

Pflegestudie

Coronabezogene Ressourcen- und Belastungsanalyse
bei Pflegekräften

Eine Veröffentlichung des Instituts für Betriebliche Gesundheitsberatung (IFBG)
in Kooperation mit der BARMER





IFBG – Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung

Das IFBG ist 2013 aus einem Zusammenschluss von Wissenschaftlern der Universitäten Konstanz und Karlsruhe (KIT) entstanden. Heute zählt das IFBG zu den führenden BGM-Beratungsinstitutionen Deutschlands. Neben Beschäftigtenbefragungen und psychischen Gefährdungsbeurteilungen führt das IFBG auch innovative Gesundheitsmaßnahmen in Unternehmen durch, v. a. in den Bereichen Schlaf, Stress, Ernährung, Digitale Balance und New Work.

Mehr Informationen unter: www.ifbg.eu und auf [LinkedIn](#)

Kontakt: info@ifbg.eu



BARMER

Die BARMER ist eine der größten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Ihr Leitmotiv ist es, Gesundheit weiterzudenken. Ihre 8,7 Millionen Versicherten unterstützt die BARMER tatkräftig bei allen Fragen zu Gesundheit, Krankheit und Pflege, inspiriert sie zu einem gesünderen Leben und bietet Hilfe zur Selbsthilfe durch Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz. Dafür entwickeln die rund 14.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innovative Versorgungsangebote und ermöglichen schnellen Zugang zu Neuheiten in Medizin, Prävention, Rehabilitation und Pflege.

Im Rahmen von Betrieblichen Gesundheitsmanagement setzt die BARMER auf ein breitgefächertes und innovatives Gesundheitskonzept, das sich zielgruppen- und branchenspezifisch auf die Gegebenheiten und Anforderungen in Unternehmen individuell ausrichten lässt.

Mehr Informationen unter: barmer.de, [XING](#) & [LinkedIn](#)

Kontakt: service@barmer.de

Impressum



Eine Veröffentlichung von

Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung GmbH
Gottlieb-Daimler-Straße 1, D-78467 Konstanz, Sitz Konstanz,
Amtsgericht Freiburg, HRB: 714115
Geschäftsführung: Dr. Fabian Krapf & Valentin Goetz
Steuernummer: 09048/02802
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE292117062

Redaktion und Studie

IFBG: Dr. Utz Niklas Walter, Dr. Fabian Krapf, Maren Beer, Marie Valeria Hopf, Ulrike Mraß

BARMER: Solveig Wessel, Christine Witte, Philip Ende, Patrick Maltusch

Grafik/Layout

Maren Beer (IFBG), Maxim Krasilnikow (Büro Maxim)

Verbreitung

Der Studienband „Pflegestudie: Coronabezogene Ressourcen- und Belastungsanalyse bei Pflegekräften“ ist eine Veröffentlichung des Instituts für Betriebliche Gesundheitsberatung (IFBG) in Kooperation mit der BARMER.

Urheberrechte

Der Studienband „Pflegestudie: Coronabezogene Ressourcen- und Belastungsanalyse bei Pflegekräften“ sowie alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Studienbands darf ohne schriftliche Genehmigung der Studienverantwortlichen vervielfältigt oder verbreitet werden. Unter dieses Verbot fällt insbesondere die gewerbliche Vervielfältigung per Kopie, die Aufnahme in elektronische Datenbanken und die Vervielfältigung auf digitalen Speichermedien.

BARMER

Der Pflegemarkt entwickelt sich mit einer starken Dynamik. Kaum einer anderen Branche wird für die Zukunft solch ein Wachstum vorausgesagt wie der Pflege. Aufgrund der steigenden Zahl Pflegebedürftiger wächst die Nachfrage nach professioneller Pflege und Unterstützung. Doch wie steht es eigentlich um die Gesundheit der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen? Die Corona-Pandemie hat uns gezeigt, dass besonders die systemrelevanten Berufsgruppen belastenden Rahmenbedingungen ausgesetzt sind.

Die vorliegende Studie gibt Ihnen einen umfassenden Einblick in die Situation vor und während der Corona-Pandemie in Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Dazu wurden im Zeitraum vom 15.02.2022 bis 11.03.2022 in Deutschland tätige Pflegekräfte zu insbesondere folgenden Themenbereichen befragt:

- Allgemeine Anforderungen
- Arbeitszufriedenheit
- Quantitative Anforderungen
- Pausen im Arbeitsalltag
- Burnout-Risiko
- Innere Kündigung
- Traumatisierung
- Gesundheitseinschätzung
- Schlafverhalten
- Präsentismus

Die Ergebnisse der Studie können allen Führungspersonen als Reflexionsfläche für einen innerbetrieblichen Check dienen, beispielsweise: Wie können wir Pflegekräfte vor hoher emotionaler Erschöpfung schützen? Welche präventiven Maßnahmen können wir ergreifen, um die körperliche Leistungsfähigkeit sicherzustellen? Was benötigt die Branche, um zukünftig nicht nur Krisen meistern zu können, sondern auch um für Auszubildende interessant zu sein? Mit Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung können Sie Ihre personellen und organisatorischen Ressourcen stärken und verbessern.

Allen, die an dieser Studie mitgewirkt haben, gilt unser ausdrücklicher Dank. Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern eine informative Lektüre und freuen uns auf inspirierende Diskussionen, um Prävention und Gesundheit in der Pflege weiterzuentwickeln und sie mit allen Verantwortlichen gemeinschaftlich zum Erfolg zu führen.

Ihre BARMER

Inhaltsverzeichnis

Studienpartner	1
Impressum	2
Vorwort	3
Methode	5
Stichprobenbeschreibung	6
Erkenntnisse aus der Wissenschaft	8
Ergebnisteil	12
Zusammenfassung	31
Handlungsempfehlungen	34
Literatur	35

Methode

Wie wurden die Daten erhoben?

Im Zeitraum von 15.02.2022 bis 11.03.2022 wurden in Deutschland tätige Pflegekräfte aus einem Online-Access-Panels rekrutiert und zu beruflichen Belastungen und Ressourcen vor und während der Corona-Pandemie befragt. Dabei wurde auf einen der größten Panelanbieter weltweit zurückgegriffen, der einen Pool an Befragungsteilnehmenden zur Verfügung stellt. Wenn in der Ergebnisdarstellung von „aktuell“ bzw. dem „aktuellen Zeitpunkt“ gesprochen wird, dann bezieht sich dies auf den Befragungszeitraum im Februar und März 2022.

Wie setzt sich die Stichprobe zusammen?

Es haben bundesweit insgesamt 1.412 Pflegekräfte an der „Pflegestudie: Coronabezogene Ressourcen- und Belastungsbereiche bei Pflegekräften“ teilgenommen.

Nach der Bereinigung der Daten umfasst das Analysesample Daten von 1.004 Beschäftigten aus dem stationären und ambulanten Pflegebereich. Sie bilden die Datengrundlage für die in diesem Studienband dargestellten Ergebnisse. Datensätze, die verschiedene Plausibilitätstest nicht erfüllt haben, wurden zur besseren Datenqualität aussortiert.

Was bedeutet „statistische Signifikanz“?

Die statistische Signifikanz ist ein Wahrscheinlichkeitswert und dient als Anhaltspunkt, ob ein Forschungsergebnis auch zufällig zustande gekommen sein kann. Dabei wird gemessen, wie gut die empirischen Daten zu einem wahrscheinlichkeitstheoretischen Modell passen, in dem es in Wahrheit keinen Unterschied oder Zusammenhang gibt (Nullhypothese). Als Entscheidungsregel wird konventionell das Signifikanzniveau (alpha) von 5% gewählt. Unterschreitet der berechnete p-Wert das Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ ($p < 0.05$), ist die Evidenz gegen die Nullhypothese hinreichend stark und das Ergebnis statistisch signifikant. Im vorliegenden Studienband wurde aus Gründen der besseren Lesbar-

keit die APA-Darstellungsweise verwendet, bei der es üblich ist, die Null vor dem Komma wegzulassen.

Infofern keine statistische Signifikanz nachgewiesen werden konnte, werden diese Unterschiede nach Kopfgruppen auch nicht im Text erwähnt. Alle dargestellten Ergebnisse haben somit ein Signifikanzniveau von $p < 0.05$ und die Nullhypothese konnte in diesen Fällen abgelehnt werden.

Welche Verfahren wurden bei der Datenanalyse eingesetzt?

In Abhängigkeit von der Fragestellung wurde in der vorliegenden Studie folgendes statistisches Verfahren eingesetzt:

Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest: Mit diesem Test lässt sich untersuchen, ob zwischen zwei kategorialskalierten Variablen ein Zusammenhang besteht. Hierfür wird eine Prüfgröße berechnet – der Chi-Quadrat-Wert (X^2). Mit diesem kann bestimmt werden, ob der Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen statistisch signifikant ist.

Beispiel: Die Analysen zeigen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen den Aussagen hinsichtlich der Zeit vor der Corona-Pandemie und dem aktuellen Zeitpunkt der Befragung: „Im zeitlichen Vergleich zeigt sich, dass besonders die Arbeitszufriedenheit der stationären Pflegekräfte signifikant gesunken ist.“

Was bedeuten die Buchstaben bei den statistischen Angaben?

Bei der Darstellung statistischer Ergebnisse werden die relevanten Parameter mit unterschiedlichen Buchstaben dargestellt:

N: In der Statistik wird mit dem Buchstaben N beschrieben, wie viele Personen insgesamt an einer Befragung teilgenommen bzw. eine Einzelfrage beantwortet haben (Stichprobenumfang). Das kleine n beschreibt die Anzahl gültiger Antworten einer Teilstichprobe (z. B. Frauen, stationäre Pflegekräfte etc.).

df: Dieses Kürzel steht für degrees of freedom – also Freiheitsgrade. Die verschiedenen Wahrscheinlichkeitsverteilungen, mit denen anhand der Stichprobe Hypothesentests durchgeführt werden, sind von den Freiheitsgraden abhängig.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die Nennung weiterer statistischer Kennzahlen verzichtet. Diese Informationen können jedoch bei Bedarf über die Studienleitung bezogen werden. Kontakt: info@ifbg.eu

Welche Limitationen hat die Studie?

Die Befragung war teilweise retrospektiv. Dies bedeutet, dass sich die Fragen auf Zeiträume in der Vergangenheit bezogen. Bei dieser Art von Befragung muss die Möglichkeit der kognitiven Verzerrung in Betracht gezogen werden. Die Angaben der Teilnehmenden können also potenziell verklärt sein, weil sie sich auf vergangene Situationen beziehen und nicht mehr so klar erinnert werden. Die Angaben müssen deshalb mit einer entsprechenden Vorsicht interpretiert werden.

Ist die vorliegende Studie repräsentativ?

Nein, die Studie ist nicht repräsentativ, da es innerhalb dieses Studiendesigns nicht möglich ist, eine exakte Repräsentativität der deutschen Erwähbäigen in der Pflegebranche abzubilden. Nichtsdestotrotz ermöglicht die Größe der Stichprobe aus den Befragungsergebnissen wertvolle, praxisrelevante Schlüsse für den Pflegebereich zu ziehen.

Stichprobenbeschreibung

Datengrundlage für die vorliegende Studie bilden **1.004 Teilnehmende** aus dem stationären und ambulanten Pflegebereich. Die Zusammensetzung der Stichprobe wurde darüber hinaus hinsichtlich verschiedener Charakteristika analysiert, die im Folgenden dargestellt werden.

Geschlecht

Die Stichprobe besteht zu 81,2% aus weiblichen und zu 18,6% aus männlichen Pflegekräften. Dies entspricht auch etwa der tatsächlichen geschlechterspezifischen Verteilung im Pflegebereich in Deutschland. Zusätzlich konnte in der Befragung die Antwortoption „divers“ ausgewählt werden. Aufgrund des geringen Anteils dieser Personen in der Stichprobe (0,2%) wird diese Kategorie in der folgenden Darstellung der Studienergebnisse jedoch nicht separat ausgewiesen.

Geschlecht	n	Anteil
Weiblich	815	81,2%
Männlich	187	18,6%
Gesamt	1.004	100,0%

Alter

Es wurden insgesamt fünf Alterskategorien erfasst. Die jüngste Altersklasse der bis 29-Jährigen macht 15,7% der Stichprobe aus. Die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen ist in der Stichprobe mit 27,4% am stärksten vertreten. Es folgen die 40- bis 59-Jährigen mit 21,7% und die 50- bis 59-Jährigen mit 24,7%. Den geringsten Anteil machen mit 10,5% die über 60-Jährigen aus.

Alter	n	Anteil
bis 29 Jahre	158	15,7%
30 bis 39 Jahre	275	27,4%
40 bis 49 Jahre	218	21,7%
50 bis 59 Jahre	248	24,7%
60 Jahre und älter	105	10,5%
Gesamt	1.004	100,0%

Versorgungsbereich

Über die Hälfte der Befragten (54,5%) kommen aus dem stationären Pflegebereich. Die ambulanten Pflegekräfte machen 40,7% der Stichprobe aus. Weitere 4,6% der Befragten machten hierzu keine Angabe.

Bereich	n	Anteil
Ambulante Pflege	409	42,8%
Stationäre Pflege	547	57,2%
Gesamt	956	100,0%

Stichprobenbeschreibung

Betriebszugehörigkeit

Die befragten Pflegekräfte haben eine unterschiedliche Betriebszugehörigkeit vorzuweisen. Die meisten von ihnen (39,1%) haben bis zu fünf Jahre Betriebszugehörigkeit. Insgesamt 24,2% bringen bis zu 10 Jahre Erfahrung mit und 13,6% bis zu 15 Jahre. Gut ein Fünftel (20,8%) entfällt auf Personen mit 16 Jahren Betriebszugehörigkeit oder mehr.

Zugehörigkeit	n	Anteil
bis zu 5 Jahre	393	40,0%
bis zu 10 Jahre	243	24,5%
bis zu 15 Jahre	137	14,1%
16 Jahre und länger	209	21,4%
Gesamt	982	100,0%

Bundesland

In der Stichprobe sind Pflegekräfte aus allen 16 Bundesländern vertreten. Die Werte sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Bundesland	n	Anteil
Baden-Württemberg	106	10,6%
Bayern	140	13,9%
Berlin	65	6,5%
Brandenburg	48	4,8%
Bremen	11	1,1%
Hamburg	19	1,9%
Hessen	65	6,5%
Mecklenburg-Vorpommern	30	3,0%
Niedersachsen	95	9,5%
Nordrhein-Westfalen	189	18,8%
Rheinland-Pfalz	45	4,5%
Saarland	12	1,2%
Sachsen	70	7,0%
Sachsen-Anhalt	30	3,0%
Schleswig-Holstein	45	4,5%
Thüringen	33	3,3%
Gesamt	1.003	100,0%

Migrationshintergrund

Ein Anteil von 10,2% der Befragten gibt an, einen Migrationshintergrund zu haben. Die Mehrheit (88,8%) hat keinen Migrationshintergrund. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse ebenfalls zu beachten.

Pflegende sind in ihrem Beruf häufig hohem Stress, musculoskelettalen Erkrankungen oder psychischen Belastungen ausgesetzt. Hierbei scheinen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe zu sein. Die Frage nach dem Migrationshintergrund an dieser Stelle soll zur Konzeption eines bedarfs- und bedürfnisgerechten BGM für Pflegende mit Migrationshintergrund beitragen.

Bereich	n	Anteil
Ja	102	10,3%
Nein	892	89,7%
Gesamt	994	100,0%

Erkenntnisse aus der Wissenschaft

1 Einführung

Laut dem deutschen Arbeitswelt-Bericht kann sich etwa jeder fünfte Jugendliche in Deutschland prinzipiell einen Beruf in der Pflege vorstellen. Hemmnisse sind laut Jerusalem et al. (2022) aber vor allem Gehalt, Arbeitsbedingungen sowie körperlich und mental belastende Rahmenbedingungen im Pflegealltag – Faktoren, die sich seit der Corona-Pandemie noch einmal deutlich verstärkt haben.

Laut Kisley et al. (2020) haben 71% des medizinischen Fachpersonals ein höheres Risiko für akuten oder posttraumatischen Stress, sobald sie in direktem Kontakt mit Covid-19-infizierten Patientinnen und Patienten stehen. Besonders vulnerabel für psychischen Stress sind weibliche Pflegekräfte oder solche mit geringer Berufserfahrung. Ein hohes Risiko haben außerdem Pflegekräfte, die Sorge davor haben, sich mit dem Corona-Virus zu infizieren und das familiäre Umfeld anzustecken. Die fehlende praktische Unterstützung durch den Arbeitgeber im Umgang mit den neuen Rahmenbedingungen des Pflegealltags (vermehrtes Tragen von Schutzausrüstung etc.) und die Stigmatisierung von medizinischen Fachpersonen als potenzielle Überträger des Corona-Virus tragen ebenfalls zur psychischen Belastung bei.

Auch spezifische Indikatoren von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden wurden in verschiedenen Studien untersucht. So-wohl Pappa et al. (2020), Cheung et al. (2020) als auch Bohlken et al. (2020) erkennen ein erhöhtes Risiko für Burnout, Angststörungen, mentale Erschöpfung und depressive Symptome bei Pflegekräften seit der Corona-Pandemie. Dies unterstützen auch Erkenntnisse aus einer Studie von Gferer und Gferer (2021), in der 86% der Pflegekräfte angeben, dass sich ihre Arbeitssituation im Krankenhaus seit Beginn der Corona-Pandemie verschlechtert bis stark verschlechtert hat. Der mit Abstand am häufigsten genannte Grund für diese Verschlechterung ist mit 81% die Stei-

gerung der bisherigen Arbeitsmenge. Das dauerhafte Tragen von Schutzausrüstung und der Personalmangel sind weitere Gründe. Infolgedessen fühlen sich 41% der befragten Pflegekräfte stark oder sehr stark psychisch belastet, und dies geht mit Ängsten, Schlaflosigkeit sowie einem Nicht-Abschalten-Können einher. So-wohl die psychischen als auch die arbeitspraktischen Belastungen im Pflegealltag sind stark gestiegen. Das Pflegefachpersonal muss ohne zusätzliche personelle, strukturelle oder finanzielle Ressourcen weit über seine Belastungsgrenzen hinaus arbeiten (Gferer und Gferer, 2021).

Wie weit diese Belastungsgrenzen tatsächlich überschritten werden und welchen Einfluss die Pandemie zwei Jahre nach ihrem Beginn auf deutsche Pflegekräfte hat, wird in der vorliegenden Studie untersucht. Dafür wurden Themen wie Burnout, Traumatisierung, Präsentismus oder quantitative Anforderungen beleuchtet. Einführend werden auf den folgenden Seiten zunächst einmal die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den untersuchten Themenschwerpunkten beschrieben, bevor im Hauptteil des Studienbandes die Ergebnisse der vorliegenden Befragung dargestellt werden.

2 Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften während der Corona-Pandemie scheint reduziert zu sein, wie Kramer et al. (2021) in ihrer Studie feststellen. Darin geben 47,4% der Befragten Pflegekräfte an, ihre allgemeine Arbeitszufriedenheit habe sich seit der Pandemie verschlechtert.

Dabei kann Arbeitszufriedenheit als Puffer für diverse Stressoren im pandemischen Arbeitsalltag von Pflegekräften fungieren: Jerusalem et al. (2022) beschreiben in ihrer Studie, dass sich die allgemeine Arbeitssituation im Krankenhaus für 86% der befragten Pfle-

gekräfte seit der Pandemie verschlechtert bis stark verschlechtert hat. Pflegefachpersonal hat schon immer mit ungünstigen Arbeitszeiten sowie hohen psychischen und körperlichen Belastungen zu kämpfen, doch die Corona-Pandemie scheint diese Belastungen noch einmal deutlich verstärkt zu haben. Besonders im Pandemie-Alltag ist deshalb eine positiv ausgeprägte subjektive Arbeitszufriedenheit von Bedeutung – wie Breinbauer (2020) und Roth et al. (2021) betonen –, da diese positive Effekte auf die Selbsteinschätzung der Arbeit hat und somit vor den negativen Folgen von Arbeitsstress schützt. Diese wirksame Bewältigungsressource in Bezug auf das Stress- und Belastungsempfinden bei der Arbeit steht darüber hinaus in einem signifikanten Zusammenhang mit einer Senkung des Burnout-Risikos von Pflegekräften.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse wiegt die Reduktion der Arbeitszufriedenheit in der Corona-Pandemie besonders schwer und betont die Relevanz dieses Themas. Aus diesem Grund wird auch in der vorliegenden Studie die subjektive Arbeitszufriedenheit als Ergebnis der aktuellen Belastungssituation von deutschen Pflegekräften gemessen.

3 Quantitative Anforderungen

Da der Pflegeberuf üblicherweise sowieso schon mit einer hohen Arbeitsdichte assoziiert wird, scheint es wenig überraschend, dass die quantitativen Anforderungen im Pflegealltag während der Corona-Pandemie noch weiter zugenommen haben (Roth et al., 2021). Zunehmende Arbeitsstunden werden vor allem von Pflegekräften genannt, die auf Intensivstationen tätig sind, auf denen eine hohe Anzahl von Covid-19-Patientinnen und -Patienten gepflegt werden müssen (Kramer et al., 2021). Dennoch wurde die Veränderung der Arbeitsmenge, des Arbeitstemos und der Überstunden von Pflegekräften vor und während der Pandemie zum aktuellen Kenntnisstand noch nicht intensiver erforscht.

Erkenntnisse aus der Wissenschaft

Daher setzt sich die vorliegende Studie mit diesem Vergleich der quantitativen Anforderung auseinander, um herauszufinden, zu welchem Grad die Arbeitsdichte der Pflegekräfte im Zuge der Corona-Pandemie tatsächlich zugenommen hat.

4 Pause im Arbeitsalltag

Obwohl das Arbeitszeitgesetz die Einhaltung von Pausenzeiten gesetzlich vorschreibt, beschreiben Melzer et al. (2019), dass rund die Hälfte der Pflegekräfte von wegfallenden Pausen betroffen ist. Die Arbeitsmenge wird als ausschlaggebender Punkt dafür angegeben. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen können Pflegekräfte außerdem nur wenig Einfluss auf die Gestaltung ihrer Arbeitszeit nehmen – mehr als die Hälfte der befragten Pflegekräfte hat kaum Einfluss darauf, wann sie ihre Pausen nimmt. Im Vergleich zu anderen Branchen nimmt die Alten- und Krankenpflege den Spitzenplatz bei ausgefallenen Pausen ein.

Ruhepausen tragen zur Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei und sind für den Erhalt ihrer Leistungs- und Arbeitsfähigkeit bedeutsam. Unterstützend berichten Melzer et al. (2019), dass ein zu geringes Maß an Pausen mehr personelle Fluktuation bedingt, das Unfallrisiko erhöht und die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten sinkt. Kisley et al. (2020) zeigen zudem die protektive Wirkung von häufigen kurzen Pausen und ausreichenden Ruhezeiten für die psychische Gesundheit von medizinischem Fachpersonal in Zeiten einer Pandemie auf.

Auch in der vorliegenden Studie wird die Pausengestaltung von Pflegekräften vor und während der Corona-Pandemie gemessen, um herauszufinden, ob und inwiefern sich diese verändert hat.

5 Burnout-Risiko

Das Thema Burnout bei Pflegekräften im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie wurde in keiner der Studien, die im Zuge der Literaturrecherche gefunden werden konnten, explizit untersucht. Dass dieses Thema in der aktuellen Zeit aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und anderer psychisch belastender Faktoren (vgl. Eggert & Teubner, 2021) für Pflegekräfte eine sehr hohe Relevanz besitzt, ist jedoch sehr wahrscheinlich. Es ist bekannt, dass Pflegekräfte sowohl mit Blick auf psychische Erkrankungen als besonders vulnerabel gelten als auch ein besonders hohes Burnout-Risiko aufweisen (Brause et al., 2015).

Burn-out (engl. to burn out: „ausbrennen“) wird als ein Folge von chronischem Stress definiert und bezeichnet einen besonderen Fall zumeist berufsbezogener chronischer Erschöpfung. Es wird meist als Folge von lang andauerndem emotionalem und zwischenmenschlichem Stress verstanden. Laut Maslach (2001) leiden Betroffene an einer emotionalen Erschöpfung und verringerten Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig neigen sie zu Zynismus oder Depersonalisation. Bereits in der frühen Forschung zu Burnout wurde deutlich, dass es durch eine totale Verausgabung der eigenen Kräfte und Ressourcen bei gleichzeitig fehlender Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit vor allem in helfenden Berufen zur körperlichen, emotionalen und geistigen Erschöpfung kommt (vgl. Freudenberger, 1974, in Breinbauer, 2020). Dies bestätigen auch aktuelle Studien. Die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Burnout sind in den letzten zehn Jahren stark angestiegen. Beschäftigte in Sozial- und Gesundheitsberufen sind im Vergleich zu anderen Berufsgruppen verhältnismäßig häufig von Burnout betroffen, da die Tätigkeit von einem meist intensiven und aufopferungsvollen Einsatz für andere Menschen geprägt ist (vgl. Breinbauer, 2020; Klaus et al., 2021). Dabei das Gleichgewicht zwischen dem empathischen Verstehen der Situation der Patientinnen und Patienten

und dem Schutzbedürfnis der eigenen Psyche und Gesundheit aufrechtzuhalten, gilt im Pflegekontext als besonders herausfordernd. Ein erhöhtes Burnout-Risiko besteht zudem für besonders leistungs- und erfolgsorientierte Personen, bei denen eine Diskrepanz zwischen der eigenen Idealvorstellung und der tatsächlich erhaltenen Belohnung auftritt.

Arbeitsbelastungen wie Zeitdruck, chronischer Personalmangel, mangelhafte Pausenregelungen oder eine hohe Arbeitsplatzzufriedenheit sind ebenfalls zentrale Faktoren, die sich auf das Burnout-Risiko auswirken (Brause et al., 2015; Teigeler, 2017). Der konstante psychische Stress und die Anfälligkeit für Burnout im Pflegekontext gilt als wichtige Ursache für die hohe personelle Fluktuationsrate innerhalb der Pflegebranche und einen frühen Berufsausstieg in helfenden Berufen (vgl. Schadenhofer & Stummer, 2011; Teigeler, 2017).

6 Innere Kündigung

Eng mit der Arbeitszufriedenheit verknüpft ist das Thema „Innere Kündigung“. In einer Studie von Rheindorf et al. (2020) geben 29,9% der befragten Pflegefachpersonen an, aktuell über einen Berufsausstieg nachzudenken. In der internationalen Studie von Zhang et al. (2020) kündigten 16 von 100 Pflegekräften aufgrund von zu hohem psychischem Stress den Ausstieg aus dem Pflegeberuf an. Diese Zahlen verdeutlichen die hohe Relevanz des Themas.

Gferer und Gferer haben 2021 während der dritten Corona-Welle Personal in der Gesundheits- und Krankenpflege zu ihrer Arbeitssituation und ihren Gedanken an einen Berufsausstieg befragt. Insgesamt 64% der Pflegekräfte gaben an, in ihrer beruflichen Laufbahn mindestens einmal über einen Berufsausstieg nachgedacht zu haben. 45% denken sogar immer wieder über einen Aus-

Erkenntnisse aus der Wissenschaft

stieg nach. Für 59% von jenen, die aktiv über einen Berufswechsel nachdenken, hat sich durch die Corona-Pandemie der Gedanke sogar verstärkt. Als ausschlaggebende Gründe werden die finanzielle Entlohnung (56%), zu wenig Wertschätzung und Anerkennung (47%), Personalmangel (44%), zu hohe Arbeitsbelastung (41%) und hohe psychische Belastungen (36%) genannt.

Der Ausstiegsgedanke scheint dabei nicht mit der Identifikation mit dem Pflegeberuf zusammenzuhängen, da die Angaben hierzu zeitgleich sehr hoch waren. Demnach seien die Tätigkeiten in der beruflichen Realität und die schlechten Rahmenbedingungen die intensiveren Treiber für die Innere Kündigung beim Pflegepersonal (Gferer und Gferer, 2021). Die vergleichsweise kurze Verweildauer von Pflegekräften ist laut Breinbauer (2020) eine schwerwiegende Konsequenz aus den hohen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen.

7 Traumatisierungen

Traumatische Ereignisse kennzeichnen sich durch spezifische situative Merkmale wie z. B. Bedrohung des eigenen Lebens oder durch Kontakt mit schwer verletzten, sterbenden oder toten Personen. Auch das Erleben bestimmter psychischer Zustände wie z. B. Schuld, Hilflosigkeit, Todesangst oder Verlust von Kontrolle zählt dazu (Fischer & Riedesser, 2009).

Die ohnehin häufige Konfrontation mit potenziell traumatisierenden Situationen hat für Pflegepersonal in der Corona-Pandemie noch einmal zugenommen. Eine angemessene Begleitung von Patientinnen und Patienten wird bspw. erschwert durch die Sorge der eigenen Ansteckung oder die Pflicht, zu jeder Zeit Schutzausrüstung zu tragen (Zhang et al., 2020). Laut Spoorthy et al. (2020) kann davon ausgegangen werden, dass das vergleichsweise hohe Risiko einer Ansteckung für das Pflegepersonal belastend ist.

In einer weiteren Studie äußerten 55% der befragten Pflegekräfte die Sorge, die eigene Familie und andere Bezugspersonen anzustecken. Zudem berichten Pflegerinnen und Pfleger, wie belastend qualvolle Tode der Covid-Patientinnen und -Patienten sein können. Auch stellt das Prozedere, die Toten in Leichensäcke packen zu müssen, eine Belastung dar.

Behandlungsfehler wiegen zudem besonders schwer und können den Verlust des Glaubens in die eigene Kompetenz bedingen. Zwar erkennen Pflegekräfte Fehlerpotentiale oder mögliche Qualitätsmängel in ihrer Tätigkeit klar, die begrenzten Zeitressourcen bedingen aber, dass der eigene Anspruch an die Pflegetätigkeit nicht immer erfüllt werden kann. Der berufliche Alltag, besonders während der Pandemie, erfordert ständige Neupriorisierungen und Kompromisse in der Versorgung. Zudem stimmen die Vorgaben zur Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten häufig nicht mit der eigenen Vorstellung einer adäquaten Versorgung überein. Die Bandbreite möglicher Folgen dieser Belastungen erstreckt sich von Schlaflosigkeit über Depression bis hin zum Suizid (Schmedes, 2021).

Obwohl die beschriebenen Belastungen der Pflegekräfte Kennzeichen traumatischer Ereignisse aufweisen und ihnen deshalb eine hohe Priorität in der Forschung eingeräumt werden sollte, sind diese bisher kaum wissenschaftlich untersucht. An dieser Forschungslücke soll in der vorliegenden Studie angesetzt werden.

8 Gesundheitseinschätzung

Neben den psychosozialen Belastungen von Pflegekräften sind auch die körperlichen Anforderungen bei der Arbeit ein relevantes Thema im Pflegekontext. Verschiedene Publikationen beschreiben die körperlichen Beschwerden, die im Pflegekontext besonders häufig auftreten. Dabei werden beispielsweise Publikationen der

baua (2014) oder der Pflegereport 2019 von Jakobs et al. genannt. Studien mit Bezug zur Corona-Pandemie konnten jedoch nur wenige gefunden werden. Auch der allgemeine Gesundheitszustand ist im Corona-Kontext bisher nur wenig erforscht – und das, obwohl sich dieser valide ermitteln lässt.

Eine der wenigen Publikationen, die zu diesem Thema gefunden werden konnten, ist von Gferer und Gferer (2021). In dieser Studie geben 49% der Pflegekräfte an, sich seit der Corona-Pandemie stark bis sehr stark körperlich belastet zu fühlen. Dies beinhaltet Symptome wie das Gefühl der Erschöpfung und Ausgelaugtheit, verstärkte Schmerzen und weitere körperliche Beschwerden vor allem im Rückenbereich.

Trotz der überschaubaren Menge an Publikationen wird die Relevanz des Themas als hoch eingeschätzt, da die Ergebnisse dieser Studien auf eine starke Verbreitung und Ausprägung der körperlichen Beschwerden im Pflegekontext hindeuten. Um weiterführende Erkenntnisse zu körperlichen Belastungen sowie dem allgemeinen Gesundheitszustand im Pflegekontext vor und während der Corona-Pandemie zu erlangen, werden beide Themenkomplexe in der vorliegenden Studie erfasst.

9 Schlafverhalten

Schlaf scheint im Kontext psychischer Belastungen von Pflegekräften eine hohe Relevanz zu besitzen. Sowohl Rheindorf et al. (2020), Lai et al. (2020), Zhang et al. (2020) als auch Spoorthy et al. (2020) berichten, dass bei 34% bis 38% der Pflegefachpersonen während der Corona-Pandemie verstärkt Schlafstörungen auftraten. Pappa et al. (2020) bestätigen diese Befunde und berichten von einer Prävalenz für Insomnie von 32% bis 34% bei Pflegekräften während der Pandemie.

Erkenntnisse aus der Wissenschaft

Neben dem erhöhten Auftreten von Schlafstörungen berichtet der Großteil der Pflegekräfte außerdem von einer schlechteren Schlafqualität und Stimmungsschwankungen (Pappa et al., 2020). Allerdings deutet die Studie von Kramer et al. (2021) darauf hin, dass deutsche Pflegekräfte im internationalen Vergleich weniger ausgeprägte Schlafstörungen während der Pandemie entwickeln als ihre Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern. Der Großteil der befragten Pflegekräfte in Deutschland berichtet von einem weniger drastischen Anstieg von Schlafproblemen.

Um hier eine breitere Datengrundlage zu schaffen und Aussagen über den Einfluss der Corona-Pandemie auf das Schlafverhalten der Pflegefachpersonen treffen zu können, wird auch in der vorliegenden Studie das Schlafverhalten der befragten Pflegekräfte analysiert.

10 Präsentismus

Die Recherche zum Thema Präsentismus bei Pflegepersonal im Kontext der Corona-Pandemie hat keine relevanten Ergebnisse hervorgebracht. Pandemieunabhängig haben aber Lohaus und Habermann (2018) ein grundsätzlich höheres Maß an Präsentismus bei Beschäftigten ermittelt, bei denen andere Menschen auf jene Beschäftigte angewiesen sind. In einer Studie von Solf (2019) haben etwa 60% der untersuchten Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte trotz eigener Erkrankung mindestens eine Woche lang ihren Arbeitsplatz aufgesucht.

Auch die Auswertung eigener Daten des IFBG hat gezeigt, dass 87,8% der Beschäftigten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen schon einmal krank zur Arbeit gegangen sind. Diese Daten stammen aus langjährigen Beschäftigtenbefragungen, die das IFBG in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt hat.

Stefani (2018) beschreibt diese Art des Präsentismus als moralisch-solidarischen Präsentismus, da das Pflegepersonal meist aus moralischen Verpflichtungen gegenüber Patientinnen und Patienten oder aus Teamsolidarität heraus krank zur Arbeit geht. Das eigene medizinische Fachwissen und die Risiken für die eigene Person oder das direkte Umfeld werden relativiert und moralisch legitimiert.

Aufgrund dieser Erkenntnisse und wegen des an vielen Stellen erwähnten Personalmangels und erhöhten Arbeitsaufkommens während der Pandemie (Eggert & Teubner, 2021; Petzold, Plag, & Ströhle, 2020; Zhang et al., 2020) lässt sich eine hohe Relevanz des Themas Präsentismus auch im Kontext der Corona-Pandemie vermuten. In der vorliegenden Studie wird deshalb das Präsentismus-Verhalten vor und während der Corona-Pandemie näher beleuchtet.

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

- Wie bewerten Sie die beruflichen Anforderungen im Vergleich zu der Zeit vor der Corona-Pandemie?
- Zu welchem Zeitpunkt seit Beginn der Corona-Pandemie waren für Sie die beruflichen Anforderungen am höchsten?

Hinführung:

Im Zuge der Corona-Pandemie, welche im März 2020 durch die World Health Organization ausgerufen wurde, haben sich insbesondere im Pflegebereich die Anforderungen drastisch erhöht. Intensivstationen verzeichneten einen Anstieg von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten um 300% (González-Gil et al., 2021). Damit einher gehen u. a. ein erhöhter organisatorischer Aufwand und das Tragen von Schutzausrüstung. Die Kombination mit Faktoren wie Personalmangel oder der fehlenden Absehbarkeit der Corona-Pandemie bedingt eine hohe Belastung der Pflegekräfte (Gferer & Gferer 2021).

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Hinsichtlich der aktuellen beruflichen Anforderungen ergibt sich im Vergleich zu vor der Pandemie ein statistisch signifikanter Unterschied nach Geschlecht ($X^2(5) = 13.34, p = .014, n = 1002$). 56,6% der weiblichen Pflegekräfte beschreiben die aktuellen Anforderungen im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie als *viel höher*. Bei den männlichen Pflegekräften tun dies nur 45,5%. Gestiegen sind die beruflichen Anforderungen jedoch aus Sicht beider Gruppen.

Auch in Bezug auf das Merkmal Migrationshintergrund unterscheiden sich die beruflichen Anforderungen signifikant ($X^2(10) = 38.91, p = .000, n = 1004$). Während Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund zu 56,2% von *viel höheren* Belastungen berichten, sind es bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund nur 43,1%.



HAUPTERKENNTNISSE:

Die Corona-Pandemie scheint die Anforderungen im Pflegebereich zu erhöhen. Insgesamt 81,2% der befragten Pflegekräfte bewertet die Anforderungen zum aktuellen Zeitpunkt etwas bis *viel höher* als noch vor der Corona-Pandemie.

Doch wann genau waren die beruflichen Anforderungen aus Sicht der Befragten am höchsten? Am häufigsten wird hier der Zeitraum Oktober 2020 bis Februar 2021 genannt (23,0%). Jedoch sagen 35,7% der Befragten, dass die beruflichen Anforderungen die gesamten zwei Jahre über gleichbleibend hoch gewesen seien.

BERUFLICHE ANFORDERUNGEN IM VERGLEICH ZU DER ZEIT VOR DER PANDEMIE

n=1.004

81,2%

etwas bis viel höher
(n=815)

6,4%

etwas bis viel niedriger
(n=64)

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?

Hinführung:

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen, was sich auch in vorangegangen Studien bereits gezeigt hat: Seit Beginn der Corona-Pandemie hat sich die allgemeine Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich verschlechtert (Kramer et al., 2021; Labrague & de Los Santos, 2021; Lavoie-Tremblay et al., 2022). Vor dem Hintergrund der gestiegenen Belastungen im Arbeitsalltag der Pflegekräfte (Jerusalem et al., 2022) ist dies ein wenig überraschendes, aber deshalb nicht minder relevantes Ergebnis.

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Hinsichtlich der allgemeinen Arbeitszufriedenheit bestehen signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Betriebszugehörigkeit ($\chi^2(20) = 51.68, p = .000, n = 1004$). Es zeigt sich, dass Befragte mit längerer Betriebszugehörigkeit signifikant unzufriedener mit ihrer Arbeit sind, als Pflegekräfte mit einer geringeren Betriebszugehörigkeit. Insgesamt 19,1% der Befragten mit 16 Jahren Betriebszugehörigkeit und mehr geben an, vor der Corona-Pandemie unzufrieden mit ihrer Arbeit gewesen zu sein. Alle anderen Gruppen mit entsprechend weniger Betriebszugehörigkeit weisen hier geringere Werte auf: 13,0% bei Personen mit bis zu 5 Jahren Betriebszugehörigkeit, 9,1% bei Personen mit bis zu 10 Jahren und 10,9% bei Personen mit bis zu 15 Jahren.

Im zeitlichen Vergleich zeigt sich, dass der Anteil an unzufriedenen Pflegekräften in allen Gruppen unabhängig von der Betriebszugehörigkeit zunimmt.



HAUPTERKENNTNISSE:

Knapp die Hälfte der Befragten Pflegekräfte (49,5%) gibt an, vor der Corona-Pandemie insgesamt mit ihrer Arbeit *zufrieden* oder *sehr zufrieden* gewesen zu sein. Dieser Anteil hat sich seitdem deutlich reduziert: Aktuell sind nur noch 32,6% der Befragten *zufrieden* oder *sehr zufrieden*.

(SEHR) ZUFRIEDEN MIT DER ARBEITSSITUATION

n=1004

49,5%

Vor der Corona-Pandemie
(n=568)

32,6%

Zum aktuellen Zeitpunkt
(n=365)

Berufsperspektiven

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihren Berufsperspektiven?



HAUPTERKENNTNISSE:

Die Corona-Pandemie scheint die Zufriedenheit hinsichtlich der Berufsperspektiven bei Pflegekräften negativ zu beeinflussen. 56,6% der Befragten sagen, dass sie vor der Pandemie *zufrieden* oder *sehr zufrieden* mit ihren Berufsperspektiven waren. Diese Zahl hat deutlich abgenommen. Nur noch 36,4% der Pflegekräfte geben an, dass sie aktuell *zufrieden* oder *sehr zufrieden* mit ihren Berufsperspektiven sind.

Die Zufriedenheit mit den Berufsperspektiven unterscheidet sich signifikant je nach Versorgungsbereich ($X^2(10) = 23.06$, $p = .008$, $n = 1002$). Nur 14,8% der Pflegekräfte aus dem stationären Bereich sagen, dass sie vor der Pandemie *sehr zufrieden* mit ihren Berufsperspektiven waren. Bei den Pflegekräften aus dem ambulanten Bereich sind es 21,3%.

Dieser Unterschied ist rund zwei Jahre nach Beginn der Pandemie nicht mehr ersichtlich. Die Antwortkategorie *sehr zufrieden* wird nur noch von rund 10% der Befragten gewählt – unabhängig davon, ob sie im ambulanten oder im stationären Bereich tätig sind.

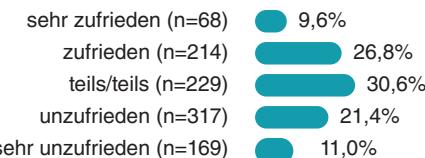
Innerhalb der erfassten Kopfgruppen ist die Zufriedenheit mit den Berufsperspektiven über die Zeit entweder stabil geblieben oder gesunken. Die prozentualen Anteile unterscheiden sich dabei nicht signifikant nach Antwortoptionen.

Hinführung:

In einer recht aktuellen Studie aus Kanada sagen 29,5% der befragten Pflegekräfte, dass sie die Absicht haben, ihren aktuellen Arbeitskontext zu verlassen. 22,3% beabsichtigen sogar, ihren Beruf aufzugeben (Lavoie-Tremblay et al., 2022). Mögliche Erklärungen dafür könnte die Unzufriedenheit mit verschiedenen Arbeitsbedingungsfaktoren wie den Berufsperspektiven oder dem Gehalt sein – eine Annahme, die von den Ergebnissen unserer Studie gestützt wird.

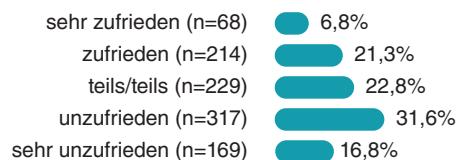
AKTUELLE ZUFRIEDENHEIT MIT BERUFPERSPEKTIVEN

n=1.004



AKTUELLE ZUFRIEDENHEIT MIT LOHN/GEHALT

n=1.004



Lohn/Gehalt

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lohn/Gehalt?



HAUPTERKENNTNISSE:

Bereits vor der Corona-Pandemie scheinen Pflegekräfte teilweise mit ihrem Gehalt unzufrieden gewesen zu sein. Insgesamt 40,9% der befragten Pflegekräfte geben an, dass sie mit Blick auf die Zeit vor der Corona-Pandemie (*sehr* *unzufrieden* mit ihrem Lohn/Gehalt waren. Zum aktuellen Zeitpunkt – nach etwa zwei Jahren Pandemie – hat sich diese Tendenz verstärkt. Die befragten Pflegekräfte geben zu 48,4% an, mit ihrem Gehalt aktuell *unzufrieden* oder *sehr unzufrieden* zu sein. In der Kategorie *teils/teils* finden sich 22,8% der Befragten.

Die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit ihrem Lohn/Gehalt unterscheidet sich signifikant je nach Bundesland – sowohl vor der Corona-Pandemie ($X^2(80) = 108.58$, $p = .006$, $n = 1004$) als auch zum aktuellen Zeitpunkt ($X^2(80) = 101.02$, $p = .026$, $n = 1004$). Mit Blick auf die Zeit vor der Pandemie sind die Pflegekräfte aus Berlin mit 35,4% am zufriedensten mit ihrem Gehalt. Pflegekräfte aus Hessen heben sich mit 9,2% Zufriedenheit am negativsten vom Mittelwert (22,0%) ab.

Zum aktuellen Zeitpunkt sind es Pflegekräfte aus Brandenburg, die sich mit 10,4% negativ, und Pflegekräfte aus Mecklenburg-Vorpommern, die sich mit 46,7% positiv vom Durchschnitt (27,3%) abheben.

Körperliche Arbeitsbedingungen

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit den körperlichen Arbeitsbedingungen?



HAUPTERKENNTNISSE:

In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass sich die Zufriedenheit mit den körperlichen Arbeitsbedingungen seit Beginn der Corona-Pandemie verringert hat. 39,0% der Pflegekräfte geben an, vor der Corona-Pandemie *zufrieden* mit den körperlichen Arbeitsbedingungen gewesen zu sein. Aktuell liegt dieser Anteil nur noch bei 22,4%. Die Anteile in den Antwortkategorien *unzufrieden* und *sehr unzufrieden* haben sich dagegen verdoppelt. Aktuell sind 41,5% der Befragten Pflegekräften *unzufrieden* oder *sehr unzufrieden* mit ihren körperlichen Arbeitsbedingungen.

Die Zufriedenheit mit den körperlichen Arbeitsbedingungen vor der Corona-Pandemie unterscheidet sich signifikant nach Versorgungsbereich ($X^2(10) = 34.17, p = .000, n = 1002$). 44,3% der befragten Pflegekräfte im ambulanten Bereich geben an, vor der Corona-Pandemie *zufrieden* mit den körperlichen Arbeitsbedingungen gewesen zu sein, im stationären Bereich sind es 34,7%. Diese Anteile haben sich im Verlauf der Corona-Pandemie angenähert (ambulante Pflege: 24,7%; stationäre Pflege: 19,9%) und unterscheiden sich nicht mehr signifikant voneinander.

Hinführung:

Körperliche Erschöpfung und Schlafentzug zählen zu den größten Stressoren im Pflegekontext in Zeiten großer Krankheitsausbrüche (Chu et al., 2021). In Pandemiezeiten belastet zusätzlich das Tragen von Schutzausrüstung und kann z. B. zu Kopfschmerzen führen (Ong et al., 2020). Beeinflussen lassen sich diese Faktoren u. a. durch gute Führung und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (Franke, Felfe & Pundt, 2014; Rigotti et al., 2014).

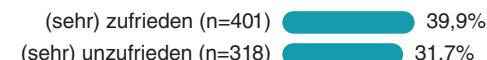
ZUFRIEDENHEIT MIT FÜHRUNG VOR DER PANDEMIE

n=1004



ZUFRIEDENHEIT MIT FÜHRUNG ZUM AKTUELLEN ZEITPUNKT

n=1004



Führung

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?



HAUPTERKENNTNISSE:

Insgesamt scheinen die befragten Pflegekräfte unzufriedener mit der Art und Weise geworden zu sein, wie ihre Abteilung geführt wird. Etwas über die Hälfte der Pflegekräfte (53,8%) sagen, dass sie in Zeiten vor der Corona-Pandemie (*sehr*) *zufrieden* mit der Führung gewesen sind. Weitere 16,5% waren (*sehr*) *unzufrieden* mit der Führung in ihrer Abteilung. Zum aktuellen Zeitpunkt hat sich das Verhältnis stark angeglichen: es sind nun mehr 39,9% (*sehr*) *zufrieden* und 31,7% (*sehr*) *unzufrieden*.

Zum aktuellen Zeitpunkt sind die Pflegekräfte in den meisten Bundesländern ähnlich unzufrieden mit der Art und Weise, wie ihre Abteilung geführt wird. Die prozentualen Anteile in der Antwortkategorie *sehr unzufrieden* unterscheiden sich über die Bundesländer hinweg nicht signifikant voneinander (zwischen 3,3 und 16,9%) – abgesehen vom Saarland und Sachsen. Im Saarland sind signifikant mehr Pflegekräfte unzufrieden (41,7%) und in Sachsen signifikant weniger (2,9%) ($\chi^2(80) = 99.18, p = .033, n = 1004$). Insbesondere die Ergebnisse in Bezug auf das Saarland sind angesichts der geringen Stichprobengröße (n = 12) jedoch mit Vorsicht zu betrachten.

3

Quantitative Anforderungen Zeitdruck

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?

Hinführung:

In einer Studie von Bowers, Lauring und Jacobson (2001) geben die befragten Pflegekräfte zu wenig Zeit als den Hauptgrund von Arbeitsunzufriedenheit an. Gründe dafür liegen in personeller Unterbesetzung, in einer steigenden Anzahl an zu betreuenden Pflegebedürftigen oder auch in der gestiegenen Intensität derer Bedürfnisse (Bowers, Lauring & Jacobson, 2001; Simon, 2018).

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Ob genügend Zeit für alle Arbeitsaufgaben vorhanden ist, wird in Abhängigkeit des Alters von den Pflegekräften signifikant unterschiedlich wahrgenommen ($X^2(20) = 40.48$, $p = .002$, $n = 1004$). Zum aktuellen Zeitpunkt geben 16,2% der befragten Pflegekräfte im Alter von 60 Jahren und älter an, dass sie *nie* oder *fast nie* genügend Zeit für ihre Arbeitsaufgaben haben. Alle jüngeren Altersgruppen haben hier maximal Anteile von 5,0% erreicht. Mit Blick auf die Zeit vor der Pandemie ist eine ähnliche Tendenz zu erkennen.



HAUPTERKENNTNISSE:

Etwa die Hälfte aller befragten Pflegekräfte (52,9%) gibt an, zum aktuellen Zeitpunkt *oft* oder *immer* nicht genügend Zeit zu haben, um alle Aufgaben zu erledigen. Vor der Pandemie waren es nur 39,4%. Der Anteil der Pflegekräfte, der *nie/fast nie* oder *selten* davon betroffen ist, liegt aktuell bei 19,8%, wohingegen es vor der Corona-Pandemie noch 25,0% waren.

ICH HABE OFT/IMMER NICHT GENUG ZEIT

n=1.004



Schnelles Arbeiten

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE
GEFRAGT:

Müssen Sie sehr schnell arbeiten?



HAUPTERKENNTNISSE:

Seit Beginn der Corona-Pandemie müssen Pflegekräfte häufiger schnell arbeiten. Über die Hälfte (53,6%) der befragten Pflegekräfte geben an, bereits vor der Corona-Pandemie *oft* oder *immer schnell* gearbeitet zu haben. Dieser Anteil ist seither noch gestiegen. Zum aktuellen Zeitpunkt sind es 61,3% der Pflegekräfte, die *oft* oder *immer schnell* arbeiten müssen.

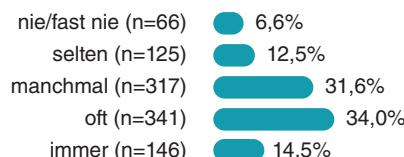
Die Entwicklung der Arbeitsgeschwindigkeit vor der Corona-Pandemie im Vergleich zum aktuellen Zeitpunkt unterscheidet sich signifikant nach Alter ($X^2(8) = 18.99$, $p = .015$, $n = 994$). So ergibt sich für 31,8% der bis 29-Jährigen, dass für sie die Arbeitsgeschwindigkeit gestiegen ist. Für die Pflegekräfte im Alter von 60 Jahren und älter trifft dies nur für 25,5% zu.

Hinführung:

Im internationalen Vergleich schneidet der deutsche Pflege-Personalschlüssel am schlechtesten ab. Dreizehn Patientinnen und Patienten kommen hierzulande auf eine Pflegekraft - in den Niederlanden sind es bspw. 6,9, in den USA 5,3. Darunter leidet vor allem auch die tatsächliche Pflegezeit an den Patientinnen und Patienten (Schildmann & Voss 2018). Als Reaktion auf die Zeitknappheit, die vielerorts im Pflegebereich vorherrscht, entwickeln Pflegekräfte Strategien, um mit dieser umzugehen. Dazu zählen u. a. die Neupriorisierung von Arbeitsaufgaben oder die Erhöhung der Arbeitsgeschwindigkeit. Auch die tatsächliche Arbeitszeit zu steigern – beispielsweise durch kürzere Pausen oder Überstunden – ist eine Strategie, um die begrenzten Zeitressourcen maximal zu nutzen (Bowers, Lauring & Jacobson, 2001).

ÜBERSTUNDEN MACHE ICH AKTUELL

n=1.004



Überstunden

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE
GEFRAGT:

Müssen Sie Überstunden machen?



HAUPTERKENNTNISSE:

Der Anteil der Personen, die *oft* oder *immer* Überstunden machen müssen, hat sich seit Beginn der Corona-Pandemie erhöht: Während 33,4% der befragten Pflegekräfte angeben, vor der Pandemie *oftmals* oder *immer* Überstunden gemacht zu haben, sind es nun fast die Hälfte (48,5%).

Der Anteil der Pflegekräfte, die Überstunden machen müssen, unterscheidet sich signifikant nach Betriebszugehörigkeit ($X^2(20) = 33.82$, $p = .015$, $n = 1004$). So geben 12,9% der Pflegekräfte mit 16 oder mehr Jahren Betriebszugehörigkeit an, sie hätten vor der Corona-Pandemie *selten* Überstunden gemacht. Haben die Pflegekräfte nur bis zu 5 Jahre Betriebszugehörigkeit, liegt der Anteil dagegen bei 22,6%. Ähnlich verhält es sich zum aktuellen Befragungszeitpunkt. Die Pflegekräfte, die schon lange in der entsprechenden Pflegeeinrichtung arbeiten, scheinen also stärker von Überstunden betroffen zu sein.

Signifikante Unterschiede ergeben sich zudem in Abhängigkeit vom Migrationshintergrunds ($X^2(2) = 7.48$, $p = .024$, $n = 985$). Im zeitlichen Vergleich sind die Belastungen durch Überstunden für 30,1% der Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund gestiegen, für solche mit Migrationshintergrund zu 40,6%.

4

Pausen im Arbeitsalltag

Pausenverhalten

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

- Können Sie während Ihres Arbeitstages regelmäßig Pausen machen?
- Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?

Hinführung:

Erholungszeiten wie kürzere Arbeits- und längere Ruhepausen dienen der Sicherheit und Gesundheit von Beschäftigten (Menzel et al., 2021). Sie haben eine positive Wirkung auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Dies spielt besonders in der Pflegebranche eine wichtige Rolle, da Schichtarbeit mit Pausenausfall einhergehen kann. Verantwortlich dafür sind meist zu wenig Pflegepersonal und/oder eine zu hohe Arbeitslast. Besonders durch die Corona-Pandemie hat sich dies verstärkt. Daher ist ein Blick auf die Pausengestaltung ein wichtiger Indikator für die aktuelle Belastungssituation von Pflegekräften (Kisley et al., 2020).

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Pflegekräfte, die *immer* regelmäßig eine Pause während ihres Arbeitstages machen können, unterscheiden sich in Bezug auf das Geschlecht signifikant voneinander ($X^2(5) = 14.29, p = .012, n = 1002$). 12,1% der weiblichen Pflegekräfte geben zum aktuellen Zeitpunkt an, *immer* regelmäßig eine Pause machen zu können. Bei den männlichen Pflegekräften sind es 20,3%.

Auch hinsichtlich anderer soziodemografischer Merkmale wie dem Versorgungsbereich oder der Betriebszugehörigkeit zeigen sich Unterschiede. Auf die Frage, ob sie *immer* regelmäßig Pausen machen können, antworten ambulante Pflegekräfte signifikant häufiger mit ja als stationäre Pflegekräfte ($X^2(10) = 30.80, p = .000, n = 1002$) – zum aktuellen Zeitpunkt sind es 15,6% bei den ambulanten und 11,5% bei den stationären Pflegekräften.

Die Selbstbestimmung in Bezug auf die Pausengestaltung unterscheidet sich je nach Betriebszugehörigkeit ($X^2(20) = 31.16, p = .041, n = 1004$). Die Pflegekräfte mit der längsten und der kürzesten Betriebszugehörigkeit haben den geringsten Einfluss darauf, wann sie eine Pause machen können. Das war schon vor der Pandemie so.



HAUPTERKENNTNISSE:

Mit Blick auf die aktuelle Situation geben etwa zwei Drittel (65,2%) der befragten Pflegekräfte an, nur *manchmal, selten* oder *nie* regelmäßig Pausen während ihres Arbeitstages einlegen zu können. Zudem scheint sich die Möglichkeit, Pausen während des Arbeitsalltags einzulegen, während der Corona-Pandemie verschlechtert zu haben. Denn mit Blick auf die Zeit vor der Pandemie geben 54,9% der Befragten an, dass sie *manchmal, selten* oder *nie* regelmäßig Pausen während ihres Arbeitstages einlegen konnten.

Auch die Selbstbestimmung der Pausenzeiten hat sich im Zuge der Corona-Pandemie verändert. 41,2% der befragten Pflegekräfte sagen, sie konnten vor der Pandemie *oft* oder *immer* selbst bestimmen, wann sie eine Pause einlegen. Bezogen auf die aktuelle Situation sagen dies nur noch 34,1% der Pflegekräfte.

AKTUELL KANN ICH IMMER REGELMÄSSIG EINE PAUSE MACHEN

n=815
n=187

12,1%

Weibliche Pflegekräfte
(n=99)

20,3%

Männliche Pflegekräfte
(n=38)

5

Burnout-Risiko

Körperliche Erschöpfung

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?

Hinführung:

Das Burnout-Risiko einer Person steigt unter anderem, wenn der Grad an körperlicher und emotionaler Erschöpfung zunimmt (Breinbauer, 2020). Pflegekräfte gelten in der Burnout-Forschung als besonders vulnerable Gruppe. Grund hierfür ist oft, dass es zu einer totale Verausgabung der eigenen Kräfte und Ressourcen kommt. Gleichzeitig fehlt es an Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit. Diese Verkettung führt dazu, dass es vor allem in helfenden Berufen oftmals zur körperlichen, emotionalen und geistigen Erschöpfung kommt (vgl. Breinbauer, 2020; Zander et al., 2011).

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Besonders in den Altersgruppen konnten überraschende signifikante Ergebnisse festgestellt werden ($\chi^2(20) = 29.66$, $p = .042$, $n = 1004$). 60,0% der Pflegekräfte im Alter von 60 Jahren und älter geben an, aktuell *oft* oder *immer* körperlich erschöpft zu sein. Alarmierend ist, dass sie damit das positive Schlusslicht dieser Auswertung bilden. Alle anderen Alterskategorien wiesen noch höhere prozentuale Anteile auf. Vor der Corona-Pandemie lag der Höchstwert in der Kategorie *oft* oder *immer* noch bei 49,6%. Jede zweite Pflegekraft gibt damit an, dass ihre körperliche Erschöpfung seit der Pandemie gestiegen ist ($\chi^2(8) = 15.47$, $p = .050$, $n = 998$).

Ein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich der körperlichen Erschöpfung zeigt sich auch entsprechend des Versorgungsbereichs. Dies ist sowohl mit Blick auf die Zeit vor der Corona-Pandemie ($\chi^2(10) = 18.35$, $p = .039$, $n = 1002$) als auch zum aktuellen Zeitpunkt ($\chi^2(10) = 34.56$, $p = .000$, $n = 1002$) der Fall. Die stationären Pflegekräfte geben zu beiden Zeitpunkten häufiger an, *oft* oder *immer* körperlich erschöpft zu sein, als die ambulanten Pflegekräfte (stationär: 46,3 bzw. 73,5%; ambulant: 41,6 bzw. 68,5%).



HAUPTERKENNTNISSE:

Die körperliche Erschöpfung von Pflegekräften hat durch die Corona-Pandemie deutlich zugenommen. 43,2% der Pflegekräfte geben an, vor der Pandemie *oft* oder *immer* körperlich erschöpft gewesen zu sein – aktuell sind es 69,5% aller befragten Pflegekräfte. *Selten, fast nie oder nie* körperlich erschöpft zu sein, geben aktuell nur 7,4% der Pflegekräfte an.

ICH BIN OFT/IMMER KÖRPERLICH ERSCHÖPFT

n=1.004

43,2%

Vor der Corona-Pandemie
(n=434)

69,5%

Zum aktuellen Zeitpunkt
(n=698)

5

Burnout-Risiko

Emotionale Erschöpfung

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

- Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?
- Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?

Hinführung:

Bisherige Studien ohne Bezug zur Corona-Pandemie zeigen, dass weibliche Pflegekräfte eine signifikant höhere emotionale Belastung in ihrem beruflichen Alltag verspüren als ihre männlichen Kollegen (vgl. Schadenhofer & Stummer, 2010; Glaser et al., 2008). Eine mögliche Erklärung für diese Tendenz ist, dass männliche Pflegekräfte im Stationsalltag häufig vornehmlich für körperliche Tätigkeiten wie das Heben, Tragen und Lagern von Patientinnen und Patienten eingesetzt werden und daher möglicherweise geringeren emotionalen Belastungen ausgesetzt sind. (Schadenhofer & Stummer, 2010). Ein Unterschied nach Geschlecht konnte in der vorliegenden Studie nicht gefunden werden. Möglicherweise haben die emotionalen Belastungen, die sich durch die Corona-Pandemie (z. B. durch die eingeschränkte Begleitung sterbenskranker Menschen) ergeben, bei de Geschlechter gleichermaßen getroffen.

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Besonders die jüngeren Pflegekräfte weisen eine hohe emotionale Erschöpfung auf. Hier zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zu den älteren Kolleginnen und Kollegen ($X^2(20) = 43.78$, $p = .000$, $n = 1004$). 29,7% der bis 29-Jährigen geben an, aktuell *immer* emotional erschöpft zu sein. Bei den über 60-Jährigen sind es 13,3%.

Außerdem geben 48,9% der stationären Pflegekräfte an, dass sie sich seit der Pandemie verstärkt ausgelaugt fühlen. 46,1% haben keine Veränderung wahrgenommen. Und 5,0% der stationären Pflegekräfte geben an, sich aktuell weniger ausgelaugt zu fühlen als noch vor der Pandemie (ambulant: 43,5% bzw. 54,5% bzw. 2,0%).



HAUPTERKENNTNISSE:

Ein Drittel der Pflegekräfte gibt an, sich vor der Pandemie *oft* oder *immer* emotional erschöpft (33,7%) oder ausgelaugt (33,3%) gefühlt zu haben. Zum aktuellen Zeitpunkt sind es zwei Drittel (66,1 bzw. 67,1%). Viele, die angeben, in ihrem Pflegealltag vor der Corona-Pandemie nur *manchmal* emotional erschöpft gewesen zu sein, geben nun *oft* oder *immer* an.

Sich *nie* oder *selten* ausgelaugt zu fühlen, ist aktuell nur für jede zehnte befragte Pflegekraft Realität – vor der Pandemie noch von jeder fünften.

STATIONÄRE PFLEGEKRÄFTE: ICH FÜHLE MICH EMOTIONAL ERSCHÖPFT

n=544

43,5%

Seit der Pandemie gestiegen
(n=255)

2,7%

Seit der Pandemie gesunken
(n=29)

6

Innere Kündigung Zugehörigkeitsgefühl

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Mein Zugehörigkeitsgefühl zu meiner Organisation/meinem Unternehmen ist schwach.

Hinführung:

Die positive Identifikation mit dem Beruf ist bei vielen Pflegekräften stark ausgeprägt. Allerdings wird diese häufig von schlechten beruflichen Rahmenbedingungen und Konflikten innerhalb der Organisation ausgebremst. Das Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen Organisation gilt jedoch als wichtige Ressource in der Stressbewältigung und gewinnt deshalb besonders während der Corona-Pandemie an Relevanz (vgl. Gferer & Gferer, 2021; Terrier & Zink, 2016). Es gilt also innerbetriebliche Strukturen so zu gestalten, dass sich alle Beschäftigten als wichtigen Teil der Organisation wahrnehmen.

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Mit Blick auf den Versorgungsbereich zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($\chi^2(10) = 28,63, p = .001, n = 1002$). Stationäre Pflegekräfte haben ein geringeres Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen Organisation als ambulante Pflegekräfte. Mit 47,7% lehnt fast die Hälfte der ambulanten Pflegekräfte die gestellte Aussage ab, bei den stationären Pflegekräften tun dies nur 41,7%.

Auch in Bezug auf die Betriebszugehörigkeit zeigt sich eine statistische Auffälligkeit ($\chi^2(20) = 68,12, p = .000, n = 1004$). Pflegekräfte mit längerer Betriebszugehörigkeit stimmen der Aussage eher zu, dass ihr Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen Organisation schwach ist, als ihre Kolleginnen und Kollegen, die noch recht neu im Beruf sind (16 Jahre und länger: 18,7%; bis zu 5 Jahre: 12,0%) – eine Tendenz, die sich mit der Corona-Pandemie noch verstärkt hat.



HAUPTERKENNTNISSE:

Jede vierte Pflegekraft stimmt der Aussage zu, dass ihr Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen Organisation *eher schwach* ist (26,3%) – mit Blick auf die Zeit vor der Corona-Pandemie waren es 17,9%. Die Hälfte der befragten Pflegekräfte (50,7%) haben diese Aussage vor der Pandemie abgelehnt, aktuell tun dies 44,1%. Die Ergebnisse zeigen, dass das Zugehörigkeitsgefühl der Pflegekräfte zur eigenen Organisation seit Beginn der Corona-Pandemie gesunken ist.

MEIN ZUGEHÖRIGKEITSGEFÜHL ZU MEINER ORGANISATION IST EHER SCHWACH

n=1004

17,9%

Vor der Corona-Pandemie
(n=180)

26,3%

Zum aktuellen Zeitpunkt
(n=264)

6

Innere Kündigung

Gedanke an Berufswechsel

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Ich habe in den letzten 12 Monaten daran gedacht, meinen Beruf aufzugeben.

Hinführung:

Studien zeigen, dass durch die Corona-Pandemie mehr Pflegekräfte daran denken, ihren Beruf aufzugeben, als je zuvor. Dies unterstützen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie. Die Hauptfaktoren für einen Berufswechsel sind die zu geringe finanzielle Entlohnung, zu wenig Wertschätzung und Anerkennung, Personalmangel, eine zu hohe Arbeitsmenge sowie psychische Belastungen (vgl. Gferer & Gferer, 2021). Außerdem zeigt sich eine vergleichsweise kurze Verweildauer von Pflegekräften im erlernten Beruf (Breinbauer, 2020). Dies ist unter anderem eine schwerwiegende Konsequenz aus den hohen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen und der verhältnismäßig hohen Burnout-Erkrankungsquote - besonders mit Blick auf den dramatischen Fachkräftemangel schwächt das die Branche sehr.

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Besonders in den Altersgruppen unterscheiden sich die Intentionen, den Beruf zu wechseln, signifikant ($\chi^2(20) = 40.43, p = .003, n = 1004$). Je jünger die Pflegekräfte sind, desto eher haben sie in den letzten 12 Monaten darüber nachgedacht, ihren Beruf aufzugeben. Bei den bis 29-Jährigen verfolgt jede zweite Pflegekraft (50,6%) diesen Gedanken. Bei den 40- bis 49-Jährigen tun dies 42,2%. Zusammenfassend lässt sich sagen: Über alle Altersgruppen hinweg hat deutlich mehr als ein Drittel der befragten Pflegekräfte angegeben, dass sich ihr Gedanke an einen Berufswechsel seit Beginn der Corona-Pandemie verstärkt hat ($\chi^2(8) = 17.12, p = .028, n = 993$).

Auch hinsichtlich des Merkmals Versorgungsbereich lassen sich statistisch signifikante Unterschiede feststellen ($\chi^2(2) = 6.28, p = .043, n = 950$). Bei den stationären Pflegekräften hat sich der Gedanke an einen Berufswechsel durch die Pandemie in höherem Maße verstärkt (42,5%) als bei den ambulanten Pflegekräften (37,6%).



HAUPTERKENNTNISSE:

Der Gedanke an einen Berufswechsel hat seit Beginn der Corona-Pandemie deutlich zugenommen: 43,2% der befragten Pflegekräfte haben in den letzten 12 Monaten darüber nachgedacht, ihren Beruf aufzugeben. Vor der Pandemie verfolgten nur 19,8% der Pflegekräfte diesen Gedanken.

ICH HABE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN DARAN GEDACHT, MEINEN BERUF AUFZUGEBEN

N=1004

19,8%

Vor der Corona-Pandemie
(n=199)

43,2%

Zum aktuellen Zeitpunkt
(n=434)

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Geben Sie im Folgenden an, wie häufig Sie in Ihrem Arbeitsalltag mit den folgenden Situationen konfrontiert werden:

- Bedrohung des eigenen Lebens (z. B. Ansteckungsgefahr)
- Bedrohung des Lebens von Personen in Ihrem näheren Umfeld (z. B. Ansteckungsgefahr)

Hinführung:

In einer Studie von González-Gil et al. (2020) fürchteten zu Beginn der Pandemie 37,5% der befragten Pflegekräfte eine lebensbedrohliche Ansteckung während ihres Arbeitsalltags – laut der vorliegenden aktuelleren Studie ist dieser Wert sogar doppelt so hoch. Pflegekräfte werden durch die Pandemie mit diesen und vielen weiteren potenziell traumatischen Situationen konfrontiert, welche langfristig traumabedingte psychische Erkrankungen zur Folge haben können. Ein so genanntes Typ-I-Trauma kann beispielsweise durch akute Lebensgefahr ausgelöst werden (Sendera, 2013).

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Stationäre Pflegekräfte nehmen signifikant häufiger eine Bedrohung des eigenen Lebens wahr als Pflegekräfte aus dem ambulanten Sektor ($X^2(10) = 24.49, p = .005, n = 1002$). Jede dritte stationäre Pflegekraft wird mit dieser Situation *oft* oder *immer* konfrontiert. Im ambulanten Bereich gibt dies jede vierte Pflegekräfte an. Bemerkenswert: Vor der Corona-Pandemie war dieses Verhältnis noch ausgeglichen.

Auch die Bedrohung von Personen aus dem näheren Umfeld der Pflegekräfte wird als belastend wahrgenommen. Hier nehmen die jüngeren Pflegekräfte die Bedrohung aktuell signifikant häufiger wahr als ihre älteren Kolleginnen und Kollegen ($X^2(20) = 45,34 p = .001, n = 1004$). Bei den Pflegekräften bis 29 Jahre geben 63,3% an, die Bedrohung des Lebens von Personen in ihrem näheren Umfeld *oft* oder *immer* als Belastung wahrzunehmen – bei den 50 bis 59-Jährigen sagen dies 39,5%.



HAUPTERKENNTNISSE:

Die befragten Pflegekräfte mussten sich seit der Corona-Pandemie deutlich häufiger mit der Bedrohung ihres eigenen Lebens (oder mit dem ihres näheren Umfeldes) auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit auseinandersetzen als vor der Pandemie. Aktuell gibt über die Hälfte (55,3%) der Pflegekräfte an, dass sie sich *oft* oder *immer* mit der Bedrohung ihres eigenen Lebens im Pflegealltag konfrontiert fühlen. Zum Vergleich: 18,4% haben die gleiche Antwort mit Blick auf die Zeit vor der Pandemie getroffen.

ICH WERDE OFT/IMMER MIT DER BEDROHUNG MEINES EIGENEN LEBENS KONFRONTIERT

N=1004



Vor der Corona-Pandemie
(n=185)



Zum aktuellen Zeitpunkt
(n=555)

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Geben Sie im Folgenden an, wie häufig Sie in Ihrem Arbeitsalltag mit den folgenden Situationen konfrontiert werden:

1. Die Begleitung von Patientinnen und Patienten, die qualvoll sterben.

2. Anordnung Anderer Folge leisten zu müssen, trotz moralischer oder ethischer Bedenken.

3. Mit unzureichend personellen Ressourcen arbeiten zu müssen.



HAUPTERKENNTNISSE:

Doppelt so viele Pflegekräfte müssen aktuell Patientinnen und Patienten *oft* oder *immer* bei einem qualvollen Tod begleiten, als sie es noch mit Blick auf die Zeit vor der Corona-Pandemie tun mussten (aktuell: 24,2%; vor der Pandemie: 12,6%). Das bedeutet: Jede vierte Pflegekraft wird regelmäßig mit dem Begleiten von qualvoll sterbenden Menschen konfrontiert. Stationäre Pflegekräfte eher als ambulante Pflegekräfte ($\chi^2(10) = 42,69$ p = .000, n = 1002).



HAUPTERKENNTNISSE:

29,5% der befragten Pflegekräfte müssen *oft* oder *immer* den Anordnungen von Anderen Folge leisten, obwohl sie dabei moralische oder ethische Bedenken haben. Vor der Corona-Pandemie haben dies 14,9% über sich ausgesagt. Besonders die jüngeren und stationären Pflegekräfte stehen signifikant häufiger vor dieser Situation ($\chi^2(10) = 49,95$ p = .000, n = 1002).



HAUPTERKENNTNISSE:

Zwei Drittel aller Pflegekräfte sagen, dass sie *oft* oder *immer* mit unzureichenden personellen Ressourcen arbeiten müssen. 58,1% haben das aber auch schon mit Blick auf ihren Arbeitsalltag vor der Corona-Pandemie so angegeben. Bei den Pflegekräften bis 40 Jahre gab es hier den stärksten Zuwachs.

STATIONÄRE PFLEGEKRÄFTE

n=531

Seit der Pandemie gesunken (n=30) 5,6%

Seit der Pandemie gestiegen (n=161) 30,3%

STATIONÄRE PFLEGEKRÄFTE

n=535

Seit der Pandemie gesunken (n=13) 2,4%

Seit der Pandemie gestiegen (n=167) 31,2%

STATIONÄRE PFLEGEKRÄFTE

n=542

Seit der Pandemie gesunken (n=33) 6,1%

Seit der Pandemie gestiegen (n=223) 41,1%

HINFÜHRUNG:

Es ist aus vielen verschiedenen Forschungsbereichen bekannt, dass eine Konfrontation mit leidvollen Situationen und dem Tod gesundheitliche Folgeerscheinungen wie eine posttraumatische Belastungsstörung bei betroffenen Personen hervorrufen kann (Fujimoto et al., 2017). Durch neuere Forschungsarbeiten seit der Corona-Pandemie ist aber auch deutlich geworden, dass bspw. das Handeln entgegen der eigenen Vorstellung einer adäquaten Versorgung ähnliche Folgen für Pflegekräfte haben kann. Aktuell stehen auf Grund von Priorisierungen und Kompensationen von Aufgaben häufig die Vorgaben zur Durchführung der pflegerischen Tätigkeiten in Konkurrenz mit dem eigenen fachlichen Anspruch. Dies kann als hohe traumatisierende Belastung von Pflegekräften wahrgenommen werden (Schmedes, 2021).

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Geben Sie im Folgenden an, wie häufig Sie in Ihrem Arbeitsalltag mit den folgenden Situationen konfrontiert werden:

- Während mindestens einer der Situationen (siehe vorherige Seiten) hatte ich das Gefühl, die Kontrolle über die Situation verloren zu haben.
- Während mindestens einer der Situationen (siehe vorherige Seiten) hatte ich das Gefühl, am Ausgang der Situation mitschuldig zu sein.

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Bei der Vorbeugung eines Schuldgefühls scheint vor allem eine längere Betriebszugehörigkeit zu unterstützen ($X^2(20) = 54,27, p = .000, n = 1004$). Jede sechste Pflegekraft mit bis zu 5 Jahren Betriebszugehörigkeit hat das Gefühl, eine Mitschuld an potenziell traumatisierenden Situationen zu tragen. Bei einer Betriebszugehörigkeit von 16 Jahren und länger nimmt dies nur jede 16. Pflegekraft war.

Männliche Pflegekräfte verspüren eher ein Schuldgefühl als weibliche Pflegekräfte ($X^2(5) = 18,41, p = .002, n = 1002$). 19,9% der männlichen Pflegekräfte geben an, dass ihr Schuldgefühl seit der Corona-Pandemie gestiegen ist, bei den weiblichen Pflegekräften stimmen 10,6% dieser Aussage zu.



HAUPTERKENNTNISSE:

Einen Kontrollverlust in Bezug auf eine der zuvor beschriebenen Situationen nehmen aktuell 29,3% der befragten Pflegekräfte wahr. Mit Blick auf die Zeit vor der Pandemie sind es 12,9%.

Das Gefühl, am Ausgang einer der zuvor beschriebenen Situationen Schuld zu haben, scheint glücklicherweise nicht so stark verbreitet zu sein. 12,0% der Pflegekräfte haben dieser Aussage zugestimmt – mit Blick auf die Zeit vor der Pandemie waren es ähnlich viele (7,4%).

Diese Reaktionen beziehen sich beispielsweise darauf, Patientinnen und Patienten bei ihrem qualvollen Sterben begleiten zu müssen.

Hinführung:

Das Gefühl die Kontrolle über eine potenziell traumatisierende Situation verloren zu haben oder Mitschuld an ihrem Ausgang zu tragen, erhöht das Risiko an langfristigen Folgereaktionen zu leiden (Sendra, 2013). Daher wurden folgende Items gewählt, um die Reaktionen auf die zuvor beschriebenen Situationen (siehe Seite 35 und 36) abzubilden und so die mögliche Belastung für die Pflegekräfte umfassend darzustellen.

ICH HABE DAS GEFÜHL, DIE KONTROLLE ÜBER DIE SITUATION VERLOREN ZU HABEN

n=1.004

12,9%



Vor der Corona-Pandemie
(n=130)

29,3%

Zum aktuelle Zeitpunkt
(n=294)

8

Gesundheitseinschätzung

Gesundheitszustand

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

Hinführung:

In Untersuchungen zeigt sich, dass besonders Pflegekräfte, die in der direkten Versorgung von Infizierten arbeiten, die höchste subjektive Stressbelastung im Pflegealltag verspüren (Kramer et al., 2021). Besonders psychische Erkrankungen wie Angst- und Schlafstörungen sowie Symptome einer Depression sind aktuell in der Pflegebranche verbreitet (vgl. Rheindorf et al., 2020; Jianbo et al., 2020). Diese Befunde konnten in der vorliegenden Studie im Rahmen der allgemeinen Gesundheitseinschätzung von den befragten Pflegekräften gestützt werden.

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Besonders in den unterschiedlichen Altersgruppen wird der allgemeine Gesundheitszustand unterschiedlich wahrgenommen ($\chi^2(20) = 37.39$, $p = .004$, $n = 1004$). Die Pflegekräfte bis 29 Jahre geben rückblickend zu 81,0% an, dass ihr Gesundheitszustand vor der Corona-Pandemie im Allgemeinen als *gut* oder *sehr gut* einzustufen war. Im Vergleich dazu sind es beispielsweise bei den 40- bis 49-Jährigen 68,3%.

Im Kontext dieser Studie scheint die Corona-Pandemie bei der jüngsten Altersgruppe daher den größten negativen Einfluss auf die subjektive Gesundheitseinschätzung zu haben. Aktuell gibt nur noch knapp die Hälfte der bis 29-Jährigen an, einen *guten* oder *sehr guten* Gesundheitszustand zu haben. Letztlich sagt in jeder Altersgruppe mindestens ein Drittel der Pflegekräfte, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der Pandemie verschlechtert hat.



HAUPTERKENNTNISSE:

Die Corona-Pandemie scheint einen starken negativen Einfluss auf die subjektive Gesundheitseinschätzung der befragten Pflegekräfte zu haben. 73,9% der Pflegekräfte geben an, dass ihr allgemeiner Gesundheitszustand vor der Corona-Pandemie *gut* oder *sehr gut* war. Aktuell schätzen nur noch 45,9% der Pflegekräfte ihren Gesundheitszustand als *gut* oder *sehr gut* ein.

VERSCHLECHTERTER GESUNDHEITSZUSTAND SEIT BEGINN DER CORONA-PANDEMIE

n=1.001



DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Bitte geben Sie an, wie lange Sie in den letzten drei Monaten insgesamt Beschwerden oder Schmerzen in den folgenden Regionen verspürt haben:

- Unterer Rücken/Kreuzregion
- Nackenregion
- Schulterregion
- Hand/Handgelenk

Hinführung:

Besonders die psychischen Erkrankungen und Stresssymptome sind durch die Corona-Pandemie in der Pflegebranche gestiegen (vgl. Kramer et al., 2021; Rheindorf et al., 2020; Jianbo et al., 2020). Dazu kommen die körperlichen Beschwerden und Schmerzen der Pflegekräfte. Diese haben einen hohen Einfluss auf das tägliche Wohlbefinden und spielen insbesondere beim Heben, Tragen und Lagern der Patientinnen und Patienten eine entscheidende Rolle (Schadenhofer & Stummer, 2010).

Interessante Unterschiede nach Kopfgruppen:

Weibliche Pflegekräfte leiden häufiger unter Beschwerden und Schmerzen als ihre männlichen Kollegen. Während 20,2% der weiblichen Pflegekräfte täglich an Beschwerden oder Schmerzen im Bereich des unteren Rückens leiden, zeigt nur jede zehnte männliche Pflegekraft diese Symptomatik – dieser Unterschied ist signifikant ($\chi^2(5) = 13.66$, $p = .015$, $n = 1002$). Solche geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich nicht nur im Bereich des unteren Rückens, sondern über alle Körperregionen hinweg.

Auch das Alter spielt eine Rolle bei den körperlichen Beschwerden der Pflegekräfte. Beispielsweise berichten Pflegekräfte bis 29 Jahre signifikant weniger von Schmerzen in der Schulterregion (24,7% an über 15 Tagen im Monat) als die 50- bis 59-Jährigen (42,3%) ($\chi^2(20) = 46,05$, $p = .001$, $n = 1004$).



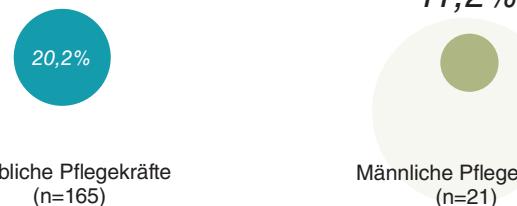
HAUPTERKENNTNISSE:

Vier von zehn Pflegekräften haben an mehr als 15 Tagen im Monat Beschwerden oder Schmerzen im unteren Rücken – einige davon sogar täglich (18,6%). Ähnlich häufig vertreten sind Beschwerden in der Nackenregion (41,5%) oder im Schulterbereich (38,9%). 18,0% der befragten Pflegekräfte leiden an mehr als 15 Tagen im Monat an Beschwerden oder Schmerzen im Handgelenk.

ICH HABE TÄGLICH BESCHWERDEN ODER SCHMERZEN IM BEREICH DES UNTEREN RÜCKENS

n=815

n=187



Dauer Hauptruhephase

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Wie viele Stunden glauben Sie, durchschnittlich in Ihrer Hauptruhephase zu schlafen?



HAUPTERKENNTNISSE:

Die meisten Pflegekräfte schlafen weniger als der deutsche Durchschnitt. Etwa die Hälfte der befragten Pflegekräfte (51,7%) gibt an, im Durchschnitt fünf bis sechs Stunden in ihrer Hauptruhephase zu schlafen. Ein weiteres Fünftel (21,3%) schläft vier Stunden. Es ist davon auszugehen, dass eine Schlaflänge von vier Stunden für viele Pflegekräfte zu gering ist, um leistungsfähig im Alltag sein zu können.

Statistisch signifikante Unterschiede in der Anzahl geschlafener Stunden ergeben sich in Abhängigkeit vom Alter ($\chi^2(20) = 31.38$, $p = .021$, $n = 1004$) und vom Versorgungsbereich ($\chi^2(10) = 28.39$, $p = .001$, $n = 1002$).

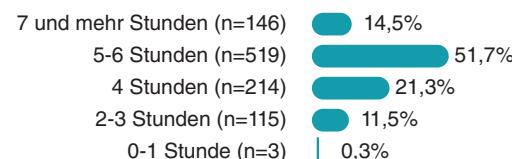
In der Antwortkategorie 2-3 Stunden finden sich 2,9% der Pflegekräfte im Alter von 60 Jahren und älter. Die jüngeren Alterskategorien weisen höhere Werte auf. Den höchsten Anteil haben hier die bis 29-Jährigen mit 17,7% und schlafen damit oft nur zwei bis drei Stunden in ihrer Hauptruhephase.

Hinführung:

Schlaf ist eine zentrale Voraussetzung für Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Das deutsche Mittel für erholsamen Schlaf liegt bei 7 Stunden und 14 Minuten. Eine optimale Dauer gibt es jedoch nicht, sondern variiert individuell – beispielweise nach Geschlecht oder Alter (Penzel et al., 2005).

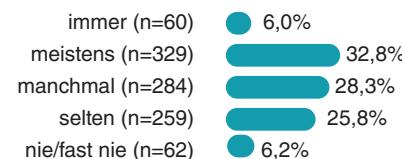
DURCHSCHNITTLICHE SCHLAFDAUER

n=1.004



ICH FÜHLE MICH VOLL LEISTUNGSFÄHIG

n=1.001



Leistungsfähigkeit

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Ich fühle mich voll leistungsfähig.



HAUPTERKENNTNISSE:

Insgesamt scheint die Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte im Zuge der Corona-Pandemie abzunehmen. 65,2% der befragten Pflegekräfte geben rückblickend an, sich vor der Corona-Pandemie *immer* oder *meistens* voll leistungsfähig gefühlt zu haben. Zum Zeitpunkt der Befragung liegt dieser Anteil nur noch bei 38,7%. Der Anteil an Pflegekräften, die sich dagegen *selten* oder *nie/fast nie* voll leistungsfähig fühlt, hat sich seit der Corona-Pandemie von 11,6% auf 32,0% erhöht.

Wie häufig sich die befragten Pflegekräfte voll leistungsfähig fühlen, unterscheidet sich signifikant nach Alter ($\chi^2(20) = 39.55$, $p = .004$, $n = 1004$). Zum Zeitpunkt der Befragung fühlten sich 17,1% der Pflegekräfte im Alter von 60 Jahren und älter *immer* voll leistungsfähig. Alle anderen Altersgruppen weisen hier deutlich geringere Anteile auf (maximal 5,6%). Dieser Unterschied zeigt sich in Bezug auf den Zeitraum vor der Corona-Pandemie noch nicht.

Durchschlafen

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Ich kann nicht durchschlafen.

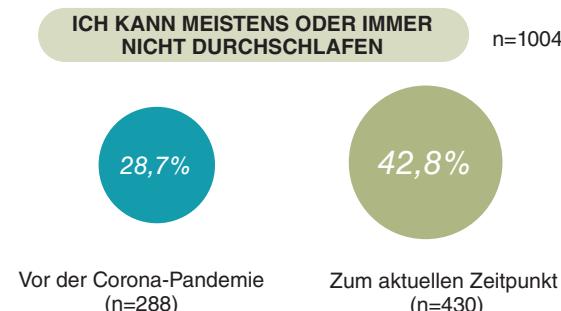
HAUPTERKENNTNISSE:

Seit Beginn der Corona-Pandemie zeigt sich bei den befragten Pflegekräften eine Steigerung der Durchschlafprobleme. 28,7% der Pflegekräfte geben an, vor der Corona-Pandemie *meistens* oder *immer* nicht durchgeschlafen zu haben. Zum aktuellen Zeitpunkt sind es 42,8%. Der Anteil an Pflegekräften, die *selten* oder *nie/fast nie* Durchschlafprobleme haben, hat sich von 40,2 auf 31,0% reduziert.

Hinsichtlich der Durchschlafprobleme zeigen sich statistisch signifikante regionale Unterschiede ($\chi^2(80) = 108.96$, $p = .014$, $n = 1004$). Während in Rheinland-Pfalz knapp die Hälfte der Pflegekräfte (48,9%) *selten, fast nie* oder *nie* Durchschlafprobleme hat, berichtet die Hälfte der Pflegekräfte in Niedersachsen (49,5%) und Berlin (50,8%) davon, *meistens* oder *immer* nicht durchschlafen zu können.

Hinführung:

Umfragen zufolge leidet etwa ein Viertel der Erwachsenen an Schlafstörungen. Diese umfassen etwa Phänomene wie Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen oder auch das frühzeitige Erwachen am Morgen (Penzel et al., 2005). Der daraus resultierende Schlafentzug ist insbesondere bei Beschäftigten im Gesundheitswesen verbreitet und führt zu kognitiven und gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Parry et al., 2018).



Hilfsmittel

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Ich nehme Hilfsmittel (z. B. Schlafmittel, Alkohol, Medikamente), um einschlafen zu können.

HAUPTERKENNTNISSE:

Der Anteil an Pflegekräften, die Hilfsmittel wie Alkohol oder Medikamente zum Einschlafen verwenden, hat sich seit Beginn der Pandemie erhöht. Zum aktuellen Zeitpunkt nehmen 63,5% der befragten Pflegekräfte *nie* oder *fast nie* Hilfsmittel, um einschlafen zu können. Dieser Anteil lag vor der Corona-Pandemie bei 71,5%. Im Umkehrschluss bedeuten diese Zahlen, dass zum aktuellen Zeitpunkt 35,6% der Pflegekräfte zumindest *selten* Hilfsmittel zum Einschlafen verwenden.

Vergleicht man die Häufigkeit, mit der Hilfsmittel zum Einschlafen genommen werden, ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede nach Geschlecht ($\chi^2(5) = 11.19$, $p = .043$, $n = 1002$). 73,0% der weiblichen Pflegekräfte geben rückblickend an, vor der Corona-Pandemie *nie* oder *fast nie* Hilfsmittel zum Einschlafen genommen zu haben. Bei den männlichen Pflegekräften waren es dagegen nur 65,8%. Zum Zeitpunkt der Befragung ergibt sich für diese Antwortkategorie kein statistisch signifikanter Unterschied mehr, da sich der Anteil der weiblichen Pflegekräfte an ihre männlichen Kollegen angenähert hat.

Trotz Krankheit am Arbeitsplatz

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Ich bin trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen.



HAUPTERKENNTNISSE:

Präsentismus war vor der Corona-Pandemie ein relevantes Thema im Pflegebereich – und ist es immer noch. Bereits vor der Corona-Pandemie gingen 82,5% der Pflegekräfte *selten, manchmal, häufig* oder *sehr häufig* krank zur Arbeit. Dieser Anteil hat sich seitdem nur geringfügig verändert. Zum aktuellen Zeitpunkt gehen nach wie vor 78,5% mindestens *selten* krank zur Arbeit. 36,4% tun dies nun sogar *häufig* oder *sehr häufig*.

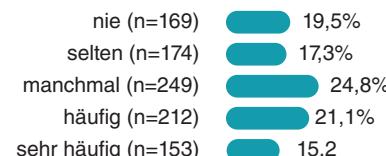
Der Anteil der Pflegekräfte, der *nie* krank zur Arbeit geht, unterscheidet sich signifikant in Abhängigkeit vom Alters ($X^2(20) = 43.09$, $p = .001$, $n = 1004$). 26,7% der Pflegekräfte im Alter von 60 Jahren oder älter geben an, vor der Corona-Pandemie *nie* krank zur Arbeit gegangen zu sein. In den jüngeren Altersgruppen sind die Anteile deutlich niedriger. Beispielsweise in der Kategorie der 30- bis 39-Jährigen trifft dies nur bei 13,5% zu. Das bedeutet, dass jüngere Pflegekräfte eher trotz Krankheit ihrer Arbeit nachgehen als ältere.

Hinführung:

Das Phänomen trotz Krankheit am Arbeitsplatz zu erscheinen, wird als Präsentismus bezeichnet. Begünstigende Faktoren für dieses Verhalten sind u. a. ein hohes Arbeitspensum, personelle Engpässe oder auch ökonomische Schwierigkeiten (Ishimari et al., 2021) – Faktoren, die im Besonderen auf den Pflegebereich zutreffen (Gferer & Gferer, 2021). Besonders ist hier aber auch das hohe Pflichtgefühl gegenüber Patientinnen und Patienten und Kolleginnen und Kollegen zu erwähnen.

ICH ERSCHEINE AKTUELL TROTZ KRANKHEIT AM ARBEITSPLATZ

n=1.004



Trotz schwerer Symptome am Arbeitsplatz

DAS HABEN WIR DIE PFLEGEKRÄFTE GEFRAGT:

Ich habe trotz schwerer Krankheitssymptome (z. B. Schmerzen, Schüttelfrost, Fieber) gearbeitet.



HAUPTERKENNTNISSE:

Nur etwa 20% der Pflegekräfte gibt an, aktuell *nie* krank am Arbeitsplatz zu erscheinen. Diese Anteile sind bei der Frage, ob man trotz schwerer Krankheitssymptome arbeitet, höher. Sowohl vor der Corona-Pandemie (48,8%) als auch zum aktuellen Zeitpunkt (51,8%) gibt zumindest die Hälfte der Pflegekräfte an, *nie* trotz schwerer Krankheitssymptome zur Arbeit zu kommen. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass die andere Hälfte der Pflegekräfte zumindest *selten* trotz schwerer Krankheitssymptome arbeitet.

Ob eine Pflegekraft trotz schwerer Krankheitssymptome zur Arbeit kommt, unterscheidet sich signifikant in Abhängigkeit des Migrationshintergrunds ($X^2(10) = 26.39$, $p = .001$, $n = 1004$). Zum aktuellen Zeitpunkt kommen 53,6% der Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund *nie* trotz schwerer Krankheitssymptome zur Arbeit. Bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund trifft dies nur bei 38,2% zu. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund arbeiten also häufiger trotz schwerer Krankheitssymptome.

Zusammenfassung

1 Allgemeine Anforderungen

Berufliche Anforderungen haben durch die Corona-Pandemie deutlich zugenommen

Insgesamt **81,2%** der 1.004 befragten Pflegekräfte sagen, dass die **beruflichen Anforderungen aktuell etwas höher bis viel höher** sind als vor der Corona-Pandemie. Interessant ist, dass es keinen statistisch bedeutsamen Unterschied zwischen stationären und ambulanten Pflegekräften gibt, der durchaus erwartbar gewesen ist. Allerdings bewerten weibliche Pflegekräfte die beruflichen Anforderungen aktuell höher als ihre männlichen Kollegen.

2 Arbeitszufriedenheit

Abnahme der Arbeitszufriedenheit um 34,1%

Knapp die Hälfte der befragten Pflegekräfte (49,5%) sagt, dass sie mit Blick auf die Zeit vor der Corona-Pandemie insgesamt mit ihrer Arbeit **zufrieden oder sehr zufrieden** gewesen ist. Dieser Anteil hat sich seitdem deutlich reduziert. **Aktuell sind nur noch 32,6% der Befragten zufrieden oder sehr zufrieden** mit ihrer Arbeit. Pflegekräfte mit längerer Betriebszugehörigkeit sind unzufriedener als Pflegekräfte mit kürzerer Betriebszugehörigkeit. Dieses Ergebnis ist verglichen mit den Werten von Erwerbstägigen verschiedener Branchen, die das IFBG über Jahre gesammelt hat, sehr niedrig. **Der Vergleichswert liegt bei 67,9%** (Basis: 17.889 Daten aus der IFBG-Datenbank).

Zufriedenheit mit dem Gehalt hat sich durch die Pandemie kaum verändert

Insgesamt 30,2% der befragten Pflegekräfte geben an, dass sie mit Blick auf die Zeit vor der Corona-Pandemie **zufrieden** oder sogar **sehr zufrieden** mit ihrem Lohn bzw. Gehalt waren. Zum aktuellen Zeitpunkt – nach etwa zwei Jahren Pandemie – ist der Wert ähnlich hoch und liegt bei 28,4%. **Der Vergleichswert von Beschäftigten verschiedener Branchen ist mit 51,3% deutlich höher** (n=17.399).

Zufriedenheit mit der Führung ist durch die Pandemie gesunken

Insgesamt scheinen die befragten Pflegekräfte unzufriedener mit der Art und Weise geworden zu sein, wie ihre Abteilung geführt wird. Etwas über die Hälfte der Pflegekräfte (53,8%) sagt, dass sie in Zeiten vor der Corona-Pandemie **zufrieden** oder **sehr zufrieden** mit der Führung gewesen ist. Zum aktuellen Zeitpunkt sind es nur noch 39,9%. Der Vergleichswert liegt bei 56,8% (n=17.823). Eine weitere Erkenntnis: **Bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund ist die Zufriedenheit über die Zeit stärker gesunken** als bei Pflegekräften ohne Migrationshintergrund.

3 Quantitative Anforderungen

Fehlende Zeit bei der Arbeit ist für viele Pflegekräfte ein Problem

Etwa die Hälfte aller befragten Pflegekräfte (52,9%) gibt an, zum aktuellen Zeitpunkt **oft** oder **immer** zu wenig Zeit zu haben, um alle Arbeitsaufgaben zu erledigen. **Mit Blick auf die Zeit vor der Pandemie sind es 39,4%**. Vor allem ältere Pflegekräfte haben das Gefühl, nicht genug Zeit für ihre Aufgaben zu haben. Der Vergleichswert liegt bei 43,3% – auf Basis von 32.031 Beschäftigtendaten verschiedener Branchen.

Vor allem junge Pflegekräfte berichten von einer Zunahme der Arbeitsgeschwindigkeit

Seit Beginn der Corona-Pandemie müssen Pflegekräfte häufiger schnell arbeiten. Zum aktuellen Zeitpunkt sind es **61,3% der Pflegekräfte, die oft oder immer schnell arbeiten müssen**. Von einer Zunahme der Arbeitsgeschwindigkeit berichten vor allem die jungen Pflegekräfte. Der Vergleichswert liegt bei 51,0% (n=32.180).

Betriebszugehörigkeit hat einen Einfluss auf die Anzahl der Überstunden

Während 33,4% der befragten Pflegekräfte angeben, vor der Pandemie Überstunden gemacht zu haben, **trifft dies nun auf fast die Hälfte zu (48,5%)**. Die Pflegekräfte, die schon länger in einer Pflegeeinrichtung arbeiten, sind fast 10 Prozentpunkte stärker von Überstunden betroffen, als andere. Der Vergleichswert bezogen auf Beschäftigte verschiedener Branchen beträgt 27,8% (n=31.981). Im zeitlichen Vergleich sind außerdem die Belastungen durch Überstunden für 30,1% der Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund gestiegen, für solche mit Migrationshintergrund zu 40,6%.

Zusammenfassung

4 Pausen im Arbeitsalltag

Viele Pflegekräfte können Pausen nicht regelmäßig einlegen

Die Möglichkeit, Pausen während des Arbeitsalltags einzulegen, hat sich **im Zuge der Corona-Pandemie für Pflegekräfte verschlechtert**. Etwa zwei Drittel gibt an, nur *manchmal, selten oder nie* regelmäßig Pausen während des Arbeitstages einlegen zu können. Mit Blick auf die Zeit vor der Pandemie waren es 54,9%. Ambulante Pflegekräfte geben häufiger an, *immer* regelmäßig Pausen machen zu können, als stationäre Pflegekräfte.

5 Burnout-Risiko

Starke Zunahme der körperlichen und emotionalen Erschöpfung – vor allem bei jüngeren Pflegekräften

Die körperliche Erschöpfung von Pflegekräften hat durch die Corona-Pandemie deutlich zugenommen. 43,2% der Pflegekräfte sagen, dass sie vor der Pandemie *oft* oder *immer* körperlich erschöpft gewesen sind – **aktuell sind es 69,5%**. In Bezug auf die emotionale Erschöpfung ist die Zunahme sogar noch stärker: von 33,7% auf 66,1%. **Besonders die jüngeren Pflegekräfte weisen eine hohe emotionale Erschöpfung auf.** 29,7% der bis 29-Jährigen geben an, aktuell *immer* emotional erschöpft zu sein. Über alle Altersgruppen sind es zum aktuellen Zeitpunkt zwei Drittel (66,1 bzw. 67,1%), die *oft* oder *immer* erschöpft sind.

6 Innere Kündigung

Stationäre Pflegekräfte mit besonders geringem Zugehörigkeitsgefühl zur Organisation

Die Ergebnisse zeigen, dass das Zugehörigkeitsgefühl der Pflegekräfte zur eigenen Organisation seit Beginn der Corona-Pandemie gesunken ist. **Stationäre Pflegekräfte haben ein geringeres Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen Organisation als ambulante Pflegekräfte.** Eine weitere Erkenntnis: Je länger die Pflegekräfte in der Organisation arbeiten, desto geringer ist das Zugehörigkeitsgefühl.

43,2% der Pflegekräfte denken an einen Berufswechsel

Der Gedanke an einen Berufswechsel hat seit Beginn der Corona-Pandemie deutlich zugenommen. **43,2% der befragten Pflegekräfte haben in den letzten 12 Monaten darüber nachgedacht, ihren Beruf aufzugeben.** Mit Blick auf die Zeit vor der Pandemie waren es 19,8%. Je jünger die Pflegekräfte sind, desto eher haben sie in den letzten 12 Monaten darüber nachgedacht, ihren Beruf aufzugeben. Bei den bis 29-Jährigen verfolgt jede zweite Pflegekraft (50,6%) diesen Gedanken. Bei den stationären Pflegekräften hat sich der Gedanke an einen Berufswechsel durch die Pandemie in höherem Maße verstärkt (42,5%) als bei den ambulanten Pflegekräften (37,6%).

7 Traumatisierungen

Traumatisierungen haben zugenommen, Schuldgefühle nicht

Traumatisierungen haben im Zuge der Corona-Pandemie bei Pflegekräften zugenommen (Definition siehe S.10). **So geben bspw. 55,3% der Befragten an, dass sie sich *oft* oder *immer* mit der Bedrohung ihres eigenen Lebens im Pflegealltag konfrontiert sehen.** Mit Blick auf die Zeit vor der Pandemie waren es 18,4%. Zu Traumatisierungen zählt außerdem, Patientinnen und Patienten bei einem qualvollen Tod begleiten zu müssen oder das Gefühl zu haben, an dem Ausgang einer tragischen Situation Schuld zu haben. In Allen diesen Punkten ist die Belastung durch die Pandemie gestiegen.

8 Gesundheitseinschätzung

Subjektive Gesundheitseinschätzung ist stark gesunken – vor allem bei den Jüngeren

73,9% der Pflegekräfte geben rückblickend an, dass ihr allgemeiner Gesundheitszustand vor der Corona-Pandemie gut oder sehr gut war. **Aktuell schätzen nur noch 45,9% der Pflegekräfte ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein.** Die Pandemie scheint bei der jüngsten Altersgruppe (bis 29 Jahre) den größten negativen Effekt auf die Gesundheitseinschätzung zu haben.

Und wie sieht es in Bezug auf die körperlichen Beschwerden aus? **Vier von zehn Pflegekräften (42,9%) haben an mehr als 15 Tagen im Monat Beschwerden oder Schmerzen im unteren Rückenbereich** – einige davon sogar täglich (18,6%).

Zusammenfassung

9 Schlafverhalten

21,3% der Pflegekräfte schlafen nur vier Stunden

Die meisten Pflegekräfte schlafen weniger als der deutsche Durchschnitt. **Ein Fünftel (21,3%) der Pflegekräfte schläft vier Stunden.** Einige Pflegekräfte – vor allem die jüngeren – schlafen sogar nur zwei bis drei Stunden. Bei fast 42,8 % bestehen nach der Pandemie sogar Durchschlafprobleme.

Die Leistungsfähigkeit hat im Zuge der Pandemie abgenommen

65,2% der befragten Pflegekräfte geben rückblickend an, sich vor der Corona-Pandemie immer oder meistens voll leistungsfähig gefühlt zu haben. Zum Zeitpunkt der Befragung liegt dieser Anteil nur noch bei 38,7%.

10 Präsentismus

Präsentismus ist auch in der Pflegebranche ein verbreitetes Phänomen

Bereits mit Blick auf die Zeit vor der Corona-Pandemie geben 82,5% der Pflegekräfte an, *selten, manchmal, häufig* oder *sehr häufig* krank zur Arbeit gegangen zu sein. Dieser Anteil hat sich seitdem geringfügig reduziert. Zum aktuellen Zeitpunkt gehen nach wie vor 78,5% mindestens *selten* krank zur Arbeit. Jüngere Pflegekräfte gehen häufiger krank zur Arbeit als ältere. Der Vergleichswert von Beschäftigten verschiedener Branchen liegt bei 74,8% (n=17.059).

Handlungsempfehlungen

Die neuesten Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass sich die beruflichen Anforderungen und Arbeitsbedingungen in der Zeit der Corona-Pandemie deutlich verschlechtert haben. Hohe berufliche Anforderungen, Zeitmangel, psychische & körperliche Belastungen gehören zum Berufsalltag.

Die BARMER kann hier im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen und einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit der Pflegekräfte leisten. Zielgerichtete Maßnahmen tragen dazu bei, die Gesundheit der Pflegekräfte zu stärken und die Arbeitswelt gesundheitsgerechter zu gestalten. Dies können analoge oder digitale Angebote beispielsweise zu „Zeitmanagement im Schichtdienst“, „Interkulturelle Teamentwicklung“, „Achtsamkeit in der Pflege“ und „Schlaf in der Pflege“ sein. In jedem Fall sollten die Angebote nach den Bedürfnissen der Pflegekräfte gestaltet und geplant werden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen zudem deutlich, wie wichtig es ist die Führungskräfte für diese Herausforderung zu gewinnen. Sie haben einen großen Einfluss auf die Arbeitsgestaltung und die Gesundheit von Beschäftigten, gerade auch vor dem Hintergrund der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Die BARMER unterstützt hier die Führungskräfte mit passgenauen Angeboten, wie z. B. „Gesund führen in der Pflege“ oder „Interkulturelles Führen in der Pflege“.

Ein weiterer besonderer Fokus liegt auf den Auszubildenden im Pflegebereich. Hier können Gesundheitsförderungsangebote einen wichtigen Beitrag zum Start in ein gesundes Berufsleben leisten. Die BARMER verfügt hier über einen langjährigen Erfahrungsschatz, hat ihr Angebot „Gesunder Start“ für Auszubildende auf den Pflegebereich übertragen und setzt dieses in Zusammenarbeit mit einem externen Partner um. Das Angebot „Gesunder Start – Pflegeedition“ zielt darauf ab, langfristig für gesunde und motivierte Pflegekräfte zu sorgen und die Rahmenbedingungen direkt zu Beginn ihres Berufsstarts zu verbessern. Hierbei konzentriert sich das Angebot inhaltlich auf die vier Themenschwerpunkte Bewegung, Entspannung, Ernährung und Sucht. Wichtig ist, dass die Themenschwerpunkte und die darin enthaltenen Module nach dem individuellen Bedarf angepasst werden können. Zudem werden gemeinsam mit den Teilnehmenden eigene Lösungen für die alltäglichen Herausforderungen entwickelt.

Gesunde und motivierte Mitarbeitende können Herausforderungen besser meistern – gerade in dynamischen Zeiten ein entscheidender Wettbewerbsvorteil. Wir begleiten Krankenhäuser, stationäre Pflegeheime und ambulante Pflegedienste auf dem Weg zu einem gesunden Arbeitsplatz.

Weitere Informationen finden Sie hier:
www.barmer.de/f003350

Kontaktieren Sie uns auch gerne direkt unter:
www.barmer.de/f002088

Literatur

- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 190–197. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
- Bowers, B. J., Lauring, C., & Jacobson, N. (2001). How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 484–491. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01686.x>
- Brause, M., Kleina, T., Horn, A., & Schaeffer, D. (2015). Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. *Präv Gesundheitsf*, 10(1), 41–48. <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0469-7>
- Breinbauer, M. (2020). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-32021-8>
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2014). Arbeit in der Pflege–Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Cheung, T., Fong, T. K. H., Bressington, D. (2021). COVID-19 under the SARS Cloud: Mental Health Nursing during the Pandemic in Hong Kong. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28(2), 115–117. <https://doi.org/10.1111/jpm.12639>
- Chu, E., Lee, K. M., Stotts, R., Benjenk, I., Ho, G., Yamane, D., ... & Heinz, E. R. (2021). Hospital-Based Health Care Worker Perceptions of Personal Risk Related to COVID-19. *J Am Board Fam Med*, 34, 103–112.
- Eggert, S., & Teubner, C., 2021: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Corona-Langzeitpflege.pdf> (Abgerufen am 12.05.2021)
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie (4. Aufl.). München: Reinhardt.
- Franke, F., Felfe, J., & Pundt, A. (2014). The impact of health-oriented leadership on follower health: development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership. *German Journal of Human Resource Management*, 28, 139–161. <https://doi.org/10.1688/ZfP-2014-01-Franke>
- Gferer, A., & Gferer, N. (2021). Arbeitssituation und Gedanken an einen Berufsausstieg: GuK-C19-Studie: Gesundheits- und Krankenpflege während der COVID 19-Pandemie in Österreich. *Procare*, 26(6-7), 50–52. <https://doi.org/10.1007/s00735-021-1378-6>
- Glaser, J., Lampert, B., & Weigl, M. (2008). Arbeit in der stationären Altenpflege: Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität. Dortmund: Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit.
- González-Gil, M. T., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, A. I., Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A., Otero-García, L., ... & Oter-Quintana, C. (2021). Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102966>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by health-care workers during covid-19 pandemic. *bmj*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Ishimaru, T., Tsuno, K., Hori, A., Okawara, M., Yasuda, Y., Fujino, Y., & Tabuchi, T. (2021). Disrupted care during the COVID-19 state of emergency and productivity loss attributed to presenteeism in workers: a nationwide cross-sectional study. *BMJ open*, 11(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050068>
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2021). Pflege-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Jerusalem, A., Löffler, & K., Roth, P. (2022). „Wenn ich groß bin, geh' ich in die Pflege“. *Procare*, 27(1-2), 48–51. <https://doi.org/10.1007/s00735-022-1524-9>
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>
- Kramer, V., Papazova, I., Thoma, A., Kunz, M., Falkai, P., Schneider-Axmann, T., ... & Hasan, A. (2021). Subjective burden and perspectives of German health care workers during the COVID-19 pandemic. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 271(2), 271–281. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01183-2>
- Labrague, L. J., & de Los Santos, J. A. A. (2021). Fear of Covid-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of nursing management*, 29(3), 395–403. <https://doi.org/10.1111/jonm.13168>
- Lai, J., Ma, S., Wang, ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lavoie-Tremblay, M., Gélinas, C., Aubé, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M. P., & Côté, J. (2022). Influence of caring for COVID 19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and qua-

Literatur

- lity of care. *Journal of nursing management*, 30(1), 33-43. <https://doi.org/10.1111/jonm.13462>
- Lohaus, D., & Habermann, W. (2018). Präsentismus. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Melzer, M., & Wendsche, J. (2021). Pausen in der Pflege gut gestalten (2. Aufl.). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <https://doi.org/10.21934/baua:praxis20200702>
- Ong, J. J., Bharatendu, C., Goh, Y., Tang, J. Z., Sooi, K. W., Tan, Y. L., ... & Sharma, V. K. (2020). Headaches associated with personal protective equipment—A cross sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 60(5), 864-877. <https://doi.org/10.1111/head.13811>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Parry, D. A., Oeppen, R. S., Amin, M. S. A., & Brennan, P. A. (2018). Sleep: its importance and the effects of deprivation on surgeons and other healthcare professionals. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 56(8), 663-666. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2018.08.001>
- Penzel, T., Peter, J. H., Peter, H., Becker, H. F., Fietze, I., Fischer, J., ... & Sitter, H. (2005). Themenheft 27 „Schlafstörungen“. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Petzold, M. B., Plag, J. & Ströhle, A. (2020). Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Der Nervenarzt*, 91(5), 417–421. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>
- Rigotti, T., Holstad, T., Mohr, G., Stempel, C., Hansen, E., Loeb, C., ... & Perko, K. (2014). Rewarding and sustainable health-promoting leadership. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Rheindorf, J., Blöcker, J., Himmel, C., & Trost, A. (2020). Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie?. *Pflegezeitschrift*, 73(8), 50–53. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0761-4>
- Roth, K., Baier, N., Busse, R., & Henschke, C. (2021). Arbeitszufriedenheit und Burnout in der präklinischen Notfallversorgung. *Notfall Rettungsmed.* <https://doi.org/10.1007/s10049-021-00881-1>
- Schadenhofer, P., & Stummer, H. (2011). Genderspezifische Vulnerabilität für Burnout in der Gesundheits- und Krankenpflege. *HeilberufeSCIENCE*, 2(2), 42-47. <https://doi.org/10.1007/s16024-011-0235-0>
- Schildmann, C., & Voss, D. (2018). Gute Arbeit gegen Pflegenotstand. Böckler Impuls. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Schmedes, C. (2021). Emotionsarbeit in der Pflege. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Sendera, A; Sendera, M. (2013). Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Vienna: Springer Vienna.
- Simon, M. (2018) Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Hans-Böckler-Stiftung Nr. 96.
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – a review. *Asian journal of psychiatry*, 51,102119. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Stefani, M. (2018). Die Macht des pflegeberuflichen Alltags. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Trivention GmbH, 2020: https://www.coachforcare.de/assets/files/ergebnisbericht_coachforcare_pflege-in-zeiten-von-corona.pdf (Abgerufen am 12.05.2021)
- ver.di., o. D.: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/coronavirus/++-co++4218772-88b5-11ea-8405-001a4a160100> (Abgerufen am 20.05.2021)
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., & Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>