

Jena Studies in Intercultural Communication and Interactions

Herausgeber

Daniela Gröschke und Stefan Strohschneider

*Erleben und Verhalten von MitarbeiterInnen
in deutschen Krankenhäusern -
Einblicke aus der ersten Hochphase der
COVID-19-Pandemie*

Daniela Gröschke, Nadine D. Müller & Judith Huber

2021/02

DOI 10.22032 / dbt. 48323



FRIEDRICH-SCHILLER-
UNIVERSITÄT
JENA

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	2
Tabellenverzeichnis	2
Abkürzungsverzeichnis	3
1. Hintergrund und Ziele der Erhebung.....	4
2. Befragung und Methode	5
3. Stichprobe	6
4. Ergebnisse.....	8
4.1. Risikowahrnehmung.....	8
4.2. Erleben während der ersten Hochphase.....	10
4.2.1 Persönliche Ebene	10
4.2.2. Teamebene.....	12
4.2.3 Ebene Arbeitgeber/Krankenhaus	13
4.2.4 Soziales Umfeld	16
4.3. Verhalten während der ersten Hochphase	18
4.4. Belastungsfaktoren.....	20
4.5. Faktoren zur Reduktion von Belastungen	22
4.6. Veränderungen durch COVID-19.....	25
4.7. Lernerfahrungen aus der ersten Hochphase und Ausblick	28
5. Zusammenfassung und Implikationen	31
6. Schlussbemerkungen und Ausblick	37
Anhang	39
Literaturverzeichnis.....	41

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Verteilung der TeilnehmerInnen nach Alters- und Berufsgruppen</i>	6
<i>Abbildung 2: Verteilung der TeilnehmerInnen nach Bundesland (Arbeitsort)</i>	7
<i>Abbildung 3: Risikowahrnehmung für eigene Person und Team in Hoch- und Zwischenphase</i>	9
<i>Abbildung 4: Relevante Einflussfaktoren auf die individuelle Risikowahrnehmung</i>	10
<i>Abbildung 5: Kompetenzerleben in der ersten Hochphase</i>	11
<i>Abbildung 6: Auswirkungen auf der individuellen Ebene in der ersten Hochphase</i>	11
<i>Abbildung 7: Kompetenzen des Teams in der ersten Hochphase</i>	12
<i>Abbildung 8: Auswirkungen auf das Team in der ersten Hochphase</i>	13
<i>Abbildung 9: Strukturen, Kommunikation und Führung während der Hochphase</i>	14
<i>Abbildung 10: Schutzmaßnahmen und Ressourcen während der Hochphase</i>	14
<i>Abbildung 11: Wertschätzung in der ersten Hochphase</i>	15
<i>Abbildung 12: Erlebte Gerechtigkeit am Arbeitsplatz Krankenhaus</i>	16
<i>Abbildung 13: Wahrnehmung des eigenen sozialen Umfelds</i>	17
<i>Abbildung 14: Wahrgenommene Stigmatisierungen</i>	17
<i>Abbildung 15: Eigener Umgang mit der ersten COVID-19-Hochphase</i>	19
<i>Abbildung 16: Vermeidungsstrategien im Umgang mit der ersten Hochphase</i>	19
<i>Abbildung 17: Belastungsfaktoren während der ersten Hochphase</i>	20
<i>Abbildung 18: Top 5 Auftretende Belastungsfaktoren während der ersten Hochphase</i>	21
<i>Abbildung 19: Entlastungsfaktoren während der ersten Hochphase</i>	23
<i>Abbildung 20: We-Care Entlastungsfaktoren</i>	23
<i>Abbildung 21: Self-Care Entlastungsfaktoren</i>	24
<i>Abbildung 22: Entlastungsfaktoren der Öffentlichkeit und extrinsische Anreize</i>	24
<i>Abbildung 23: Strukturelle Veränderungen während der ersten Hochphase</i>	25
<i>Abbildung 24: Veränderungen während und nach der ersten Hochphase</i>	27
<i>Abbildung 25: Stärkste Veränderungen auf den vier Ebenen</i>	27
<i>Abbildung 26: Zukünftiger Umgang mit COVID-19</i>	28
<i>Abbildung 27: Cluster der offenen Anmerkungen zu Lernerfahrungen</i>	30

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe</i>	39
<i>Tabelle 2: COVID-19 Betroffenheit im Krankenhaus</i>	40

Abkürzungsverzeichnis

BMBF	<i>Bundesministerium für Bildung und Forschung</i>
COSMO	<i>COVID-19 Snapshot Monitoring</i>
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
EKOS	<i>Entwicklung eines neuartigen Konzepts zur Sicherstellung der infektiologischen-medizinischen Versorgung von seltenen, hochkontagiösen und lebensbedrohlichen Erkrankungen in Schwerpunktkrankenhäusern</i>
HCID	<i>High Consequence Infectious Disease</i>
MERS	<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
MFA	<i>Medizinische*r Fachangestellte</i>
MTA	<i>Medizinisch-technische*r AssistentIn</i>
RKI	<i>Robert Koch-Institut</i>
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2</i>

1. Hintergrund und Ziele der Erhebung

Die COVID-19-Pandemie betrifft KrankenhausmitarbeiterInnen in hohem Maße: Medizinisches Personal hat direkten Kontakt mit infizierten Personen und Verdachtsfällen und auch das Personal in der Verwaltung ist in einer solchen Krisensituation von einer erhöhten Arbeitsbelastung betroffen. Während der Pandemie können sich gewohnte Arbeitsprozesse aufgrund der dynamischen, langanhaltenden und neuartigen Situation in hohem Maße verändern, Ängste und Unsicherheiten können auftreten und auch das soziale Umfeld von KrankenhausmitarbeiterInnen kann Belastungen hervorrufen.

Ziel der Online-Befragung, durchgeführt vom Bereich Interkulturelle Wirtschaftskommunikation der Friedrich-Schiller-Universität Jena, war es, einen Einblick in das Erleben und Verhalten von KrankenhausmitarbeiterInnen und ihren Umgang mit der COVID-19 Pandemie zu erhalten. Es sollten Stress- und Belastungsfaktoren sowie Maßnahmen zur Unterstützung der Arbeitsfähigkeit von KrankenhausmitarbeiterInnen identifiziert werden. Genauer wurden diese Forschungsfragen verfolgt:

- Wie erlebten MitarbeiterInnen in deutschen Krankenhäusern die erste Welle der COVID-19-Pandemie?
- Wie gingen KrankenhausmitarbeiterInnen mit den besonderen Herausforderungen und Belastungen um?

Die deutschlandweite Online-Befragung wurde im Rahmen des Forschungsprojekts EKOS durchgeführt. EKOS¹ ist ein Forschungsverbund unter Koordination des Robert Koch-Instituts (RKI), das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und InfectControl 2020 im Zeitraum 2016-2021 finanziert wird. In diesem EKOS-Teilprojekt wurden im Zeitraum 2016-2019 KrankenhausmitarbeiterInnen in zwei Beispielkrankenhäusern in Vorbereitung auf einen Umgang mit High Consequence Infectious Diseases² z.B. hinsichtlich der Risikowahrnehmung und des Kompetenzerlebens begleitet und daraus empirische Erhebungsinstrumente entwickelt. Aufgrund der aktuellen Situation werden die bereits vorliegenden Ergebnisse nun auf die COVID-19-Pandemie übertragen. Die Online-Befragung ist ein Teil dieses Vorhabens.

Dieser Bericht bietet erste Einblicke in deskriptive Ergebnisse der Online-Befragung. Zunächst werden Hintergründe zur Durchführung der Befragung erläutert sowie die Stichprobe beschrieben. Im Anschluss werden Ergebnisse zu den Themen Risikowahrnehmung sowie dem Erleben und Verhalten während der ersten Hochphase dargestellt. Wichtige belastungs- sowie stressreduzierende Faktoren werden aufgeführt und die erlebten Veränderungen während der Pandemie sowie Lernerfahrungen berichtet. Abschließend werden Implikationen sowie Empfehlungen für Verantwortliche in Krankenhäusern abgeleitet.

¹ EKOS steht für Entwicklung eines neuartigen Konzepts zur Sicherstellung der infektiologischen-medizinischen Versorgung von seltenen, hochkontagiösen und lebensbedrohlichen Erkrankungen in Schwerpunktkrankenhäusern

² Definition HCID: „Hochpathogene Krankheitserreger im engeren Sinne sind ebensolche der Risikogruppe 4 (z.B. Ebola- oder Lassavirus). Im weiteren Sinne können auch andere eine hohe Sterblichkeitsrate hervorrufende und hohes Schadenspotential beinhaltenden Krankheitserreger der Risikogruppe 3 hierunter fallen, z.B. SARS-CoV. HCID können, aufgrund des potenziell hohen Schadenspotenzials bei gleichzeitig seltenem Vorkommen, ein erhebliches Unsicherheitspotenzial in der Bevölkerung und auch bei Fachpersonal mit sich bringen. Eine Vermittlung von Wissen und Sensibilisierung des medizinischen Fachpersonals über HCID ist daher eine Kernaufgabe von EKOS.“ (Quelle: <https://ekos.rki.de/Webs/Ekos/DE/startseite/startseite-node.html>)

2. Befragung und Methode

Der vorliegende Bericht stützt sich auf die Ergebnisse einer deutschlandweiten, freiwilligen Online-Befragung, die vom 06. Juli 2020 bis zum 13. Oktober 2020 durchgeführt wurde. Um Einblicke in das Erleben und Verhalten von KrankenhausmitarbeiterInnen in Deutschland während der Pandemie zu erhalten, handelt es sich bei der Stichprobe um ein sogenanntes Convenience-Sample, das nach dem Schneeballprinzip zusammengestellt wurde. Initiale Kontakte wurden durch das Projektnetzwerk sowie über Internetrecherche zu Verbänden, Institutionen und Organisationen im Krankenhauskontext akquiriert. Darüber hinaus wurde über eine zentrale deutsche Organisation der Link zur Umfrage direkt an Krankenhäuser deutschlandweit weitergeleitet. Insgesamt wurden 1730 Online-Fragebögen vollständig ausgefüllt, von denen nach Bereinigung 1710 in die Analyse einbezogen wurden. Die Bearbeitungszeit der Befragung betrug durchschnittlich 25 Minuten.

Die Befragung adressiert verschiedene Faktoren des Erlebens und Verhaltens von KrankenhausmitarbeiterInnen während der ersten Hochphase der COVID-19-Pandemie in Deutschland. Da die erste Hochphase deutschlandweit zu verschiedenen Zeiten für Krankenhäuser zutreffend war, wurde in der Befragung kein fester Zeitraum vorgegeben, sondern allgemein von Hochphase gesprochen. Die meisten Befragten dürften sich auf die Monate März bis Juni 2020 bezogen haben, da in dieser „ersten Welle“ der Pandemie die bis dahin meisten Infektionsfälle deutschlandweit aufgetreten waren³. Die Zeit von Juli bis Oktober 2020, auf die sich einige Fragen zur aktuellen Situation (zum Zeitpunkt der Erhebung) bezogen, wird im Bericht als „Zwischenphase“ definiert, während ab November 2020 von der „zweiten Welle“ der Pandemie gesprochen wird.

In der Befragung wurden Skalen und Items u.a. zum Thema Risikowahrnehmung (u.a. van Gelder et al. 2009, Wolff et al. 2019), Erleben von Stress (u.a. Wong et al. 2008) und Wirksamkeitserwartung (u.a. Beierlein et al. 2013, Schmiege et al. 2009) eingesetzt und um Items aus Befragungen zum Erleben von KrankenhausmitarbeiterInnen während z.B. SARS-/MERS-Ausbrüchen ergänzt (u.a. Koh et al. 2005, Khalid et al. 2016). Die Besonderheit der hier vorliegenden Studie ist, dass sie diese Aspekte ganzheitlich, d.h. mit Blick auf die eigene Person, das private Umfeld, die Arbeit im Krankenhaus, das Kollegium und Team sowie die Öffentlichkeit erfragt und zusammenführt.

Einschränkende Anmerkungen: Es handelt sich hierbei nicht um eine repräsentative Umfrage. Aufgrund der Belastungssituationen in den Krankenhäusern wurde auf ein Convenience-Sample ausgewichen, in dem bestimmte Personengruppen, möglicherweise aufgrund der jeweiligen Belastungssituation, über- und andere unterrepräsentiert sein können. Generalisierungen auf KrankenhausmitarbeiterInnen insgesamt in Deutschland sind daher nicht ableitbar.

³ Robert Koch-Institut: COVID-19-Dashboard: https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4/page/page_0/ [zuletzt aufgerufen am 17.03.2021]

3. Stichprobe

Nach der Datenbereinigung konnten 1710 Antworten für die Analyse verwendet werden.

- **Geschlecht:** Der überwiegende Teil (ca. 70%, $n=1192$) waren Frauen, ca. 30% ($n=504$) Männer und 0,4% ($n=6$) „divers“⁴.
- **Altersgruppen:** 21% ($n=360$) der TeilnehmerInnen waren zwischen 18 und 32 Jahren alt, 36% ($n=621$) zwischen 33 und 47 Jahren, 40% ($n=675$) zwischen 48 und 62 Jahren und 2% ($n=34$) über 62 Jahre (Abb. 1).
- **Berufsgruppen:** 36% ($n=613$) der Befragten sind in der Pflege, 14% ($n=239$) im ärztlichen Dienst, 16% ($n=267$) im medizinischen Support (z.B. MTA, MFA, Labor, Sozialdienst, Therapie), 28% ($n=473$) im Verwaltungsdienst und 5% ($n=80$) in sonstigen Berufen (z.B. Wirtschaftsdienst, Ausbildung, Forschung) tätig. Eine detaillierte Übersicht der Stichprobe ist in Tabelle 1 im Anhang dargestellt.

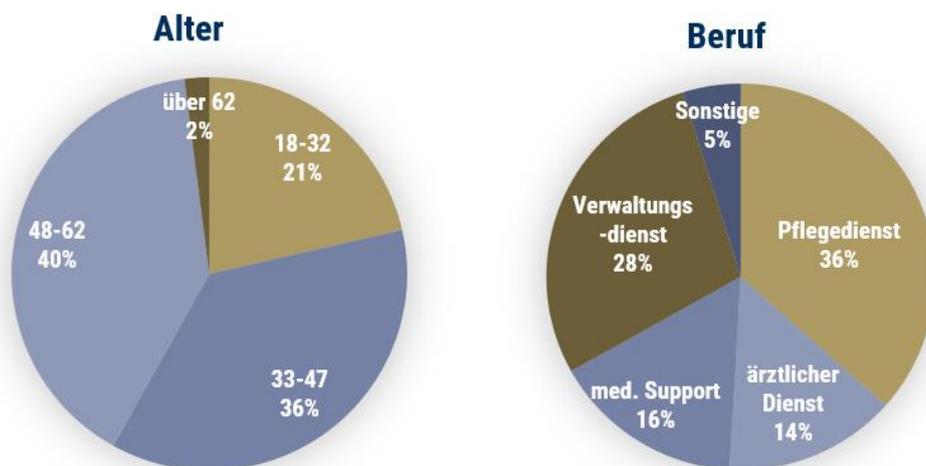


Abbildung 1: Verteilung der TeilnehmerInnen nach Alters- und Berufsgruppen

96% der Befragten wurden in Deutschland geboren; ca. die Hälfte (51%) der Befragten trägt Verantwortung für andere Personen im eigenen oder in einem anderen Haushalt. 63% der Befragten haben Führungsverantwortung.

⁴ Alle Angaben zur Soziodemografie waren freiwillig. Daher ergeben die Teilgruppen summiert nicht immer 1710 Fälle. Genauere Informationen finden sich in Tabelle 1 im Anhang.

Die meisten TeilnehmerInnen der Befragung arbeiteten in Bayern ($n=200$), Nordrhein-Westfalen ($n=171$), Sachsen ($n=159$) und Niedersachsen ($n=130$; Abb. 2). 47% der Befragten gaben nicht an, in welchem Bundesland sie arbeiten.

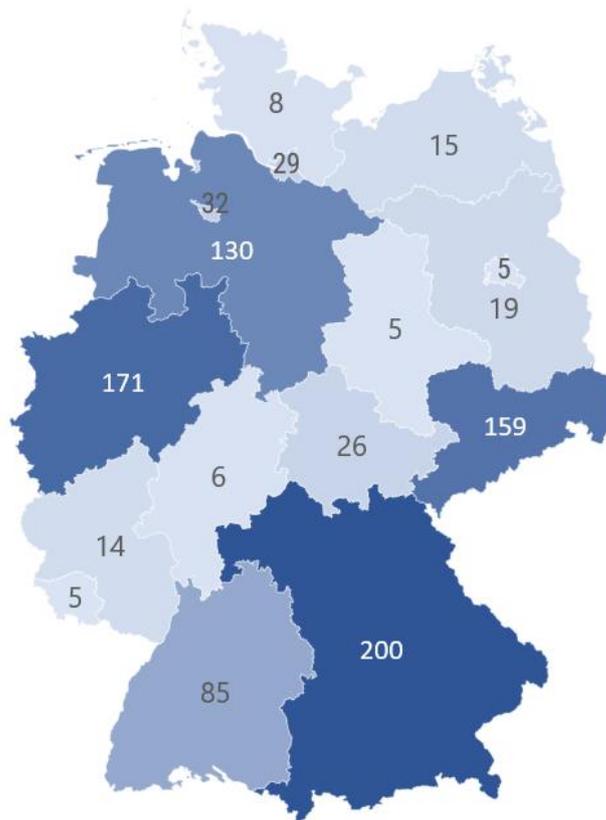


Abbildung 2: Verteilung der TeilnehmerInnen nach Bundesland (Arbeitsort)

Bestätigte COVID-19-PatientInnen wurden bei 94% ($n=1599$) im Krankenhaus und bei 54% ($n=920$) in ihrem Bereich (Station oder Abteilung) behandelt. 38% ($n=644$) der Befragten versorgten selbst bzw. standen in direktem Kontakt mit COVID-19-PatientInnen oder Verdachtsfällen. 32% ($n=545$) hatten Kontakt mit SARS-CoV-2 kontaminiertem Material bei der Arbeit (für eine detaillierte Übersicht siehe Tabelle 2 im Anhang).

4. Ergebnisse

Im Folgenden werden Ergebnisse⁵ berichtet, die sowohl die eigene Person, das Kollegium und Team, als auch das Krankenhaus, das soziale Umfeld der KrankenhausmitarbeiterInnen und die Öffentlichkeit betreffen. Damit wird ein ganzheitlicher Eindruck des Erlebens und Verhaltens ermöglicht, auch, um den Besonderheiten einer Pandemie gerecht(er) werden zu können.

4.1. Risikowahrnehmung

Die Risikowahrnehmung bezeichnet die subjektive Wahrnehmung, Einschätzung und Bewertung eines Risikos, dem eine Person ausgesetzt sein kann. Sie stellt eine intuitive Reaktion auf eine Gefahr dar. Die Risikowahrnehmung führt zwar nicht unbedingt zu sofortigen Verhaltensänderungen, geht aber mit der Bereitschaft einher, bestimmte Risiken zu tragen (Slovic & Peters 2006, Rohrman 2008). Eine wichtige Frage ist daher, wie MitarbeiterInnen in Krankenhäusern die Wahrscheinlichkeit und die Folgen einer Infektion mit SARS-CoV-2 wahrnehmen (Risiko) und welche Faktoren das wahrgenommene Ansteckungsrisiko der KrankenhausmitarbeiterInnen in der ersten Hochphase beeinflussen. Darüber hinaus interessierte, ob ein Unterschied dahingehend vorlag, wie das Risiko während der ersten Hochphase und der Zwischenphase bewertet wurde und welche Sorgen und Ängste mit den Infektionsrisiken einhergingen. In Voruntersuchungen⁶ und auch in der Literatur wird die Bedeutung des Teams und Kollegiums für KrankenhausmitarbeiterInnen für den Umgang mit Belastungen hervorgehoben (z.B. McDonald et al. 2016, Kisely et al. 2020). Daher wurde auch gefragt, wie hoch das Risiko einer Infektion für Teammitglieder wahrgenommen wurde.

Die Wahrscheinlichkeit, sich selbst mit SARS-CoV-2 zu infizieren, wurde von 20% als sehr hoch/hoch, von 46% als mittelmäßig und von 34% als gering/sehr gering eingeschätzt (Abb. 3⁷). Diese Einschätzung variiert zwischen der ersten Hochphase und der Einschätzung zum Befragungszeitraum kaum. Das Ergebnis ist vergleichbar mit Ergebnissen der COSMO-Studie⁸: die Risikowahrnehmung schwankt nur sehr leicht über die Zeit und auch die Prozente (hoch, mittel, niedrig) bzgl. des wahrgenommenen Risikos sind ähnlich verteilt. Im Vergleich zum Infektionsrisiko werden die Folgen einer eigenen Infektion in der vorliegenden Studie von 33% der Befragten als sehr hoch/hoch und bei 44% der Befragten als mittelmäßig schwerwiegend bewertet.

Mit Blick auf Teammitglieder stuft eine große Mehrheit der Befragten während der ersten Hochphase das Risiko einer Infektion (81% der Befragten) und die Schwere der Folgen (85% der Befragten) für Teammitglieder als mittelmäßig bis sehr hoch ein. Sowohl die Wahrscheinlichkeit einer Infektion ($t(1707)=-22.96$; $p<.001$), als auch die Schwere der Folgen ($t(1706)=-6.60$; $p<.001$) und das aktuelle

⁵ Die meisten Aussagen wurden auf 5- oder 6-stufigen Antwortskalen erhoben und für die Darstellung in diesem Bericht zu 3 Stufen (Zustimmung - Teils, teils - Ablehnung) zusammengefasst. Gruppenunterschiede und Korrelationen basieren auf den ursprünglichen Skalierungen.

⁶ Bezug auf unveröffentlichte Ergebnisse des Forschungsprojekts EKOS.

⁷ In den nachfolgenden Grafiken sind Werte angegeben, deren Summe pro Item 100% ergeben. Durch Rundungen auf ganze Prozentwerte können vereinzelt Abweichungen in der Gesamtsumme auftreten (99-101%).

⁸ COSMO — COVID-19 Snapshot Monitoring (Zusammenfassung und Empfehlungen Welle 33): <https://dfncloud.uni-erfurt.de/s/nBEEw3RTxKHmCmr#pdfviewer> [zuletzt aufgerufen am 17.03.2021]

Ansteckungsrisiko ($t(1658)=-12.78$; $p<.001$) wird durchschnittlich für Teammitglieder höher eingeschätzt als für die eigene Person⁹.

Wie haben Sie das Infektionsrisiko durch COVID-19 wahrgenommen?

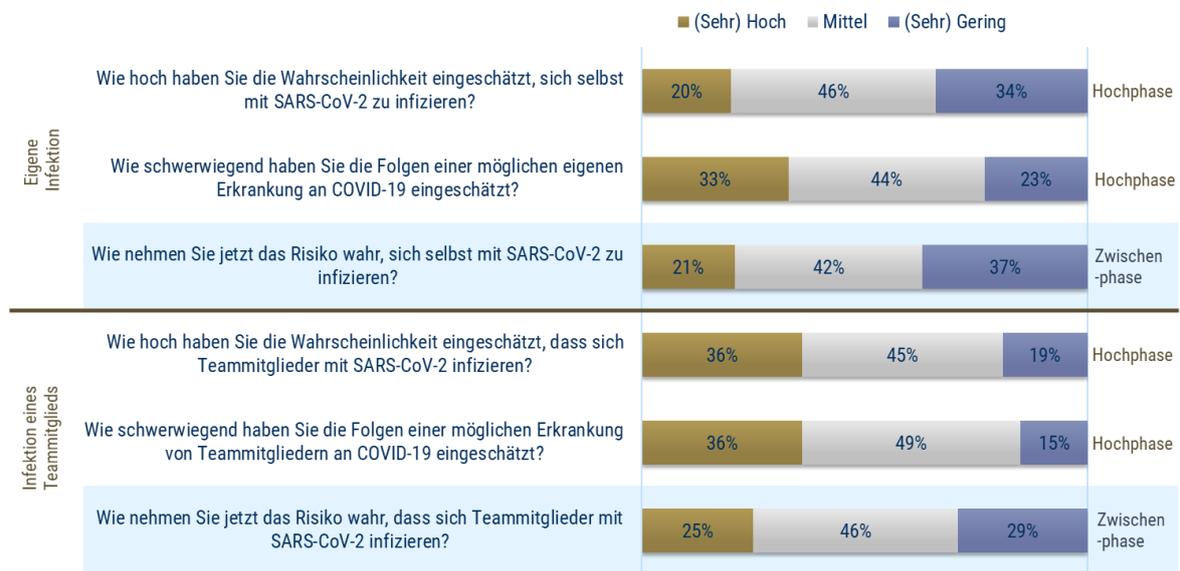


Abbildung 3: Risikowahrnehmung für eigene Person und Team in Hoch- und Zwischenphase

Die Daten zeigen weiter, dass die Risikowahrnehmung (Wahrscheinlichkeit, sich in der Hochphase selbst zu infizieren) in hohem Maße mit dem wahrgenommenen Expositionsrisiko ($r=.54$, $p<.001$), der Angst sich anzustecken ($r=.63$, $p<.001$) und geringer Kontrolle über eine Ansteckung ($r=.44$, $p<.001$) zusammenhängt. Das Expositionsrisiko bezieht sich dabei auf den räumlichen Kontakt mit Infizierten. 64% der Befragten sehen eine erhöhte Gefahr der Infektion durch den Kontakt mit COVID-19-PatientInnen; nur 37% nehmen kein großes Expositionsrisiko wahr (Abb. 4). Das Expositionsrisiko variiert zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ($F(4)=75.514$; $p<.001$; $\eta^2=0.154$). Beschäftigte in der Pflege ($M=3.11$; $SD=1.59$) oder im ärztlichen Dienst ($M=2.76$; $SD=1.67$) sehen sich einem größeren Expositionsrisiko ausgesetzt als Beschäftigte im medizinischen Support ($M=2.20$; $SD=1.53$) und im Verwaltungsdienst ($M=1.50$; $SD=1.51$). Eine Angst vor Ansteckung spürte rund die Hälfte der Befragten (24% in hohem Maße, 32% im mittleren Bereich). Ebenso gaben 51% der Befragten an, kaum oder keine Kontrolle über eine Infektion zu gehabt zu haben.¹⁰

⁹ Wahrscheinlichkeit: eigene Infektion ($M=2,27$; $SD=1,41$), Team ($M=2,86$; $SD=1,39$); Schwere der Folgen: eigene Erkrankung ($M=2,73$; $SD=1,43$), Team ($M=2,90$; $SD=1,32$); aktuelles Ansteckungsrisiko: eigene Infektion ($M=2,22$; $SD=1,49$), Team ($M=2,45$; $SD=1,46$)

¹⁰ Diese Ergebnisse sind unabhängig von Alter und Geschlecht ($\eta^2 < .06$) der Befragten.

Wie haben Sie das Ansteckungsrisiko in der COVID-19-Hochphase wahrgenommen?

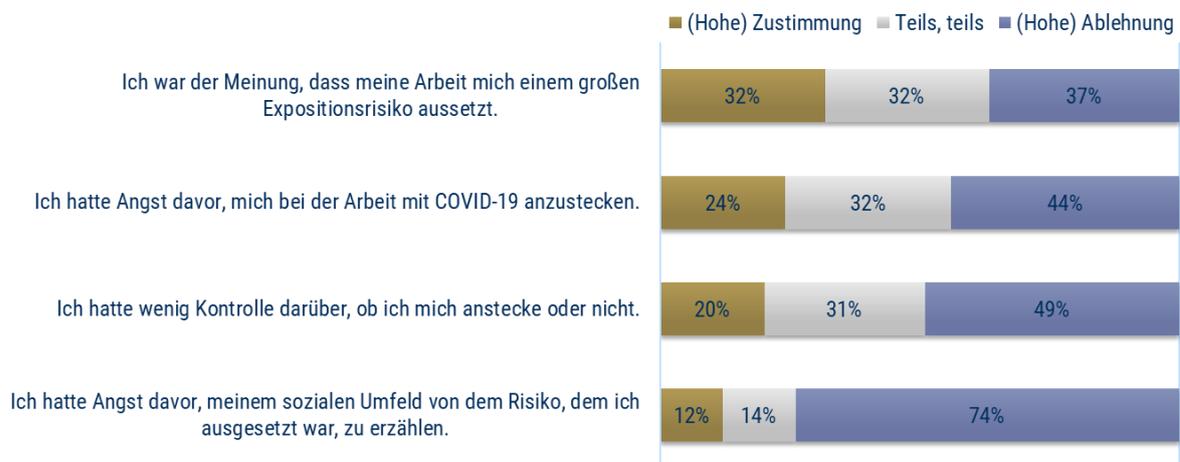


Abbildung 4: Relevante Einflussfaktoren auf die individuelle Risikowahrnehmung

Insgesamt lässt sich festhalten:

- Die Wahrnehmung des Infektionsrisikos bzgl. der eigenen Person und des Teams wird über die Zeit hinweg von den Befragten als relativ stabil wahrgenommen - es gibt keine Unterschiede, bzw. signifikanten Schwankungen zwischen der ersten Hochphase und der Zwischenphase.
- Das wahrgenommene Ansteckungsrisiko konstituiert sich hauptsächlich sowohl über das als hoch eingestufte Expositionsrisiko, als auch die Angst vor Ansteckung und eine unzureichende Kontrolle einer möglichen Ansteckung.
- Insgesamt wird das Infektionsrisiko für das Team höher eingestuft als für die eigene Person.

4.2. Erleben während der ersten Hochphase

Wie haben KrankenhausmitarbeiterInnen die erste Hochphase erlebt? Wie schätzten sie ihre Kompetenzen im Umgang mit COVID-19 zum Zeitpunkt der ersten Hochphase ein? Wie hat sich die erste Hochphase der Pandemie auf MitarbeiterInnen in Krankenhäusern ausgewirkt? Hier wurden Aspekte mit Bezug auf die eigene Person, das Kollegium und Team, die Arbeit im Krankenhaus, das private Umfeld sowie die Öffentlichkeit abgefragt, um einen ganzheitlichen Eindruck zu erhalten.

4.2.1 Persönliche Ebene

Kompetenzerleben

KrankenhausmitarbeiterInnen (76%) waren in hohem Maße zuversichtlich und fühlten sich fachlich kompetent, um die Aufgaben im Umgang mit der Pandemie bewältigen zu können (Abb. 5). 68% der Befragten waren in der ersten Hochphase zuversichtlich, insgesamt gut arbeiten zu können und 61% der Befragten stimmten zu, dass sie in der ersten Hochphase zuversichtlich waren, die Schutzmaßnahmen korrekt umsetzen zu können.

Ich war zuversichtlich, dass ich ...



Abbildung 5: Kompetenzerleben in der ersten Hochphase

Persönliche Auswirkungen

Die Mehrheit der Befragten (ca. 60% bis 75%) erlebten in der COVID-19-Hochphase ein erhöhtes Arbeitspensum, machten sich Sorgen, waren emotional und physisch erschöpft, fühlten sich gestresst und mussten Überstunden leisten. Für ca. 1/3 der Befragten traf dies sogar in hohem bis sehr hohem Maße zu. Die erste COVID-19-Hochphase ging auch mit einem erhöhten Unsicherheitsempfinden einher (Abb. 6). Ein genauerer Blick in die Daten zeigt weiter, dass „sich Sorgen machen“ stark mit dem Ansteckungsrisiko zusammenhängt. Diejenigen, die sich Sorgen machten, waren besorgt, Familie und FreundInnen anzustecken (70%); hatten Angst, sich selbst anzustecken (48%); oder befürchteten KollegInnen anzustecken (34%).

Wie hat sich COVID-19 auf Sie und das Arbeitsleben im Krankenhaus ausgewirkt?

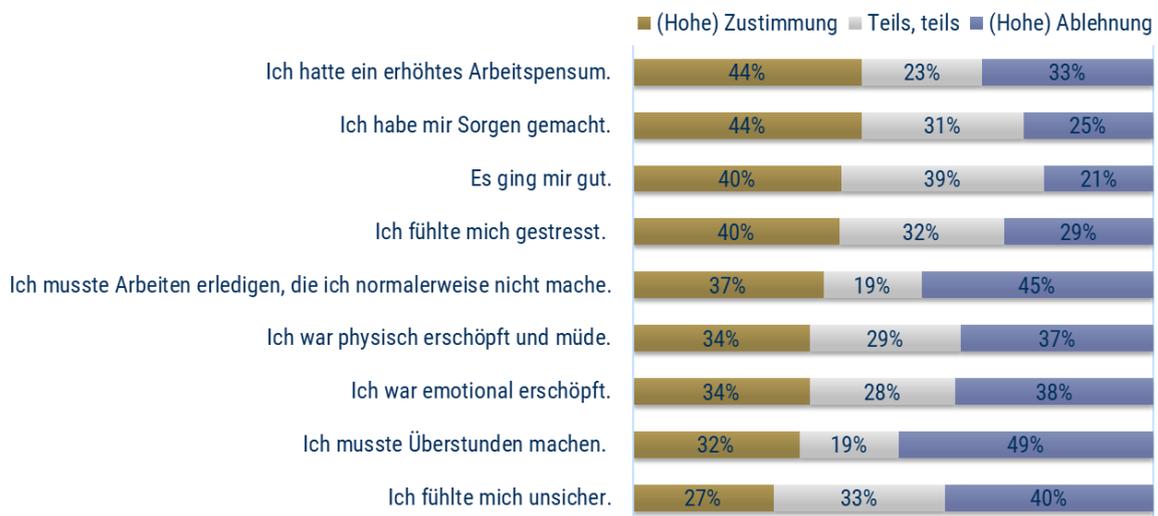


Abbildung 6: Auswirkungen auf der individuellen Ebene in der ersten Hochphase

Insgesamt lässt sich festhalten:

- Die eigene fachliche Kompetenz im Umgang mit der Pandemie wurde als gut bis sehr gut erlebt.

- Dreh- und Angelpunkt ist das Ansteckungsrisiko, sowohl hinsichtlich der eigenen Person als auch das Risiko der Ansteckung für Familienangehörige und KollegInnen.
- Für viele Befragte führte die COVID-19-Pandemie zu einem deutlich erhöhten Arbeitspensum und einem Gefühl der Erschöpfung.

4.2.2. Teamebene

Kompetenzen des Teams

Die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen in das Team einzubringen, wird von 79% der Befragten als sehr gut bewertet (Abb. 7). Das Vertrauen in die Handlungsfähigkeit des Teams während der Pandemie wird insgesamt auch positiv bewertet: 65-66% stimmten der Aussage zu, dass sie darauf vertrauten, dass das Team eine solche (schwierige) Situation meistern bzw. die erforderliche Arbeit erledigen könne. Das Team stellte außerdem wichtige Unterstützungspotentiale bereit, z.B. bei der Lösung von Problemen (Zustimmung 69-72%).

Ich vertraute darauf, dass ...

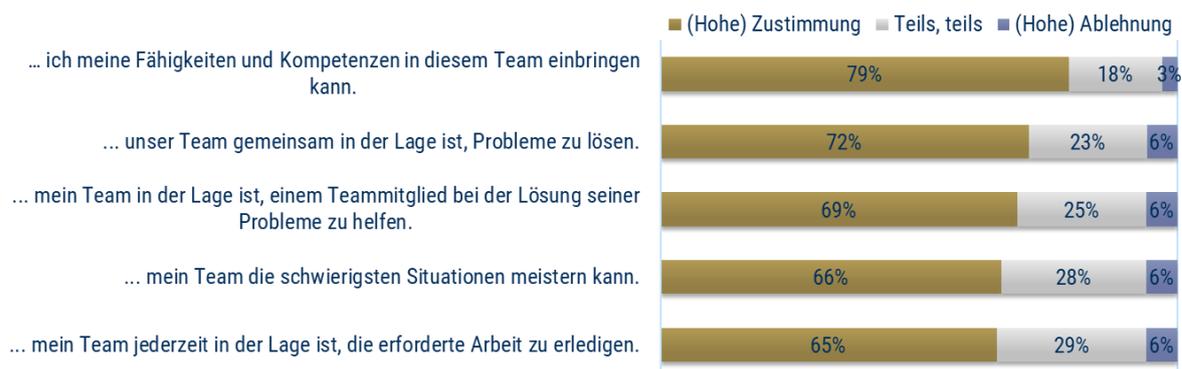


Abbildung 7: Kompetenzen des Teams in der ersten Hochphase

Auswirkungen auf das Team

Die Zusammenarbeit auf Teamebene bzw. im Kollegium wird weitgehend positiv bewertet (Abb. 8). 68% stimmten (in hohem Maße) zu, dass der Zusammenhalt im Team hoch war. Bei 33% der Befragten war die Stimmung bei der Arbeit gut, bei weiteren 47% war dies teilweise der Fall. Während 60% der Befragten nicht mehr Konflikte als zuvor wahrnahmen, ging für 17% die erste Hochphase mit mehr Konflikten im Kollegium einher. 46% der Befragten hatten jedoch auch das Gefühl, dass MitarbeiterInnen außerhalb der eigenen Station COVID-19-PatientInnen bewusst (zumindest teilweise) gemieden haben. Die überwiegende Mehrheit (83%) wurde nicht von KollegInnen, die keinen direkten Kontakt zu COVID-19-PatientInnen hatten, gemieden.

Wie hat sich COVID-19 in Bezug auf Ihr Team ausgewirkt?

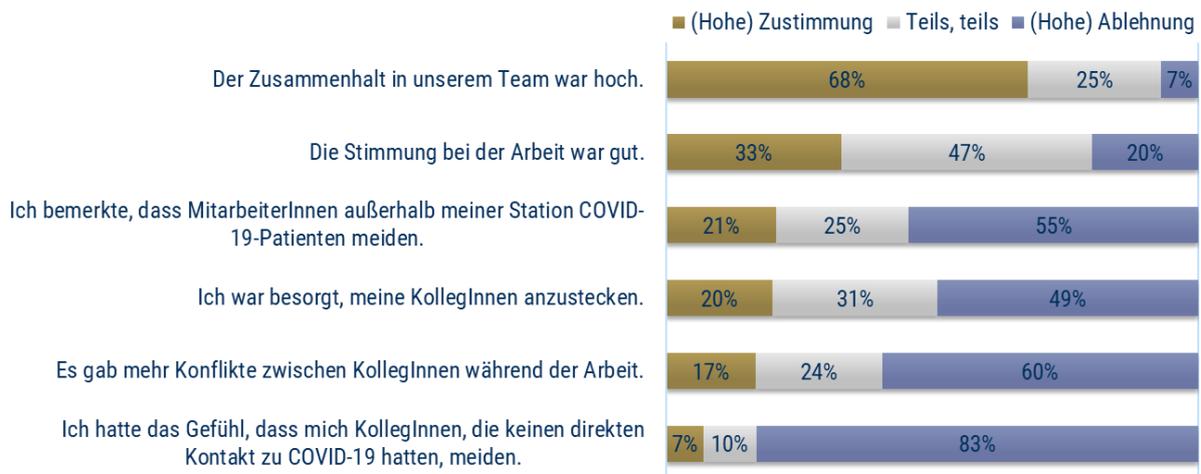


Abbildung 8: Auswirkungen auf das Team in der ersten Hochphase

Insgesamt lässt sich festhalten:

- Es besteht ein hohes Vertrauen in die Kompetenzen des Teams.
- Die Zusammenarbeit und der Zusammenhalt auf Teamebene werden als sehr positiv erlebt.
- Jedoch wird auch Meidungsverhalten von KollegInnen bzgl. PatientInnen oder der eigenen Person wahrgenommen, wobei dieses nicht das mehrheitliche Verhalten darstellt.

4.2.3 Ebene Arbeitgeber/Krankenhaus

Strukturen, Kommunikation und Führung

Die strukturelle Organisation im Krankenhaus wird insgesamt als gut bewertet. Bei ca. 66% der Befragten konnten schnell notwendige Strukturen aufgebaut werden; wichtige Entscheidungen wurden dokumentiert und verfügbar gemacht (Abb. 9). Ungefähr die Hälfte der Befragten gaben an, dass die Kommunikation (Informationsflüsse, Anweisungen) klar und präzise gewesen sei. Eher negativ wurde die Führung erlebt: so wurden bei der Notfallplanung potentielle Auswirkungen auf die MitarbeiterInnen und das Team weniger einbezogen (24%) und der Zusammenhalt nicht ausreichend gefördert (30%). Insgesamt zeigen sich 58% der Befragten zufrieden damit, wie das Krankenhaus in der Hochphase agierte.

Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit und Organisation in Ihrem Krankenhaus während der COVID-19-Hochphase ein?

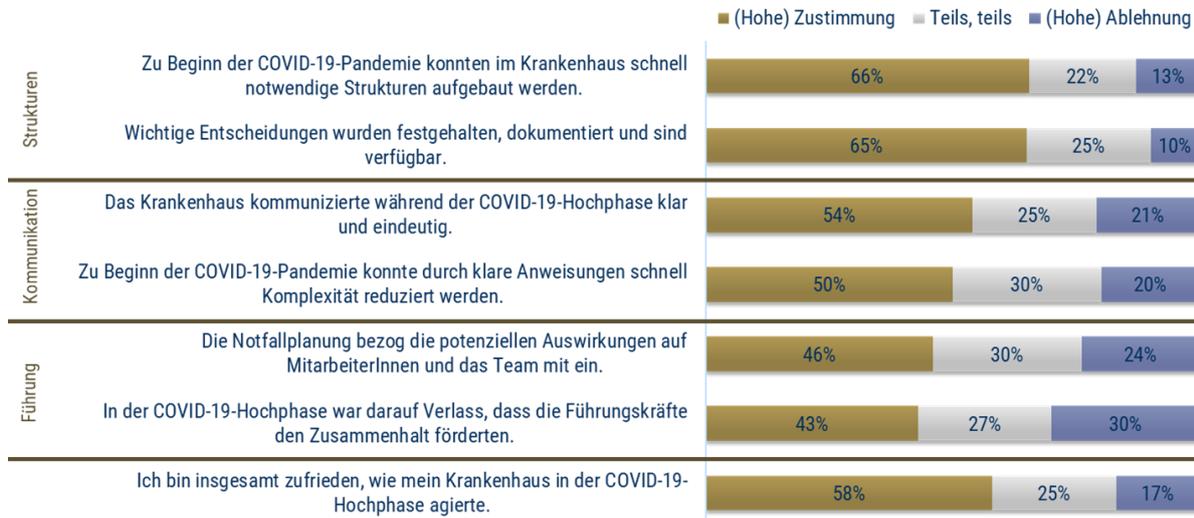


Abbildung 9: Strukturen, Kommunikation und Führung während der Hochphase

Schutzmaßnahmen/Ressourcen

Es bestand weitgehend ein hohes Zutrauen in das Krankenhaus, COVID-19-PatientInnen gut versorgen zu können, ohne dass sich MitarbeiterInnen anstecken (68%). Das heißt jedoch auch, dass 32% der Befragten kaum Vertrauen in die bestehenden Schutzmaßnahmen vor einer COVID-19-Infektion für das eigene Personal hatten (Abb. 10). Bei 32% der Befragten gab es zudem nicht ausreichend Personal, um den erhöhten Personalbedarf zu decken. Mit anderen Worten: 1/3 der Befragten erlebten Engpässe in der Personalbesetzung.

Wie hat sich COVID-19 in Bezug auf das Krankenhaus ausgewirkt?

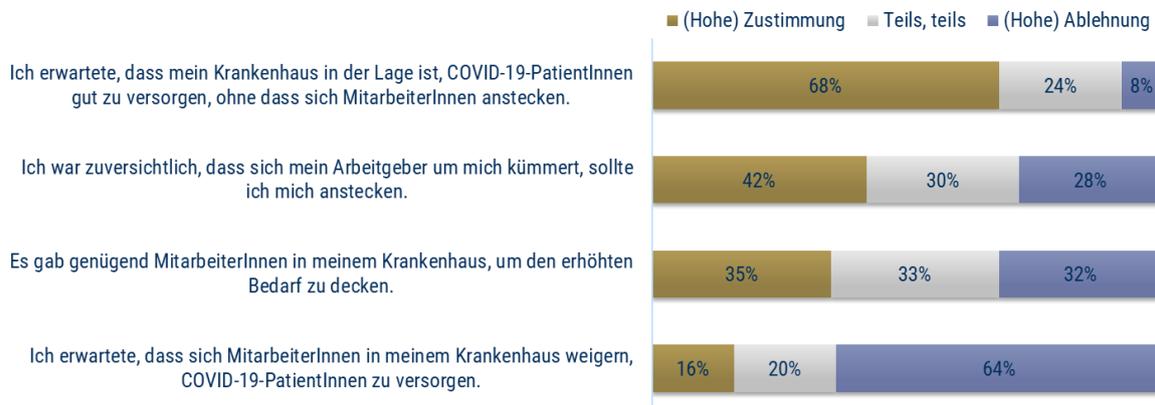


Abbildung 10: Schutzmaßnahmen und Ressourcen während der Hochphase

Wertschätzung

Die Wertschätzung seitens der Arbeitgeber und Öffentlichkeit wird unterschiedlich wahrgenommen (Abb. 11). 1/3 der Befragten fühlen sich in (hohem) Maße wertgeschätzt, 1/3 kaum und 1/3 nicht bzw. gar nicht – sowohl vom Arbeitgeber als auch der Öffentlichkeit.

Wie manifestiert sich Wertschätzung? Unsere Daten zeigen, dass sich KrankenhausmitarbeiterInnen wertgeschätzt fühlen, wenn es genügend MitarbeiterInnen gab, um den erhöhten Bedarf decken zu können ($r = .35, p < .001$), wichtige Entscheidungen festgehalten, dokumentiert und verfügbar gemacht wurden ($r = .38, p < .001$), das Krankenhaus klar und eindeutig kommuniziert hat ($r = .48, p < .001$), bei der Notfallplanung potenzielle Auswirkungen auf MitarbeiterInnen und das Team miteinbezogen wurden ($r = .45, p < .001$) und sie sich darauf verlassen konnten, dass sowohl die Führungskräfte den Zusammenhalt förderten ($r = .54, p < .001$) als auch sich der Arbeitgeber bei einer eigenen Infektion um die MitarbeiterInnen kümmern würden ($r = .51, p < .001$). 28% der Befragten sind jedoch wenig und 30% nur teilweise zuversichtlich, dass sich die Arbeitgeber bei einer eigenen Infektion um sie kümmern würden.



Abbildung 11: Wertschätzung in der ersten Hochphase

Erlebte Gerechtigkeit

Insgesamt gibt es eine große Zustimmung (57% (hohe) Zustimmung, 29% teils/teils) bei der Frage, ob die eingeführten Veränderungen bzw. Maßnahmen als gerecht empfunden wurden. Anders verhält es sich in Bezug auf Belohnungen: 71% der Befragten gaben an, keine faire Belohnung erhalten zu haben (Abb. 12). Auch die erlebte Gerechtigkeit trägt dazu bei, dass sich MitarbeiterInnen wertgeschätzt fühlen ($r = .41, p < .001$).

Erlebte Gerechtigkeit



Abbildung 12: Erlebte Gerechtigkeit am Arbeitsplatz Krankenhaus

Insgesamt lässt sich festhalten:

- Es bestand hohes Vertrauen in die Krankenhäuser, PatientInnen gut versorgen zu können.
- Wertschätzung durch den Arbeitgeber und Ressourcen für die eigene Arbeitsfähigkeit werden eher kritisch eingeschätzt.
- Die Kommunikation (Anweisungen, Informationsflüsse) werden als mittelmäßig bewertet.
- Kritisch bewertet wird zudem das Führungsverhalten, insbesondere mit Blick auf Förderung des Teamzusammenhalts und Mitarbeiterorientierung.
- Eingeführte Maßnahmen und Veränderungen im Krankenhaus werden überwiegend als gerecht wahrgenommen; Belohnungen wurden überwiegend als nicht fair erlebt.
- Ungefähr 1/3 der Befragten fühlte sich während der Pandemie durch die Öffentlichkeit wertgeschätzt.

4.2.4 Soziales Umfeld

Das enge soziale Umfeld (Familien, FreundInnen) stellt überwiegend eine wertvolle Ressource für KrankenhausmitarbeiterInnen dar (Abb. 13): Es ist für Sorgen und Ängste da (78%), zeigt Verständnis für die Arbeit (75%) und lässt die Befragten nicht allein (82%). Für 1/4 der Befragten sind diese Unterstützungspotentiale jedoch nicht so eindeutig: sie fühlen sich unter Druck gesetzt und mit Forderungen des sozialen Umfelds konfrontiert. Insbesondere die Sorgen des sozialen Umfelds um die eigene Person wurden als Belastung in hohem (20%) und mittlerem Maße (27%) wahrgenommen.

Wie haben Sie Ihr soziales Umfeld (Familie, FreundInnen, Bekannte) wahrgenommen? Während der COVID-19-Hochphase ...

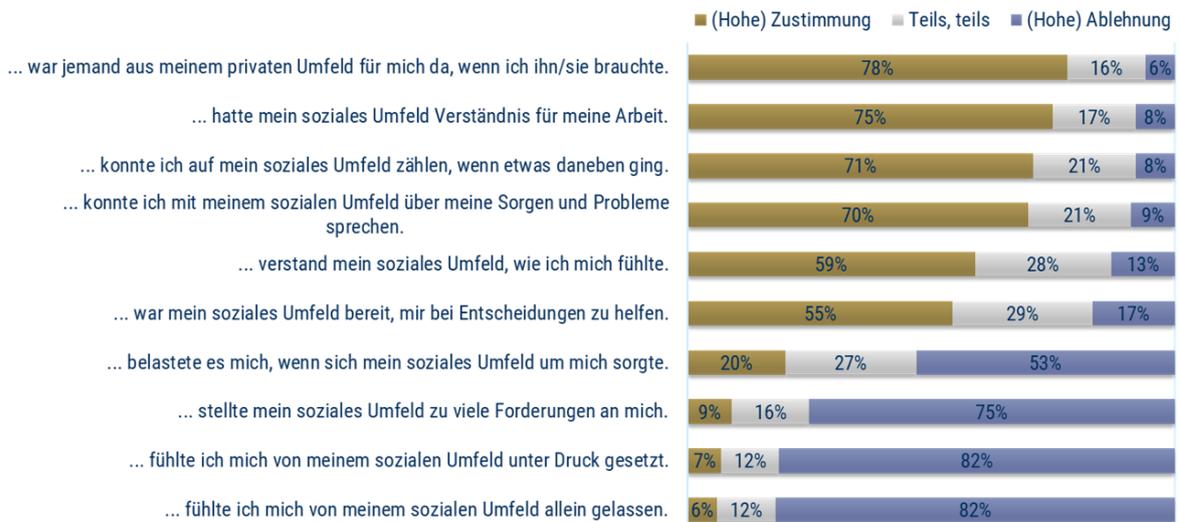


Abbildung 13: Wahrnehmung des eigenen sozialen Umfelds

Als MitarbeiterInnen in systemrelevanten Berufen sind KrankenhausmitarbeiterInnen während der Pandemie in besonderem Maße in das Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. Im Rahmen von anderen Forschungsarbeiten und Erfahrungsberichten von ProjektpartnerInnen innerhalb des E-KOS-Projekts wurde bereits auf Stigmatisierungen und Ausgrenzungen von KrankenhausmitarbeiterInnen in der Vergangenheit, z.B. bei Ebola-Verdachtsfällen, hingewiesen. Daher wurde nun in der Befragung danach gefragt, ob Diskriminierung und Stigmatisierung auch während der ersten Hochphase der COVID-19-Pandemie erlebt wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass 14% der Befragten aufgrund ihres Berufs unfair behandelt oder diskriminiert wurden. 44% der Befragten beantworteten die Frage, ob sie von anderen gemieden wurden, mit ja (Abb. 14). 17% wurden selbst von eigenen KollegInnen gemieden (vgl. Abb. 8).

48% haben Stigmatisierung erlebt:
34% wurden von Anderen gemieden,
4% wurden aufgrund ihres Jobs unfair behandelt oder diskriminiert,
 auf **10%** trifft beides zu.

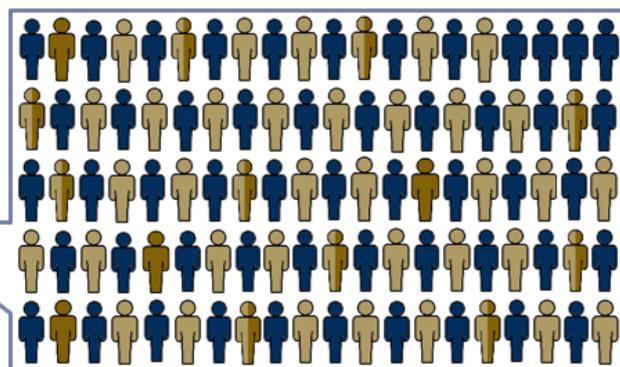


Abbildung 14: Wahrgenommene Stigmatisierungen¹¹

¹¹ Männchen-Icon Design von counloucon (Noun Project): <https://thenounproject.com/counloucon/> [zuletzt aufgerufen am 17.03.2021]

Zur Stigmatisierung und Diskriminierung wurden konkrete Erlebnisse aus dem weiteren und engeren privaten Umfeld in offenen Anmerkungen geschildert (z.B. mit Bezug auf die eigene Familie, auf NachbarInnen, Bekannte oder andere Eltern). So wird berichtet, dass beispielsweise NachbarInnen einen großen Bogen oder explizit einen größeren Abstand gehalten haben, KrankenhausmitarbeiterInnen zu mehr Rücksicht aufgefordert wurden (z.B. das Auto wegen Ansteckungsgefahr anders zu parken) oder ihr Verhalten sehr genau beobachtet wurde. Kinder wurden aufgrund des Krankenhausberufs ihrer Eltern gemieden oder im Kindergarten von anderen Kindern separiert; der soziale Kontakt kam teilweise zum Erliegen. Auch bei (kontaktlosen) Sportaktivitäten wurde das Trainieren nebeneinander abgelehnt.

Insgesamt lässt sich festhalten:

- Das soziale Umfeld spielte in der Bewältigung der Pandemie für KrankenhausmitarbeiterInnen eine wichtige Rolle.
- KrankenhausmitarbeiterInnen wurden in ihrem Umfeld gemieden (44%) und diskriminiert (14%).

4.3. Verhalten während der ersten Hochphase

Wie haben sich MitarbeiterInnen in Krankenhäusern in der ersten Hochphase verhalten? Wie sind die Befragten mit den Belastungen umgegangen? Wie wurde auf Team- und Organisationsebene zusammengearbeitet?

Die Befragten haben sich in sehr hohem Maße an die empfohlenen Maßnahmen und Pläne gehalten (89%) (Abb. 15). Die große Mehrheit hat sich proaktiv mit COVID-19 auseinandergesetzt (Coping). Coping, also Maßnahmen und Verhaltensweisen zur individuellen Stressbewältigung, beziehen sich entweder auf das Problem (problembezogenes Coping, z.B. neue Kompetenzen erwerben, Expertisen einholen) oder auf den eigenen emotionalen Umgang mit dem Stressor (emotionsbezogenes Coping, z.B. Entspannung, Ablenkung). So gaben die Befragten an, so viel wie möglich über COVID-19 zu lernen (59%), emotionale Unterstützung bei Freunden und Familie einzuholen (61%) und das Ansteckungsrisiko zu akzeptieren (60%) bzw. positiv zu denken (53%). Ablenkung (56%) und „nicht weiter über Risiken nachdenken“ (46%) sind ebenfalls häufig genutzte Coping-Strategien. Entspannungsübungen (Yoga, Meditation) wurden nur von 19% stark durchgeführt. Reaktive Strategien (z.B. Kündigung, sich krankmelden) wurden überwiegend (81-87%) abgelehnt und stellen damit kaum eine Option für die Befragten dar.

Wie sind Sie mit der COVID-19-Hochphase umgegangen?

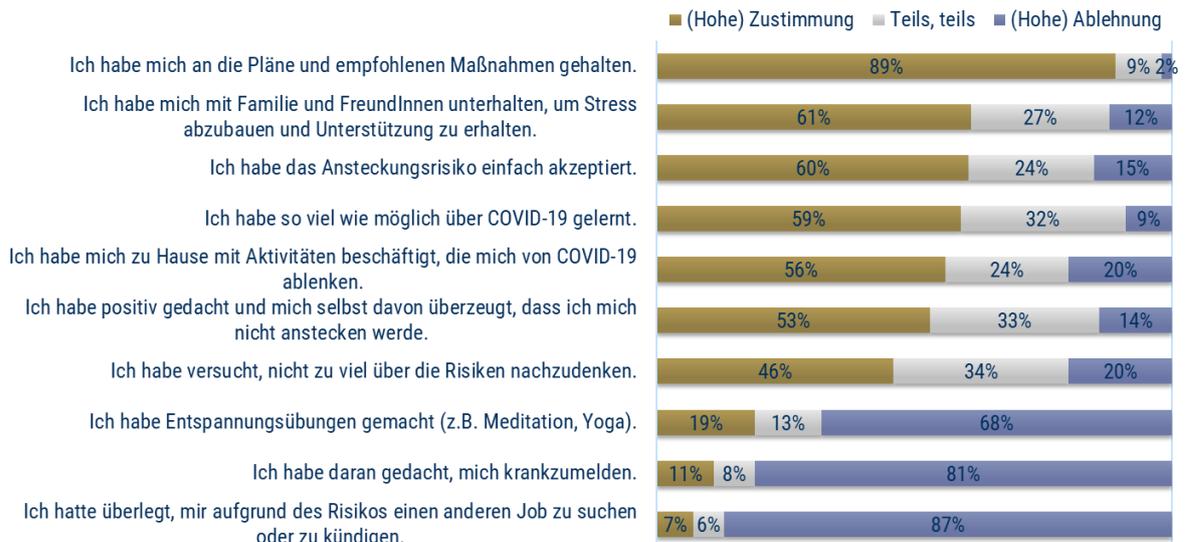


Abbildung 15: Eigener Umgang mit der ersten COVID-19-Hochphase

Vermeidung kann eine sinnvolle Coping-Strategie sein. So haben 41% in hohem Maße und 16% in mittlerem Maße die Kontaktzeiten mit COVID-19-PatientInnen verkürzt (Abb. 16); 28% haben zudem mehr oder weniger stark KollegInnen gemieden, die Kontakt zu COVID-19-PatientInnen hatten. Die Befragten lehnten es ab, während der Pandemie nicht zur Arbeit zu gehen (93%), anderen nicht von der eigenen Arbeit zu erzählen (76%) oder mit dem sozialen Umfeld nicht über Risiken zu reden (66%).

Ich habe es vermieden, ...

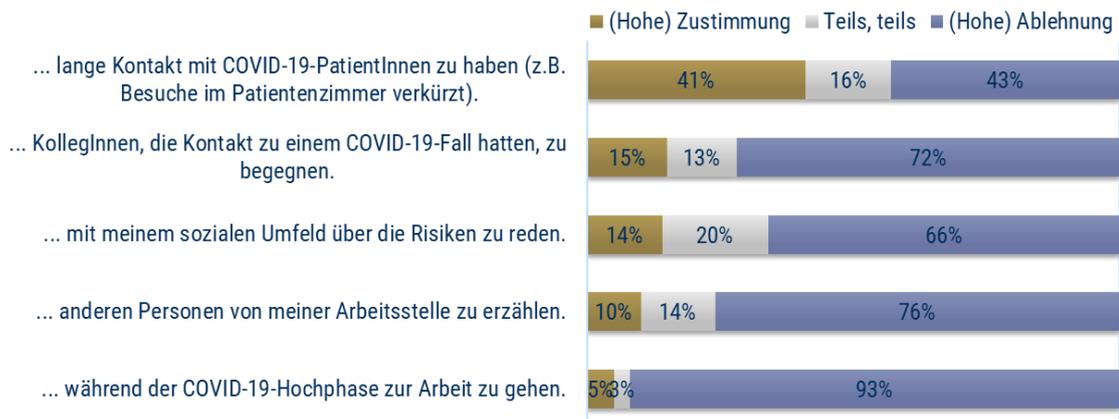


Abbildung 16: Vermeidungsstrategien im Umgang mit der ersten Hochphase

Insgesamt lässt sich festhalten:

- Es lag ein offener und proaktiver Umgang mit der Pandemie vor.
- Die Befragten zeigten eine hohe Lernbereitschaft über SARS-CoV-2.

- Das Einhalten von empfohlenen Plänen und Maßnahmen stellte einen wichtigen Umgang mit der Pandemie dar.
- Reaktives Verhalten und Vermeidungsstrategien wurden eher abgelehnt.

4.4. Belastungsfaktoren

Was waren besonders belastende Faktoren in der ersten COVID-19-Hochphase für KrankenhausmitarbeiterInnen? Es wurde danach gefragt, ob eine bestimmte Belastung vorlag und wie diese Belastung wahrgenommen wurde.

Die am häufigsten auftretenden und größten Belastungsfaktoren waren: die Sorge um die Ansteckung von nahestehenden Personen; gestresste/besorgte KollegInnen; das eigene Ansteckungsrisiko und die Sorge des eigenen, nahen sozialen Umfelds um die eigene Gesundheit (Abb. 17). Für einige Befragte bestand auch ein Konflikt zwischen Pflicht und eigener Sicherheit. Dass kleine Fehler oder Konzentrationsverlust zu erhöhtem Ansteckungsrisiko beitragen könnten, war für 12% hoch belastend, für 22% teils/teils belastend; für 25% nicht besorgniserregend; für 34% traf diese Belastung nicht zu. Die oben angesprochene Diskriminierung bzw. das Meiden der eigenen Person oder der Familie durch andere (bei 40-44% der Befragten) erlebten 21% bzw. 16% als belastend.

Es hat mich belastet, dass ...

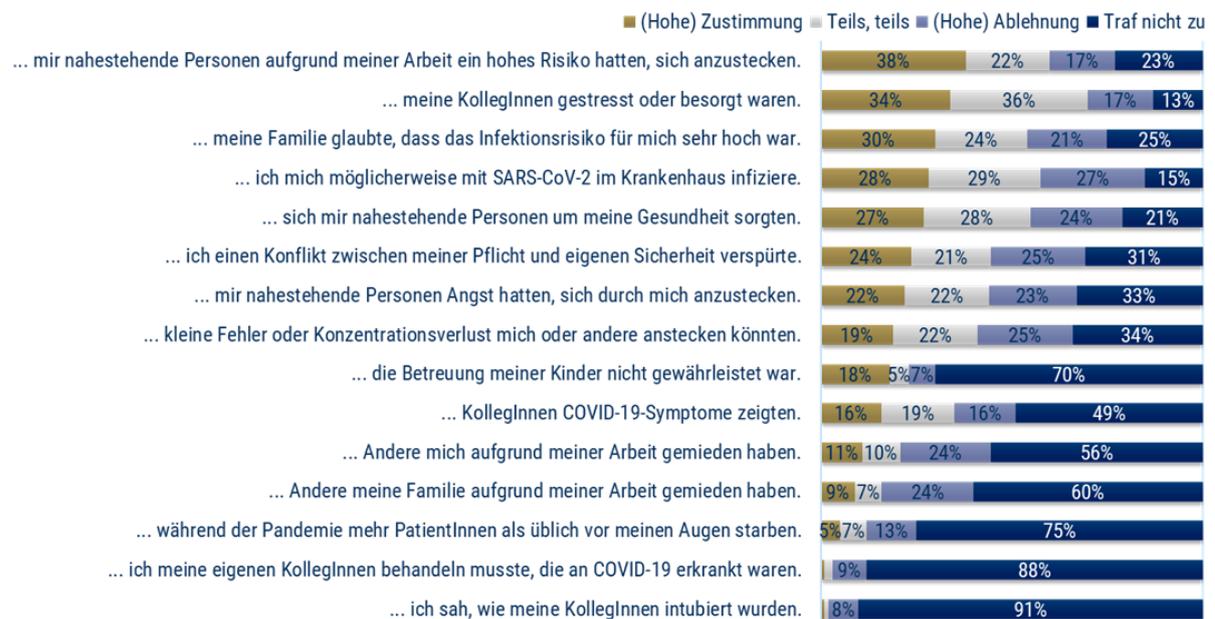


Abbildung 17: Belastungsfaktoren während der ersten Hochphase

Einige Belastungsfaktoren (die in anderen Befragungen im Umgang mit z.B. MERS-CoV als hoch eingestuft wurden (vgl. Khalid et al. 2016), wurden von den meisten Befragten (75% bis 91%) in der ersten Hochphase kaum erlebt, z.B. die Intubation und Behandlung von KollegInnen oder eine unüblich hohe Sterberate von PatientInnen. Das medizinische Personal (Pflegerdienst, ärztlicher Dienst, medizinischer

Support) gab an, dass bei 12% der Befragten KollegInnen intubiert wurden und 31% eine unüblich hohe Sterberate zu verkraften hatten.

Wenn bestimmte Ereignisse tatsächlich erlebt wurden, ändert sich das Bild über Belastungsfaktoren insgesamt und für alle Berufsgruppen (Abb. 18). Die größten Belastungsfaktoren sind dann die fehlende Kinderbetreuung, das Ansteckungsrisiko von Angehörigen, der Stress der KollegInnen – und das unabhängig von Geschlecht und Berufsgruppe, jedoch in Abhängigkeit vom Alter der Befragten. Die Belastung durch fehlende Kinderbetreuung ist für jüngere MitarbeiterInnen mit Verantwortung für andere natürlich höher als für ältere MitarbeiterInnen ohne Verantwortung.

Es hat mich belastet, dass ...



Abbildung 18: Top 5 Auftretende Belastungsfaktoren während der ersten Hochphase

Eine hohe Belastung insgesamt („Insgesamt habe ich mich in der COVID-19-Hochphase belastet gefühlt“) geht einher mit emotionaler und physischer Erschöpfung, Gefühl von Sorgen und Unsicherheit (alle Korrelationen $r > .50$, $p < .001$), erhöhtem Arbeitspensum und Überstunden, und einem niedrigen Vertrauen in die eigenen Kompetenzen (alle Korrelationen $r > .30$, $p < .001$). Die wahrgenommene Belastung korreliert auch in hohem Maße mit der Risikowahrnehmung ($r = .28 - .38$, $p < .001$). Mit anderen Worten: Belastung und Risikowahrnehmung bedingen sich gegenseitig, d.h. Befragte mit hoher Risikowahrnehmung fühlen sich auch stärker belastet bzw. stärker belastete Personen nehmen auch ein höheres Infektionsrisiko wahr.

Insgesamt lässt sich festhalten:

- Belastungen entstehen hauptsächlich durch Risiken und Pflichten (z.B. fehlende Betreuung der Kinder, Ansteckungsrisiko für Familienangehörige und für einen selbst) und durch Reaktionen des Umfelds (z.B. gestresste KollegInnen; Sorge von Angehörigen bzgl. eigener Gesundheit/des Infektionsrisikos). Dies trifft für Männer und Frauen gleichermaßen und auch unabhängig von den ausgeführten Tätigkeiten zu.
- Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Belastung und Risikowahrnehmung. Eine erhöhte Risikowahrnehmung geht einher mit einer höheren Wahrnehmung von Belastungen. Reduziert sich z.B. das wahrgenommene Risiko, reduziert sich auch die wahrgenommene Belastung.

4.5. Faktoren zur Reduktion von Belastungen

Was half den KrankenhausmitarbeiterInnen dabei, die Belastungen der ersten Hochphase zu reduzieren? Die folgenden Ergebnisse stellen einander gegenüber, auf wie viele Befragte eine Aussage zutraf und für wie viele von diesen Personen die Aussage bzw. der Sachverhalt wiederum entlastend wirkte.

In der Literatur werden die bereits oben erwähnten Coping-Strategien zur Reduktion von Belastungen beschrieben. Diese wurden in der Befragung um Items aus der Pandemieforschung und insbesondere aus dem Krankenhausbereich ergänzt. In der Analyse der Daten zur Stressreduktion konnten wir vier Faktoren identifizieren, die sich auf den mehr oder weniger effektiven Umgang mit den erlebten Belastungen beziehen: Individuelle Ebene (*Self-Care*), kollegiale und organisationale Ebene (*We-Care*), Öffentlichkeit und extrinsische Anreize.

Self-Care bezieht sich dabei auf Aktivitäten, die der physischen und psychischen Gesundheit, also dem eigenen Wohlbefinden dienlich sind (Schlaf, Ernährung, Sport und Glaube) und beinhaltet zudem die Versorgung des eigenen sozialen Umfelds. *We-Care* bezieht sich auf Aktivitäten und Maßnahmen, die Sicherheit und Entlastung auf kollektiver Ebene schaffen (kollegiale und organisationale Unterstützung, geteilter Witz und Humor, Vertrauen in das Krankenhauspersonal, ausreichend Schutzkleidung, klare Richtlinien zur Infektionsprävention).

Die Wirkung der Öffentlichkeit (Solidaritätsbekundungen und Medienberichte) sowie die Wirkung extrinsischer Anreize als Zeichen der Wertschätzung (kostenloses Essen und Prämien) wurden als ergänzende Elemente zur möglichen Stressreduktion in der ersten Hochphase aufgenommen.

In einem ersten Schritt wurde betrachtet, ob eine Maßnahme überhaupt von Relevanz war und zutraf (Abb. 19). Im Ergebnis¹² zeigt sich, dass im Bereich *We-Care* von ca. 1/3 der Befragten weder ausreichend Schutzkleidung (31%) noch hinreichend Unterstützung durch den Arbeitgeber bei Erkrankung (36%) erlebt wurden. Bei 11% der Befragten wurden keine klaren Richtlinien vom Krankenhaus kommuniziert. Inwieweit im Bereich *Self-Care* eine Maßnahme angewendet wurde oder nicht, kann sowohl eine generelle individuelle Entscheidung sein oder bedeuten, dass diese Aktivitäten aufgrund von Zeitmangel und zu hoher Belastung während der Hochphase nicht ausgeführt werden konnten. So geben 64% der Befragten an, dass Spiritualität und/oder Religion für sie nicht relevant sei. 42% der Befragten haben oder konnten nicht regelmäßig Sport treiben. Knapp 1/4 der Befragten haben oder konnten sich nicht gesund und ausgewogen ernähren oder ausreichend Schlaf finden.

Mit Blick auf öffentliche Wertschätzung nahmen gut 1/4 keine Solidaritätsbekundungen wahr; 13% schienen die Medienberichterstattung nicht verfolgt zu haben. 80% der Befragten erhielten keine finanziellen Ausgleichszahlungen; für 63% der Befragten stand Essen nicht kostenlos zu Verfügung.

¹² Es bestand kein signifikanter relevanter Unterschied ($\eta^2 < .06$) in Bezug auf Geschlecht, Alter und Berufsgruppen.

Zur Reduzierung der Belastungen half es mir, dass ...



Abbildung 19: Entlastungsfaktoren während der ersten Hochphase

Betrachtet man in einem zweiten Schritt, ob die zutreffenden Elemente halfen, Belastungen zu reduzieren, so zeigt sich die stärkste Zustimmung im Bereich *We-Care* auf der Teamebene (Abb. 20): Unterstützung, Humor und Vertrauen finden die höchste Zustimmung (56-65%), um Belastungen zu reduzieren. Darüber hinaus wird die Kommunikation klarer Richtlinien (60% Zustimmung) auf Organisationsebene als starker Entlastungsfaktor wahrgenommen.

Zur Reduzierung der Belastungen half es mir, dass ...

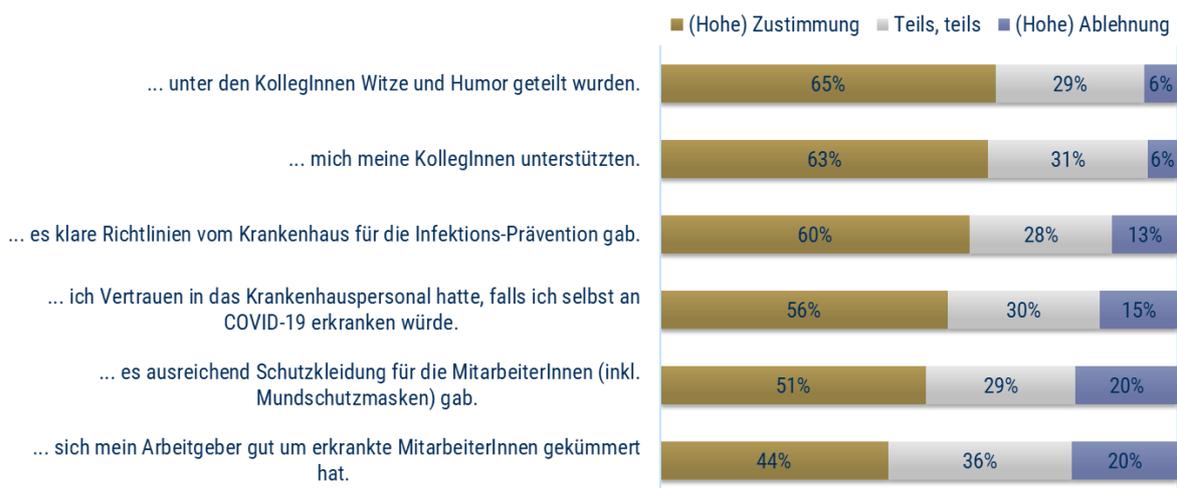


Abbildung 20: We-Care Entlastungsfaktoren

Maßnahmen der *Self-Care* (Abb. 21) werden ebenfalls überwiegend als belastungsreduzierend wahrgenommen, jedoch mit geringeren Zustimmungswerten (38-54% Zustimmung) als im *We-Care*-Bereich. Regelmäßiger Sport half bei 54%, ausreichend Schlaf bei 52% und eine gesunde Ernährung bei 45% der Befragten, um Belastungen hinreichend reduzieren zu können. Der größte Entlastungsfaktor war die gute Versorgung oder Betreuung von Familienangehörigen und Freunden (68%). Diese Ergebnisse heben die Wichtigkeit der Versorgung des sozialen Umfeldes im Pandemiegeschehen hervor und unterlegen die Bedeutung von körperlicher Aktivität und ausreichenden Ruhezeiten im Umgang mit den Belastungen.

Zur Reduzierung der Belastungen half es mir, dass ...

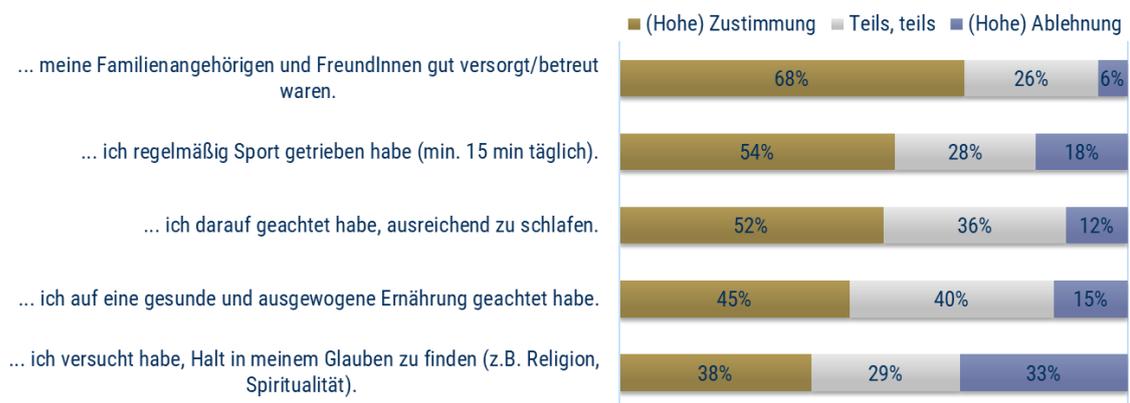


Abbildung 21: *Self-Care* Entlastungsfaktoren

Solidaritätsbekundungen halfen KrankenhausmitarbeiterInnen weniger, Belastungen zu reduzieren (68%; Abb. 22). In den offenen Anmerkungen wird das „Klatschen“ eher als Hohn bezeichnet denn als Anerkennung und Wertschätzung – wahrscheinlich, weil es nur als kurzzeitiges Phänomen erlebt wurde. Auch die mediale Berichterstattung bzw. Aufmerksamkeit trägt nicht dazu bei (50%), Belastungen reduzieren zu können. Finanzielle Ausgleichszahlungen (24%) und kostenlos zur Verfügung gestelltes Essen (35%) können zumindest für einen Teil der Befragten Belastungen reduzieren.

Zur Reduzierung der Belastungen half es mir, dass ...



Abbildung 22: Entlastungsfaktoren der Öffentlichkeit und extrinsische Anreize

Insgesamt lässt sich festhalten:

- Eine gute Betreuung und Versorgung von Angehörigen (soziales Umfeld) ist der am stärksten entlastende Faktor.
- Teamfaktoren wie Vertrauen, gegenseitige Unterstützung und Humor entlasten ebenfalls in hohem Maße. Auf der Organisationsebene reduziert die Kommunikation in Form von klaren Regeln und Richtlinien Belastungen.
- Individuelle Coping Strategien tragen weniger als die Teamfaktoren zur Entlastung bei; darunter stellen sportliche Aktivität und ausreichend Schlaf jedoch die wichtigsten belastungsreduzierenden Maßnahmen dar.
- Berichterstattung durch die Medien sowie Solidaritätsbekundungen der Bevölkerung werden am wenigsten entlastend wahrgenommen.

4.6. Veränderungen durch COVID-19

Welche Veränderungen haben sich während der Pandemie für KrankenhausmitarbeiterInnen ergeben?

Strukturelle Veränderungen: Arbeitsabläufe und Rollen

Die Pandemie hat zu Veränderungen des Arbeitsalltags und der Abläufe in den Krankenhäusern geführt. Insbesondere wurden die Kapazitäten auf den Intensivstationen, Sonderisolerstationen, der Infektiologie und in der Notaufnahme erhöht. Zusätzlich waren 9% der Befragten Teil des Krisenstabes. Insgesamt mussten 33% der Befragten andere, neue Aufgaben oder Rollen übernehmen oder das Team wechseln. Genauer haben 19% der Befragten zeitweise in einem neuen Team gearbeitet und 11% eine andere Rolle eingenommen, 3% der Befragten haben sowohl Team als auch Rolle gewechselt (Abb. 23). Eine Einweisung in die neue Rolle oder in das neue Team haben davon nur jeweils etwa die Hälfte der Befragten erhalten (50% haben eine Einweisung in die Arbeit in einem anderen Team/einer anderen Abteilung erhalten; 40% haben eine Einweisung in eine andere Rolle erhalten).

33% haben strukturelle Veränderungen erlebt:

19% haben zeitweise in einem anderen Team/einer anderen Abteilung gearbeitet,
11% haben eine andere Rolle im Team/Krankenhaus eingenommen,
auf **3%** trifft beides zu.

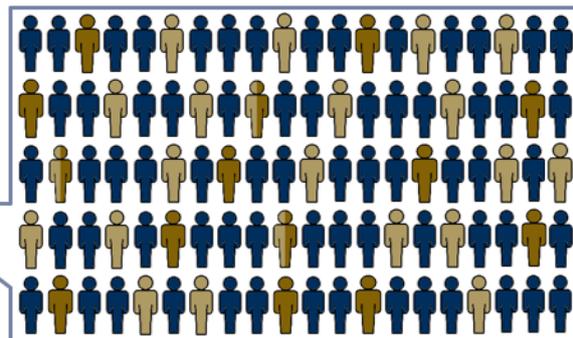


Abbildung 23: Strukturelle Veränderungen während der ersten Hochphase¹³

¹³ Männchen-Icon Design von counloucon (Noun Project): <https://thenounproject.com/counloucon/>

Aus den offenen Anmerkungen der Befragung geht hervor, dass für einige KrankenhausmitarbeiterInnen Homeoffice eingeführt wurde. Die Antworten und Reaktionen diesbezüglich waren durchaus heterogen. Sie beziehen sich einerseits darauf, dass Homeoffice als großer Entlastungsfaktor wahrgenommen wurde, da so Infektionsschutz und ggf. Kinderbetreuung ermöglicht wurden. Andererseits konnten durch das Arbeiten über Distanz Abstimmungsschwierigkeiten mit KollegInnen auftreten; auch der persönliche Kontakt mit KollegInnen war dadurch reduziert. Für manche MitarbeiterInnen (z.B. Kommunikationsverantwortliche) war es berufsbedingt zudem schwieriger aus dem Homeoffice zu arbeiten, da so z.B. die Stimmung vor Ort nicht eingefangen werden konnte. Zudem wurde es von den Befragten kritisch gesehen, wenn Führungskräfte durch Homeoffice nicht sichtbar und verfügbar waren, sondern nur anwesend waren, wenn z.B. Presse im Haus war.

Allgemeine Veränderungsprozesse

Neben den strukturellen Veränderungen wurde auch ein Fokus auf prozessbezogene Veränderungen gelegt. Auf der **individuellen Ebene** wurden Verbesserungen am häufigsten (47%) in Bezug auf die eigenen fachlichen Fähigkeiten und Kompetenzen im Laufe der Pandemie gesehen (Abb. 24). Nur 2% nahmen hier eine Verschlechterung wahr. Der eigene Gesundheitszustand und das eigene Wohlbefinden sowie Spaß an der Arbeit verschlechterten sich bei je 26% der Befragten, die Work-Life-Balance sogar bei 36%. Damit stellt die Pandemie zwar einen Kompetenzgewinn für die Befragten dar, der aber auch seinen Preis fordert.

In Bezug auf das **Team** wurden ebenfalls Verbesserungen bei den fachlichen Fähigkeiten und Kompetenzen (35%) gesehen. Die häufigste Verschlechterung war mit nur 9% bei Zusammenarbeit und Zusammenhalt im Team zu sehen, wobei 29% hier eine Verbesserung wahrgenommen haben. Insgesamt wurden alle Aspekte der Team-Ebene häufiger als verbessert (21 bis 35%) wahrgenommen und deutlich seltener als verschlechtert (4 bis 9%).

Kompetenzen konnten auch auf der **organisationalen Ebene** verbessert werden: 38% der Befragten gaben an, dass sich das Ressourcenbewusstsein und die Kompetenz des Krankenhauses verbessert haben. Sowohl die Klarheit und Wertschätzung in der Kommunikation (25% Verbesserung, 23% Verschlechterung), als auch die Arbeitsatmosphäre und die Zusammenarbeit im Krankenhaus (21% Verbesserung und 21% Verschlechterung) sowie die Beziehung zu Führungskräften/ChefärztInnen (18% Verbesserung, 16% Verschlechterung) wurden von annähernd gleich vielen Befragten als entweder verbessert oder verschlechtert wahrgenommen.

Im Bereich des eigenen **sozialen Umfelds** hat sich für 26% der Befragten die Anerkennung von Familie und Freunden verbessert, nur 3% nahmen hier eine Verschlechterung wahr. Auch die Unterstützung von Familie und Freunden hat sich häufiger verbessert (21%) als verschlechtert (5%). Die generelle Beziehung zum sozialen Umfeld hat sich in Bezug auf das enge Umfeld für 17% verbessert und bei 16% verschlechtert. Zum weiteren Umfeld hingegen gab es nur bei 10% eine Verbesserung, aber bei 23% eine Verschlechterung.

Was hat sich im Vergleich zu VOR der Pandemie in Bezug auf Sie selbst, Ihr Team, die Arbeit im Krankenhaus und Ihr soziales Umfeld verändert?



Abbildung 24: Veränderungen während und nach der ersten Hochphase

Damit zeigt sich (Abb. 25), dass alle Ebenen von positiven und negativen Veränderungen betroffen sind, teils in gleich starken Polarisierungen. Auf der individuellen Ebene stehen sich ein Gewinn an fachlichen Kompetenzen und eine verschlechterte Work-Life-Balance gegenüber. Auf Krankenhaus-ebene zeigen sich positive Veränderungen bzgl. eines verbesserten Ressourcenbewusstseins und Verschlechterungen in der Klarheit und Wertschätzung der Kommunikation des Krankenhauses. Beziehungen zum engen sozialen Umfeld haben sich überwiegend verbessert, während sich die Beziehungen zum weiteren sozialen Umfeld eher verschlechtert haben. Allein auf der Teamebene überwiegen die positiven Effekte (fachliche Fähigkeiten und Kompetenzen im Team) im Vergleich zu einer nur selten verschlechterten Zusammenarbeit im Team.

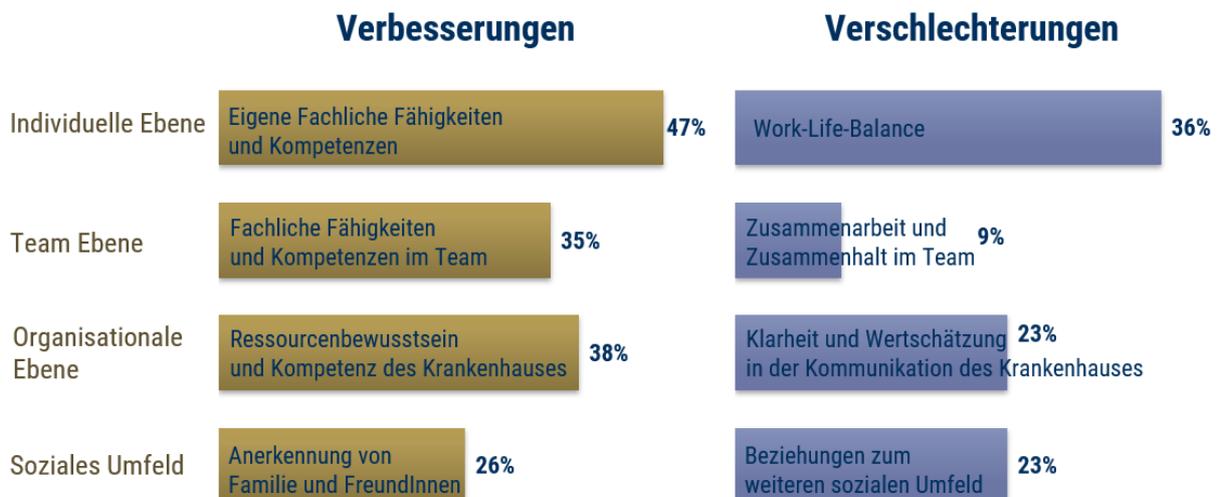


Abbildung 25: Stärkste Veränderungen auf den vier Ebenen

Insgesamt lässt sich festhalten:

- Die erste Hochphase forderte einen hohen strukturellen Anpassungsbedarf und für gut 1/3 der Befragten eine Veränderung in Arbeitsaufgaben und -prozessen.
- Positive Veränderungen werden in der Aneignung von Kompetenzen auf individueller, Team- und Krankensebene wahrgenommen.
- Individuelle Aspekte (Work-Life-Balance, Spaß an der Arbeit, eigener Gesundheitszustand und Wohlbefinden) haben sich für ca. 25-35% der Befragten eher verschlechtert.
- Die Beziehungen zum sozialen Umfeld haben sich für 1/3 der Befragten verändert: das enge soziale Umfeld zeigt mehr Anerkennung, während sich Beziehungen zum weiteren sozialen Umfeld verschlechtert haben.

4.7. Lernerfahrungen aus der ersten Hochphase und Ausblick

Zuversicht der Befragten

Wie schätzen KrankenhausmitarbeiterInnen den weiteren Verlauf der Pandemie ein? Schauen Sie zuversichtlich in die Zukunft?

Die Befragten zeigten sich überwiegend zuversichtlich, dass sie selbst (69%), ihr Team (71%), das Krankenhaus (66%) und auch ihr privates Umfeld (62%) die Pandemie gut bewältigen können. Dem eigenen Team und sich selbst wird dies stärker als dem Krankenhaus insgesamt und dem privaten Umfeld zugeordnet. 44% der Befragten stimmten allen vier Aussagen zu (Abb. 26).

Wie schätzen Sie den Umgang mit COVID-19 zukünftig ein?



Abbildung 26: Zukünftiger Umgang mit COVID-19 auf den Ebenen Individuum, Team, Organisation und soziales Umfeld

Lernerfahrungen durch die Pandemie

Kritische Ereignisse, Krisen und eben eine Pandemie wie durch COVID-19 ausgelöst können auch Lernchancen mit sich bringen. Am Ende der Befragung wurde der Fokus daher stärker auf die Erfahrungen aus der ersten Hochphase gelegt und eine offene Frage nach konkreten Lernerfahrungen gestellt. Welche Erfahrungen haben KrankenhausmitarbeiterInnen für sich aus der ersten Hochphase

mitgenommen? Diese zusätzlichen Einblicke in das Erleben der Befragten konnten in Clustern zusammengefasst werden (Abb. 27)¹⁴.

Die Antworten bezogen sich sowohl auf die vier Ebenen **Individuum, Team, Organisation & Führung** sowie das **soziale Umfeld** als auch zusätzlich auf das Themenfeld **Politik/Medien/Öffentlichkeit**. Als zentrale, übergreifende Themenfelder kristallisierten sich zwei Aspekte heraus: **Wertschätzung und Kommunikation**. Für jede Ebene bzw. für jedes Themenfeld wurden die wichtigsten genannten Aspekte in der Grafik ergänzt (z.B. individuelle Ebene: eigene Sicherheit, Wohlbefinden und Ängste).

Die Zusammenhänge der Grafik sollen hier in knapper Form skizziert werden¹⁵:

- Informationen zu Arbeitsabläufen sowie Entscheidungen werden von der **Organisations- bzw. Management- und Führungsebene** an KrankenhausmitarbeiterInnen bzw. die Teams herangetragen. Die Sichtbarkeit der Führungskräfte kann ein Zeichen der Wertschätzung sein, auch während der Krise eng an der Seite des Personals zu stehen. Letztlich konstituiert sich Vertrauen in die Führungskräfte durch (wertschätzende) Kommunikation.
- Durch Kommunikation seitens der Organisations- und Führungsebene können auf **individueller Ebene** Ängste und Unsicherheiten adressiert werden. Sowohl materielle als auch immaterielle Wertschätzung zielt auf das Wohlbefinden und die Arbeitsmotivation der MitarbeiterInnen.
- Kommunikation und Wertschätzung sind ebenfalls essentiell, um eine gute Zusammenarbeit innerhalb des **Teams** und abteilungsübergreifend zu gewährleisten, sowie den Teamzusammenhalt zu stärken.
- Letztlich spielen **Politik und Medien** eine wesentliche Rolle, um aktuelle Informationen zur Verfügung zu stellen, die von Krankenhäusern aufgegriffen und intern weitergegeben werden (können). Politik und Medien wirken so zudem auf die Informiertheit der allgemeinen **Öffentlichkeit**.
- Die öffentliche Bevölkerung ist gleichzeitig Teil des **sozialen Umfelds** der KrankenhausmitarbeiterInnen, die aufgrund der jeweiligen Informationslage Meidungs- bzw. Stigmatisierungsverhalten zeigen kann.
- Zeichen der Wertschätzung aus der Bevölkerung (z.B. Klatschen am Fenster für Krankenhauspersonal) beeinflussen wiederum das Wohlbefinden von KrankenhausmitarbeiterInnen auf der **individuellen Ebene**.
- Die Gewinnorientierung von Krankenhäusern (resultierend in Arbeitsverdichtung und Personalknappheit) wirkt sich eher negativ auf das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen aus und kann als Mangel an Wertschätzung wahrgenommen werden.

¹⁴ Wir danken Mariem Nabli und Ksenia Volskaya für die Sichtung und erste Analyse der offenen Anmerkungen.

¹⁵ Hinweise: Diese offenen Antworten wurden nicht systematisch nach Häufigkeit ausgewertet, sondern die Analyse erfolgte durch einen hermeneutischen Zugang. Es handelt sich bei der Ausführung daher um eine grobe Darstellung der Themen sowie Kernaussagen der Cluster. Die Cluster können sich inhaltlich überschneiden, eine Trennschärfe ist nicht vollständig gegeben. Die dargestellten Ergebnisse sind als Ausschnitte zu verstehen und erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität. Zusätzlich sei darauf hingewiesen, dass offene Anmerkungen z.B. dem „Negativity Bias“ unterliegen können und folglich durch überwiegend negativ wahrgenommene Aspekte verzerrt sein können (Poncheri et al. 2008: 616).



Abbildung 27: Cluster der offenen Anmerkungen zu Lernerfahrungen

Insgesamt lässt sich festhalten:

- KrankenhausmitarbeiterInnen blicken überwiegend zuversichtlich in den weiteren Pandemie-verlauf.
- Teamzusammenhalt ist eine wichtige Ressource während der Pandemie.
- In den offenen Anmerkungen wurden insbesondere zwei weitere Themen ergänzend zum Fra-gebogen geschildert:
 - Als kritische Punkte werden die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie, die Gewinnori-entierung der Krankenhäuser und der Umgang der Politik mit der Pandemie genannt.
 - Wenig Zuversicht besteht dahingehend, inwieweit sich an der materiellen und immat-erziellen Wertschätzung (langfristig) etwas ändert (insbesondere Lohnerhöhung für Krankenhauspersonal, Anerkennung als systemrelevante Berufe).

5. Zusammenfassung und Implikationen

Abschließend sollen die zentralen Ergebnisse dieser Studie festgehalten werden. Das hier zugrunde gelegte Modell der verschiedenen Ebenen (Individuum, Team, Organisation, soziales Umfeld, externe Akteure) zur Beschreibung des Erlebens und Verhaltens von KrankenhausmitarbeiterInnen heranzuziehen, bietet eine Orientierung für die Implementierung ganzheitlicher Unterstützungsmaßnahmen für KrankenhausmitarbeiterInnen im Rahmen der COVID-19-Pandemie und ähnlicher Situationen.

Im Ergebnis sind Kommunikation und Wertschätzung dabei zwei zentrale Themen, die sich in ihrer Bedeutung durch das Pandemieerleben von KrankenhausmitarbeiterInnen ziehen.

- **Kommunikation** bezieht sich auf Informationen und Lernangebote sowie klare Richtlinien und Handlungsempfehlungen – sie werden befolgt und reduzieren das wahrgenommene Risiko, die wahrgenommenen Belastungen und den wahrgenommenen Stress. Die interne Kommunikation und ein ausreichender Informationsfluss in Krankenhäusern gewinnen damit stark an Bedeutung. Good Practices sind hier z.B. Podcasts (von Führungskräften oder dem Krisenstab).
- **Wertschätzung** bezieht sich auf die Anerkennung und das „Wahrgenommen werden“ seitens der Arbeitgeber und der Öffentlichkeit. Maßnahmen, die zur Erhöhung von Belastungen beitragen (z.B. wahrgenommene Personalengpässe), reduzieren die wahrgenommene Wertschätzung. Wenn sich Arbeitgeber kümmern (z.B. ausreichend Schutzkleidung, sichtbare Führungskräfte), wird dies als Wertschätzung erlebt. Auch Solidaritätsbekundungen in der Öffentlichkeit können als wertschätzend wahrgenommen werden.

Im Folgenden werden die weiteren Ergebnisse pro Ebene anhand der im Bericht evaluierten Themenfelder festgehalten. Ein **Fazit** und **mögliche Handlungsempfehlungen** runden die Erkenntnisse pro Ebene ab. Auch hier greifen die Erkenntnisse pro Ebene ineinander, sodass diese nicht als trennscharf betrachtet werden sollen. Die Übersicht dient als Angebot für Verantwortliche in Krankenhäusern, die Situation vor Ort z.B. in Fokusgruppenworkshops mit beteiligten Akteuren zu evaluieren, Handlungsbedarfe zu identifizieren und passfähige Maßnahmen im jeweiligen Kontext zu entwickeln und umzusetzen.

Individuelle Ebene

Themenfelder	Ergebnisse
Risikowahrnehmung und Ansteckungsrisiko	<ul style="list-style-type: none">• Dreh- und Angelpunkt ist das Ansteckungsrisiko, sowohl hinsichtlich der eigenen Person als auch das Risiko der Ansteckung für Familienangehörige und KollegInnen.• Die Wahrnehmung des Infektionsrisikos bzgl. der eigenen Person und des Teams wird über die Zeit hinweg von den Befragten als relativ stabil wahrgenommen – es gibt keine Unterschiede bzw. signifikanten Schwankungen zwischen der ersten Hochphase und der Zwischenphase.• Das wahrgenommene Ansteckungsrisiko konstituiert sich hauptsächlich sowohl über das als hoch eingestufte Expositionsrisiko, als auch die Angst vor Ansteckung und eine unzureichende Kontrolle einer möglichen Ansteckung.• Insgesamt wird das Infektionsrisiko für das Team höher eingestuft als für die eigene Person.

Kompetenzerleben und Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die eigene fachliche Kompetenz im Umgang mit der Pandemie wurde als gut bis sehr gut erlebt. • Für viele Befragte führte die COVID-19-Pandemie zu einem deutlich erhöhten Arbeitspensum und einem Gefühl der Erschöpfung.
Verhalten während der Pandemie	<ul style="list-style-type: none"> • Es lag ein offener und proaktiver Umgang mit der Pandemie vor. • Die Befragten zeigten eine hohe Lernbereitschaft über SARS-CoV-2. • Das Einhalten von empfohlenen Plänen und Maßnahmen stellte einen wichtigen Umgang mit der Pandemie dar. • Reaktives Verhalten und Vermeidungsstrategien wurden eher abgelehnt.
Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungen entstehen hauptsächlich durch Risiken und Pflichten (z.B. fehlende Betreuung der Kinder, Ansteckungsrisiko für Familienangehörige und für einen selbst) • und durch Reaktionen des Umfelds (z.B. gestresste KollegInnen; Sorge von Angehörigen bzgl. eigener Gesundheit/des Infektionsrisikos). Dies trifft für Männer und Frauen gleichermaßen und auch unabhängig von den ausgeführten Tätigkeiten zu. • Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Belastung und Risikowahrnehmung. Eine erhöhte Risikowahrnehmung geht einher mit einer höheren Wahrnehmung von Belastungen. Reduziert sich z.B. das wahrgenommene Risiko, reduziert sich auch die wahrgenommene Belastung.
Belastungsreduzierende Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Coping Strategien tragen weniger als die Teamfaktoren zur Entlastung bei; darunter stellen sportliche Aktivität und ausreichend Schlaf jedoch die wichtigsten belastungsreduzierenden Maßnahmen dar.
Veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Aspekte (Work-Life-Balance, Spaß an der Arbeit, eigener Gesundheitszustand und Wohlbefinden) haben sich für ca. 25-35% der Befragten eher verschlechtert. • Positive Veränderungen werden in der Aneignung von Kompetenzen wahrgenommen.
Lernerfahrungen und Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> • KrankenhausmitarbeiterInnen blicken überwiegend zuversichtlich in den weiteren Pandemieverlauf.

Fazit:

Für Befragte, die sich eine korrekte Umsetzung der Schutzmaßnahmen zutrauten, reduzierte sich das wahrgenommene Expositionsrisiko, sie schätzen die Kontrolle über Ansteckung höher ein und hatten weniger Angst vor Ansteckung. Es zeigt sich, dass Trainingsmaßnahmen nicht nur das eigene Kompetenzerleben erhöhen, sondern darüber hinaus auch das wahrgenommene Expositionsrisiko reduzieren.

Die Pandemie ging für ca. 1/4 der KrankenhausmitarbeiterInnen mit Verschlechterungen im eigenen Gesundheitszustand und Wohlbefinden sowie in der Work-Life-Balance einher. Insgesamt war die *Self-*

Care geringer ausgeprägt als die *We-Care*. So bleibt die Frage offen, ob Zeit und Angebote für Sport, Entspannungsübungen sowie ausreichend Schlaf zur Verfügung standen.

Mögliche Handlungsempfehlungen:

- Durch Informationen und Lernangebote können fachliche Fähigkeiten und Kompetenzen weiterentwickelt werden; dabei sind insbesondere Trainingsmaßnahmen im korrekten Anlegen der Schutzkleidung und für die Einhaltung der Schutzmaßnahmen erforderlich und hilfreich.
- Zukünftige Maßnahmen könnten darauf zielen, die *Self-Care* zu erhöhen, da hier Potentiale zur Belastungsreduzierung gesehen werden.

Teamebene

Themenfelder	Ergebnisse
Risikowahrnehmung und Ansteckungsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt wird das Infektionsrisiko für das Team höher eingestuft als für die eigene Person.
Kompetenzerleben und Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Es besteht ein hohes Vertrauen in die Kompetenzen des Teams. • Die Zusammenarbeit und der Zusammenhalt auf Teamebene werden als sehr positiv erlebt. • Jedoch wird auch Meidungsverhalten von KollegInnen bzgl. PatientInnen oder der eigenen Person wahrgenommen, wobei dieses nicht das mehrheitliche Verhalten darstellt.
Belastungsreduzierende Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Teamfaktoren wie Vertrauen, gegenseitige Unterstützung und Humor entlasten in hohem Maße.
Veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Auf der Teamebene überwiegen die positiven Effekte (fachliche Fähigkeiten und Kompetenzen im Team) im Vergleich zu einer nur selten verschlechterten Zusammenarbeit im Team. • Positive Veränderungen werden in der Aneignung von Kompetenzen auf Teamebene wahrgenommen.
Lernerfahrungen und Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> • Teamzusammenhalt ist eine wichtige Ressource während der Pandemie. • Es besteht eine große Zuversicht, dass das Team die Pandemie gut bewältigen wird.

Fazit:

Die Teamebene ist zentraler Dreh- und Angelpunkt in Krankenhäusern. Das Team und die KollegInnen federn Stress und Belastungen, insbesondere auch private Belastungen, ab. In der Pandemie unterstützt das Team die einzelnen Mitglieder in hohem Maße. Wer selbst Verantwortung für andere/Kinder hat, kann Belastungen aus dem sozialen Umfeld durch Rückhalt im Team reduzieren.

Mögliche Handlungsempfehlungen:

- Teamzusammenhalt stärken (Vertrauen, gegenseitige Unterstützung und Humor sind dabei zentrale Faktoren)
- (gut funktionierende) Teams sollten, insbesondere in Krisensituationen, möglichst zusammenbleiben dürfen

Organisationsebene

Themenfelder	Ergebnisse
Erleben der Handlungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none">• Es bestand hohes Vertrauen in die Krankenhäuser, PatientInnen gut versorgen zu können.• Wertschätzung durch den Arbeitgeber und Ressourcen für die eigene Arbeitsfähigkeit werden eher kritisch eingeschätzt. Insbesondere erlebten 1/3 der Befragten Personalengpässe.• Die Kommunikation (Anweisungen, Informationsflüsse) wird als mittelmäßig bewertet.• Eingeführte Maßnahmen und Veränderungen im Krankenhaus werden überwiegend als gerecht wahrgenommen.• Belohnungen wurden von 2/3 der Befragten als nicht fair erlebt.
Belastungsreduzierende Faktoren	<ul style="list-style-type: none">• Belastungsreduzierender Faktor auf der Organisationsebene ist insbesondere Kommunikation in Form von klaren Regeln und Richtlinien.
Rolle der Führung	<ul style="list-style-type: none">• Kritisch bewertet wird das Führungsverhalten, insbesondere mit Blick auf Förderung des Teamzusammenhalts und Mitarbeiterorientierung.
Veränderungen	<ul style="list-style-type: none">• Die erste Hochphase forderte einen hohen strukturellen Anpassungsbedarf und für ca. 1/3 der Befragten eine Veränderung in Arbeitsaufgaben und -prozessen.• Positive Veränderungen werden im Ressourcenbewusstsein und der Aneignung von Kompetenzen wahrgenommen.
Lernerfahrungen und Ausblick	<ul style="list-style-type: none">• Kommunikation und Wertschätzung seitens der Organisations- und Führungsebene sind essentiell, um eine gute Zusammenarbeit sicherzustellen.

Fazit:

Flexibilität in der strukturellen Anpassung, Personalknappheit und ausreichend Schutzkleidung (i.S.v. Ressourcen) sind zentrale Facetten auf Krankensebene. Eine etablierte Lernkultur half einigen Krankenhäusern dabei, Erfahrungen im Umgang mit Influenza auf COVID-19 zu übertragen. Da sich die vorliegende Befragung an alle KrankenhausmitarbeiterInnen richtete, wurden Ausgrenzungen von spezifischen MitarbeiterInnengruppen berichtet (z.B. durch nicht ausreichend Schutzkleidung für Reinigungskräfte). Als eine Schwachstelle konstituiert sich in der Befragung die Rolle der Führungskräfte, die in nicht unerheblichen Anteilen als nicht sichtbar erlebt wurden und von denen eine stärkere Förderung des Zusammenhalts gewünscht/erwartet wurde.

Mögliche Handlungsempfehlungen:

- Kommunikation (v.a. von Regeln und Richtlinien) klar, eindeutig und zeitnah durchführen
- Vorhandene Ressourcen und Personalkapazitäten insbesondere mit Blick auf Belastung der MitarbeiterInnen durch Arbeitsverdichtung evaluieren
- Belohnungen an Bedarfen der MitarbeiterInnen orientieren und hinsichtlich Wirksamkeit überprüfen
- Führungskompetenzen mit Blick auf Teamzusammenhalt und Mitarbeiterorientierung stärken

Soziales Umfeld

Themenfelder	Ergebnisse
Erleben von Meidung und Diskriminierungsverhalten	<ul style="list-style-type: none">• KrankenhausmitarbeiterInnen wurden in ihrem Umfeld gemieden (44%) und diskriminiert (14%).
Belastungsreduzierende Faktoren	<ul style="list-style-type: none">• Unterstützung durch das soziale Umfeld spielt in der Bewältigung der Pandemie für KrankenhausmitarbeiterInnen eine wichtige Rolle.• Eine gute Betreuung und Versorgung von Angehörigen ist der am stärksten entlastende Faktor.
Veränderungen	<ul style="list-style-type: none">• Die Beziehungen zum sozialen Umfeld haben sich für 1/3 der Befragten verändert: das enge soziale Umfeld zeigt mehr Anerkennung, während sich Beziehungen zum weiteren sozialen Umfeld verschlechtert haben.
Lernerfahrungen und Ausblick	<ul style="list-style-type: none">• Das soziale Umfeld kann großer Unterstützungsfaktor (Gespräche und Halt) aber zugleich auch großer Belastungsfaktor (Stigmatisierung, Sicherung von Angehörigenbetreuung) sein.

Fazit:

Das soziale Umfeld erfährt eine besondere Aufmerksamkeit in der Pandemie: es gehört aufgrund von Sorgen um Ansteckung (und Betreuung/Versorgung) zu den größten Belastungsfaktoren, aber auch zu den größten Unterstützern und trägt damit zur Stressreduktion bei. Die Betreuung/Beschulung von Kindern ist ein kritischer Faktor in der Pandemie geworden, um Sorgeberechtigte in ihrer Arbeitsfähigkeit zu unterstützen. So deckt bspw. die Notbetreuung für systemrelevante Berufe den zeitlichen Arbeitsrahmen von KrankenhausmitarbeiterInnen nicht zwingend ab.

Mögliche Handlungsempfehlungen:

- Den Einbezug des sozialen Umfelds in Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung sowie Organisationskommunikation prüfen
- Unterstützungsangebote zur Betreuung von Angehörigen (z.B. Kindern) initiieren

Politik/Medien/Öffentlichkeit

Themenfelder	Ergebnisse
Erleben der Wertschätzung durch Öffentlichkeit	<ul style="list-style-type: none">• Ungefähr 1/3 der Befragten fühlte sich während der Pandemie durch die Öffentlichkeit wertgeschätzt.
Belastungsreduzierende Faktoren	<ul style="list-style-type: none">• Berichterstattung durch die Medien sowie Solidaritätsbekundungen der Bevölkerung werden kaum als entlastend wahrgenommen.
Lernerfahrungen und Ausblick	<ul style="list-style-type: none">• Als kritische Punkte werden die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie, die Gewinnorientierung der Krankenhäuser und der Umgang der Politik mit der Pandemie in offenen Anmerkungen genannt.• Wenig Zuversicht besteht dahingehend, inwieweit sich an der materiellen und immateriellen Wertschätzung (langfristig) etwas ändert (insbesondere Lohnerhöhung für Krankenhauspersonal, Anerkennung als systemrelevante Berufe).

Fazit:

Krankenhäuser sind während der COVID-19-Pandemie in besondere politische Strukturen eingebunden (z.B. Gesundheitsämter, Kommunal- und Landespolitik, Katastrophenschutz). Darüber hinaus können Krankenhäuser durch ihre Schlüsselrolle in der Pandemie (Behandlung von COVID-19-PatientInnen) das besondere Interesse der Medien und der Öffentlichkeit auf sich ziehen. Gleichzeitig sehen sich KrankenhausmitarbeiterInnen den politischen Gegebenheiten und der medialen sowie öffentlichen Aufmerksamkeit gegenüber. Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen die Wechselwirkungen zwischen Politik/Medien/Öffentlichkeit und dem Erleben der KrankenhausmitarbeiterInnen auf, insbesondere in Bezug auf die Themen Gewinnorientierung, Löhne und Wertschätzung.

Mögliche Handlungsempfehlungen:

- Gewinnorientierung und deren Auswirkung auf Krankenhäuser und deren MitarbeiterInnen evaluieren (im Rahmen der Pandemie und darüber hinaus)
- Wertschätzende Maßnahmen (i.S. von angemessenen Löhnen und Anerkennung) an Bedarfen der MitarbeiterInnen orientieren

6. Schlussbemerkungen und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Online-Befragung liefern Einblicke in das Erleben und Verhalten von KrankenhausmitarbeiterInnen während der ersten Hochphase und Zwischenphase der COVID-19-Pandemie. Der vorliegende Forschungsbericht beschreibt erste Ergebnisse der Umfrage und bietet Ansatzpunkte für die Unterstützung von KrankenhausmitarbeiterInnen auf den Ebenen Individuum, Team, Organisation, soziales Umfeld und Politik/Medien/Öffentlichkeit.

Weitere Datenanalysen und Publikationen sind im Laufe des Jahres 2021 geplant. Zusätzlich werden die Ergebnisse im Rahmen des Forschungsprojekts EKOS in ein ganzheitliches Konzept zur kommunikativen Förderung von Resilienz in Krankenhäusern eingearbeitet. Dieses Konzept wird Ende des Jahres 2021 zur Verfügung stehen.

Weitere Informationen zu EKOS:

- <https://ekos.rki.de>
- <https://ekos.rki.de/Webs/Ekos/DE/partner/projektpartner/fsu-jena/fsu-jena-node.html>



Das Projekt wurde aus Mitteln des BMBF/InfectControl2020, Förderkennzeichen 03ZZ0817D finanziert.

Bisherige Publikationen im Forschungsprojekt EKOS:

Huber, J., Hodes, K., Müller, N. D. & Gröschke, D. (2020). [Externe Krisenkommunikation in Krankenhäusern: Ein Leitfaden für HCID-Situationen und Pandemiezeiten](#), In: Gröschke, D. & Strohschneider, S. (Hrsg.). Jena Studies in Intercultural Communication and Interactions, 01/2020. Online verfügbar unter: https://www.db-thueringen.de/receive/dbt_mods_00047290.

Kontakt

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Interkulturelle Wirtschaftskommunikation (IWK)

Prof. Dr. Daniela Gröschke

Ernst-Abbe-Platz 8 | D-07743 Jena

Email:

ekos@uni-jena.de

Web:

www.iwk-jena.uni-jena.de

<https://www.finka.uni-jena.de>



Anhang

Tabelle 1: Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe (N = 1710)

		absolut	in %
Geschlecht (N=1702)	männlich	504	29,5
	weiblich	1192	69,7
	divers	6	0,4
Altersgruppen (N=1690)	18 – 32 Jahre	360	21,2
	33 – 47 Jahre	621	36,3
	48 – 62 Jahre	675	39,5
	über 62 Jahre	34	2,0
Geburtsland (N=1704)	Deutschland	1649	96,4
	Nicht Deutschland	55	3,2
Verantwortung für andere (N=1705)	Ja, im eigenen Haushalt	579	33,9
	Ja, nicht im eigenen Haushalt	297	17,4
	nein	829	48,5
Tätigkeitsbereich (N=1704)	Pflegedienst	613	35,8
	Ärztlicher Dienst	239	14,0
	Medizinischer Support	267	15,6
	Verwaltungsdienst	473	27,7
	Wirtschaftsdienst	25	1,5
	Sonstiges	55	3,2
	Mehrere Bereiche	32	1,9
Führungskraft (N=1699)	Ja	533	31,2
	Nein	1166	68,2
Arbeitsbereich Hochphase (N=1702) <i>Mehrfachnennungen</i>	Notaufnahme	162	9,5
	Intensivstation	278	16,3
	Infektiologie	90	5,3
	Pneumologie	54	3,2
	Hygieneabteilung	70	4,1
	Sonderisolerstation/ Behandlungszentrum	118	6,9
	Verwaltung	451	26,5
	Krisenstab	146	8,6
	andere	824	48,4
Teilnahme an Schulung (N=1701)	Ja	918	53,7
	Noch nie	783	45,8
Berufserfahrung in Jahren (N=1631)	Mittelwert	17,70	
	Standardabweichung	11,54	

Tabelle 2: COVID-19 Betroffenheit im Krankenhaus (N =1710)

		Mittelwert	Standard- abweichung
Auslastung (N=1678) <i>0 „stark unterdurchschnittlich“ – 4 „stark überdurchschnittlich“</i>		2,32	1,21
Arbeitsstunden (N=1119-1403)	Vor Hochphase	37,33	10,18
	Während Hochphase	39,80	11,41
	Vertraglich festgesetzt	35,25	7,20
		absolut	in %
In meinem Krankenhaus wurden bestätigte Covid-19-PatientInnen behandelt. (N=1706)	Ja	1599	93,5
	Nein	84	4,9
	Weiß ich nicht	23	1,3
In meinem Bereich (Station, Abteilung) wurden Covid-19-PatientInnen oder Verdachtsfälle behandelt. (N=1690)	Ja	920	53,8
	Nein	742	43,4
	Weiß ich nicht	28	1,6
Ich habe selbst Covid-19-PatientInnen oder Verdachtsfälle im Krankenhaus behandelt/versorgt. (N=1694)	Ja	644	37,7
	Nein	1016	59,4
	Weiß ich nicht	34	2,0
Ich hatte bei der Arbeit Kontakt mit durch SARS-CoV-2 kontaminiertem Material. (N=1689)	Ja	545	31,9
	Nein	1011	59,1
	Weiß ich nicht	133	7,8
In meinem Krankenhaus gab es zeitweise sehr viele Covid-19-PatientInnen oder Verdachtsfälle gleichzeitig. (N=1695)	Ja	779	45,6
	Nein	718	42,0
	Weiß ich nicht	198	11,6
Stigma (N=1698)	Ja	240	14,0
	Nein	1458	85,3
Wechsel (N=1710) <i>Mehrfachnennungen</i>	Ja, andere Rolle	243	14,2
	Ja, anderes Team	374	21,9
	Nein	1146	67,0
Einweisung (N=1695) <i>Mehrfachnennungen</i>	Ja, zur Betreuung von (intensivpflichtigen) COVID-19-PatientInnen	190	11,2
	Ja, zur Erfüllung der veränderten Rolle	298	17,6
	Nein, war nicht nötig, da keine neuen Aufgaben	875	51,6
	Nein, es wurde nichts angeboten	421	24,8

Literaturverzeichnis

- Beierlein, C., Kemper, C. J., Kovaleva, A., & Rammstedt, B. (2013). Short Scale for Measuring General Self-efficacy Beliefs (ASKU). *methoden, daten, analysen*, 7(2), 251–278. <https://doi.org/10.12758/MDA.2013.014>
- 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 (Clinical Research Ed.)*, 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clinical Medicine & Research*, 14(1), 7–14. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303>
- Koh, D., Takahashi, K., Lim, M.-K., Imai, T., Chia, S.-E., Qian, F., Ng, V., & Fones, C. (2005). Sars Risk Perception and Preventive Measures, Singapore and Japan. *Emerging Infectious Diseases*, 11(4), 641–642. <https://doi.org/10.3201/eid1104.040765>
- Mcdonald, G., Jackson, D., Vickers, M. H., & Wilkes, L. (2016). Surviving workplace adversity: A qualitative study of nurses and midwives and their strategies to increase personal resilience. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 123–131. <https://doi.org/10.1111/jonm.12293>
- Poncheri, R. M., Lindberg, J. T., Thompson, L. F., & Surface, E. A. (2008). A Comment on Employee Surveys. *Organizational Research Methods*, 11(3), 614–630. <https://doi.org/10.1177/1094428106295504>
- Rohrmann, B. (2008). Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management: A conceptual appraisal. In *The International Emergency Management Society - TIEMS (Chair), Global co-operation in emergency and disaster management, Prague/Czechia*. <http://www.rohrmannresearch.net/pdfs/rohrmann-rrr.pdf>
- Schmiege, S. J., Bryan, A., & Klein, W. M. P. (2009). Distinctions Between Worry and Perceived Risk in the Context of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(1), 95–119. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00431.x>
- Slovic, P., & Peters, E. (2006). Risk Perception and Affect. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 322–325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x>
- van Gelder, J.-L., Vries, R. E. de, & van der Pligt, J. (2009). Evaluating a dual-process model of risk: Affect and cognition as determinants of risky choice. *Journal of Behavioral Decision Making*, 22(1), 45–61. <https://doi.org/10.1002/bdm.610>
- Wolff, K., Larsen, S., & Øgaard, T. (2019). How to define and measure risk perceptions. *Annals of Tourism Research*, 79, 102759. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2019.102759>
- Wong, T. Y., Koh, G. C. H., Cheong, S. K., Sundram, M., Koh, K., Chia, S. E., & Koh, D. (2008). A cross-sectional study of primary-care physicians in Singapore on their concerns and preparedness for an avian influenza outbreak. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 37(6), 458–464.

Jena Studies in Intercultural Communication and Interactions

Herausgeber: Daniela Gröschke & Stefan Strohschneider

2020/01

Huber, J., Hodes, K., Müller, N. D. & Gröschke, D. (2020). Externe Krisenkommunikation in Krankenhäusern: Ein Leitfaden für HCID-Situationen und Pandemiezeiten. Online verfügbar unter: https://www.db-thueringen.de/receive/dbt_mods_00047290.

2021/01

Hong Van Nguyen, Janina Bäuerle, Nico Hoffmann, Jana Kratzer, Kevin Kroschwald, Nick Ludwig, Sven Olaf Nix, Stefan Strohschneider, Christina Sygulla (2021). Nachhaltig erfolgreiches digitales Leben und Arbeiten in Teams zu Zeiten von Kontaktbeschränkungen: Ein Handlungsleitfaden. Online verfügbar unter: https://www.db-thueringen.de/receive/dbt_mods_00047839.