnung geltend. Um die Pflegeintensität der Bereiche zu messen, gelten einige DRG´s als Indikatoren. Diese können der Anlage der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung entnommen werden. Mit Inkrafttreten dieser Verordnung waren die Krankenhäuser dazu verpflichtet, die Werte der Personalbesetzung zu übermitteln. Eine Pflegefachkraft darf auf der Allgemeinstation in der Tagschicht maximal 10 Patienten*innen betreuen und in der Nachtschicht 20-22 Patienten*innen, je nach Fachabteilung. Wird die Personaluntergrenze in den Häusern nicht eingehalten, bekommen diese Vergütungsabschläge auf die Fallpauschalen und die Zusatzentgelte. Mithilfe des Pflegepersonalquotienten wird berechnet, wie das Verhältnis des eingesetzten Pflegepersonals zu dem individuellen Pflegeaufwand steht. Anhand des Pflegeaufwands kann dann gemessen werden, ob die Kliniken viel oder wenig Pflegepersonal einsetzen [11].

Der Fachkräftemangel wird in Deutschland immer mehr zu einem Problem. Im Jahr 2019 konnten 79% der Pflegepersonalstellen in den Krankenhäusern nicht besetzt werden. Das bedeutet, dass 12 tausend Vollzeitstellen der Allgemeinstationen nicht besetzt gewesen sind. Diese unbesetzten Stellen sind eine große Herausforderung für die Zukunft. Es heißt, dass die Zahl der unbesetzten Pflegepersonalstellen in deutschen Krankenhäusern bis zum Jahr 2030 auf 400.000 steigen wird. Aufgrund dessen kann die Versorgungsqualität ohne Umgestaltungen nicht aufrecht gehalten werden [12]. Dies kann damit begründet, dass die Kündigungsrate steigt und gleichzeitig die Zahl der eingehenden Bewerbungen sinkt. Aufgrund

[8] vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2021, o.S.

[9] vgl. Statista, 2019, o.S.

[10] vgl. §6 Abs. 1 &2, Nr. 1-15, PpUGV

[11] vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021b, o.S

[12] vgl. Ostwald et al., 2010, S. 10

dessen erweist es sich als sehr wichtig, dass die bestehenden Mitarbeiter dazu bewegt werden in den Krankenhäusern zu verbleiben [13]. Gründe für den immer weiter steigenden Pflegefachkräftemangel sind in einer Befragung des deutschen Krankenhausinstitutes deutlich geworden. Hierbei stehen an erster Stelle die Erschöpfung der Pflegekräfte durch Überlastung und der Renteneintritt. Außerdem ist eine Zunahme von Teilzeitkräften festzustellen. Des Weiteren verlassen Pflegefachkräfte ihren Beruf, weil sie sich nicht auf die angegebenen Arbeitszeiten und freien Tage verlassen können. Dem hinzuzufügen ist, dass Pflegefachkräfte den Beruf und ihr Privatleben schlecht miteinander vereinen können. Als weitere Gründe zum Berufsaustritt werden Stellenwechsel und keine geeigneten Bewerber*innen genannt [14].

Sollten keine Pflegefachkräfte mehr zur Verfügung stehen, müssen sich die Familien sich wieder selbst um ihre Angehörigen kümmern, behauptet Buchinger. In anderen Ländern, wie Vietnam, ist es bereits üblich, dass Pflegende Angehörige in die Krankenhäuser kommen, um die Pflegeempfänger zu den Mahlzeiten das Essen anreichen oder die Körperpflege übernehmen. Die Pflegekräfte sind in diesem Falle nicht für die Grundversorgung zuständig, weil nicht genügend Pflegefachkräfte vorhanden sind, um die Grundversorgung sicherzustellen [15].

Erkenntnisse aus der RN4Cast-Studie bestärken die Relevanz des Themas und den Bedarf einer Veränderung. Während die Unzufriedenheit der Pflegefachkräfte mit ihrer Arbeitssituation im Jahr 2010 bei 26% lag, ist diese Zahl im Jahr 2015 bereits auf 46% gestiegen. Hingegen sind mit der Berufswahl im Jahr 2015 71% der Pflegefachkräfte zufrieden. Dabei würden 43% der Befragten ihre Arbeitsstätte nicht als gute Arbeitsstätte weiterempfehlen. Das bedeutet, dass Ihnen der Beruf an sich gefällt, jedoch einige Rahmenbedingungen die Zufriedenheit beeinflussen [16].

Die Dringlichkeit dieses Thema beschreibt Bobbert in ihrer Arbeit über berufliche Pflege und soziale Gerechtigkeit. sie sagt, dass der Mangel an Pflegefachkräften ein gesellschaftliches Problem darstellt. Pflegebedürftige Menschen könnten durch dieses Problem nicht gerecht behandelt werden, wodurch ihre Menschenrechte und auch die moralischen Rechte verletzt werden, sagt sie. Das Ziel der beruflich Pflegenden sei es, Menschen zu helfen, mit ihnen in Beziehung zu treten und Interaktionen mit hilfebedürftigen Menschen zu gestalten. Hierbei

[13] vgl. BmfFSFJ, 2020, S. 32

[14] vgl. Statista, 2021b, o.S.

[15] vgl. Buchinger, 2017, S. 18

[16] vgl. Zander, 2017, o.S.

könnten sie den Menschen pflegerisch in seiner Situation als abhängiger Mensch unterstützen Dies sei jedoch aufgrund des Zeitdrucks nicht möglich [17].

3. Theoretischer Hintergrund

Mit dem Hintergrund der Fragestellung, welche in Kapitel 1.1 dieser Arbeit definiert wurde, ergeben sich Begrifflichkeiten, welche für das Thema von Bedeutung sind. In diesem Kapitel werden sie erläutert.

3.1 Krankenhaus der Schwerpunktversorgung

Um sich als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung bezeichnen zu können, müssen einige Rahmenbedingungen erfüllt sein. Ein Krankenhaus nimmt in Deutschland mehrere Funktionen ein. Zum einen bieten Krankenhäuser voll- und teilstationäre sowie auch vor- und nachstationäre Versorgungen an. Des Weiteren erbringen Krankenhäuser in Deutschland die Notfallversorgung in Verbindung mit den jeweiligen Rettungsdiensten der Region. Außerdem sind sie dafür verantwortlich, die Rehabilitation anzubieten oder diejenigen Patienten*innen dahin überzuleiten. Zugleich werden Patienten*innen an die stationäre Langzeitpflege oder an die ambulante Pflege übermittelt. Demnach wird hierbei auch das Angebot der Hospizversorgung zur Verfügung gestellt. Zusätzlich bieten Krankenhäuser die Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Ärzte sowie für das Pflegepersonal an. Zuletzt wird in Krankenhäusern klinische Forschung betrieben und neue medizinische Erkenntnisse werden eingeführt [18]. Aufgrund dieser Funktionen lässt sich letztendlich sagen: Krankenhäuser sind

> *„Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgelegt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können“ [19].*

Die verschiedenen Arten der Krankenhäuser in Deutschland unterscheiden sich nach Art der Zulassung des Krankenhauses, nach der Trägerschaft und nach der Rechtsform [20]. Da diese jedoch für den weiteren Verlauf der Arbeit nicht von Bedeutung sind, wird nicht näher darauf eingegangen. Es lässt sich sagen, dass das Krankenhaus, auf welches sich in dieser Arbeit

[17] vgl. Bobbert, 2019, S. 292ff.

[18] vgl. Gericke, Wörz & Busse, 2006, S. 54

[19] §2, Nr. 1, KHG

[20] vgl. Gericke, Wörz & Busse, 2006, S. 56

bezogen wird, eine öffentliche Einrichtung ist. Das bedeutet, dass diese Klinik von Gebietskörperschaften oder von Zusammenschlüssen von Gemeinschaften, Verbänden oder von Sozialversicherungsträgern betrieben und finanziert wird [21]. In der Krankenhausplanung ist festgelegt, welcher Versorgungsstufe das jeweilige Krankenhaus entspricht. In Niedersachsen orientieren sich die Versorgungsstufen an der Bettenanzahl, welche das Krankenhaus hat. Hierbei wird in vier Anforderungsstufen unterteilt. Die erste Anforderungsstufe entspricht einem Krankenhaus mit einer Bettenanzahl von bis zu 230 Betten. Für zweite Anforderungsstufe muss das Krankenhaus 231-330 Betten zu Verfügung stellen. In der dritten Anforderungsstufe Verfügt das Krankenhaus über 331-630 Betten. Die vierte Anforderungsstufe kann ein Krankenhaus erreichen, wenn es über 630 Betten hat [22]. Die Klinik, auf die sich in dieser Arbeit bezogen wird entspricht der Anforderungsstufe drei, was bedeutet, dass die Klinik den Anforderungen der Schwerpunkversorgung entspricht.

3.2 Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland wird seit dem Jahr 2003 über das DRG-Fallpauschalen System geregelt. Das Ziel der Einführung des DRG-Systems war es, die durchschnittliche Liegezeit der Patienten*innen im Krankenhaus zu verkürzen, die Bezahlung der medizinischen Leistungen zu vereinheitlichen, eine Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhäuser darzustellen und Überlastungen in den Krankenhäusern abzubauen. Außerdem soll das DRG-System die Kostensteigerungen begrenzen [23]. Die Fallpauschalen richten sich hauptsächlich nach der Diagnose, Operation und Schweregrad der Erkrankung. Anhand der Berechnung aus diesen Aspekten entsteht eine Fallpauschale für jeden/jede Patienten*in. Diese Fallpauschale gibt Aufschluss darüber, welche Vergütung das Krankenhaus unabhängig von der Verweildauer erhält. Das bedeutet, dass Menschen mit schweren Krankheiten und vielen Operationen kostenintensiver sind, als Menschen mit leichten Erkrankungen, ohne Operationen. Jedoch kann pro Krankenhausaufenthalt nur eine DRG abgerechnet werden [24]. Die Vergütung des Krankenhausaufenthaltes erfolgt somit als „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem“ [25]. Da diese Berechnungen der Vergütung nicht die Kosten des Aufwandes des Pflegepersonals deckten, wurde im Jahr 2020 eine Kombination erstellt, welche aus Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung besteht. Dabei werden die Pflegepersonalkosten auf bettenführen-

[21] vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2021, S. 7ff.

[22] vgl. Gericke, Wörz & Busse, 2006, S. 60

[23] Vgl. Ahrens, 2020, S. 200f.

[24] vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021a, o.S.

[25] §17b, Abs.1, Nr. 1, KHG

den Stationen in Krankenhäusern unabhängig von den Fallpauschalen finanziert. Je nach Fallpauschale wird somit berechnet, wie hoch die dementsprechenden Pflegepersonalkosten sind. Der DRG-Katalog wird jährlich neu berechnet und setzt sich aus den Kosten- und Leistungsdaten des vorherigen Jahres zusammen. Die Pflegepersonalkosten werden in einem separaten Katalog aufgezeichnet [26]. Den Krankenhäusern ist dabei nicht erlaubt, das Pflegebudget für etwas Anderes auszugeben als für die Deckung der Personalkosten. Dadurch sollen Krankenhäuser mehr Pflegepersonal einstellen, anstatt aus Kostengründen daran zu sparen. Dem ist hinzuzufügen, dass wenn der Mangel an Pflegefachpersonaleiterhin zunehmen sollte, dann kann das Pflegebudget nicht zu einer Verbesserung der Situation in den Krankenhäusern führen [27]. Mit der Einführung des Pflegepersonalbedarfsmessungsinstruments werden die Patienten*innen täglich von dem Pflegefachpersonal in Leistungsstufen eingeteilt. Je nach Einteilung ergibt sich ein Zeitwert, welcher den Bedarf an Pflegefachkräften zeigt. Werden hiernach alle Werte zusammengefasst, ergibt sich der Personalbedarf des gesamten Hauses, unterteilt in den Bedarfen der einzelnen Stationen. Mit dieser Regelung soll das Pflegefachpersonal optimal eingesetzt werden, sodass eine hohe Pflegequalität gesichert werden kann. PPR 2.0 dient dazu, die Mitarbeiter*innen mithilfe einer guten Personalplanung zu entlasten und den Beruf attraktiver zu gestalten [28].

3.3 Professionalisierung in der Pflege

Der Pflegeberuf wird seit jeher ausgeübt. Anfangs entstand die Pflege zu Menschen aus Nächstenliebe und bekam keine Berufsbezeichnung, was sich jedoch im Laufe der Zeit geändert hat. Somit hat sich Anfang des 20. Jahrhundert der Pflegeberuf entwickelt, welcher mittlerweile zur Professionalisierung übergeht. Als Professionalisierung des Berufes wird der Prozess bezeichnet, welcher den Beruf zu einer Profession werden lässt.

> *„Das Tätigkeitsfeld einer Profession unterscheidet sich von einem Beruf dadurch, dass dem Berufsinhaber einen Expertenstatus eingeräumt wird“* [29].

Der Begriff der Professionalisierung wird häufig in Zusammenhang mit der Abgrenzung nichtberuflicher Pflegetätigkeiten, der Beschreibung des Akademisierungsprozesses in der Pflege, der Beschreibung pflegewissenschaftlicher belegter Inhalte oder zur Abgrenzung oder Gleichstellung von der ärztlichen Profession und der Voraussetzung für die gleichberechtigte Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, verwendet [30]. Merkmale einer

[26] vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021a, o.S.

[27] vgl. DBfk, 2020, S. 1

[28] vgl. Gaß, 2020, S. 114ff.

[29] Neumann, 2009, S. 5, zitiert nach Voges, 2002, o. S.

[30] vgl. Lademann, 2018, S. 105

Professionalisierung sind demnach das gesellschaftliche Mandat, was bedeutet, dass die Gesellschaft Experten finden soll, welche die Lösung eines individuellen Problems kennen. Außerdem erbringen professionalisiert Pflegende Leistungen, welche sich an den zentralen gesundheitlichen Werten orientieren. Das universelle Wissen gegenüber den Patienten*innen bedeutet, dass die Pflegenden wissenschaftliches Fachwissen und problemlösungsorientiertes Wissen erworben haben, mit dem sie Patienten*innen analysieren und demnach die Pflegediagnosen stellen sowie eine Pflegeplanung erstellen, welche durchgeführt und evaluiert wird. Hinzuzufügen ist die Autonomie gegenüber den Patienten*innen. Das bedeutet, dass die professionalisierten Pflegefachkräfte als Experten*innen arbeiten und autonom Handeln, während die Patienten*innen sich meist in einer Krisensituation befinden, in der es sich als schwierig erweist, Entscheidungen zu treffen. Zudem weisen professionalisierte Pflegefachkräfte eine Autonomie gegenüber den Institutionen auf, indem neue Berufsgruppen in den Pflegdomänen auftreten. Ein weiteres Merkmal für die Professionalisierung ist die Selbstverwaltung. Hierbei steht die Selbstständigkeit gegenüber Organisationen und staatlicher Kontrolle im Vordergrund. Das bedeutet, dass die Profession von Kammern oder Verbänden vertreten und organisiert wird, welche sich an professionseigenen Maßstäben orientieren [31]. Eine professionalisierte Pflegefachkraft lernt während der Ausbildung oder des Studiums einige Kompetenzen, welche zum professionellen Handeln beitragen. Im Mittelpunkt der pflegerischen Versorgung steht der Pflegeprozess. Dieser dient dazu, die Probleme, welche Patienten*innen mit in das Krankenhaus bringen, zu behandeln, sodass diese entweder stagnieren oder sich verbessern. Um die Probleme festzulegen und eventuelle Ressourcen zu erkennen Bedarf es bereits beim Erstkotakt mit Patienten*innen einer ausführlichen Anamnese. Hierbei muss der/die Pflegeempfänger*in eine gute Compliance mitbringen, damit die Pflegediagnosen und der Bedarf an Unterstützung richtig eingeschätzt werden können. Dieser Pflegeprozess besteht aus dem Stellen der Pflegediagnosen anhand der Anamnese, einer Pflegeplanung, der Durchführung der Pflege und zum Schluss der Evaluation der Ergebnisse. Im Folgenden werden die Kompetenzen dargelegt, welche erforderlich sind, damit der Prozess ein professionelles Modell ergibt. Diese sind zum Beispiel die Entscheidungs- und Handlungskompetenz. Die Entscheidungs- und Handlungskompetenz hat drei zugrundeliegende Kompetenzen, auf welche sie basiert. Die erste ist die praktisch-technische Kompetenz, wobei die Pflegenden die Pflegetechniken und Pflegehilfsmittel im Pflegeprozess integrieren und richtig anwenden. Die zweite Kompetenz ist die klinisch-pragmatische Kompetenz. Hierbei wissen die Pflegenden wie mit Patienten*innen und deren Angehörigen umgegangen wird und können die Fälle verstehen. Als drittes steht die ethisch-moralische Kompetenz. Mithilfe dieser Kompetenz kennen die Pflegenden die Rechte, Pflich-

[31] vgl. Dittrich, Wiedermann & Conzen, 2020. S. 51f.

ten und die ethische Bedeutung in der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegeempfänger*in [32]. Die Veränderung des Berufsbilds Pflege, welche zu einer zunehmenden Professionalisierung wird, zeigt sich besonders in folgenden Merkmalen. Die Pflegenden sind in der Gesundheitsversorgung der Patienten*innen immer der/die erste Ansprechpartner*in. Außerdem übernehmen Pflegende zunehmend eigenverantwortliche Tätigkeiten, was ihr Tätigkeitsfeld vergrößert. Des Weiteren werden vermehrt Prophylaxen angewendet, welche zur Prävention dienen. Außerdem übernehmen die Pflegenden oft Tätigkeiten, welche zur Rehabilitation beitragen. Zudem findet ein Wandel in der Pflegeausbildung statt und es gibt immer mehr akademisierte Pflegende. Es wird ein verbesserter Personalschlüssel eingeführt und es kommt zur Entbürokratisierung in der Pflege, was zu einer Digitalisierung der Dokumentation und weiterer Technisierung führt.[33] Die Hintergründe der Professionalisierung sind zum Beispiel der demografische Wandel, die Zunahme chronisch kranker Menschen sowie der technische Fortschritt in der Medizin und die zunehmenden pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse. Dem hinzuzufügen ist der zunehmende Bedarf an Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen, wodurch die interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig wird und es eine klare Aufgabenverteilung in den jeweiligen Verantwortungsbereichen geben muss. Weitere Gründe sind die steigenden Gesundheitsausgaben, die zunehmende Bedeutung der Wirtschaftlichkeit und Qualität, die informierten Bürger*innen, welche mitentscheiden wollen und zuletzt das steigende Wissen, welches sich lebenslang angeeignet wird [34]. Durch diese Hintergründe entstehen neue Anforderungen an das Gesundheitssystem.

> *„Um diese zu meistern, zählen Qualifikationsverbesserungen, vor allem mithilfe von Akademisierung und damit zusammenhängend eine zunehmende Professionalisierung zu den wichtigsten Strategien“ [35].*

Die Professionalisierung in Deutschland setzt sich aus der Entwicklung verschiedener Bereiche zusammen. Die Entwicklung der wissenschaftlichen Disziplin steht hierbei an erster Stelle, da diese die Grundlage einer Profession darstellt. Jedoch verfügen die wenigsten Pflegefachkräfte über die wissenschaftliche Kompetenz und deren Umsetzung. Ein weiterer Professionalisierungsbereich ist die Entwicklung der Pflege zu einem eigenständigen Beruf. Der Pflegeberuf gilt als ärztlicher Assistenzberuf, sodass es bisher keine Aufgaben gibt, welche nur den Pflegenden vorbehalten sind. Die Berufsgruppe der Pflegenden hat zum Ziel, eigene Interessen selbstständig zu verwalten, welche mithilfe von Verbänden oder Kammern vertreten werden. Diese Idee wird in Deutschland jedoch bisher zögerlich angenommen. Zudem

[32] vgl. Dittrich, Wiedermann & Conzen, 2020. S. 53

[33] vgl. Dittrich, Wiedermann & Conzen, 2020. S. 52

[34] vgl. Lademann, 2018, S. 104f.

[35] Lademann, 2018, S. 105

gehört der Bereich der Ethik zur Entwicklung der Professionalisierung. Der Beruf Pflege hat eine berufsspezifische Haltung zu Werten, welche eine gemeinsames Berufsverständnis und klare Vorstellung zu dem Beruf beinhalten [36].

Um den Beruf der Pflege weiter zu professionalisieren, ist es wichtig, dass es eine hohe Anzahl qualifizierter Pflegende gibt, unter denen sich auch Pflegende befinden, welche über einen akademischen Abschluss verfügen. So können die wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis implementiert werden. Dadurch entsteht ein Potpourri an Erkenntnissen und Wissen aus der Praxis und der Theorie. Verknüpft kann dadurch eine hohe Pflegequalität und somit eine gute Patientenversorgung versprochen werden [37].

3.4 Kompetenzen der Pflegefachkräfte

Um die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ zu erlangen, bedarf es einer Erlaubnis. Diese Erlaubnis wird erlangt, wenn die Ausbildung und die Abschlussprüfung nach dem Pflegeberufegesetz abgelegt wurde. Außerdem muss diejenige Person durch sein/ihr Verhalten dazu in der Lage sein, den Beruf auszuüben. Der Gesundheitszustand der Person muss für die Ausübung des Berufes geeignet sein und die Person muss die für den Beruf erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache besitzen [38]. Mit dieser Erlaubnis ist es den Pflegenden erlaubt, ihren berufsspezifischen Aufgaben nachzugehen. Diese Aufgaben sind: den individuellen Pflegebedarf der Patienten*innen zu erheben und festzustellen. Außerdem darf der Pflegeprozess eigenständig organisiert, gestaltet sowie gesteuert werden und die Qualität der Pflege analysiert, evaluiert, gesichert und entwickelt werden [39]. Pflegefachkräfte erweitern während ihrer Ausbildung und ihrer Karriere ihre Kompetenzen. Unter Kompetenz wird das Handlungsvermögen einer Person verstanden. Dieses Handlungsvermögen setzt sich aus drei verschiedene Komponenten zusammen, welche im Folgenden dargestellt werden.

[36] vgl. Lademann, 2018, S. 108f.

[37] vgl. Eylmann, 2014, S. 72

[38] vgl. §2, Nr. 1-3, PflBG

[39] vgl. §4, abs. 2, Nr. 1-3, PflBG

Abbildung 1: Kompetenzbereiche von Pflegefachkräften
(Münch, M. & Seeling, S., 2021)

Um die Handlungskompetenz zu entwickeln bedarf es verschiedener Stufen, welche durchlaufen werden. Bei der ersten Stufe geht es um das Vorhandensein von Wissen. Olbrich nennt dies regelgeleitetes Handeln. Pflegende besitzen demnach die Fähigkeiten, das erworbene Wissen fachgerecht anzuwenden. Auf dieser Ebene orientieren sich die Handlungsschritte an Grundsätzen, welche erlernt wurden und nachzulesen sind. Außerdem wird sich nach dem Regelwissen orientiert und es wird großen Wert auf das richtige Handeln gelegt. Hierbei wird das Handeln nicht an die individuellen Bedürfnisse der zu versorgenden Person ausgerichtet, sondern richtet sich ausschließlich nach dem erlernten Wissen [40]. Die nächste Stufe, die erreicht wird ist die des situativ-beurteilendem Handeln. Das bedeutet, dass entsprechende Pflegesituationen und Handlungen auf die individuellen Bedarfe der Patienten*innen angewendet werden können. Anordnungen werden kritisch hinterfragt und es wird im Sinne des/der Patienten*in gehandelt. Dabei wird geplant, zielgerichtet, empathisch und individuell vorgegangen. Die pflegerischen Handlungen können auf dieser Ebene unter Beachtung der individuellen Bedürfnisse der Patienten*innen stattfinden [41]. Als dritte Stufe wird das reflektierende Handeln erreicht. Das pflegerische Handeln wird in dieser Stufe nicht nur auf dessen Wirksamkeit beurteilt, sondern wird zudem mit dem Hintergrund des beruflichen oder persönlichen Menschenbildes reflektiert. Es entsteht ein bewusster Umgang mit den persönlichen Gefühlen und Empfindungen der Patienten*innen sowie deren Angehöri-

[40] vgl. Olbrich, 2018, S. 63f.

[41] vgl. Olbrich, 2018, S. 65

gen [42]. Zuletzt wird die Stufe des aktiv-ethischen Handelns erreicht. In dieser Stufe wird die Pflege als ethisches Geschehen gesehen und das pflegerische Handeln basiert auf die Wert- und Normvorstellungen der jeweiligen Kultur. Wenn bestimmte Werte oder Normen nicht beachtet werden, wird die Pflegefachkraft aktiv und kann Gespräche führen und bestimmte Maßnahmen ergreifen, damit ethisch korrektes Verhalten im Sinne des/der Patienten*in eintreten kann [43]. Eine weitere Komponente, welche zur Handlungskompetenz beitragt, ist die Fachkompetenz. Diese Kompetenz beschreibt die Bereitschaft und Fähigkeit auf Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbstständig arbeiten zu können. Damit können Aufgaben und Probleme gelöst und dessen Ergebnis beurteilt werden kann. Hierbei geht es also darum, das Wissen, welches erarbeitet wurde zu verstehen und anzuwenden. Die zweite Komponente ist die Selbstkompetenz. Diese steht dafür, dass die Pflegefachkräfte zu ihrer eigenen Selbstentwicklung beitragen, indem sie selbstständig lernen und ihr berufliches Handeln reflektieren. Außerdem sollten sie eine persönliche und berufliche Wertehaltung einnehmen. Die dritte Kompetenz ist die Sozialkompetenz. Damit verfügen Pflegefachkräfte über die Fähigkeit soziale Kontakte zu knüpfen und mit diesen zu agieren. Außerdem ist es möglich Konflikte zu erkennen und Spannungen zu lösen. In diesen drei Komponenten der Handlungskompetenz sind die Methodenkompetenz, die kommunikative Kompetenz und die Lernkompetenz enthalten. Die Methodenkompetenz bietet die Fähigkeit, planmäßiges vorgehen zu gestalten. Die kommunikative Kompetenz ist die Fähigkeit Kommunikationen zu verstehen und zu interpretieren. Dem hinzuzufügen ist die Lernkompetenz, mit welcher die Personen befähigt sind, Informationen zu verstehen und auszuwerten sowie diese in gedankliche Strukturen zu ordnen und sich zu merken [44]. Dies sind die Kompetenzen, welche die Pflegefachkräfte während ihrer Ausbildung und während der Berufsjahre erlernen und stetig weiterentwickeln, da durch die ständige Weiterentwicklung des Berufes und der Umwelt ein lebenslanges Lernen erforderlich ist.

Um nun den Unterschied zwischen akademisierten examinierten Pflegefachkräften und examinierten Pflegefachkräften darzustellen, wird der Hochschulqualifikationsrahmen hinzugezogen. Die akademisierten examinierten Pflegefachkräfte verfügen nach dem Modell des HQR über Wissen aus verschiedenen Ebenen. Eine Ebene bezieht sich auf das Wissen und Verstehen. Diese Ebene beinhaltet, dass Absolventen*innen mit einem Bachelorabschluss die Fähigkeit haben, ihr Wissen selbstständig erweitern können. Dieses Wissen kann tiefer in den Blick genommen werden, indem Theorien, Methoden oder auch Prinzipien kritisch hinterfragt werden und das Wissen immer dem Stand der Forschung entspricht. Des Weiteren

[42] vgl. Olbrich, 2018, S. 66

[43] vgl. Olbrich, 2018, S. 67f.

[44] vgl. Münch & Seeling, 2021, o.S.

verfügen Bachelor Absolventen*innen über den Einsatz, der Anwendung und der Erzeugung von Wissen. Das bedeutet, dass sie Wissen und Verstehen und dies auf ihren Beruf beziehungsweise ihren Tätigkeiten anwenden können. Somit können Problemlösungen erarbeitet werden. Auf dieser Ebene sammeln, bewerten und interpretieren die Absolventen*innen Informationen und entwickeln Lösungsansätze auf Basis der Wissenschaft. Außerdem können sie Projekte durchführen und die Ergebnisse in die Praxis implementieren. Dem hinzuzufügen ist, dass Absolventen*innen Forschungsfragen ableiten, definieren, erklären und begründen können. Forschungsmethoden können angewendet und dessen Ergebnisse dargelegt werden. Auf der Ebene der Kommunikation und Kooperation ist es den Bachelorabsolventen*innen möglich, Problemlösungen zu formulieren und diese theoretisch und methodisch zu begründen. Außerdem können sie mit Kollegen*innen kommunizieren und kooperieren, um eine Aufgabenstellung verantwortungsvoll zu lösen. Des Weiteren können sie die unterschiedlichen Sichtweisen verschiedener Betrachter*innen reflektieren und berücksichtigen. Auf der Ebene des wissenschaftlichen Selbstverständnis und Professionalität entwickeln die Absolventen*innen ein berufliches Selbstbild, welches sich an Zielen und Standards des professionellen Handelns orientiert. Das eigene Handeln wird mit theoretischem und methodischem Wissen begründet und die Fähigkeiten können eingeschätzt und reflektiert werden. Die Voraussetzungen einen Bachelor-Abschluss anzuwerben sind, dass die Personen über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügen [45]. Nach dem deutschen Qualifikationsrahmen erhalten Bachelorabsolventen*innen mit den genannten Kompetenzen das Niveau 6, während examinierte Pflegefachkräfte mit drei jähriger Ausbildung das Niveau 4 erreichen. Das Niveau 4 beinhaltet die Fachkompetenzen über vertieftes Allgemeinwissen und über fachtheoretisches Wissen des jeweiligen Tätigkeitsbereichs zu verfügen. Die Fertigkeiten auf diesem Niveau sind, dass die Absolventen*innen über ein breites Spektrum kognitiver und praktischer Fertigkeiten wissen. sie können Aufgaben selbstständig bearbeiten und Probleme lösen. Zudem können Arbeitsergebnisse und -prozesse beurteilt werden. Die personale Kompetenz umfasst Sozialkompetenz und Selbstständigkeit. Die Sozialkompetenz schließt die Mitgestaltung der Arbeit in einer Gruppe und der Umgebung dieser ein. Außerdem beinhaltet diese Kompetenz das Anbieten von Unterstützung, das Begründen von Abläufen und Ergebnissen und die Kommunikation über Sachverhalte. Die Selbstständigkeit zeigt sich darin, dass Absolventen*innen sich Lern- und Arbeitsziele setzen und diese reflektieren, realisieren sowie verantworten können [46].

[45] vgl. Kultusministerkonferenz, 2017, S. 6f.

[46] vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, o,J., o.S.

3.5 Pflegefachkräftemangel

Der Pflegefachkräftemangel in Deutschland zeigt bereits „flächendeckende Engpasslagen und anhaltende Rekrutierungsprobleme“ [47]. Gründe dafür sind zum Beispiel die geringen Löhne, der demografische Wandel oder die veränderten Arbeitsbedingungen, welche nicht den Wünschen der Arbeitnehmer*innen entsprechen. Fachkräftemangel besteht, wenn der Arbeitsmarkt zu wenige qualifizierte Arbeitskräfte aufweist, sodass unbesetzte Stellen nicht besetzt werden können. Dies zeigt sich daran, dass die jeweilige berufsspezifische Arbeitslosenquote und gleichzeitig die Anzahl an Bewerbungen in der jeweiligen Branche niedrig ist [48]. Somit besteht ein Fachkräftemangel,

> *„wenn sich die Engpasslage verfestigt hat, es also über längere Zeit hinweg nicht gelingt, den vorhandenen Bedarf in einem Arbeitsmarkt passend qualifizierten – oder gemäß den Anforderungen qualifizierten – Arbeitskräften zu decken“* [49].

Die Engpassbewertung in der Arbeitsagentur im Jahr 2020 in Deutschland setzt sich aus sechs verschiedenen Indikatoren zusammen. Zunächst wird die Vakanz-Zeit berechnet. Dies ist die Zeit, in der freie Arbeitsstellen unbesetzt sind. Für die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen beträgt diese im Schnitt 110 Tage, was auf einen Engpass hindeutet. Der zweite Indikator ist die Arbeitssuchenden-Stellen-Relation, das bedeutet, wie viele Arbeitssuchende es pro gemeldete Arbeitsstelle gibt. Diese beträgt einen Wert von eins. Das bedeutet, dass auch dieser Indikator ein Anzeichen für einen Engpass ist. Der dritte Indikator ist die berufsspezifische Arbeitslosenquote. Diese lag im Jahr 2020 bei 0.7%, was zusätzlich ein Anzeichen eines Engpasses ist. Ein weiterer Indikator ist der veränderte Anteil sozialversicherungspflichtiger beschäftigter Ausländer, welcher bei 2% lag. Dies bedeutet in der Einzelbewertung, dass ein schwaches Anzeichen für einen Engpass gegeben ist. Auch die Abgangsrate von 17% unterstützt dies. Der letzte Indikator gibt die Entwicklung mittlerer Entgelte an. Verglichen mit dem Jahr 2017 hat sich diese um 9% verändert. Das deutet ebenfalls auf ein schwaches Zeichen eines Engpasses hin. In der Gesamtbewertung ist wird deutlich, dass der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege mit 2,7 von 3 erreichbaren Punkten in Jahr 2020 zu einem Engpassberuf gehört [50]. Um die Gründe des Fachkräftemangels genauer zu erläutern, werden diese im Folgenden noch einmal aufgeführt. Zunächst wird die Bezahlung in dem Pflegeberuf in Betracht genommen. Hierfür wird das Projekt LohnSpiegel hinzugezogen. Dieses Projekt wurde im Oktober 2013 veröffentlicht und stellt

[47] Bonin, 2020, S. 62

[48] vgl. Bonin, 2020, S. 62f.

[49] Bonin, 2020, S. 63

[50] vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2020, o.S.

die Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen dar. Es hat eine Online-Befragung stattgefunden, in der Pflegefachkräfte Fragen zu bestimmten Themen beantworten mussten. Es ist zu sehen, dass die geringe Zufriedenheit mit der Bezahlung in Pflegeberufen korreliert. Der Wert der Zufriedenheit ist anhand einer Skala von eins bis fünf gemessen worden und lag bei 2,4. Dabei ist zu beachten, dass das Monatseinkommen je nach Erfahrung der jeweiligen Pflegefachkräfte, Betriebsgröße, Bildungsabschlüsse, nach Geschlecht, Region, Tarif, Position und Sonderzahlungen unterschiedlich zu bewerten ist [51]. Als nächstes wird der demografische Wandel betrachtet. Es steht fest, dass die Gesellschaft immer älter wird, wie im Anhang 2 zu sehen ist. Die Babyboomer Generation wird in zehn Jahren zu den über 65-jährigen gehören. Wie bereits erwähnt sind die Hälfte der Pflegeempfänger*innen in den Krankenhäusern 65 Jahre oder älter [52]. Infolgedessen steigen die Zahlen der benötigten Pflegefachkräfte in den Krankenhäusern. Dabei muss beachtet werden, dass die Anzahl der Nachkommen und somit die der arbeitsfähigen Gesellschaft sinkt [53]. Somit kann es dazu kommen, dass die Anzahl der Pflegefachkräfte irgendwann die hohe Anzahl der Pflegebedürftigen nicht mehr decken kann und der Pflegefachkräftemangel immer weiter ausgeprägt sein wird. Als weiterer Grund werden die veränderten Arbeitszeiten genannt. Die durchschnittliche vertragliche Arbeitszeit bei Pflegeberufen in Deutschland liegt bei 34,2 Wochenstunden. Jedoch entspricht die tatsächliche Arbeitszeit der Befragten des Projekts LohnSpiegel in den meisten Fällen mehr als vereinbart. Wie im Anhang 3 zu sehen, entspricht die tatsächliche Arbeitszeit der Krankenschwestern und -pflegern in 51% der Fälle nicht der der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit, sondern es wird mehr gearbeitet. 47% geben an, genau die Arbeitszeit zu arbeiten, wie es vertraglich vereinbart ist und die restlichen 2% geben an, weniger zu arbeiten als vertraglich vereinbart [54]. Anhand der dargestellten dieser Erkenntnisse ist es wichtig, dass mit den Gegebenheiten gearbeitet wird, die zur Verfügung stehen und die Ressourcen genutzt werden um die Profession Pflege aufrecht zu erhalten.

[51] vgl. Bispinck et al., 2013, o.S.

[52] vgl. Destatis, 2022, o.S.

[53] vgl. Statista, 2021a, o.S.

[54] vgl. Bispinck et al., 2013, o.S.

4. Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit verdeutlicht. Dies soll den Lesern*innen einen Überblick über das Verfahren verschaffen und bildet ab, welche Literatur für die Bearbeitung genutzt und wie diese von der Verfasserin beschaffen worden ist. Zunächst wird die systematische Literaturanalyse mit den Inhalten der Recherche, der Suche und der Darstellung der Ergebnisse deutlich. Im Anschluss wird die Methodik der Entwicklung und Anwendung einer Handlungsempfehlung anhand des DNQP-Methodenpapiers thematisiert.

4.1 Literaturrecherche

Zu Beginn der Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um einen Überblick über die vorhandene Literatur zu erlangen. Hierbei wurde nach wissenschaftlicher Literatur gesucht, welche sich für das Thema der Arbeit eignet. Für die Recherche wurde das Datenbank-Infosystem (DBIS) genutzt und in verschiedenen Datenbanken, wie PubMed, SpingerLink, und CINAHL recherchiert. Außerdem wurde die Hochschulbibliothek über Scinos und die Suchmaschine Google Scholar genutzt, um weitere Literatur zu erarbeiten. Des Weiteren wurden Statistiken aus den Internetseiten Statista und Destatis hinzugezogen. Vor der Bearbeitung der einzelnen Kapitel hat die Verfasserin erneut zu dem spezifischen Thema des Kapitels recherchiert, um die gefundene Literatur optimal an den Prozess anzupassen. Ziel dieser Literaturrecherche war, dass möglichst aktuelle Literatur gefunden wird, welche im Verlauf in die Handlungsempfehlungen implementiert werden kann. Die verwendeten Mesh-Terms, welche während der Recherche genutzt wurden, sind in der folgenden Tabelle 1. dargestellt.

Deutsch	**Englisch**
Arbeitsbedingungen	Working conditions
Bedingungsfaktoren	
Belastungsfaktoren	Stress factors
Beruf	
Emotionen	emotions
Gesundheitsversorgung	Health care
Handlungsbedarf	Need for Change

Krankenhaus	Hospital
Kompetenzen	Skills
Personalentwicklung	
Personalmangel	Stuff shortage
Pflege	Nursing
Pflegefachkräfte	Nurse
Pflegefachkräftemangel	
Physische Belastungen	Physical stress
Profession	Profession
Psychische Belastungen	Psychical stress
Schichtdienst	shiftwork
Selbstpflege	selfcare
Stress	stress
	Work-Life-Balance
Verbesserung	Improvement
Zukunft	Future

Tabelle 1: Verwendete Mesh-Terms in der Literaturrecherche
(eigene Darstellung)

Diese Mesh-Terms wurden mithilfe der Boolschen-Operatoren (AND, OR und NOT) spezifiziert, sodass in den Datenbanken während der Suche ein Bezug zu den einzelnen Wörtern hergestellt werden konnte. Hierbei sind unter anderem folgende Suchbegriffe entstanden: nursing AND stuff shortage AND hospital, health care AND future, nurisng AND working conditions health care OR nursing AND hospital AND stress factors, Pflegekräftemangel AND Zukunft AND Krankenhaus, Pflege AND Verbesserung AND Krankenhaus, Krankenhaus NOT Pflegeheim AND Personalmangel, Pflege AND Belastungsfaktoren, physische ANS psychische Belastungen AND Pflegefachkräfte. Des Weiteren wurden Trunkierungen vorgenommen, um die Begriffe variabel einzusetzen. Einschlusskriterien dieser Literaturrecherche waren: Literatur auf Englisch oder Deutsch, Zugriff auf Volltext, setting Krankenhaus und der Blick auf Pflegefachkräfte/akademisierte Pflegefachkräfte. Demnach waren die Ausschlusskriterien: anderssprachige Literatur als Englisch oder Deutsch, kein Zugriff auf Volltext, setting: stationäre Langzeitpflege oder ambulante Pflege, Pflegehelfer*innen, Aus-

zubildende, Studierende, Ärzte. Die verwendete Literatur besteht aus Sammelwerken, Monografien, Zeitschriftenaufsätzen, Studien, Statistiken und Internetdokumenten. Um die Literaturrecherche verständlich darzustellen, wurde die Suche mittels eines Flowchart veranschaulicht (siehe Abbildung 2.).

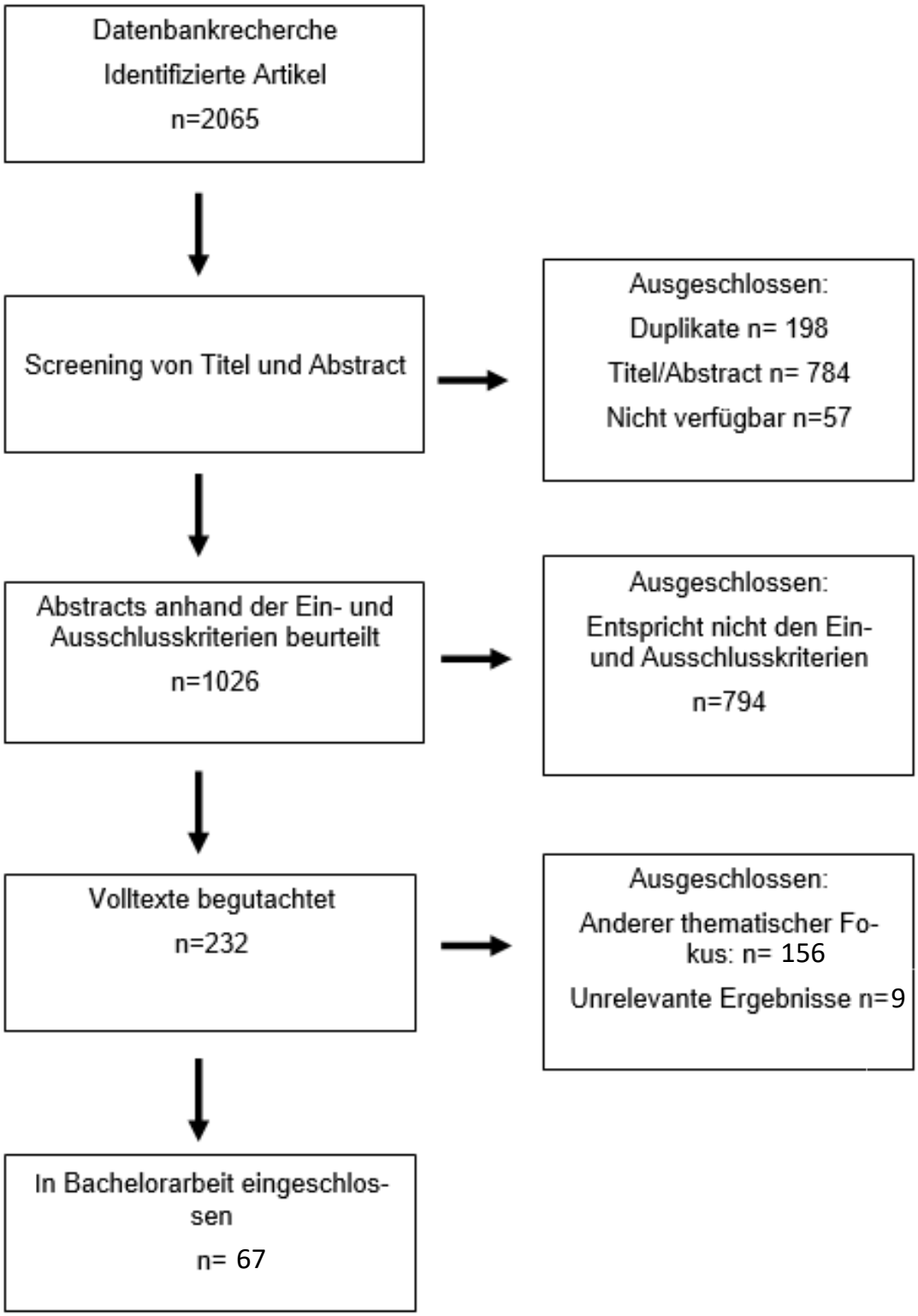


Abbildung 2: Flowchart der Literaturrecherche
(eigene Darstellung)

4.2 Methodik der Handlungsempfehlungen

Die Methodik der Handlungsempfehlungen, ist in Anlehnung des DNQP Methodenpapiers durchgeführt worden. Die Entwicklung eines Expertenstandards umfasst in der Methodik vier Schritte, welche nacheinander durchlaufen werden müssen (siehe Anhang 4.). Zuerst wird die Stufe der Entwicklung erreicht. Diese beinhaltet die Themenfindung, welche mit einer Literaturrecherche einhergeht. Dadurch ergibt sich die Relevanz des Themas. Das Thema lautet: förderliche Bedingungsfaktoren zum Verbleib von Pflegefachkräften in ihrer Profession und wurde in einer kollegialen Fallberatung erhoben. Die dazugehörige Literaturrecherche ist in Kapitel 4.1 zu finden. Nach dem DNQP Methodenpapier würde nun eine Bildung der Experten*innengruppe stattfinden, dies findet in der Erstellung der Handlungsempfehlung nicht statt, da diese Arbeit eine Einzelleistung ist. Für die Erarbeitung der Handlungsempfehlung wurde nach der Methodik des DNQP im nächsten Schritt das Thema spezifiziert. In dieser Arbeit findet die Spezifizierung in dem Analyseteil (Kapitel 5. & Kapitel 6.) statt. Dort wurde sich mit dem Handlungsbedarf, welcher aus der IST-Analyse der Pflegepraxis entstanden ist, auseinandergesetzt und mittels drei verschiedener Studien vernetzt. Dadurch sind die Schwerpunkte, der in Kapitel 7 beschriebenen Handlungsempfehlungen, entstanden. Es ist wichtig, dass der aktuelle Stand des Wissens abgebildet wird, dass die Kriterien trennscharf und messbar sind, dass verbindliche Maßnahmen, Gestaltungsspielräume und verantwortliche Akteure benannt werden, dass Kooperationsebenen mit anderen Berufsgruppen aufgezeigt werden, dass sich konsequent an die Bedürfnisse der jeweiligen Berufsgruppe orientiert wird und, dass die Empfehlung praxistauglich anwendbar ist, ohne zu überfordern.

Mögliche Dimensionen, in denen die Expertenstandards verfasst werden sind die Strukturen-, Prozess- oder die Ergebnisebenen. Diese drei Ebenen sind in den Expertenstandards des DNQP horizontal aneinandergereiht. Vertikal sind die einzelnen Schritte des Prozesses von der Informationssammlung bis zur Evaluation gegliedert und unter jeder Ebene beschrieben. Dadurch werden in den Expertenstandards die Schritte von Informationssammlung über Maßnahmenplanung, der Information, Schulung und Beratung sowie Koordination, Durchführung und Evaluation einzelner Interventionen abgebildet. In der Handlungsempfehlung dieser Arbeit wird sich auf die Interessen der Pflegefachkräfte im Krankenhaus bezogen[55]. Inhalte der Handlungsempfehlung sind Modelle zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte, die dazu beitragen können, dass diese in ihrer Profession verbleiben.

[55] vgl. DNQP, 2019, S. 9ff.

5. Analyse

In diesem Kapitel wird zunächst eine IST-Analyse auf einer Allgemeinstation dargestellt. Es folgt die Übersicht der Arbeitsbedingungen der Pflegefachkräfte und der Belastungsfaktoren dieser. Daraufhin werden die Gründe der Pflegefachkräfte für das Verlassen des Berufes anhand der Ergebnisse von drei Studien aufgeführt.

5.1 IST – Analyse auf einer Allgemeinstation

Die Ist – Analyse der Pflegepraxis hat bereits im Dezember 2021 bis Januar 2022 auf einer allgemeinpflegerischen Station in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung stattgefunden. Vorab ist zu sagen, dass die digitale Patienten*innenakte auf dieser Station im Sommer 2021 eingeführt wurde. Für jeden der drei Bereiche dieser Station ist ein mobiler PC vorhanden. Außerdem verfügt das Krankenhaus über einen Hol- und Bringedienst zur Entlastung der Pflegefachkräfte.

5.1.1 Räumliche Struktur

Die Station umfasst 15 Patienten*innenzimmer mit insgesamt 38 Betten. Die Zimmergrößen sind aufgeteilt in zwei Einzelzimmer, sechs Doppelzimmer, vier Dreibettzimmer und drei Vierbettzimmer. Demnach sind meistens auch die Patienten*innen aufgeteilt. Pflegeaufwendige Patienten*innen werden nach Möglichkeit Einzelzimmer oder Zweibettzimmer zugeordnet. Wenn sie in Zweibettzimmer zugeordnet werden, wird darauf geachtet, dass die Zimmerpartner sich nicht aneinander stören. Zudem wird die Krankheit und der Zustand der Patienten*innen berücksichtigt. Aus diesem Grund sind selbstständige Patienten*innen, welche nicht unter komplexen chronischen Krankheiten leiden, meistens in den größeren Zimmern untergebracht.

5.1.2 Personelle Struktur

Der Personalschlüssel der analysierten Station ist sehr schwankend. So fällt an wenigen Tagen auf, dass viele Pflegefachkräfte eingeplant sind, wodurch die Arbeit sehr gut aufgeteilt werden kann. An einigen Tagen während der Beobachtung ist aufgefallen, dass einige Pflegefachkräfte sich kurzfristig krank melden, sodass Ersatz gesucht werden muss, weil nicht genügend Pflegefachkräfte anwesend sind. So musste in einer Frühschicht zunächst mit drei examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern, einer Unterkursschülerin und einer Studierenden im vierten Jahr gearbeitet werden, bis nach zwei Stunden eine weitere Pflegefachkraft einer anderen Station ausgeholfen hat. An den meisten Tagen sind auf der Station in

der Frühschicht vier bis fünf Pflegefachkräfte anwesend und drei bis vier Schüler*innen/Studenten*innen. Während der Spätschicht sind meistens drei examinierte Pflegefachkräfte anwesend, ergänzt werden sie durch zwei oder drei Schüler*innen/Studenten*innen. Die Nachtschicht wird von zwei examinierten Pflegefachkräften durchgeführt.

5.1.3 Pflegekonzept auf der allgemeinen Station

Auf der Station wird das Konzept der Bereichspflege angewendet. Das bedeutet, dass die Station in drei Bereiche aufgeteilt wird. Für jeden Bereich ist pro Schicht eine Pflegefachkraft zuständig. Die Einteilung der Pflegefachkräfte erfolgt durch die Stationsleitung. Die Pflegefachkraft ist alleine, mit einem oder zwei Auszubildenen/Studierenden für eine Patienten*innengruppe zuständig. Von derjenigen Pflegefachkraft werden alle anstehenden Maßnahmen für die Patienten*innen geplant und die Vorgehensweise festgelegt, sodass alle notwendigen pflegerischen Tätigkeiten durchgeführt werden können. Die Pflegefachkraft trägt somit die Verantwortung für circa 12 Patienten*innen während der gesamten Schicht [56].

5.1.4 Patienten*innen auf der Station

Die Station umfasst 38 Betten. Diese waren an dem Tag der Analyse alle belegt. Unter 38 Patienten*innen sind zwei Patienten*innen aufgrund des MRSA-Keims isoliert worden. Eine weitere Patientin war isoliert, da sie den Norovirus hatte. An diesem Morgen befanden sich auf dieser Station 16 als A3 eingestufte Patienten*innen, 12 als A2 eingestufte Pateinten*innen und 9 als A1 eingestufte Patienten*innen. Diese Einstufung beinhaltet die Intensivität der allgemeinen Pflege, welches die Körperpflege, Ausscheidung, Ernährung und Bewegung umfasst. Patienten*innen, welche mit A3 eingestuft sind, benötigen besondere Leistungen. Das bedeutet zum Beispiel eine überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege. Der/Die Patient*in kann nur wenige Dinge selbst übernehmen oder nur stark eingeschränkt unterstützen. Bei der Versorgung dieser Patienten*innen bedarf es der ständigen Anwesenheit mindestens einer Pflegefachkraft, meistens werden jedoch zwei Pflegefachkräfte benötigt. Die Nahrungsaufnahme erfolgt bei diesen Patienten*innen mit Unterstützung einer Pflegefachkraft oder einem*r Auszubildenden/Studenten*in. Hinzu kommt die Versorgung der Patienten*innen bei unkontrollierter Ausscheidung und Mobilisation. Für die Versorgung der hochaufwendigen Patienten*innen werden zwei Pflegepersonen benötigt. Patienten*innen, welche mit A2 eingestuft sind, benötigen Unterstützung bei der Körperpflege, welche sie jedoch überwiegend selbstständig durchführen. Diese Patienten*innen können ih-

[56] vgl. Bartholomeyczik et al., 2017, S. 123

re Nahrung selbstständig aufnehmen, wenn sie gerecht angerichtet ist. Außerdem können die Patienten*innen ihre Ausscheidung selbstständig kontrollieren, benötigen jedoch eine Begleitung zur Toilette oder einen Toilettenstuhl, ein Steckbecken oder eine Urinflasche. Zur Mobilisation dieser Patienten*innengruppe lässt sich sagen, dass sie überwiegend in der Lage sind, Positionswechsel im Bett selbstständig durchzuführen und eventuell leichte Unterstützung benötigen. Patienten*innen, welche mit A1 eingestuft sind, sind selbstständig und benötigen keine Unterstützung in der allgemeinen Pflege seitens des Pflegepersonals [57].

5.1.5 Beispiel für den Ablauf einer Schicht

In diesem Unterkapitel wird beispielhaft ein gewöhnlicher Ablauf einer Frühschicht beschrieben. Am Morgen bleibt nicht viel Zeit für die Grundpflege der Patienten*innen. Somit wurde nach der Übergabe beschlossen, dass die pflegeaufwendigen Patienten*innen an dem Tag neue Kleidung erhalten, das Gesicht gewaschen wird, Mundpflege durchgeführt wird und der Intimbereich gewaschen wird. Außerdem sollte die Pflege schnell durchgeführt werden. Im Zuge dessen litten die Patienten*innen darunter, dass das Personal an diesem Morgen nicht ausreichend besetzt war und damit ihren Pflegeempfängern nicht gerecht werden konnten. Die Pause wurde von den examinierten Pflegenden im einem kleinen Raum auf der Station gemacht, welcher oftmals als Pausenraum fungiert. Da sich dieser Raum direkt auf der Station befindet wurde die Pause ständig unterbrochen. Zudem musste die Visite der Ärzte teilweise ohne die Pflegenden stattfinden, da diese mit anderen Dingen, wie Infusionen vorbereiten, Entlassungen organisieren oder Pflegedokumentationen erstellen, beschäftigt waren. Aus diesem Grund mussten die Pflegenden alles nacharbeiten, was in der Visite besprochen wurde. Nach der Visite war bereits Mittagszeit, sodass bei einigen Patienten*innen das Essen angereicht werden musste. Danach blieb noch circa eine Stunde um alle Aufgaben abzuarbeiten, die bis zum Ende der Schicht erledigt werden mussten. In dieser Zeit müssen die Patienten*innen gelagert werden und bei einigen musste das Inkontinenzmaterial gewechselt werden. Hinzu kommen Patienten*innenklingeln, welche abgelaufen werden mussten. Einige anliegen sind schnell abgearbeitet, andere haben mehr Zeit in Anspruch genommen. Die Visite musste ausgearbeitet werden, Entlassungen fanden statt, eine erneute Pflegedokumentation und das Vorbereiten der Infusionen für den Nachmittag musste erledigt werden. Währenddessen erschienen schon die ersten Pflegefachkräfte für den Spätdienst. Diese warteten am 13:15 Uhr darauf, dass ihnen eine Übergabe gegeben wird, also muss bis dahin alles erledigt sein. In der Übergabe, welche von 13:15 Uhr bis 13:45 Uhr angesetzt ist, nehmen auf dieser Station keine Schüler*innen/Studenten*innen teil. Diese arbeiten in der Zeit die liegen gebliebenen Aufgaben ab, verteilen den Kaffee an die Patienten*innen und räumen die

[57] vgl. DKG, 2020, o.S.

Spühlräume auf. Nach der Übergabe durften die Schüler*innen/Studenten*innen nach Hause gehen. Die Pflegefachkräfte blieben jedoch noch, da die Dokumentationen vom Vormittag zu Ende geführt werden musste.

5.1.6 Ergebnisse der IST-Analyse

Die IST-Analyse der Allgemeinstation zeigt, dass die Patienten*innenanzahl zwar der Norm entspricht, jedoch darunter sehr viele hochaufwendige Patienten*innen sind. Es lässt sich festhalten, dass das Personal zu knapp berechnet war, um alle Aufgaben in einer Schicht zu erledigen. Die Rückmeldung der Pflegefachkräfte war, dass alle sehr gut mitgeholfen hätten und, das sie ressourcenorientiert gearbeitet hätten. Trotzdem habe die gezeigte Leistung am Ende nicht gereicht, da nicht alle Aufgaben zufriedenstellend erledigt werden konnten. Es war ein sehr stressiger Vormittag, an dem die Pflegefachkräfte hohen Belastungen ausgesetzt waren, weil zu wenig Pflegefachkräfte eingeplant wurden. Das Problem der Personalknappheit ist auf der Station bekannt. Dem hinzuzufügen, ist, dass aufgrund des Pflegefachkräftemangels, das Problem weiter bestehen bleibt. Jedoch besteht seitens der Pflegefachkräfte der Wunsch, dass sich etwas ändert, sodass der Stress und die Belastungen, welcher die Pflegefachkräfte standhalten müssen, nachlässt.

5.2 Arbeitsbedingungen

Im Folgenden werden die Arbeitsbedingungen der Pflegenden in Deutschland dargestellt. Arbeitsbedingungen sind die vom Arbeitnehmer einzuhaltenden Vorschriften. Diese beinhalten im allgemeinen die Entlohnung einschließlich der Überstundensätze, den bezahlten Jahresurlaub, Höchstarbeitszeiten und Mindestruhezeiten, den Sicherheits- und Gesundheitsschutz und die Hygiene am Arbeitsplatz, die Einhaltung von Schutzmaßnahmen und die Gleichberechtigung der Geschlechter [58].

Es sind also die Bedingungen, unter denen die Pflegenden arbeiten. In der Pflege zeigen sich solche in einer relativ geringen Entlohnung und hoher psychischer und körperlicher Belastung, was den Beruf nicht attraktiv für potentielle Nachkommen darstellt. Jedoch steht nicht allein das Problem des Pflegefachkräftemangels aufgrund der Unattraktivität des Berufes im Vordergrund. Außerdem rückt die Qualität der Versorgung aufgrund des Pflegefachkräftemangels immer weiter in den Vordergrund [59].

[58] vgl. § 2, Abs. 1, Nr. 1-7 AEntG

[59] vgl. Schmucker 2020, S. 50

> *„Nicht zuletzt ist die Qualität der Arbeitsbedingungen entscheidend für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Pflegekräfte selbst“* [60].

Die Pflegefachkräfte wurden seit dem Jahr 2007 mit dem DGB-Index Gute Arbeit über die Qualität der Arbeitsbedingungen befragt. Die Befragung beinhaltete mehrere Merkmale, an denen die Arbeitsbedingungen zu messen sind. Ein auffälliges Ergebnis ist, dass die Bewertung der Arbeitsbedingungen in allen Merkmalen in den Pflegeberufen wie der Altenpflege oder Krankenpflege schlechter ausfällt, als in anderen Berufsgruppen. Allein bei der Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit und Beschäftigungssicherheit sind die Pflegeberufe überdurchschnittlich einzuordnen. Die folgenden Kapitel stellen die Auswertung der Befragung anhand der einzelnen Themenbereiche dar [61].

5.2.1 Stress

Zunächst wird deutlich, dass Beschäftigte in Pflegeberufen überdurchschnittlichen Stress ausgeliefert sind. Sowohl psychisch als auch physisch berichten Pflegefachkräfte über Beschwerden. Hierbei steht der Faktor Stress häufig an erster Stelle. In der Befragung gaben 80% der Krankenpfleger*innen an, dass sehr häufig oder oft unter Zeitdruck während der Arbeit leiden. Unter diesem Zeitdruck leiden auch die Pflegeempfänger bei denen in vielen Fällen Abstriche in der Versorgung gemacht werden müssen. Hierzu gaben 49% der befragten Krankenpfleger*innen an, Qualitätsabstriche bei der Versorgung machen zu müssen, damit die Arbeit während der Arbeitszeit abgearbeitet werden kann [62].

5.2.2 Emotionale Belastungen

Pflegefachkräfte werden ständig während und außerhalb ihrer Arbeitszeit emotionalen Belastungen ausgesetzt. Diese „Emotionsarbeit“ [63] gehört zu den Arbeitsbedingungen einer Pflegefachkraft. Diese Arbeit stellt eine hohe psychische Belastung dar, sodass Pflegende häufiger mit emotionaler Konfrontation, oft mit emotionaler Erschöpfung oder hohem Stress belastet sind. 58% der Pflegefachkräfte, welcher in der Krankenpflege tätig sind, berichten darüber, dass sie ihre Emotionen während der Arbeit unterdrücken müssen [64].

---

[60] Schmucker, 2020, S. 50

[61] vgl. Schmucker, 2020, S. 50f.

[62] vgl. Schmucker, 2020, S. 52ff.

[63] Schmucker, 2020, S. 54

[64] vgl. Schmucker, 2020, S.54

5.2.3 Körperliche Belastungen

Die körperlichen Anforderungen, die der Pflegeberuf birgt, sind groß, denn mehr als dreiviertel der arbeitenden Pflegefachkräfte geben an, dass sie sehr häufig oder oft schwerer körperlicher Arbeit ausgesetzt sind. Aufgrund dieser genannten psychischen und physischen Belastungen geben 72% der Krankenpfleger*innen an, nicht bis zum Rentenalter in ihrem Beruf arbeiten zu können [65].

5.2.4 Schichtdienst

Den physischen und psychischen Belastungen hinzuzufügen ist, dass der Pflegeberuf Schichtarbeitszeiten, Nachtarbeit und Wochenendarbeit mit sich bringt. Diese Arbeitszeitlage bringt bei einigen Pflegefachkräften die Schwierigkeit mit sich, das Arbeits- und Privatleben miteinander zu verknüpfen. Des Weiteren weisen Pflegefachkräfte, welche Schichtarbeit und vor allem Nachtarbeit ausgesetzt sind, oftmals Schlafstörungen auf. 61% der Pflegefachkräfte, welche in der Krankenpflege tätig sind, geben an, regelmäßig in Schichtarbeit zu arbeiten. 40% der Krankenpflegefachkräfte sind sehr häufig in der Nachtarbeit tätig und 69% der Krankenpflegefachkräfte sind sehr häufig im Wochenenddienst tätig[66]. In einer Studie gaben 32% der Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten an, sechs Stunden oder weniger pro Tag zu schlafen. Mit dem Schlafentzug verbunden sind häufig Unaufmerksamkeit, Minderung der Leistungsfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit, verlangsamte Reaktion oder verminderte Lernfähigkeit, sowohl im Privatleben, als auch bei der Arbeit. Hierbei ist es nicht relevant, ob die Person es gewohnt ist an Schlafmangel zu leiden oder nicht. Dieses Phänomen kann immer auftreten. Schlafmangel begünstigt Stimmungsschwankungen oder Magen-Darm-Beschwerden sowie Herz-Kreislauferkrankungen. Durch die Schichtarbeit neigen betroffene Menschen dazu, in ein schlechtes Gesundheitsverhalten zu fallen. Das bedeutet, dass diese Personen oft wenig Schlaf bekommen, Rauchen, unter Fettleibigkeit leiden, wenig körperliche Aktivität betreiben und einen höheren Alkoholkonsum haben[67].

5.2.5 Personalschlüssel

Ein weiterer Punkt, welcher die Arbeitsbedingungen erschwert ist, dass eine Pflegefachkraft in Deutschland über 24 Stunden im Schnitt 13 Patienten*innen betreuen muss. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland zusammen mit Spanien auf dem letzten Platz der Stellenbesetzung. Damit ist auch die Beurteilung der Arbeitsumgebungsqualität zu erklären. Diese

[65] vgl. Schmucker, 2020, S. 52ff.

[66] vgl. Schmucker, 2020, S. 56f.

[67] vgl. Caruso, 2013, o.S.

geben 48% der Pflegefachkräfte in Deutschland mit gut oder besser an, was bedeutet, dass 52% die Arbeitsumgebungsqualität schlechter einschätzen [68].

5.2.6 Vergütung

Außerdem gibt es im Pflegeberuf eine Unzufriedenheit in der Vergütung. In der Krankenpflege geben 73% der Pflegefachkräfte an, dass das Einkommen nicht oder nur in geringem Maß leistungsgerecht ist. Die Belohnung in Form von Einkommen ist ein wichtiger Faktor für alle Arbeitnehmer. Wenn dieser jedoch nicht entsprechend der geleisteten Arbeit angepasst ist, stellt er eine psychische Belastung für die betroffenen Personen dar, wodurch die Leistung der Arbeit beeinflusst werden kann [69].

5.3 Belastungsfaktoren

Unter Belastung sind „objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren“ [70] zu verstehen. In der Pflege sind Belastungsfaktoren in verschiedenen Ebenen eingeteilt. Die Makroebene, mit welcher die soziokulturelle-, politische- und gesellschaftliche Ebene dargestellt wird, umfasst vier Hauptbelastungsfaktoren im Pflegeberuf. Hierzu gehören die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit, die Bürokratisierung, der Umgang mit Wirtschaftlichkeitsaspekten und die Unzufriedenheit mit der Vergütung. Die Mesoebene umfasst die organisationsbezogenen Aspekte. Hierbei stehen die mangelnden Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten in dem Beruf der Pflegefachkraft, der geringe Gestaltungsspielraum während der Arbeit, die Arbeitszeiten, der Zeitdruck, die häufige Arbeitsunterbrechung durch Patienten*innenklingeln oder Telefonaten und die quantitativen Arbeitsanforderungen und der Personalmangel im Vordergrund. Der Mesoebene sind die materiell-technisch bedingten Belastungsfaktoren hinzuzufügen. Diese Faktoren umfassen die Arbeitsumgebung, welche Lärm und Unruhe mit sich bringt. Dazu gehören schlechte Ausstattungen des Arbeitsorts, körperliche Belastungen durch Heben, Tragen, Halten, Umlagern und Transportieren von Patienten*innen und schweren Dingen, ungünstige Körperhaltungen oder Zwangshaltungen und die Infektionsgefährdung. In der Mikroebene befinden sich die interpersonalen Belastungsfaktoren, welche Konflikte mit Personen aus dem Arbeitsumfeld, interprofessionelle Spannungen, unklare Aufgabenverteilungen und Anweisungen sowie mangelnde Informationen und dessen Weitergabe beinhaltet. Außerdem befinden sich auf dieser Ebene psychosoziale Belastungsfaktoren, wie Konfrontation mit Leid, Sterben und Tod, Mitverantwortung für das Leben anderer, Umgang mit geistig verwirrten, dementen oder nicht

[68] vgl. Schwendimann et al., 2014, S. 2f.

[69] vgl. Schmucker, 2020, S. 57

[70] Maier & Nissen, 2018, o.S.

ansprechbaren Patienten*innen, Stress durch psychische und emotionale Belastungen, psychosomatische Beschwerden, Burnout, Vereinbarkeit des Privatlebens und Berufes und Rollenkonflikte, in denen sich die Pflegefachkräfte befinden [71], [72]. Die aufgezählten Ergebnisse sind Studien zu entnehmen, welche sich mit dem Berufsausstieg der Pflegefachkräfte im Zusammenhang mit Belastungsfaktoren beschäftigt haben. Keine der Studien belegt jedoch eine eindeutige Lösung, diesen Belastungsfaktoren entgegenzuwirken, um somit den Verbleib der Pflegefachkräfte in ihrem Beruf zu fördern.

5.4 Gründe der Pflegefachkräfte für das Verlassen des Berufes

Im Folgenden werden Studienergebnisse aus drei verschiedenen Studien dargestellt, welche Gründe der Pflegefachkräfte für das Verlassen ihres Berufes thematisieren. Die erste Studie ist die Next-Studie. Darauf folgen die RICH-Nursing Studie und die RN4Cast-/G-NWI-Studie.

5.4.1 Ergebnisse der NEXT-Studie

Die europäische NEXT-Studie beschäftigt sich mit der Frage, warum die Pflegefachkräfte vorzeitig aus ihrem Beruf aussteigen. Sie wurde in den Jahren 2002 bis 2004 durchgeführt. In zehn europäischen Ländern wurden jeweils 5000 bis 8000 Pflegefachkräfte befragt. Dabei sollten Gründe gefunden werden, welche die Pflegefachkräfte dazu bewegen vorzeitig aus ihrem Beruf auszusteigen. Außerdem sollte der daraus resultierenden Effekt für die Pflegeeinrichtungen erhoben werden. Hauptgründe sind die Arbeitsbedingungen und die Unvereinbarkeit des Berufes und dem Privatleben, welche Bereits in Kapitel 5.2 dargestellt wurden.

Zunächst wurde in der Umfrage das Thema Arbeitsexposition und Arbeitsanforderungen behandelt. Eines der Unterthemen war die physikalische Exposition mit Einschätzung der eigenen Infektionsgefährdung während der Arbeit. Hierbei konnte festgestellt werden, dass über 71% des Personals, welches auf der Intensivstation arbeitet, sich von der Infektionsgefährdung belastet fühlt. Auf der Allgemeinstation beläuft sich diese Anzahl auf 47%. Als weiteres Unterthema ergibt sich die Lärmbelästigung. Davon sind die Pflegefachkräfte auf den Intensivstationen in 60% der Fälle betroffen und die Pflegenden auf den Allgemeinstationen zu 33%. Die Belästigung durch unangenehme Temperaturen wird in den Krankenhäusern eher seltener als Problem angegeben. Hingehen wird die Belastung durch gefährliche Stoffe auf den Intensivstationen mit 52% und auf den Allgemeinstationen mit 40% angegeben. Hierbei ist häufig der Umgang mit Desinfektions- oder Reinigungsmitteln gemeint. Hinzu der Umgang mit Medikamenten, wie Zytostatika oder ähnlichem. Als weitere Belastung werden die

[71] vgl. Breinbauer, 2020, S. 76f.

[72] vgl. Höhmann, Laut enschläger & Schwarz, 2016, 75f.

quantitativen Anforderungen gesehen. Hierbei werden Fragen beantwortet, wie: Fehlt oft die Zeit alle Aufgaben zu bearbeiten? Können Pausen wahrgenommen werden? Muss schnell gearbeitet werden? Häufen sich Dinge auf? Gibt es genug zeit um mit Pflegempfängern*innen zu reden?. Auf den Allgemeinstationen werden die quantitativen Anforderungen mit jeweils circa 62% als Belastung angesehen. Es wird deutlich, dass Pflegefachkräfte mit hohen quantitativen Anforderungen häufiger Fehltage aufweisen und durch die hohen Belastungen eher zum Burnout neigen. Dem hinzuzufügen sind die körperlichen Anforderungen, welche eine weitere Belastung für die Pflegekräfte darstellen. Häufige Tätigkeiten sind Heben und Tragen, Lagern, Mobilisieren und Kleiden von Patienten*innen oder der Transfer dieser. Es ist zu sehen, dass die Belastung der Pflegefachkräfte auf den Allgemeinstationen höher ist, als die der Pflegenden auf den Intensivstationen. Auf den Allgemeinstationen sind vor allem häufige Belastungen durch Heben und Tragen aufgefallen. Des Weiteren wird in der Befragung deutlich, dass es deutlich mehr Spannungen und Feindseligkeiten im Krankenhausbereich gibt, als in ambulanten Diensten oder in Pflegeheimen. Es fällt auf, dass Pflegefachkräfte, welche in einer großen Einrichtung arbeiten, eine geringere Bindung zu der Einrichtung haben, als Pflegefachkräfte, welche in kleineren Einrichtungen arbeiten. Die letzte Schwäche, welche aus der NEXT-Studie ersichtlich wird, ist die Arbeitsorganisation in Krankenhäusern. Hierbei stehen die Punkte Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Einfluss auf die Dienstplangestaltung außen vor. Dadurch liegen die Schwächen eher in den Bereichen Zufriedenheit mit der Schichtübergabe, widersprüchliche Arbeitsanweisung, unzureichende und verspätete Informationen, fehlende Qualifikationen und Häufung der pflegefremden Tätigkeiten. Die dargestellten Belastungen, welche sich aus der NEXT-Studie ergeben haben, stellen die Schwächen dar und diesen somit zur Orientierung um diese Bereiche aufzuarbeiten [73] .

5.4.2 Ergebnisse der RICH-Nursing-Studie

Die RICH-Nursing Studie wurde in den Jahren 2003 und 2004 durchgeführt und knüpft an die International IHOS-Studie an. Das Ziel dieser Studie war es, das Ausmaß der Rationierung der Pflegefachkräfte festzustellen und dabei den Zusammenhang zwischen Einteilung der Pflegefachkräfte, Arbeitsbedingungen, Stellenbesetzung und Fachkompetenz der Pflegeteams und Behandlungsergebnissen der Patienten*innen zu beurteilen. Diese Ergebnisse wurden mit den Daten der IHOS verglichen [74]. An dieser Studie haben 1338 Pflegefachkräfte und 779 Patienten*innen aus acht verschiedenen schweizer Kliniken teilgenommen. Die Daten, konnten durch die Befragung des Pflegefachpersonals und der Patienten*innen, die Do-

[73] vgl. Simon et al., 2005, S. 3ff.

[74] vgl. Schubert, 2008, o.S.

kumentationen der Kliniken und der Entlassungsdaten der Patienten*innen festgehalten werden. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Patienten*innen, welche in Krankenhäusern behandelt werden, in denen die pflegerische Versorgung weniger rationiert werden muss, einem geringerem Risiko der Krankenhaussterblichkeit erleiden, als Patienten*innen, welche in einer Klinik behandelt werden, in welcher die Rationierung der pflegerischen Versorgung hoch ist. Es ist zu erkennen, dass die Rationierung von Dokumentation und Versorgung und Unterstützung der Patienten*innen in Schnitt sehr hoch ist, was bedeutet, dass diese Bereiche von den Pflegefachkräften vernachlässigt werden. Hingegen ist die Rationierung bei der Förderung der ATL´s eher niedrig, was bedeutet, dass die Pflegefachkräfte diesen Punkt eher weniger vernachlässigen. Die Qualität der Arbeitsumgebung wurde anhand der Angemessenheit der Stellenbesetzung und Fachkompetenz sowie der Zusammenarbeit der Pflegenden und Ärzte und die Unterstützung der Pflege durch das Management gemessen. Fünf der acht teilnehmenden Kliniken gaben an, dass die Qualität der Arbeitsumgebung und die Stellenbesetzung eher schlechter ist. Die Zufriedenheit der Pflegefachkräfte lässt sich laut den Angaben der Studie an folgenden Werten feststellen. 17% der befragten sind von Burnout betroffen und 26% der Pflegenden Arbeitsunzufriedenheit an. Zudem kommt die Zahl der jährlichen Stellenwechsel, welche 26% der Pflegenden innerhalb des nächsten Jahres beabsichtigen. Die Zahl der Stichverletzungen beläuft sich auf 17% im letzten Jahr. Andere arbeitsbedingten Verletzungen haben sich 16% der befragten Pflegefachkräfte zugezogen. Von akuten Rückenschmerzen sind 35% der Befragten betroffen. Die Zahl der Befragten mit chronischen Rückenschmerzen beläuft sich auf 31%. Letztendlich wurden im letzten Jahr 28% der Pflegefachkräfte von Patienten*innen beschimpft. Somit werden auch hier fünf der acht Kliniken mit einer eher schlechten Qualität der Arbeitsumgebung beurteilt [75], [76].

5.4.3 Ergebnisse der RN4Cast-Studie/G-NWI-Studie

Die RN4Cast-Studie beschäftigt sich mit der Notwendigkeit einer verbesserten Pflegepersonalbedarfsplanung. Diese Studie wurde in den Jahren 2007 bis 2013 durchgeführt. Es haben insgesamt 13 europäische Länder und 33.659 Pflegefachkräfte aus 488 Kliniken teilgenommen. Aus Deutschland haben 1511 Pflegefachkräfte aus 51 Kliniken teilgenommen. Das Ziel dieser Studie war es, mithilfe einer Befragung, einen Zusammenhang zwischen der Personalzufriedenheit, der Rahmenbedingungen einer Klinik und der Patienten*innenergebnisse herzustellen. Mit diesen Ergebnissen soll die Einsatzplanung der Pflegefachkräfte optimiert werden, sodass diese gleichzeitig eine positive Auswirkung auf die Patienten*innenzufriedenheit hat. Die Fragebögen der Pflegefachkräfte haben sich auf Fragen des

[75] vgl. Schubert et al., 2005, S. 23ff.

[76] vgl. Schubert et al, 2012, o.S.

Arbeitsumfeldes des Pflegepersonals, wie zum Beispiel die Arbeitszufriedenheit oder die Fluktuation bezogen. Außerdem wurden Fragen zur Qualität und Sicherheit, wie zum Beispiel besondere Vorfälle oder Pflegequalität auf den Stationen, oder Fragen, welche sich auf die letzte Schicht bezogen haben, gestellt. Des Weiteren wurden Eigenschaften, wie Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Erfahrung der Pflegefachkräfte erfragt. Außerdem sollten sie die Krankenhausumgebung sowie das Schmerzmanagement und den Informationsfluss darstellen. Die Daten bezogen sich auf die Entlassungsdatensätze erwachsener Patienten*innen. Diese gaben Informationen über die Patienten*innendaten, medizinische Diagnosen und durchgeführte Interventionen sowie Verweildauer und Entlassungszustand der Patienten*innen. Um die Krankenhauskennziffern festzustellen, wurde die Rechtsform, Patienten*innenkennziffern, Größe der Kliniken und die Anzahl der Betten, der Personaleinsatz sowie deren Qualifikation und die Personalzugänge/ -abgänge und die Organisation sowie das Management des Pflegepersonals in Betracht gezogen [77]. Ergebnisse der RN4Cast-Studie werden in dieser Arbeit anhand des Follow-up´s aus dem Jahr 2015 dargestellt, da das Follow-Up aktuellere Ergebnisse liefert. 2015 haben insgesamt 4317 Pflegefachkräfte im durchschnittlichen Alter von 39,7 Jahren und 71 Krankenhäuser mit einer durchschnittlichen Bettenanzahl von 604 an diesem Follow-Up teilgenommen. Während die Unzufriedenheit der Pflegefachkräfte mit ihrer Arbeitssituation im Jahr 2010 bei 26% lag, lag sie im Jahr 2015 bereits auf 46% gestiegen. Hingegen sind mit der Berufswahl im Jahr 2015 71% der Pflegefachkräfte zufrieden. Das bedeutet, dass ihnen der Beruf an sich gefällt, jedoch einige Rahmenbedingungen die Zufriedenheit beeinflussen. Dadurch würden 43% der Befragten ihre Arbeitsstätte nicht als gute Arbeitsstätte weiterempfehlen. Dies wird anhand der Selbstständigkeit der Arbeit, Urlaubstage, Flexibilität des Dienstplans, Krankheitsregelungen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung, des beruflichen Status, Fortbildungsurlaubs und des Gehalts gemessen. Des Weiteren konnte im Jahr 2010 bei 29% der befragten Pflegefachkräfte leiden unter emotionaler Erschöpfung und bei 15% der Befragten wurde bereits ein Burnout festgestellt werden. Die Zahl der emotionalen Erschöpfung ist im Jahr 2015 bereits auf 37% gestiegen und ein Burnout konnte bei 21% der Befragten festgestellt werden. Im Durchschnitt haben im Jahr 2010 36% der Befragten Pflegefachkräfte überlegt innerhalb des nächsten Jahres den Beruf der Pflege zu verlassen oder in ein anderes Krankenhaus zu wechseln. Diese Absicht stieg bis zum Jahr 2015 auf 40%. Die Bewertung der Arbeitsumgebung wurde im Jahr 2010 in 52% der Fälle als schlecht oder angemessen bezeichnet. Bis 2015 ist diese Zahl bereits auf 57% gestiegen. Es gebe zu wenig Pflegefachkräfte, um gute Pflege leisten zu können, geben im Jahr 2010 80% der Befragten an. Diese Zahl ist bis zum Jahr 2015 um 7% angestiegen. Dies kann im Zusammen-

[77] vgl. Busse, Blümel & Zander, 2020, o.S.

hang mit der Personalbesetzung stehen, welche im Jahr 2015 in der Relation Pflegekraft:Patienten*innen 12:1 stand. Das Arbeitsklima hat sich von 2010 bis 2015 nicht verschlechtert. 37% der Befragten sind nicht zufrieden mit dem Arbeitsklima. Im Jahr 2015 wurde die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern in 42% der Fälle als schlecht oder angemessen angesehen. Die Patienten*innensicherheit wird von 11% der Befragten mit ungenügend oder schlecht bewertet. Dabei behaupten 39%, dass die Patienten*innen zu früh entlassen werden und 81% der Befragten geben an, dass die psychosoziale Versorgung der Patienten*innen unzureichend ist. Dass Pflegetätigkeiten vernachlässigt werden, konnten 91% der befragten Pflegefachkräfte bestätigen. Diese mussten mindestens eine Tätigkeit vernachlässigen. Im Durchschnitt werden jedoch 5,2 Tätigkeiten vernachlässigt. Hierbei handelt es sich in 80% der Fälle um Zeit und Zuwendung am Patienten*in. Durch die Vernachlässigung der Patienten*innen werden gehäuft Beschwerden von Patienten*innen eingereicht. Zudem werden die Pflegefachkräfte von Patienten*innen oder deren Angehörigen beschimpft. Des Weiteren treten bei den Pflegeempfängern öfter Harnwegsinfektionen oder Infektionen der Blutbahn auf. Diese Versorgungsqualität kann verbessert werden, wenn die Personalbesetzung der Pflegenden höher und besser ausgebildet ist, als die bestehende [78].

6. Vernetzung der Studienergebnisse mit der IST-Analyse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie, welche bereits in Kapitel 5.4 dargestellt wurden, in Verbindung mit der IST-Analyse der Allgemeinstation gebracht. Dazu sollen die Ergebnisse miteinander verglichen werden.

6.1 Vernetzung der NEXT-Studie mit der IST-Analyse

Werden die Ergebnisse der NEXT-Studie nun mit der IST-Analyse vernetzt, lässt sich sagen, dass Pflegefachkräfte an diesem Morgen einer Infektionsgefahr ausgesetzt waren. Diese Gefahr bestand aufgrund der zwei Patienten*innen, welche den MRSA-Keim hatten und der Patientin, welche den Norovirus hatte. Auch der Lärm, welcher an diesem Morgen durch die Unruhe herrschte, bestätigte die Belastung der Pflegefachkräfte. Die Belastung in den quantitativen Aufgaben war an diesem Morgen sehr hoch. Die Pflegefachkräfte hatten keine Zeit alle Aufgaben zu erledigen und mussten länger bleiben. Zudem wurde die Pause von den examinierten Pflegefachkräften auf der Station durchgeführt und ständig unterbrochen. Außerdem musste schnell gearbeitet werden, da sonst nicht alle Patienten*innen hätten ver-

[78] vgl. Zander, 2017, o.S.

sorgt werden können. Des Weiteren haben sich viele Dinge angehäuft, sodass die examinierten Pflegefachkräfte nach der Schichtübergabe weiterarbeiten mussten. Zudem war nicht genügend Zeit, um sich mit den Patienten*innen zu unterhalten. Somit sind alle Belastungsaspekte der quantitativen Anforderungen, welche sich negativ auf die Pflegefachkräfte auswirken, erfüllt worden,. Das Heben und Tragen auf der Station war mit 16 Patienten*innen, welche mit A3 eingestuft waren, eine weitere Belastung. Außerdem war die Schichtübergabe nicht optimal, da die Pflegefachkräfte aus der Frühschicht sich nicht zu 100% darauf konzentrieren und eventuell wichtige Dinge vergessen haben, wodurch die Pflegefachkräfte aus der Spätschicht nur unzureichende Informationen erhalten haben. Zudem häufen sich bei den Schülern*innen/Studenten*innen die pflegefremden Aufgaben, wie zum Beispiel Essen verteilen oder Kaffee verteilen am Nachmittag. Aus diesem Grund verpassten sie wichtige Dinge, wie zum Beispiel die Übergabe oder Visiten, welche Möglichkeiten zum erlernen weiterer Fähigkeiten gewesen wären. Es kann festgestellt werden, dass einige Ergebnisse, welche sich bereits 2002-2004 in der NEXT-Studie als Schwächen erwiesen haben, im Jahr 2021 weiterhin Belastungen im Pflegealltag darstellen.

6.2 Vernetzung der RICH-Nursing-Studie mit der IST-Analyse

Die Ergebnisse der RICH-Nursing-Studie lassen sich mit Erkenntnissen der IST-Analyse aus der Praxis verknüpfen. Das Pflegepersonal muss Prioritäten in der Versorgung setzen, da abgewägt werden muss, worum sich als erstes gekümmert wird und welche Aspekte hinten anstehen können, weil nicht genügend Pflegepersonal vorhanden ist, um nicht rationieren zu müssen. Des Weiteren wird die Burnout-Rate in der Studie thematisiert und betrifft in einem Jahr 17% der Pflegefachkräfte. Das ist auch in der Analyse der Praxis einer der Gründe für das Krankmelden der Pflegefachkräfte. Zudem wurde in der Studie die Arbeitsunzufriedenheit thematisiert, welche auch in der Praxisanalyse eine Rolle spielte. Hier konnte im allgemeinen festgestellt werden, dass die Arbeitszufriedenheit nicht hoch ist, da die Anforderungen an die Pflegefachkräfte zu hoch sind. Dies wird durch die vorliegende Studie bestätigt. Zudem wird in der Studie eine schlechte Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Pflegenden deutlich. Dies wird in der Praxis ebenfalls bemerkbar, da die Visiten ohne Pflegefachkräfte als erste Ansprechpartner*innen für Pflegeempfänger*innen, durchgeführt werden und Informationen der Visite nicht bei den Pflegefachkräften ankommen. Außerdem spiegelt die Praxis ein paar der genannten Patienten*innenergebnisse der Studie wider. Zum Beispiel geschieht es durch die vielen Aufgaben, welche die Pflegefachkräfte erledigen müssen, ab und zu, dass Medikamente zu spät gegeben werden, sodass ein Medikamentenfehler besteht. Außerdem kommt es regelmäßig zu Stürzen oder die Patienten*innen entwickeln Dekubiti, da sie zu selten gelagert werden. Im Vergleich der RICH-Nursing-Studie mit der Pfle-

gepraxis kann festgestellt werden, dass einige der Studienergebnisse auf die Gegebenheiten der heutigen Praxis zutreffen.

6.3 Vernetzung der RN4Cast-Studie/G-NWI-Studie mit der IST-Analyse

Wird die RN4Cast-Studie und dessen Follow-Up mit der Situation aus der Praxis verglichen, sind auch hier Ähnlichkeiten zu sehen. Zunächst konnte die emotionale Erschöpfung bei einigen Pflegfachkräften der Station festgestellt werden. Diese war oftmals eine Begründung dafür, dass sie sich krank meldeten. Pflegefachkräfte deuten im Gespräch auf die große emotionale Belastung hin und berichten, dass sie die Situation auf der Station nicht mehr lange aushalten würden und wenn sich nichts ändert, sie sich nacheinem neuen Job umschauen. Somit fällt die Bewertung der Arbeitsumgebung in der analysierten Station wahrscheinlich eher negativ aus. Anhand der Analyse ist zu erkennen, dass die Aussage, dass es zu wenige Pflegefachkräfte gibt, um gute Pflege zu leisten, auf die Station zutrifft. An dem beschriebenen Morgen waren zu wenige Pflegefachkräfte vorhanden, um eine gute Patienten*innenversorgung zu gewährleisten, worunter die Patienten*innen letztendlich leiden mussten. Die Relation der Pflegefachkraft:Patienten*innen liegt auf der Station, genau wie in der Studie beschrieben, bei 12:1. Außerdem konnte in der Analyse, genauso wie in der Studie festgestellt werden, dass Pflegekräfte einige ihrer Tätigkeiten entweder auslassen oder nach hinten verschieben müssen. Es kann also auch bei dieser Studie festgestellt werden, dass einige der Studienergebnisse aus dem Jahr 2015 auch im Jahr 2021 auf die Situation der Station zutreffen.

7. Handlungsempfehlungen

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Transfer der Ergebnisse aus den Kapiteln 5. und 6. Im Zuge dieses Transferteils werden Handlungsempfehlungen für die Praxis erstellt. Diese umfassen die Verringerung der psychischen und physischen Belastungen und die Verbesserung der Arbeitsorganisation. Im Folgenden werden die Verhaltens- und Verhältnisorientierten Maßnahmen aufgezeigt. Anhand dieser Tabellen ist zu sehen, dass es sehr viele Angebote seitens der BGF gibt, welche Arbeitgeber ihren Arbeitnehmern anbieten können. Diese Maßnahmen können sowohl die psychische als auch die physische Gesundheit der Pflegefachkräfte stärken.

Kategorien	Verhaltensorientierte Maßnahmen
Umgang mit „Drogen“	Alkohol, Rauchen, Tabletten, Ernährung und illegale Drogen
Aufklärungs- und Informationsaktionen	Antiraucher-Kampagnen und Gesundheitsinformationen
Herz- und Kreislauf-Aktionen	Untersuchungen/Tests zu: Blutdruck, Cholesterinspiegel, Übergewicht, Bewegungsmangel
Weiterbildung mit Gesundheitsförderungsinhalten	Erweiterung von Fach- und Führungskursen um Inhalte der Gesundheitsförderung
Soziale Kompetenz	Führungsschulung, Konfliktseminare, Persönlichkeitsbildung
Umgang mit Stress	Kurse zur Entspannung, autogenem Training, Zeitmanagement
Bewegungsangebote	Check-ups, Einführung von Kurzpausen, Anleitung zum Stretching, Pausenturnen, Rückenschule
Freizeitangebote	Stammtisch, Sportgruppe, Theatergruppe, Betriebsausflüge, externe Kursangebote

Tabelle 2: Verhaltensorientierte Maßnahmen der BGF

(Buchberger et al., 2011, S. 16)

Kategorien	Verhältnisorientierte Maßnahmen
Organisationsgestaltung	Gesundheitszirkel, Gesundheitskommissionen, bauliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung
Ernährungsangebote	Angebote in Kantinen und Verpflegungsautomaten
Arbeitsergonomie	Einstellen von Stühlen und Schreibtischen, die Anordnung der Bildschirme usw.
Arbeitszeitgestaltung	Gleitende Arbeitszeit, Breitbandmodelle und Schichtplanung
Laufbahnberatung	Informationen über die beruflichen Möglichkeiten im Betrieb
Lohngestaltung	Beteiligung an den Gesundheitskosten über den Lohn der Mitarbeitenden
Formen der Zusammenarbeit	Selbstkontrolle und Entscheidungsspielraum in der Arbeit
Arbeitsgestaltung	Jobenrichment, Jobenlargement, Jobrotation und aufgabenorientierte Maßnahmen

Tabelle 3: Verhältnisorientierte Maßnahmen der BGF

(Buchberger et al., 2011, S. 16)

7.1 Verringerung der psychischen Belastung von Pflegefachkräften

Die psychischen Belastungen, welche bereits in der Analyse erörtert worden sind, dienen als Grundlage für die Handlungsempfehlung. Um die psychischen Belastungen der Pflegefachkräfte in Krankenhäusern zu verringern, werden Empfehlungen für Interventionen gegeben.

Im Hinblick auf die Verringerung der psychischen Belastungen der Pflegefachkräfte kann das transaktionale Stressmodell von Lazarus in den Blick genommen (siehe Anhang 5.). Denn mit den folgenden Handlungsempfehlungen sollen psychische Ressourcen aufgebaut werden, sodass die Reize, welche sich im Arbeitsalltag aufbauen, mithilfe dieser bewältigt werden können. Somit können die Ressourcen dazu beitragen, dass die Pflegefachkräfte weniger psychische Belastungen empfinden[79].

[79] vgl. Breinbauer, 2020, S. 31f.

7.1.1 Zeitdruck reduzieren

Um den Zeitdruck der Pflegekräfte auf der allgemeinen Station zu reduzieren, ist es an erster Stelle sehr wichtig, den Personalschlüssel regelmäßig auf die aktuelle Situation der Stationen anzupassen. Hierbei kann darauf geachtet werden, dass Pflegehelfer*innen oder Praktikanten*innen eingestellt werden, um die Pflegefachkräfte zu entlasten. Zudem sollten alle anwesenden Pflegefachkräfte, Schüler*innen/Studenten*innen und Pflegehelfer*innen klar definierte Zuständigkeiten zugewiesen werden. Damit sollten keine Arbeiten doppelt erledigt oder vergessen werden, welche am Ende nachgeholt werden müssen und die Personen in Zeitdruck verfallen lassen. In jedem der drei Bereiche der Allgemeinstation sollten genügend Arbeits- und Hilfsmittel zur Verfügung stehen, damit die Pflegenden Arbeitswege sparen und sich leichter orientieren können. Ein weiterer Aspekt ist die Implementierung von festen Zeitfenstern. Dadurch kann der Zeitdruck der Pflegenden zu reduziert und die Zeit besser eingeteilt werden [80]. Die Inhalte dieser können im Frühdienst in einem Bereich beispielsweise wie folgt aufgebaut sein:

Zeiteinteilung	Frühdienst
6:00-6:30 Uhr	Übergabe
6:30-8:40 Uhr	Grundpflege Individuelle Behandlungspflege
8:40-9:10 Uhr	Nahrung anreichen Individuelle Behandlungspflege Dokumentation Aufräumen/säubern
9:10-9:40 Uhr	Individuelle Behandlungspflege Dokumentation Pause (erste Gruppe)
9:40-10:10 Uhr	Individuelle Behandlungspflege Dokumentation Pause (zweite Gruppe)
10:10-11:30 Uhr	Arztvisite
11:30-12:00 Uhr	Individuelle Behandlungspflege
12:00-13:15 Uhr	Ausarbeitung der Arztvisite
13:15-13:45 Uhr	Übergabe

Tabelle 4: Zeiteinteilung während des Frühdienstes
(eigene Darstellung)

Die Pausenzeiten der Pflegenden werden in zwei Gruppen eingeteilt, damit immer mindestens einer aus einem Bereich der Station vorort ist, der/die die Patienten*innen kennt, um die

[80] vgl. Vieweg, 2018, S.203

Patienten*innen zu betreuen oder um mit anderen Berufsgruppen über die Patienten*innen zu kommunizieren. Die individuelle Behandlungspflege beinhaltet zum Beispiel die Verabreichung von Medikamenten, das Mobilisieren und Positionieren der Patienten*innen sowie die Versorgung der Patienten*innen mit Inkontinenzmaterial oder die Begleitung zur Toilette.

Diese Zeiteinteilung dient als Orientierung, mit welcher es den Pflegenden gelingen soll, ihre Aufgaben zeitgemäß zu erledigen und dabei keine Aufgaben zu vernachlässigen. Mit dieser Hilfe von diesem Plan kann es gelingen, trotz des Personalmangels, die Pflegenden, Schüler*innen/Studenten*innen und die Praktikanten*innen richtig einzusetzen, sodass niemand in seinem Bereich alleine arbeiten muss und die Aufgaben klar verteilt sind.

7.1.2 Maßnahmen zur Personalentwicklung

Pflegefachkräfte empfinden eine hohe Sinnhaftigkeit in ihrer Arbeit. Dadurch sind Arbeitnehmer*innen oft motiviert und die Arbeitszufriedenheit steigt. 94% der Pflegefachkräfte, welche in der Krankenpflege tätig sind, geben an, durch ihre Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten. Pflegefachkräfte sehen die Erfolge der Patienten*innen, welche sie mithilfe der Arbeit der Pflegenden erreicht haben. Sie bekommen Anerkennung von Patienten*innen und Kollegen sowie auch von Menschen in ihrem Umfeld. Diese Sinnhaftigkeit kann eine Ressource dafür sein, Belastungen zu bewältigen. Es wirkt also gesundheitsfördernd und kann den Stress reduzieren [81]. Um diesen positiven Effekt weiter zu stärken, sollten Maßnahmen zur Personalentwicklung eingeführt werden. Die Personalentwicklung kann in drei verschiedene Arten aufgeteilt werden. Zunächst steht die Personalbildung im Vordergrund. Hierbei wird die Qualifizierung der Mitarbeiter angesprochen. Auf der Allgemeinstation sollten Weiterbildungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel Wundmanagement, Palliativfachpflege oder Hygienefachpflege angeboten werden, um die Qualifikationen der Pflegenden weiterzuentwickeln und um gleichzeitig die Arbeitszufriedenheit zu steigern [82]. Des Weiteren sollte die Klinik dafür sorgen, dass neuste Forschungsergebnisse für die Pflege in die Praxis implementiert werden. Dazu können die Kompetenzen der Pflegestudierenden und der Bachelorabsolventen*innen genutzt werden. Diese haben die Möglichkeit, Informationen aus Forschungsergebnissen zu sammeln, diese zu bewerten und zu interpretieren. Durch die Präsentation dieser Ergebnisse können die examinierten Pflegefachkräfte ihr Wissen erweitern und dieses in der Praxis anwenden. Bei der Implementierung sollten die Bachelorabsolventen*innen zur Verfügung, um Fragen zu beantworten oder auftretende Probleme zu lösen. Jedoch soll es das Ziel sein, dass die examinierten Pflegekräfte nach einiger Zeit

[81] vgl. Schmucker, S. 52

[82] vgl. Est, Breyer & Katz, 2018, S. 155f.

selbstständig mit dem neuen Wissen arbeiten können und dieses richtig in die Praxis umsetzen. Das Aneignen von neuem Wissen erhöht zudem die Fachkompetenz, wodurch ein geringeres Risiko entsteht mit der Arbeit überfordert zu sein und dadurch in Stress zu verfallen [83].

Diese Maßnahmen sollen das Gefühl der Sinnhaftigkeit der Pflegekräfte weiter stärken, indem sie ihre Kompetenzen erweitern und das Wissen in die Praxis implementieren können.

7.1.3 Zeit für Selbstpflege

Um den immer weiter steigenden Belastungen im Pflegeberuf standhalten zu können, bietet es sich für Pflegefachkräfte an, Zeit für sich selbst zu nehmen und diese Zeit für ihre eigene Gesundheitsförderung zu nutzen. Hierfür sollten den Mitarbeitenden der Klinik verschiedene Angebote zur Verfügung stehen. Diese Angebote können Achtsamkeits-Trainings sein, welche durch einen/eine Trainer*in erfolgen. Hierbei lernen die Pflegenden, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und ihren Belastungen zu begegnen. Übungen während des Trainings könnten zum Beispiel die bewusste Atmung, der Bodyscan, eine Sitz- oder Gehmeditation oder verschiedene Yoga-Übungen sein. Der/die Trainer*in wird zusammen mit den Kursteilnehmern*innen vor jeder Stunde festlegen, welcher Fokus gesetzt wird. Es ist wichtig, dass die Zeiten, in denen das Angebot stattfindet, im vorhinein mit den interessierten Pflegefachkräften abgesprochen wird, sodass Rücksicht auf die Arbeitszeiten dieser genommen werden kann. Es wäre möglich das Achtsamkeitstraining zwei mal in der Woche anzubieten. An einem Tag könnte das Training um 14:15 Uhr stattfinden und an dem anderen Tag um 20:45 Uhr. Somit haben die Pflegefachkräfte je nach Schicht mindestens einmal in der Woche die Möglichkeit, direkt nach der Arbeit, in der klinikeigenen Sporthalle, Zeit für sich zu nehmen und an einem Achtsamkeitstraining teilzunehmen, dabei zu entspannen und die Belastungen hinter sich zu lassen. Ohne extra Wege auf sich zu nehmen.

Um die Selbstpflege auch während der Arbeitszeit durchführen zu können, ist es wichtig, dass die Pflegenden sich für jede Schicht eine ungestörte Pause einplanen. Hierzu sollte ein separater Raum erreichtet werden, indem der Stationsalltag nicht präsent ist [84]. Wie der Analyse zu entnehmen war auf dieser Allgemeinstation der Klinik kein Pausenraum ohne Störfaktoren vorhanden. Der Raum, indem die Pause bisher stattfindet ist sehr klein, befindet sich direkt auf dem Stationsflur neben Patienten*innenzimmern und ist nicht ansprechend gestaltet. Der Handlungsbedarf besteht also darin, einen separaten Raum zu errichten, welcher sich aus Kostengründen auch mit anderen Stationen geteilt werden kann. Dieser Raum

[83] vgl. Vieweg, 2018, S. 206

[84] vgl. Vieweg, 2018, S. 207f.

sollte über genügend Sitzgelegenheiten und Tische verfügen. Zudem sollten Geräte zur Zubereitung von Speisen, ein Waschbecken sowie Seife und Desinfektionsmittel vorhanden sein. Diese räumliche Weiterentwicklung kann zur Verbesserung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz beitragen [85].

7.2 Verringerung der physischen Belastung von Pflegefachkräften

Um die physische Belastung der Pflegefachkräfte zu verringern, werden im Folgenden die Bewegungsangebote und die Herz-Kreislauf-Aktionen, welche als Kategorie in den Verhaltensorientierten Maßnahmen in der BGF angegeben sind, den Blick genommen. Zudem wird sich eine Empfehlung auf die Ernährungsangebote für die Pflegenden in der Klinik beziehen.

7.2.1 Förderung der Bewegungsangebote

Um die Bewegungsangebote in der Klinik zu erweitern, empfiehlt sich zunächst einmal die Einführung von Qualitrain. Qualitrain ist ein Firmenfitnessangebot, welches jeder Arbeitgeber für seine Mitarbeiter einführen kann. Die Arbeitnehmer*innen bezahlen monatlich eine Summe von ihrem Bruttogehalt für Qualitrain. Dafür dürfen sie ein Potpourri an Gesundheitsangeboten nutzen. Dies gilt sowohl in der Umgebung der Arbeitsstelle, als auch außerhalb. In der Umgebung der beschriebenen Klinik gibt es ein vielfältiges Angebot. Dies beinhaltet das nutzen von Fitnessstudios und deren Angebote, Besuche in Schwimmbädern, Yoga-Kurse und vieles mehr [86]. Den Mitarbeitern ist freigestellt an welchen Tagen, wie oft und zu welcher Uhrzeit sie die Angebote nutzen wollen. Pflegefachkräfte können demnach die Angebote an ihre Arbeitszeiten anpassen. Hierbei bietet es sich für die Pflegefachkräfte an, den Fokus auf die Stärkung des Rückens zu setzen, da dieser, wie aus der NEXT-Studie und der RICH-Nursing-Studie zu entnehmen, durch das ständige Heben, Tragen und Positionieren von Patienten*innen stark belastet ist. Unterstützt werden kann das Firmenfitnessangebot noch durch die effektive Nutzung der klinikeigenen Sporthalle. Wie bereits in Kapitel 7.3.1 erwähnt, kann diese für Achtsamkeits-Trainings genutzt werden. Außerdem können Physiotherapeuten hinzugezogen werden, welche beratend wirken und Schulungen durchführen und sich mit Inhalten beschäftigen, wie den richtigen Gebrauch von Pflegehilfsmitteln, der Wahrnehmung des eigenen Körpers oder Hebetechniken [87]. Diese Interventionen können die physischen Ressourcen der Pflegefachkräfte stärken und somit dazu beitragen, dass die Pflegefachkräfte in ihrem Beruf verbleiben.

[85] vgl. Vieweg, 2018, S. 208

[86] vgl. Qualitrain, 2022, o.S.

[87] vgl. Buchberger et al., 2011, S. 29ff.

7.2.2 Regelmäßigkeit der Gesundheits-Check-Up´s

Wie dem Kapitel 5.4.2 zu entnehmen, weisen viele Pflegefachkräfte durch die Schichtarbeit oftmals Herz-Kreislauferkrankungen sowie Magen-Darm-Beschwerden auf. Zudem neigen berufsgruppen mit Schichtarbeit zu einem schlechten Gesundheitsverhalten. Dieses kann sich in wenig Schlaf, rauchen, Fettleibigkeit und wenig körperliche Aktivität äußern. Aufgrund dessen sollte der Gesundheitszustand der Pflegefachkräfte regelmäßig kontrolliert werden, um mögliche Krankheiten auszuschließen oder Krankheiten frühzeitig festzustellen. Zudem ist es wichtig, dass der Impfstatus der Pflegefachkräfte regelmäßig überprüft wird, um das Risiko möglicher Infektionen mit Krankheitserregern zu minimieren. Um den Gesundheitsstatus der Pflegefachkräfte stetig zu beurteilen, besteht die Handlungsempfehlung zu diesem Thema darin, dass die Klinik für jede Pflegefachkraft mindestens einmal Jährlich einen Gesundheit Check-Up bei dem/der Betriebsarzt/ärztin anbietet.

7.2.3 Ernährungsgestaltung

Um einen gesunden Lebensstil der Pflegefachkräfte zu fördern, wird die Kategorie der Ernährungsangebote der Verhältnisorientierten Maßnahmen des BGF in Betracht gezogen. Die Maßnahme, welche zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufgegriffen wird, beinhaltet die Ernährungsangebote in Kantinen und Verpflegungsautomaten (siehe Tabelle 3.). In einer britischen Untersuchung wird bestätigt, dass zwei Drittel der befragten Pflegefachkräfte nicht genügend Obst zu sich nehmen, dafür regelmäßig fett- und zuckerhaltige Lebensmittel konsumieren [88]. Mit diesen Erkenntnissen ergibt sich ein Handlungsbedarf zu dem Thema Ernährung, welches von Arbeitgeber*innen unterstützt werden kann. Zunächst können die Menüangebote in der Mitarbeiterkantine angepasst werden. Als Orientierungshilfe können die Menülinien der Hochschule Osnabrück dienen. In den Mensen der Hochschule werden täglich drei verschiedene Menülinien angeboten. Die Globale Menülinie steht für klimafreundliche und pflanzliche Gerichte. Die Gerichte bestehen ausschließlich aus pflanzlichen Bestandteilen und beinhalten eine internationale Gerichte Vielfalt. Die Active Linie wird als vital und ausgewogen bezeichnet. Die Gerichte bestehen aus gesunden, ausgewogenen und nährstoffreichen Zutaten. Es wird darauf geachtet, dass bei der Zubereitung weniger Zucker und Salz verwendet wird. Die dritte Menülinie, wird als Classic Linie bezeichnet. Die Gerichte werden als herzlich und herzhaft beschrieben. Für die Zubereitung der Gerichte werden regionale Spezialitäten genutzt. Dadurch entsteht eine deutsche und europäische Küche. Dem hinzuzufügen ist, dass darauf geachtet wird, dass die Gerichte aus saisonalen Zutaten bestehen. Werden die Gerichte in der klinikeigenen Kantine angepasst, können die Mitarbeiter

[88] vgl. Merda & Hoffman, 2020, S. 10

täglich zwischen drei ausgewogenen Gerichten wählen. Die Menülinien sind zudem auf die verschiedensten Essgewohnheiten und Geschmäcker der Mitarbeiter angepasst [89]. Zudem bietet es sich bei diesem Konzept an, To-Go Varianten der Gerichte zu erstellen. Somit können die Pflegefachkräfte beispielsweise nach dem Frühdienst ihr Mittagessen mit nach Hause nehmen, ohne noch etwas kochen zu müssen oder aus Gewohnheit zum fast-food zu greifen. Um den Pflegefachkräften auch auf der Station eine ausgewogene Ernährung bieten zu können, ist es wünschenswert, regelmäßig Obstkörbe oder Gemüse auf die einzelnen Stationen zu liefern, an denen sich die Mitarbeiter während der Arbeitszeit bedienen können.

7.3 Verbesserung der Arbeitsorganisation von Pflegefachkräften

Dieses Kapitel beinhaltet Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation von Pflegefachkräften. Hierzu werden die Einführung eines Rufbereitschaftsdienstes und ein Arbeitsmodell für die akademisierten Pflegefachkräfte dargestellt.

7.3.1 Einführung des Rufbereitschaftsdienstes

Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, kommt es in der Praxis nicht selten vor, dass Pflegefachkräfte sich kurzfristig krank melden und somit zügig für Ersatz gesorgt werden muss. Um die unbesetzte Arbeitszeit auszugleichen orientiert sich die Stationsleitung am Dienstplan. Hierzu kontaktiert sie weitere Mitarbeitende und bittet sie an ihrem freien Tag zur Arbeit zu erscheinen. Wenn sie zusagen, müssen alle privaten Termine für diesen Tag abgesagt werden, was oft ärgerlich ist. Jedoch wollen einige Pflegefachkräfte ihre Kollegen auch nicht im Stich lassen, weil sie genau wissen, wie es ist, wenn in Unterzahl gearbeitet wird. Also wird zugesagt [90]. Um diese Situationen zukünftig zu vermeiden, bietet es sich an, einen Rufbereitschaftsdienst einzuführen. Das bedeutet, dass die Pflegefachkräfte an einigen ihrer freien Tage abrufbereit sein müssen. Der Rufbereitschaftsdienst wird im Dienstplan kenntlich gemacht, sodass die Person kontaktiert werden kann, wenn eine Pflegefachkraft kurzfristig ausfällt. Die Abrufzeiten belaufen sich auf 3x30 Minuten am Tag. Das bedeutet, dass die Person, welche Rufbereitschaft hat, drei mal am Tag für 30 Minuten erreichbar sein muss. In der Pflege bietet es sich an, die 30 Minuten vor jedem Schichtwechsel zu legen. Das bedeutet, dass die Person von 5:00-5:30Uhr, von 12:00-12:30 Uhr und von 19:00-19:30Uhr erreichbar sein muss, um möglicherweise einzuspringen. Wenn die Pflegefachkraft, welche Rufbereitschaft hat, in diesem Zeitraum angerufen wird, bleibt genügend Zeit für den Fahrtweg, sodass die Klinik pünktlich erreicht werden kann. Der Fahrtweg muss dabei individuell berücksichtigt

[89] Studentenwerk Osnabrück, 2019, o.S.

[90] vgl. Müller, 2013, S. 122f.

werden. Wird die Pflegefachkraft nicht angerufen, während sie im Rufbereitschaftsdienst ist, so wird der Tag der Ruhezeit zugeordnet. Jedoch werden die 1,5 Stunden, in denen die Pflegefachkraft kontaktiert werden kann, als Arbeitszeit berechnet. Mit diesem Konzept kann vermieden werden, dass kein Ersatz für den Personalausfall gefunden wird und das Team in Unterzahl arbeiten muss. Zudem können die Pflegefachkräfte ihre Freizeit genießen, ohne daran zu denken, dass ein Anruf aus der Klinik kommt. Außerdem können sich die Pflegefachkräfte auf ihre Rufbereitschaftszeit einstellen und ihre Freizeitaktivitäten danach planen. Jedoch muss von der Stationsleitung klar kommuniziert werden, bis zu welcher Uhrzeit kurzfristige Krankmeldungen geduldet werden können, damit der Rufbereitschaftsdienst rechtzeitig erreicht werden kann.

7.3.2 Arbeitsmodell für akademisierte Pflegefachkräfte

Um akademisierte Pflegefachkräfte in ihrer Profession zu behalten, sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, innerhalb des Beschäftigungsverhältnisses als akademisierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in, ihre erlernten Kompetenzen zu nutzen. Dadurch können neue Erkenntnisse in die Praxis implementiert und die Pflege damit voran gebracht werden. Eine Stelle für eine akademisierte Pflegefachkraft könnte also wie folgt aussehen.

In den Bereichen des pflegerischen Handelns können die akademisierten Pflegenden folgende Tätigkeiten durchführen. Die akademisierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen beschäftigen sich in Aufnahmesituationen mit hochkomplexen Pflegesituationen und wenden dafür angemessene Assessmentinstrumente an. Die Pflegeplanung und dessen Evaluierung der hochkomplexen Fälle werden von den akademisierten Pflegenden, unter Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse, übernommen. Zudem kann das Wissen der akademisierten Pflegefachkräfte, genutzt werden, um kollegiale Beratungen in Bezug auf die Pflegeplanungen durchzuführen. Während die examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen die Pflegepläne aller Patienten*innen umsetzen, können die akademisierten Pflegenden sich Aufgaben widmen, wie der evidenzbasierten Anpassung der Interventionen oder Beratungen der Kollegen*innen und Patienten*innen hinsichtlich der Interventionen. Im Tätigkeitsfeld der Gesundheitsförderung können akademisierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen Programme und Leitlinien implementieren, welche auf spezielle hochkomplexe Fälle ausgelegt sind. Zudem können sie, wie bereits in Kapitel 7.1.2 erwähnt, kollegiale Beratungen hinsichtlich aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Thema Gesundheitsförderung durchführen. Diese Beratungen und Austausche können zudem auch mit anderen beteiligten Berufsgruppen durchgeführt werden. In dem Bereich des Managements innerhalb des Teams können die akademisierten Pflegefachkräfte Analysen durchführen und gemeinsam mit dem Team Optimierungsvorschläge erarbeiten. Die Aufgabe der akademisierten Person ist hier-

bei, die Vorschläge umzusetzen und zu evaluieren. Zudem besteht die Aufgabe der akademisiert Pflegenden darin, Ereignisse, wie zum Beispiel Stürze oder falsche Medikamentengaben zu erfassen und deren Risikofaktoren bewerten. Anhand der Auswertung dieser Daten können mit dem Team Verfahren angepasst und Abläufe optimiert werden. Hinsichtlich der Qualitätsverbesserung ergeben sich folgende Tätigkeiten für die akademisierten Pflegenden. Sie überprüfen bereits vorhandene Standards, Formulare und Abläufe, evaluieren diese in Bezug auf die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und aktualisieren sie. Zudem können die akademisierten Gesundheits- und Krankenpfleger Projekte durchführen, wodurch die Pflegepraxis weiterentwickelt wird [91]. Um dieses Konzept umsetzen zu können, bietet es sich für die Klinik an, die bereits eingestellten akademisierten Pflegefachkräfte auf unterschiedliche Fachbereiche der Klinik zu verteilen, sodass im besten Fall auf jeder Station mindestens eine akademisierte Pflegefachkraft vorhanden ist. Hierfür bietet es sich an, regelmäßige Treffen unter den akademisiert Pflegenden zu arrangieren, in denen Austausche zu den jeweiligen Situationen auf den Stationen stattfinden. Hierfür können kollegiale Beratungen durchgeführt und Ideen für Projekte gesammelt werden. Außerdem kann die Anpassung der Standards und Leitlinien, welche für das gesamte Haus gelten, erfolgen. Zudem sollte die Klinik über eine direkte Stellenausschreibung für die Bachelor Absolventen*innen verfügen, in der die konkreten Aufgaben dieser deutlich werden.

8. Fazit

Die Relevanz der Förderung der Bedingungsfaktoren zum Verbleib von Pflegefachkräften ist dem Kapitel 3 zu entnehmen. Aufgrund des fortschreitenden Pflegefachkräftemangels und den dadurch resultierenden veränderten Arbeitsbedingungen, ist es an der Zeit förderliche Bedingungsfaktoren zum Verbleib der Pflegefachkräfte in ihrer Profession aufzustellen. Mittels drei verschiedener Studien konnten in der Analyse dieser Arbeit die Gründe der Pflegefachkräfte für das Verlassen des Berufes dargestellt und mit der aktuellen IST-Analyse aus der Pflegepraxis verglichen werden. Diese Ergebnisse haben im weiteren Verlauf als Basis für die Erstellung der Handlungsempfehlungen gedient.

Hinsichtlich der Fragestellung, welche Bedingungsfaktoren den Verbleib von Pflegefachkräften in ihrer Profession fördern, wurde zunächst eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Die vorliegenden Erkenntnisse wurden beschrieben und näher in den Blick genommen. Der theoretische Rahmen, welcher in Kapitel 3. aufzufinden ist, bietet die Grundlage dieser

[91] vgl. Grünewald et al., 2015, S. 17ff.

Arbeit. Hingegen gibt der Analyseteil in Kapitel 5. Aufschluss darüber, wie die tatsächliche Situation der Pflegefachkräfte in Krankenhäusern ist und wo die Bedarfe zur Veränderung zu verorten sind. Die psychischen sowie die physischen Belastungen der Pflegefachkräfte sind die Hauptgründe, warum sie den Beruf verlassen. Diese Belastungen sind auch in der Analyse der Allgemeinstation eines Krankenhauses der Schwerpunkversorgung deutlich geworden und damit hoch relevant. Auch der Wunsch nach einer Verbesserung der Arbeitsorganisation geht aus der Analyse hervor. Kurzfristige Krankmeldungen müssen spontan überbrückt werden und die Kompetenzen der akademisierten Pflegefachkräfte werden genutzt, um die Pflegepraxis voran zu bringen. Um die Fragestellung zu beantworten, können die Verringerung der psychischen und physischen Belastungen sowie die Verbesserung der Arbeitsorganisation Faktoren sein, den Verbleib der Pflegefachkräfte in ihrem Beruf zu fördern. Um die psychischen Belastungen zu verringern, hat die Verfasserin Handlungsempfehlungen zu den Themen Reduktion von Zeitdruck, Verbesserung der Personalentwicklung und Selbstpflege verfasst. Im Hinblick auf die Verringerung der physischen Belastungen wurde sich mit den Themen der Bewegungsförderung, Gesundheits Check-Up´s und Ernährungsgestaltung auseinandergesetzt. Das Thema Verbesserung der Arbeitsorganisation von Pflegefachkräften umfasst Handlungsempfehlungen hinsichtlich der Einführung eines Rufbereitschaftsdienstes und der Erstellung eines Arbeitsmodells für akademisierte Pflegefachkräfte. Jedoch ist es wichtig zu sagen, dass diese Aspekte lediglich für Verbesserungen sorgen und nicht das Hauptproblem, den Pflegefachkräftemangel, beseitigen. Das Ziel dieser Handlungsempfehlungen ist es, die Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften in Krankenhäusern zu verbessern, sodass die Pflegefachkräfte in ihrer Profession verbleiben und der Pflegefachkräftemangel nicht noch weiter fortschreitet.

9. Ausblick

Diese Arbeit hat gezeigt, dass die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation der Pflegefachkräfte ein wichtiger Aspekt in Bezug auf den Verbleib in der Profession dieser Personen sind. Die intensive Auseinandersetzung mit den Arbeitsbedingungen der Pflegefachkräfte in Krankenhäusern hat jedoch auch gezeigt, dass in Deutschland bisher wenige Krankenhäuser verbesserte Arbeitsbedingungen für Pflegefachkräfte ermöglichen. Skandinavische Länder, wie Schweden bieten hier eine Vorbildsfunktion für Deutschland. Während Pflegefachkräfte in Deutschland im Schnitt 13 Patienten*innen zu versorgen haben, liegt der Personalschlüssel in Schweden deutlich höher, sodass die Pflegefachkräfte im Schnitt acht Patienten*innen zu versorgen haben. Hingegen versorgen die Pflegenden in

Norwegen fünf Pflegeempfänger [92]. Der hohe Personalschlüssel in skandinavischen Ländern verringert gleichzeitig die Arbeitsbelastungen. Zudem wird in Schweden mehr Zeit eingeplant, um Gespräche zu führen oder Konflikte zu bewältigen. Außerdem sind die Entlohnungen in den skandinavischen Ländern höher als die in Deutschland. Des Weiteren setzt das Land Schweden einen Fokus auf die akademisierte Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen. Das Ziel ist es,

> *„mit Bachelor-Abschlüssen, Masterprogrammen sowie weiterführenden Studiengängen bis zur Habilitation hochqualifizierte Arbeitskräfte für die Pflegeberufe zu qualifizieren“* [93].

Dadurch werden die Attraktivität und die Arbeitsbedingungen des Berufes erhöht und die Qualität der zu erbringenden Pflegeleistungen steigt an. Ein besonderen Stellenwert bekommen die Helfertätigkeiten in dem Konzept, welches in Schweden angewendet wird. Schweden profitiert von diesem Konzept, da mehr Pflegefachkräfte in Vollzeit arbeiten und es zu einer längeren Berufsverweildauer in dem Beruf kommt. In Deutschland hingegen findet die Bildung der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen weitestgehend unter dem akademischen Niveau statt. Unabhängig von den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, welche in Schweden geboten werden, fällt auf, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben besser gestaltet ist. Dafür ist es wichtig, den Arbeitsplatz für die Pflegefachkräfte so attraktiv wie möglich zu gestalten. Schweden weist mehr als doppelt so viele ganztätige Kinderbetreuungseinrichtungen wie Deutschland auf. Dies erleichtert es den Vollzeitkräften und auch den Teilzeitkräften mit Kindern, da einige der Einrichtungen an den Schichtzeiten angepasst sind [94]. Dieses Konzept, welches in Schweden angewendet wird, sorgt demnach für mehr Zufriedenheit der Pflegefachkräfte, was diese dazu animiert in dem Beruf zu verbleiben oder den Beruf anzutreten. Sollte Deutschland also bereit sein Änderungen an den Arbeitsbedingungen vorzunehmen, empfiehlt es sich dazu das Modell aus Schweden in den Blick zu nehmen.

Die Handlungsempfehlungen dieser Arbeit geben lediglich einen Einblick in die förderlichen Bedingungsfaktoren, an denen Arbeitnehmer*innen sich richten können, um die Arbeitsbedingungen der Pflegefachkräfte zu verbessern. Alle Empfehlungen in der Praxis umzusetzen wäre Optimal, jedoch würden die Pflegekräfte bereits entlastet und gefördert werden, denn einzelne Aspekte umgesetzt werden. Bereits kleine Veränderungen können dazu beitragen, dass Pflegefachkräfte sich dazu entscheiden, in ihrem Beruf zu verbleiben.

---

[92] vgl. Schwendimann et al., 2014, S. 1

[93] Engelen-Kefer, 2017, S. 32

[94] vgl. Engelen-Kefer, S. 31ff.

Ausblickend ist zu erwähnen, dass die gewählten Schwerpunkte der Handlungsempfehlungen nur Ausschnitte der Möglichkeiten sind, welche zur Verfügung stehen, um Bedingungsfaktoren zu schaffen, damit die Pflegefachkräfte in ihrer Profession verbleiben. Weitere Veränderungen können hinsichtlich der Erkenntnisse aus dem analytischen Teil dieser Arbeit in folgende Themen sein. Verminderung der Infektionsgefahr, Verminderung der Geräuschkulisse, Verbesserung der Schichtübergabe und mehr Zeit für die Patienten.

10. Kritische Reflexion

Die Bearbeitung dieses Themas hat der Verfasserin viel Freude bereitet. Zumal sich die Verfasserin bereits seit Beginn der Ausbildung gedanklich mit dem Thema beschäftigt hat. Lösungsansätze zu diesem Thema wurden anhand von direkten Handlungsempfehlungen für die Praxis erstellt. Durch die Literaturrecherche konnte der theoretische Rahmen dieser Arbeit aufgestellt werden. Die Gliederung wurde in dem Bearbeitungsprozess mehrmals angepasst, sodass die Inhalte in logischer Reihenfolge dargelegt werden konnten. Zur Bearbeitung des Analyseteils musste die Verfasserin eine weitere Literaturrecherche durchführen, weil die dort beschriebenen Studien in der ersten Literaturrecherche nicht betrachtet wurden. Nach zeitintensiver Recherche konnte die Verfasserin sich für drei passende Studien entscheiden. Diese Studien sind qualitativ hochwertig und stets aktuell, obwohl die Daten bereits in den Jahren 2002 bis 2015 erfasst wurden. Deren Ergebnisse wurden dargelegt und mit der Ist-Analyse der Allgemeinstation verglichen. Einige Ergebnisse der Studien stimmten mit der IST-Analyse überein. Dies hat die Verfasserin nicht überrascht, aber gleichzeitig gefreut, da die Ergebnisse der Studien, die Ergebnisse der IST-Analyse bestätigen. Der Transferteil dieser Arbeit erwies sich zunächst als sehr unübersichtlich, da die Verfasserin der Arbeit sehr viele Ideen hatte, welche Bedingungsfaktoren förderlich sein können, um die Pflegefachkräfte in ihrer Profession zu behalten. Diese Ideen mussten erst einmal geordnet werden, weshalb drei Schwerpunkte festgelegt wurden, auf denen sich die Verfasserin konzentrieren wollte. Diese Schwerpunkte waren die psychische Belastungen der Pflegefachkräfte zu verbessern, indem der Zeitdruck reduziert wird. Hierbei ist aufgefallen, dass die Klinik, auf welche sich in dieser Arbeit bezogen wurde, bereits über einen Hol- und Bringedienst verfügt, wodurch die Pflegekräfte entlastet werden. Außerdem sind die Besucherregelungen aufgrund der COVID-19 Pandemie angepasst worden, wodurch weniger Angehörige auf der Station zu Besuch sind. Dadurch wird das Pflegefachpersonal weniger mit Fragen oder ähnlichem aufgehalten, was den Zeitdruck erheblich reduziert. Jedoch ist der Zeitdruck der Pflegefachkräfte immer noch sehr groß, weshalb hier Handlungsbedarf besteht, um die Pflege-

fachkräfte zu entlasten. Auch zu dem Thema Zeit für Selbstpflege hat die Klinik bereits erste Ansätze geleistet, indem ein einmaliger Yoga Kurs stattgefunden hat. Dieses Thema wurde seit dem jedoch nicht mehr aufgegriffen. Im Hinblick auf die Verbesserung der physischen Gesundheit der Pflegefachkräfte bietet die Klinik bisher Teamspiel Angebote an, welche sich jedoch nicht individuell auf die Pflegefachkräfte anpassen lassen. Hierzu war es der Verfasserin wichtig Handlungsempfehlungen zu geben, damit die Pflegefachkräfte dahingegen individuell unterstützt b werden können. Als letzten Schwerpunkt wurde die Arbeitsorganisation aufgegriffen, indem ein Rufbereitschaftsdienst eingeführt wird. Hierzu lässt sich sagen, dass dieser bereits in Teilen der Klinik vorhanden ist, jedoch nicht die Station betrifft, welche in der Praxisphase analysiert wurde. Zuletzt hat sich die Verfasserin mit dem Thema der Inkludierung der akademisierten Pflegefachkräfte beschäftigt, da sie die Pflegepraxis mit ihrem Wissen erweitern und damit auch verbessern können. Da dies in der Klinik bisher nur bedingt durchgeführt wird, war es der Verfasserin wichtig ein Konzept zu erstellen, wie die Inkludierung aussehen könnte.

Rückblickend lässt sich sagen, dass während der Praxisphase eine Umfrage an die Pflegefachkräfte hätte stattfinden können. Diese Ergebnisse daraus hätten benutzt werden können, um die individuellen Bedürfnisse der Pflegefachkräfte aus der Klinik in den Handlungsempfehlungen zu berücksichtigen. Da diese Intervention nicht stattgefunden hat, konnten die individuellen Bedarfe nicht beachtet werden, sodass die Verfasserin die Themen der Handlungsempfehlungen nach ihrem ermessen gewählt hat.

Wie bereits in Kapitel 9 erwähnt, konnten aufgrund des Umfangs dieser Arbeit nicht alle relevanten Aspekte aufgegriffen werden. Um die Arbeitsbedingungen der Pflegefachkräfte optimal zu gestalten, Bedarf es mehr Veränderungen, als in dieser Arbeit ersichtlich werden. Zu den Themen, welche aus den Ergebnissen Studien und der Pflegepraxisanalyse ersichtlich werden, sind der Verfasserin während der Bearbeitungszeit noch weitere Veränderungsbedarfe aufgefallen. Diese umfassen Themen, wie ein angepasstes Arbeitszeitmodell für die verschiedenen Generationen und eine verbesserte und strukturierte Anleitung der Auszubildenden und Studenten*innen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Verfasserin in dem Transfer der Arbeit einige Punkte aufgegriffen hat, welche die Klinik bereits schon anwendet, diese jedoch weiter ausgeführt werden müssen, damit die Pflegefachkräfte mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden sind und ihre Profession aus diesen Gründen nicht verlassen wollen. Um die Bedingungen der Pflegefachkräfte zu fördern, sodass sie ihn ihrem Beruf verbleiben Bedarf es jedoch viel Zeit, wodurch das Thema auch zukünftig noch sehr relevant sein wird.

V. Literaturverzeichnis

Ahrens, N. (2020). Betriebswirtschaftliche Grundlagen, In Freund, J. & Overlander G. (Hrsg.). *Pflegemanagement Heute. Für Führungspersonen im Pflege- und Gesundheitsmanagement* (3. Aufl., S. 199-202). München: Elsevier.

Bartholomeyczik S., Ewers, M., Friesacher, H., Hell, W. & Hokenbecker-Belke, E. (2017). Organisation, Management und Recht. In Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (Hrsg.). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung* (13. akt. und erw. Aufl., S. 111-252). Stuttgart: Thieme.

Bäuml, M., Kifmann, M. & Kümpel, C. (2016). *Entwicklung des Krankenhausmarktes*. Zugriff am 25.04.2022, Verfügbar unter https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2016/heft/12/beitrag/entwicklung-des-krankenhausmarktes.html

Bechtel, P., Friedrich, D. & Kerres, A. (Hrsg.).(2018) *Mitarbeitermotivation ist Lernbar. Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen motivieren, führen und coachen.* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Bettig, U., Frommelt, M., Roes, M., Schmidt, R. & Thiele G. (Hrsg.). (2017). *Pflegeberufe in der Zukunft: Akademisierung, Qualifizierung und Kompetenzentwicklung*. Heidelberg: medhochzwei.

Bispinck, R., Drobbisch, H., Öz, F. & Stoll E. (2013). *Projekt LohnSpiegel.* Zurgiff am 07.04.2022, Verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_2013_21_pflegeberufe.pdf#

Bobbert, M.. (2019). *Berufliche Pflege und soziale Gerechtigkeit: sechs sozialethische Problemanzeigen.* Zugriff am: 14.03.2022. Verfügbar unter https://link.springer.com/article/10.1007/s00481-019-00551-4

Bonin, H. (2020). Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive. In Jakobs, K., Kuhlmey A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger A. (Hrsg.). *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege* (S. 61-69). Berlin: Springer.

Breinbauer, M. (2020). *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz*. Wiesbaden: Springer. Zugriff am 11.04.2022, Verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-32021-8.pdf

Buchberger, B, Heymann, R., Huppertz, H., Friepörtner, N., Pomorin, N. & Wasem, J. (2011). *Effektivität von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal.* Zugriff am 22.04.2022, Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/268352934_Effektivitat_von_Massnahmen_der_betrieb-_lichen_Gesundheitsforderung_BGF_zum_Erhalt_der_Arbeitsfahigkeit_von_Pflegepersonal

Buchinger S. (2017). *Pflegefachkräftemangel – sieht so die Zukunft aus?.* In Pflegezeitschrift, 70, 18-20. Zugriff am: 05.04.2022, Verfügbar unter: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s41906-017-0315-6.pdf

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2020). *Engpassanalyse 2020*. Zugriff am 07.04.2022, Verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Engpassanalyse-Nav.html

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022). *Der Krankenhausstrukturfonds*. Zugriff am 25.04.2022, Verfügbar unter https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/innovationsfonds-und-krankenhausstrukturfonds/krankenhausstrukturfonds/

Bundesministerium für Bildung und Forschung (o.J.). *Der DQR. Niveau 4.* Zugriff am 26.04.2022, Verfügbar unter https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/dqr-niveaus/niveau-4/niveau-4_node.html

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2020). Zeitdruck: Mehr Gestaltungsfreiräume im Schichtsystem. In ders. (Hrsg.). *In 5 Schritten zu mehr Vereinbarkeit. Leitfaden für eine erfolgreiche Fachkräftesicherung im Krankenhaus* (1. Aufl., S. 31-40). Zugriff am 05.04.2022, Verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbil-dung/2.5.5._Vereinbarkeit_von_Familie_und_Beruf/2021_Leitfaden_Vereinbarkeit_im_Krankenhaus.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2021a). *Krankenhausfinanzierung*. Zugriff am 02.04.2022, Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html

Bundesministerium für Gesundheit (2021b). *Personaluntergrenzen*. Zugriff am 04.04.2022, Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html#:~:text=Seit%201.%20Februar%202021%3A%20Tagschicht,Nachtschicht%203%20Patienten%20pro%20Pflegekraft

Büker, C., Lademann, J. & Müller K. (Hrsg.).(2018). *Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben.* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Busse, R., Blümel, M. & Zander, B (2020). *RN4CAST NURSE FORECASTUNG: Prognosemodelle zur quantitativen und qualitativen Bedarfsplanung von Krankenpflegekräften*. Zugriff am 20.04.2022, Verfügbar unter https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/papers/Pr_sentation_RN4Cast_AKTUELL.pdf

Busse, R., Schreyögg, J. & Gericke C. (Hrsg.)(2006). Management im Gesundheitswesen. Heidelberg: Springer.

Caruso, C C. (2013). *Negative impacts of shiftwork and long work hours*. Zugriff am 11.04.2022, Verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4629843/

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2020). *Entwurf: Handout zur Einstufung PPR 2.0.* Zugriff am 15.04.2022, Verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/Entwurf_Handout_Einstufung_PPR2.0_200123.pdf

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2021). *Eckdaten der Krankenhausstatistik.* Zugriff am 04.04.2022, Verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.2._Zahlen-Fakten/RS165-21_Anlage_Krankenhausstatistik_2019_-_endgueltige_Ergebnisse_des_Statistischen_Bundesamtes.pdf

Deutsche Krankenhausgesellschaft (o.J.). *Stimme der Krankenhäuser*. Zugriff am 05.04.2022, Verfügbar unter https://www.dkgev.de/dkg/aufgaben-ziele/

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2020). *Pflegebudget.* Zugriff am 03.04.2022, Verfügbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier_Pflegebudget_Final.pdf

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019). *Methodisches Vorgehen*. Zugriff am 12.04.2022, Verfügbar unter https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf

Destatis (Hrsg.) (2022). *Eckdaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten.* Zugriff am 04.04.2022, Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/entlassene-patienten-eckdaten.html

Dittrich, M., Wiedermann, C. & Conzen C. (2020). Professionalisierungsprozess der Pflege. In Freund, J. & Overlander G. (Hrsg.). *Pflegemanagement Heute. Für Führungspersonen im Pflege- und Gesundheitsmanagement* (3. Aufl.), (S. 49-55). München: Elsevier

Engelen-Kefer, U. (2017). Die Situation der Pflegekräfte im internationalen Vergleich. In Bettig, U., Frommelt, M., Roes, M., Schmidt, R. & Thiele G. (Hrsg.). *Pflegeberufe in der Zukunft: Akademisierung, Qualifizierung und Kompetenzentwicklung* (S. 25-35). Heidelberg: medhochzwei.

Ernst, G., Franke, A. & Franzkowiak, P. (2022). *Stress und Stressbewältigung.* Zugriff am 28.08.2022, Verfügbar unter https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/stress-und-stressbewaeltigung/

Est, V., Breyer, S. & Katz, A. (2018). Personalentwicklung. In Bechtel, P., Friedrich, D. & Kerres, A. (Hrsg.). *Mitarbeitermotivation ist Lernbar. Mit-arbeiter in Gesundheitseinrichtungen motivieren, führen und coachen*. (2. Aufl. S. 152-171). Berlin: Springer.

Eylmann, C. (2014). Vom Beruf zur Profession?. In Kaufhold, M., Rosowski, E. & Schürmann M. (Hrsg.). *Bildung im Gesundheitsbereich. Forschung und Entwicklung zur beruflichen und hochschulischen Bildung*. Berlin: Lit

Freund, J.(2020). Künftige Herausforderungen im Gesundheitswesen. In dies. & Overlander G. (Hrsg.). *Pflegemanagement Heute. Für Führungspersonen im Pflege- und Gesundheitsmanagement* (3. Aufl.). München: Elsevier

Freund, J. & Overlander G. (Hrsg.). (2020). *Pflegemanagement Heute. Für Führungspersonen im Pflege- und Gesundheitsmanagement* (3. Aufl.). München: Elsevier

Gaß, G. (2020). *PPR 2.0: Ablösung für die Pflegepersonaluntergrenzen*. Zugriff am 04.02.2022, Verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/Politik-PPR-Gass_gedruckt.pdf

Gericke C., Wörz, M. & Busse, R. (2006). Leistungsmanagement in Krankenhäusern. In Busse, R., Schreyögg, J. & Gericke C. (Hrsg.). *Management im Gesundheitswesen.* Heidelberg: Springer.

Grünewald, M., Hild, T. C., Jeske, R., Langer, S., Moullion, S., rausch, A. et al. (2015). *Einsatz akademische ausgebildeter Pflegefachpersonen in der Praxis.* Zugriff am 29.04.2022, Verfügbar unter http://www.vpuonline.de/de/pdf/presse/2014-04-10_skillmix_abschlussbericht_final5.pdf

Hasselhorn H.-M., Müller, P. & Tackenberg P. (2005). Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – die europäische NEXT-Studie. In Hasselhorn, H.-M., Müller B.-H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (Hrsg.). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal.* (S. 11-20). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Hasselhorn, H.-M., Müller B.-H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (Hrsg.). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal.* Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Höhmann U., Lautenschläger, M. & Schwarz, L. (2016). Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In Jacobs K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger A. (Hrsg.). *Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus.* (S. 73-89). Stuttgart: Schattauer.

Jacobs K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger A. (Hrsg.).(2016). *Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart: Schattauer.

Jakobs, K., Kuhlmey A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger A. (Hrsg.). (2020). *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege.* Berlin: Springer.

Kaufhold, M., Rosowski, E. & Schürmann M. (Hrsg.). (2014). *Bildung im Gesundheitsbereich. Forschung und Entwicklung zur beruflichen und hochschulischen Bildung.* Berlin: Lit

Kultusministerkonferenz (2017). *Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse.* Zugriff am 26.04.2022, Verfügbar unter https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-03-Studium/02-03-02-Qualifikationsrahmen/2017_Qualifikationsrahmen_HQR.pdf

Lademann, J. (2018). Professionalisierung. In Büker, C., Lademann, J. & Müller K. (Hrsg.). *Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben.* (1. Aufl., S. 103-123). Stuttgart: Kohlhammer.

Maier G. W. & Nissen R. (2018). *Beanspruchung und Belastung*. Zugriff am 11.04.2022, Verfügbar unter https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/beanspruchung-und-belastung-28048/version-251687

Merda, M. & Hoffman, D. (2020)*. Ernährungsverhalten von Pflegenden im Schichtdienst.* Zugriff am 28.04.2022, Verfügbar unter https://me-me.de/wp-content/uploads/2020/12/Literaturrecherche-Ernaehrungsverhalten-Pflegende-2020.pdf

Mojtahedzadeh, N, Neumann, F. A., Rohwer, E., Augistin, M., Zyriax, B.-C., Harth, V. et al. (2021). *Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege.* Zugriff am 22.04.2022, Verfügbar unter https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-020-00800-1

Müller, H. (2013). *100 Fehler bei der Arbeitsorganisation. und was Sie dagegen tun können.* (2. akt. Aufl.). Hannover: Brigitte Kunz

Münch, M. & Seeling, S. (2021). *Seminar „Why me? – The Big Five für professional Life": Einführung zum kompetenten Umgang mit dem Kompetenzbergiff.* Zugriff am 14.04.2022, Verfügbar unter: https://osca.hs-osnab-rueck.de/lms/379975256744326/dat/Veranstaltungsunterlagen%20f%C3%BCr%20Studierende/Kompetenztag/Pr%C3%A4sentation/Kompetenzbegriff_2021-10-25.pdf

Neumann, M. (2009). Berufsspezifische Entwicklung der Pflege – vom Helfer zur Profession. In Reibnitz, C. (Hrsg.). *Case Management: praktisch und effizient.* Heidelberg: Springer

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2021). Niedersächsischer Krankenhausplan 2021 (36. Fortschreibung). *Krankenhausplanbetten/teilstationäre Plätze nach Fachrichtungen,* 7-18. Zugriff am 31.03.2022, Verfügbar unter https://www.ms.niedersachsen.de/download/156598/Krankenhausplan_01.01.21_.pdf

Oblrich, C. (2018)*. Pflegekompetenz* (3. Überarb. u. erg. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Ostwald, D. A., Ehrhard, T., Bruntsch, F., Schmidt, H. & Friedl, C. (2010). *Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030.* Zugriff am 25.04.2022, Verfügbar unter https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf

Qualitrain (2022). Firmenfitness mit Qualitrain. Zugriff am 28.04.2022, Verfügbar unter https://qualitrain.net/

Reibnitz, C. (Hrsg.). (2009). *Case Management: praktisch und effizient.* Heidelberg: Springer

Roeder, N. & Franz, D. (2014). *Beschleunigung im Krankenhausalltag. Konsequenzen für Beschäftigte und Patienten.* Zugriff am 25.04.2022, Verfügbar unter https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0314_roeder_franz.pdf

Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (Hrsg.).(2017). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung* (13. akt. Und erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In Jakobs, K., Kuhlmey A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger A. (Hrsg.). Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege (S. 50-58). Berlin: Springer.

Schubert, M. (2008). *RICH-Nursing-Studie. Die Studie erweitert Evidenz und Wissen. Zugriff* am 21.04.2022, Verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2771456/

Schubert, M, Clarke, S. P., Aiken, L. & de Geest S. (2012). *Associations between rationing of nusing care an inpatient mortality in Swiss hospilats*. Zugriff am 21.04.2022, Verfügbar unter https://academic.oup.com/intqhc/article/24/3/230/17

Schubert, M., Schaffert, B., De Geest, S., Aiken, L., Sloane, D. M., Clark, S. et al. (2005). *RICH-Nursing Study. Rationing of Nursing Care in Swiitzerland = CH. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients and Nurses Outcomes*. Zugriff am 21.04.2022, Verfügbar unter https://docplayer.org/1881952-Rich-nursing-study-rationing-of-nursing-care-in-switzerland-ch.html

Schwendimann, R., Widmer, M., De Geest, S. & Ausserhofer, D. (2014). *Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich.* Obsan Bulletin 3/2014, S. 1-4. Zugriff am 11.04.2022, Verfügbar unter http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/B.2_Pflege_und_Pflegeforschung/Obsan_BULLETIN_2014-03_d.pdf

Simon, M. (2020). *Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems.* Zugriff am 25.04.2022, Verfügbar unter https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007898/p_fofoe_WP_196_2020.pdf

Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerlung, A., Büscher, A. & Müller, B.H. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Zugriff am 19.02022, Verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Michael-Simon-4/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf

Statista (Hrsg.). (2019). *Deutsche Krankenpfleger am Limit*. Zugriff am 04.04.2022, Verfügbar unter https://de.statista.com/infografik/16676/patientenzahl-pro-pflegekraft-im-internationalen-vergleich/

Statista (Hrsg.). (2021a). *So stark altert die deutsche Bevölkerung bis 2060*. Zugriff am 04.04.2022, Verfügbar unter https://de.statista.com/infografik/19053/altersaufbau-der-deutschen-bevoelkerung/

Statista (Hrsg.). (2021b). *Warum Krankenhäusern die Pflegekräfte ausgehen.* Zugriff am 05.04.2022, Verfügbar unter: https://de.statista.com/infografik/26570/gruende-fuer-negative-stellenprognose-in-der-pflege/

Statista (Hrsg.). (2022a). *Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2019*. Zugriff am 04.04.2022, Verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/

Statista (Hrsg.). (2022b). *Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2019.* Zugriff am 04.04.2022, Verfügbar unter https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-seit-1998/

Studentenwerk Osnabrück (2019). *Menülinien.* Zugriff am 05.05.2022, Verfügbar unter: https://www.studentenwerk-osnabrueck.de/de/essen/infos-zu-unserem-essen/menuelinien.html

Vieweg, R. (2018). Stressmanagement und psychische Gesundheit. In Bechtel, P., Friedrich, D. & Kerres, A. (Hrsg.). *Mitarbeitermotivation ist Lernbar. Mitarbeiter in Gesundheits-einrichtungen motivieren, führen und coachen.* (2. Aufl. S. 195-210). Berlin: Springer.

Zander, B. (2017). *Studienergebnisse zur aktuellen Personalsituation in deutschen Kranken-häusern (Projekt RN4CAST).* Zugriff am 20.04.2022, Verfügbar unter https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2017.lectures/Kassel_20171124.bz.pdf

VI. Rechtsquellenverzeichnis

Arbeitnehmer-Entsendegesetz vom 20. April 2009 (BGBl. I S. 799), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist.

Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist.

Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die durch Artikel 5 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist.

Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist.

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 8. November 2021 (BGBl. I S. 4792) geändert worden ist.

VII. Anhang

Anhang 1: Entwicklung der Fallzahlen und der Verweildauer XVIII

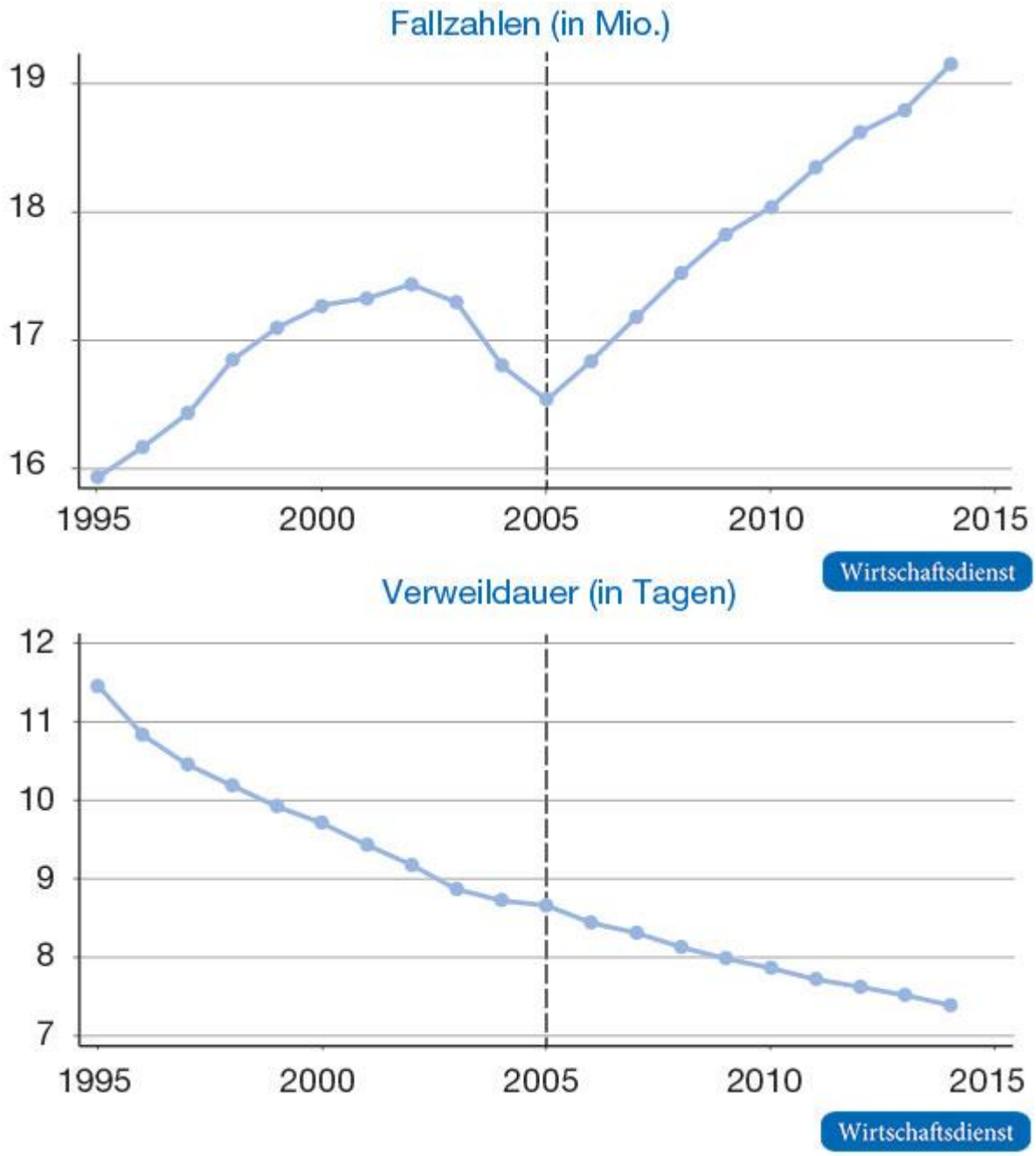
Anhang 2: Bevölkerungspyramide Deutschland XIX

Anhang 3: Tatsächliche Arbeitszeit vs. Vertraglich geregelte Arbeitszeit XX

Anhang 4: Übersicht zur Erstellung eines Expertenstandards XX

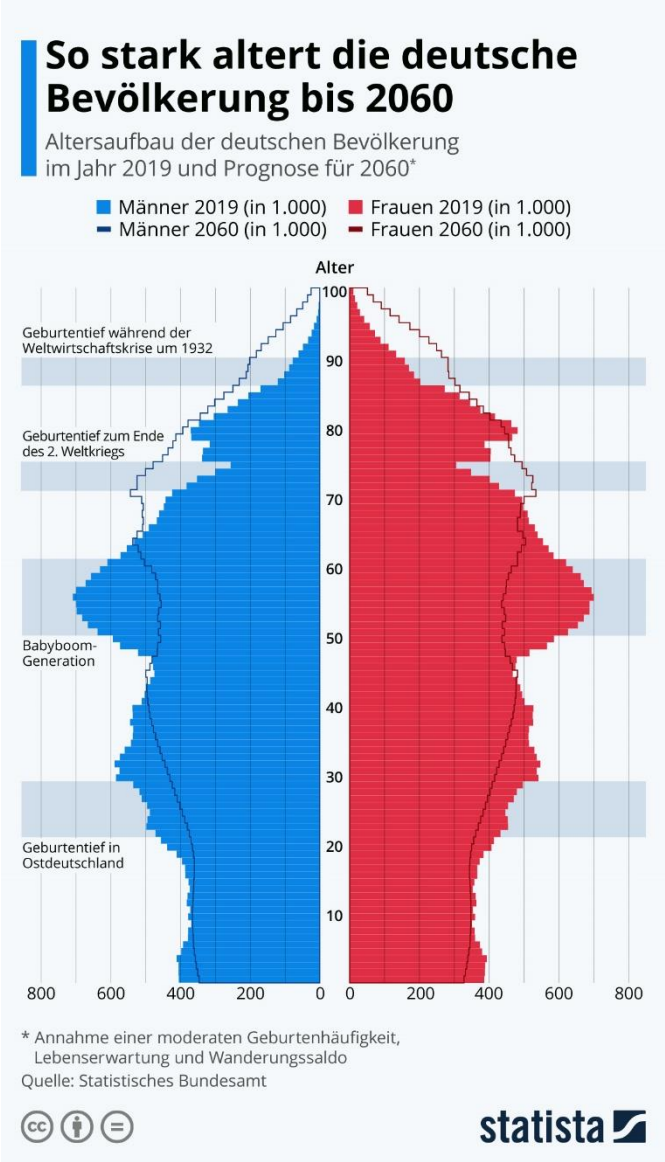
Anhang 5: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus XXI

Anhang 1: Entwicklung der Fallzahlen und der Verweildauer



(Bäuml, Kifmann & Kümpel, 2016)

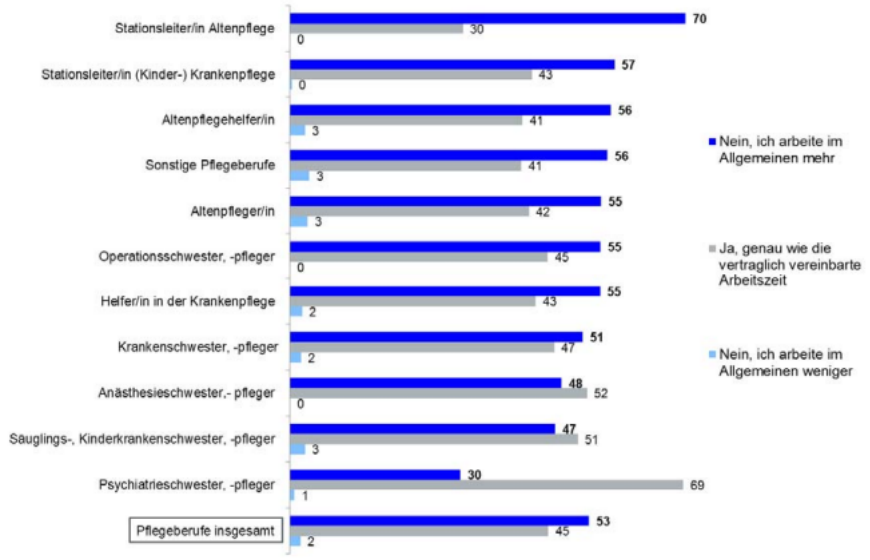
Anhang 2: Bevölkerungspyramide Deutschland



(Statista, 2021a, o.S.)

Anhang 3: Tatsächliche Arbeitszeit vs. Vertraglich geregelte Arbeitszeit

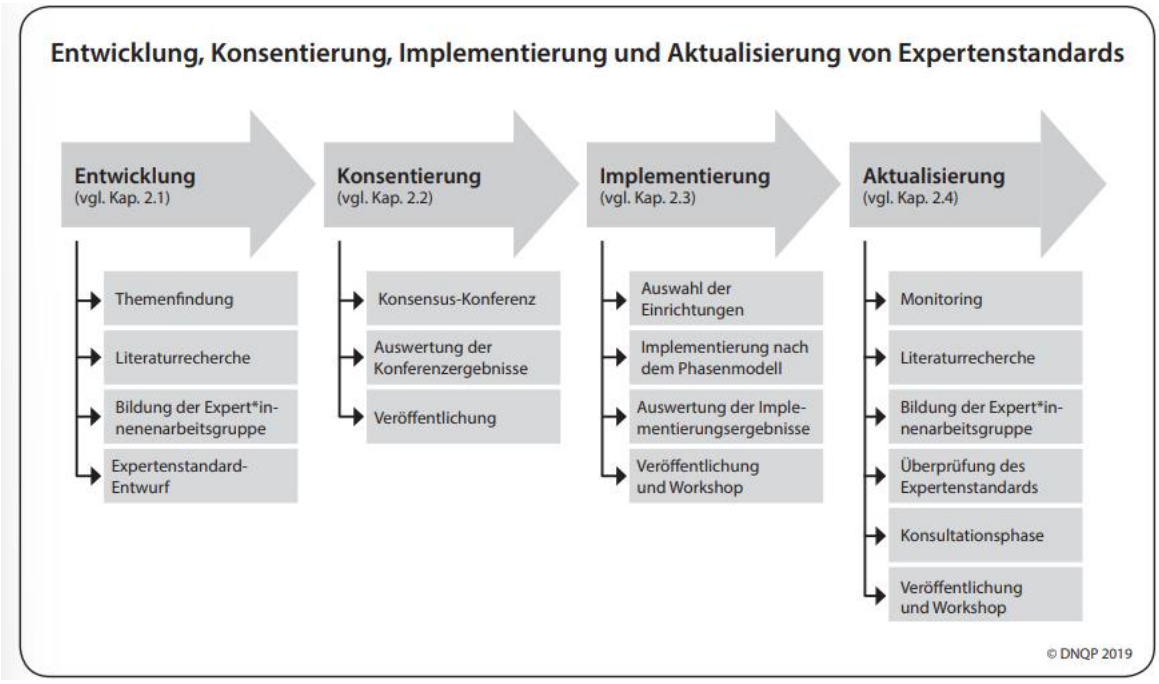
Abb. 17: Entspricht Ihre tatsächliche Arbeitszeit in der Regel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit? in %



Quelle: WSI-Lohnspiegel-Datenbank – www.lohnspiegel.de

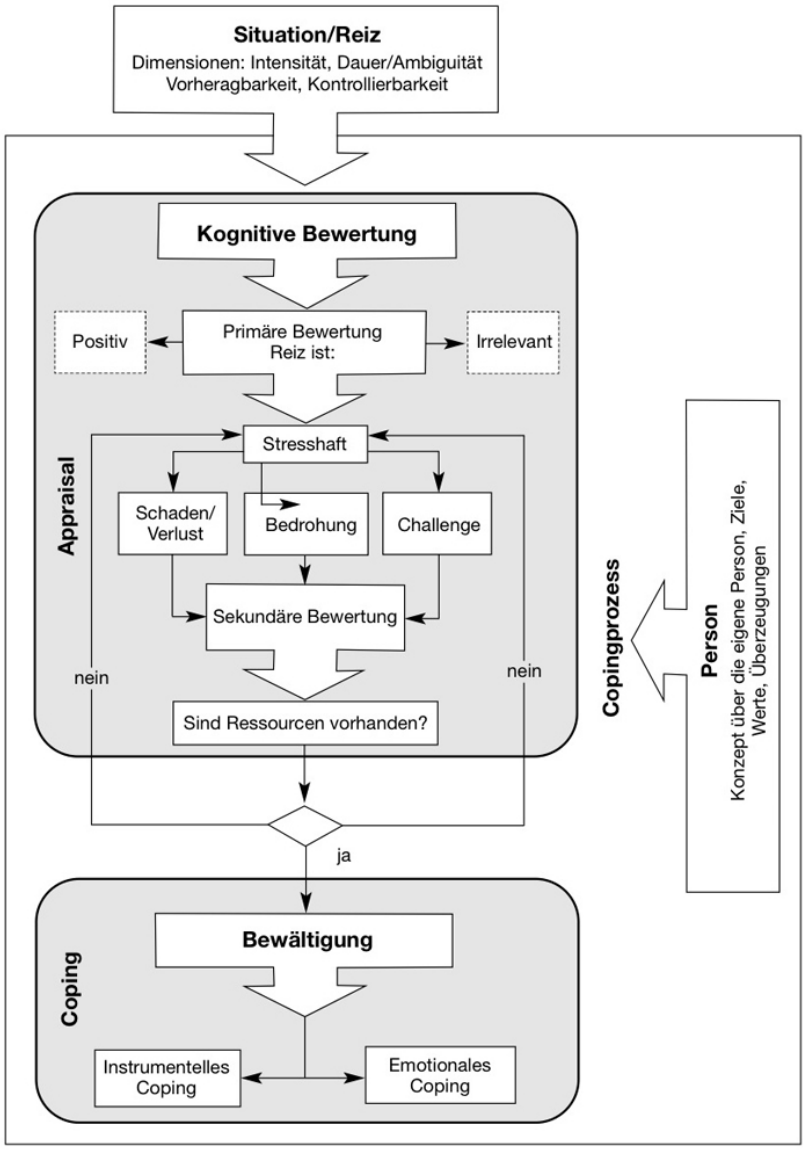
(Bispinck et al., 2013, o.S.)

Anhang 4: Übersicht zur Erstellung eines Expertenstandards



(DNQP, 2019, S. 9)

Anhang 5: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus



(Ernst, Franke & Franzkowiak, 2022, o.S.)

Erklärung zur selbstständigen Abfassung der Bachelorarbeit

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum Unterschrift

Urheberrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit Erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Arbeit zum Zwecke des Plagiatsschutzes bei der Fa. Ephorus BV bis zu 5 Jahre in einer Datenbank für die Hochschule Osnabrück archiviert werden kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort. Datum Unterschrift