

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/343744032>

Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie: Ein qualitativer Survey

Article in *Pflege* · August 2020

DOI: 10.1024/1012-5302/a000744

CITATIONS

2

READS

85

3 authors:



Anke Begerow

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

14 PUBLICATIONS 10 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Ulrike Michaelis

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

5 PUBLICATIONS 3 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Uta Gaidys

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

63 PUBLICATIONS 406 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Digital-interactive training evaluation of carers with migration background [View project](#)



Wissenschaftliche Weiterentwicklung in der Intensivpflege [View project](#)

Originalarbeit



Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie

Ein qualitativer Survey

Anke Begerow, Ulrike Michaelis, Uta Gaidys

Department Pflege und Management, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg

 Editor's
Choice

Zusammenfassung: *Hintergrund:* Während zu Beginn der COVID-19-Pandemie der Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung steigt, sind die spezifischen Versorgungsbedarfe der Patientinnen und Patienten noch weitgehend unbekannt. Dies ist eine Herausforderung für die Arbeit von Intensivpflegenden. *Ziel:* Das Ziel der Studie ist eine Darstellung von Wahrnehmung der Arbeitssituation von Pflegenden auf Intensivstationen und die Konsequenzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. *Methode:* Die Studie ist ein qualitativer Survey. Mit einem webbasierten Fragebogen wurden Narrative von insgesamt n = 902 Pflegenden erhoben. Dieser Beitrag berichtet die Wahrnehmungen von n = 397 Pflegenden aus dem Intensivbereich. Die Auswertung erfolgt mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). *Ergebnisse:* Die Analyse der Daten zeigt folgende sechs Kategorien: von „Man merkt den Personalmangel extrem“ bis „Das Warten auf etwas“, „Kampf um PSA (Persönliche Schutzausrüstung)“, „lehrreiche Zeit“, „erhebliche Diskrepanz“ in der Versorgung der Patientinnen und Patienten, „Kompensationsversuche“ und „ständig ein ungutes Gefühl“. Die Spannung zwischen den Wissens- und Informationsdefiziten einerseits und andererseits dem professionellen Anspruch und ihren Angehörigen gerecht zu werden, bringt die Pflegenden an ihre professionelle Belastungsgrenze. *Schlussfolgerung:* Es müssen Bedingungen für ethische Auseinandersetzungen für klinische Versorgungsentscheidungen entwickelt und Konzeptionen für eine klare Autonomie- und Verantwortungszuschreibung für Intensivpflegende eingeführt werden.

Schlüsselwörter: COVID-19, Intensivpflege, Arbeitsbelastung, Pflegende, Ethik

Perceptions of intensive care nurses during the COVID-19 pandemic – A qualitative survey

Abstract: *Background:* While at the beginning of the COVID-19 pandemic the need for intensive care is increasing, the specific care needs of patients are still largely unknown. This is a challenge for the work of intensive care staff. *Aim:* The aim of the study is to understand how intensive care nurses perceive their working conditions and the consequences for patient care. *Methods:* The study is a qualitative survey. Using a web-based questionnaire, narratives of n = 902 nurses were collected. This article reports the perceptions of n = 397 intensive care nurses. The evaluation is based on the qualitative content analysis according to Mayring (2015). *Results:* The analysis of the data shows the following six categories: “The lack of staff is extremely noticeable” to “Waiting for something”, “struggle for PPE (personal protective equipment)”, “time to learn”, “considerable discrepancy” in patient care, “attempts to compensate” and “constantly a bad feeling”. The tension between the lack of knowledge and information on the one hand and the professional demand to do justice to the seriously ill and their relatives on the other hand, brings nurses to their professional limits. *Conclusion:* Conditions for ethical decision making have to be developed and concepts for a clear attribution of autonomy and responsibility for intensive care nurses must be introduced.

Keywords: COVID-19, critical care, workload, nursing staff, ethics

Einleitung und Problemstellung

Deutschland ist durch die COVID-19-Pandemie mit einer Krise der gesundheitlichen Versorgung konfrontiert. Seit dem ersten bestätigten Covid-19-Fall werden deutschlandweit bis zum 22. Mai 2020 vom Robert Koch-Institut 177 212 COVID-19-Infektionen und 8174 Todesfälle registriert (Robert Koch-Institut, 2020a). Dabei stellt die dynamische Situation eine besondere Herausforderung für die akut- und

notfallmedizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten dar (Kluge et al., 2020). Schwere COVID-19-Verläufe erfordern häufig eine intensivmedizinische Versorgung und invasive Beatmung, die wiederum eine verlängerte Beatmungszeit und ein prolongiertes Weaning erwarten lassen (Wiesner et al., 2020). Dies – in Verbindung mit der schnellen Ausbreitung des Virus – lässt einen erhöhten Bedarf an intensivmedizinischer und pflegerischer Versorgung erwarten. Auch erste Berichte aus China und Italien zeigen einen

Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

Die COVID-19-Pandemie führt zu einem erhöhten Bedarf an Intensivpflege.

Was ist neu?

Wissensdefizite, inadäquate personelle und materielle Ausstattung führen zu Grenzerfahrungen und moral distress von Pflegenden und gefährden die Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?

Die Identifikation der belastenden Faktoren in der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten kann die Entwicklung von verbesserten Arbeitsbedingungen für Pflegende auf Intensivstationen unterstützen.

erhöhten intensivmedizinischen und -pflegerischen Versorgungsbedarf sowie eine hohe Sterblichkeit der infizierten Patientinnen und Patienten (Wu & McGoogan, 2020; Grasselli et al., 2020). Wenngleich Deutschland schon vor der Pandemie im Vergleich zu anderen europäischen Ländern über mehr Betten im Intensivbereich verfügt (Wirtz & Stöckle, 2020), wird die Anzahl der Intensivbetten in Deutschland aufgestockt. Gleichzeitig erhöht sich der Bedarf an medizinischen Geräten (u. a. zur Beatmung und Dialyse), Materialien, Medikamenten sowie an Personal (Remuzzi & Remuzzi, 2020; Einav et al., 2014). Schließlich ist relevant, wie viele hochspezialisiert ausgebildete Pflegende zur Versorgung dieser schwerkranken Menschen zur Verfügung stehen. Bereits vor der COVID-19-Krise wird in Deutschland für eine adäquate Versorgung eine Erhöhung der Vollzeitstellen um 8% als notwendig beschrieben (Blum, 2017). Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels im Intensivbereich, der pandemiebedingt zunimmt, werden Maßnahmen vorgeschlagen, die die pflegerische Versorgung sicherstellen, indem die Personalanzahl durch nicht intensivverfahren Pflegende erhöht wird. Die Sektion „Pflegeforschung und Pflegequalität“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) erstellt Empfehlungen, um Pflegende unmittelbar qualifizieren zu können (Müller-Wolff & van den Hooven, 2020). Dabei werden u. a. ein klinisches Mentoring und die Begleitung des zu qualifizierenden Personals in der direkten Versorgung der Patientinnen und Patienten gefordert. Zudem sind die Pflegenden nicht nur aufgrund der gestiegenen Arbeitsbelastung, sondern auch wegen der ständigen Infektionsgefahr in besonderem Maße anfällig für psychische Gesundheitsprobleme (Bohlken, Schömig, Lemke, Pumberger & Riedel-Heller, 2020; Petzold, Plag & Ströhle, 2020; Begerow & Gaidys, 2020). So geben nach dem SARS-Ausbruch in China Pflegende vermehrt Ängste und posttraumatischen Belastungsstörungen an (Wu et al., 2009).

Obwohl die Pandemie in Europa mit etwas Verzögerung auftrat, ist bemerkenswert wenig über die Wahrnehmung von Intensivpflegenden hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen bekannt. Die internationale Forschung konzentriert sich vorrangig auf intensivmedizinische Versorgungsbedarfe sowie die Behandlung infizierter Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen während der COVID-

19-Pandemie (Kluge et al., 2020, Bhatraju et al.). Indessen sind Arbeitsbedingungen und die daraus resultierenden Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung, denn eine hohe Arbeitslast auf der Intensivstation ist mit einem Anstieg der Sterblichkeit verbunden (Lee et al., 2017). Es ist deshalb bedeutsam zu verstehen, wie die Pflegenden ihre Arbeitsbedingungen und die Versorgung von Patientinnen und Patienten während der COVID-19-Pandemie im Intensivsetting erleben und wahrnehmen.

Ziel und Fragestellungen

Das Ziel dieser Studie ist die Darstellung der Wahrnehmungen der Arbeitssituation von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege und deren Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten während der COVID-19-Pandemie, um die Veränderungen und deren Folgen beurteilen zu können.

Dazu werden folgende Fragestellungen formuliert:

1. Wie nehmen Pflegende die Arbeitssituation in der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie wahr?
2. Welche Auswirkungen hat diese Situation auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der Intensivpflege nach Wahrnehmung der Pflegenden?

Methode

Die Studie ist explorativ und deskriptiv angelegt. Die Fragestellungen der Studie intendieren, die subjektiven Wahrnehmungen von Pflegenden zu beschreiben. Deshalb wird eine qualitative Methode verwendet (Lamnek, 2010). Nach Lamnek (2010) erlaubt diese Methode die Darstellung von individuellen Bedeutungskonstruktionen. Es wird davon ausgegangen, dass den Phänomenen zugeschriebene Bedeutung die individuelle und soziale Wirklichkeit konstruiert und diese Konstruktionen wiederum die Grundlage für individuelles und professionelles Handeln darstellt. Hier werden die Wahrnehmungen von Pflegenden, die auf Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie arbeiten, fokussiert. Die Autorinnen sind examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und haben langjährige Erfahrung sowohl in der pflegerischen Versorgung, unter anderem in dem Bereich der Intensivpflege, als auch in der qualitativen Pflegeforschung. Die daraus resultierende Reflexivität aus der Forschungs- und Versorgungsperspektive begleitet und stützt den gesamten Forschungsprozess.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgt anonym und im Sinne eines qualitativen survey (Jansen, 2010) webbasiert durch offene Leitfragen, die die Teilnehmenden inspirieren, ihre Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie narrativ zu beschreiben. Beim Schreiben werden Inhalte formuliert, die

gleichermaßen komplex erlebt und expliziert werden können (Schiek, 2014). Diese Methode bietet die Möglichkeit schwer zugängliche Phänomene und die Erfahrungen größerer spezifischer Personengruppen zu untersuchen (Hewson, 2003; Kraut et al., 2004). Über Berufsorganisationen, Fachgesellschaften, soziale Medien und Hochschulverteiler erfolgt die deutschlandweite Veröffentlichung eines Links zu der anonymen Befragung mit sechs Fragen hinsichtlich der (1) Motivation des Arbeitens, (2) den Belastungen, (3) den Veränderungen, (4) Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie, (5) der Berufsjahre und (6) des pflegerischen Handlungsfeldes. Die Studienteilnehmenden werden ähnlich einer Gelegenheitsstichprobe rekrutiert. Das Einschlusskriterium ist, dass nur Pflegenden befragt werden. Die Befragung erfolgt dabei aus Ressourcengründen ausschließlich auf Deutsch. In die hier berichteten Daten werden nur Aussagen von Pflegenden der Intensivstationen und Intermediate care eingeschlossen. Ihre Auswahl aus dem Datensatz erfolgt gemäß einem theoretischen Sampling in Anlehnung an die Fragestellung und bis zur Datensättigung (Lamnek, 2010, Jansen, 2010). Nach einem Pretest auf Verständlichkeit mit Pflegenden (n = 4) wurden die Fragen reduziert und einem erneuten Pretest unterzogen (n = 34). Die Antworten des zweiten Pretests wurden in die Gesamtauswertung inkludiert. Es wird davon ausgegangen, dass das Verfassen und Senden eines Narratives das Einverständnis in die Teilnahme zur Studie ausdrückt. Ein Informationsschreiben mit dem Ziel der Studie, der Anonymität der Datenerhebung und der Kontaktmöglichkeit zu den Forscherinnen über E-Mail sind dem webbasierten Survey vorgeschaltet. Zudem sind keine Pflichtangaben online hinterlegt. Der Zeitraum der Datenerhebung ist von der allgemeinen Kontaktsperre und dem sozialen und wirtschaftlichen Shutdown geprägt (3. April bis 23. April 2020). Pflegende sind in diesem Zeitraum im Fokus der Öffentlichkeit. Sie werden als systemrelevant bezeichnet und erhalten Applaus (Stemmer, Sirsch, Büker, Holle & Köpke, 2020). Gleichzeitig werden für sie verkürzte Quarantänezeiten oder längeres Tragen von Schutzkleidung empfohlen (Robert Koch-Institut, 2020b).

Datenanalyse

Es werden die Datensätze aller Teilnehmenden ausgewertet, welche Intensiv- und Intermediate Care Stationen als ihr Handlungsfeld angeben. Die Datenorganisation und Analyse erfolgt unter Verwendung der Software MAXQDA 2018. Eine vorläufige Kategorienbildung wird gemeinsam von der Erst- und Zweitautorin durchgeführt. Im Anschluss werden die Kategorien mit allen Autorinnen diskutiert und verdichtet. Die Datenauswertung wird mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse von Mayring (2015) durchgeführt, weil sie nicht nur die regelgeleitete und methodisch kontrollierte Untersuchung von gegenstandsbezogenen Einzelfaktoren, sondern auch die Konstruktion möglicher Zusammenhänge zwischen mehreren Faktoren ermöglicht. Dabei erfolgt erstens die Bestimmung der Analy-

seeinheiten, das sind die jeweiligen Antworten der Teilnehmenden, diese werden paraphrasiert und danach durch den Vergleich verallgemeinert. Anschließend werden diese Inhaltsabbildungen reduziert, indem sowohl eine Selektion als auch eine Bündelung von inhaltsgleichen Aussagen erfolgt. Diese Aussagen werden auf mögliche Kategorien überprüft. Die Überprüfung erfolgt anhand des Ausgangsmaterials, das heißt die Aussagen der Teilnehmenden werden als Validierung der Kategorien verwendet. Die Datenmenge wird auf ein überschaubares Maß reduziert, wobei die prägnanten Aussagen und Inhalte des Ausgangsmaterials erhalten bleiben (Mayring, 2015).

Ergebnisse

Die hier berichteten Ergebnisse basieren auf dem Erhebungszeitraum 3. April bis 23. April 2020 in dem n = 902 Pflegende an der Untersuchung teilgenommen haben. Davon sind n = 397 Pflegende auf Intensiv- und Intermediate Care Stationen tätig. Die Teilnehmenden geben ihre absolute Berufserfahrung im Mittel mit 17,7 (Median 15) Jahren an. Im Folgenden werden ausschließlich die Ergebnisse der Datenanalyse der Pflegenden von Intensiv- und Intermediate Care Stationen berichtet. Es werden sechs Kategorien identifiziert, die nachfolgend mit wörtlichen Zitaten aus den Narrativen der Pflegenden, bei denen die Ausdrucks- und Schreibweise beibehalten wird und mit der Zitatidentifikationsnummer dargestellt werden. Dies erfolgt insbesondere auf der Grundlage der qualitativen Gütekriterien von Glaub- und Vertrauenswürdigkeit (trustworthiness und truth value) nach Lincoln und Guba (1994).

Von „Man merkt den Personalmangel extrem“ bis „Das Warten auf etwas“

Ein grundlegender Aspekt der Arbeitsbedingungen während der Pandemie stellt das fehlende Personal dar, obwohl dieses bereits vor der Pandemie als sehr belastend empfunden wurde „Es war vorher schon schlimm“ (1.158). Während einige Intensivpflegende „Fast schon eine Verbesserung“ (1.161) der Arbeitsbedingungen und der Personalbesetzung während der Ausnahmesituation wahrnehmen, hat der Druck durch Dienstverpflichtungen, Arbeitszeitverlängerungen, veränderte Dienstmodelle und die „Forderung nach noch mehr Flexibilität, als man sowieso schon zeigt, unter dem Appell an unser soziales Bewusstsein“ (4.200) eine herausragende Bedeutung. Die Pflegenden berichten konkret von den Auswirkungen des mangelnden Personals: „mit der gleichen Personaldecke [müssen] jetzt 2 Intensivstationen versorgt werden, d.h. bis zu vier Intensivpatienten müsste betreut werden“ (4.171), denn die „Personaluntergrenze wurde aufgehoben“ (4.230). Aufgrund dieser Regelungen sind die „psychischen Belastungen gestiegen. Man merkt den Perso-

nal mangel extrem“ (1.75). Pflegende beschreiben erhöhte Arbeitsbelastungen, nicht nur in den isolierten Abteilungen: „Auch ohne Covid-Patienten auf Station wird die Leistung gesteigert. Zu Gunsten von freigemachten Betten für Covid“ (4.276). Andere Pflegende berichten von einem geringeren Arbeitsaufkommen was zu „Überstunden werden abgebaut, evtl. Kurzarbeit [...] kaum Patienten, somit, man darf es ja kaum äußern, Langeweile und Unterforderung“ (4.237) führt. „Das Warten auf etwas“ (3.53) wird dabei als belastend empfunden. „Ich hätte mich an manchen Tagen darüber gefreut, wenn wir tatsächlich mehr Covid-Fälle gehabt hätten. Das Warten auf die Kranken ist nach einiger Zeit schwieriger als die professionelle Versorgung der ARDS-Patienten“ (4.284). Das starke Ungleichgewicht der Arbeitsbelastungen zwischen den Institutionen missbilligen die Teilnehmenden: „Ressourcen werden nicht zielführend belegt. 1 Klinik muss geschaffene Beatmungsplätze auf IMC belegen ohne adäquates ITS Personal, Klinik 20km entfernt hat 16 Covid ITS Beatmungsplätze frei“ (4.245).

Des Weiteren wird deutlich, dass die Arbeit im pflegerischen Qualifikationsmix zusätzlich belastet: „Es ist für mich schon schwer genug gewesen 3 Patienten alleine zu versorgen, jetzt sind es 4 (Schwerstkranke, in Bauchlage etc.) und ich lerne auch noch an“ (3.45). Die Teilnehmenden betonen ihre Dankbarkeit für die Unterstützung von fachfremden Pflegenden, aber „der Arbeitsalltag zeigt sich deutlicher stressiger als zuvor, da die Patienten die da sind ja trotzdem qualitativ gut versorgt werden müssen“ (4.278). Diese extreme Arbeitsbedingung „ist kognitiv eine enorme Belastung. Ich falle nach meinem Dienst nur noch ins Bett.“ (2.80).

„Kampf um PSA [Persönliche Schutzausrüstung]“

Die Pflegenden beschreiben „Lieferschwierigkeiten von Schutzausrüstung“ (3.9) als ein Gefühl von einem „Kampf um PSA“ (4.193). Sie drücken Unverständnis und Wut über diese Situation aus: „Richtlinien des RKI: Das Wiederverwenden von Schutzmasken, der allgemeine Mangel an persönlicher Schutzausrüstung. Das macht mich wütend“ (3.136). Die Rationierung und Wiederaufbereitung der PSA, „-das dauerhafte Arbeiten in nicht adäquater Schutzausrüstung“ stellen „kein ausreichendes Schutzschild“ (1.70) sondern eine ständige potenzielle Gefahr für die Pflegenden dar. Es belastet „der Umgang mit uns! Als der letzte Dreck und Kanonenfutter gehandelt zu werden“ (2.52). Die Versorgungssituationen auf einer Intensivstation sind häufig instabil und verlangen eine hohe Konzentration, zusätzlich müssen Pflegende jetzt „auch im größten Notfall auf Selbstschutz/Ausrüstung achten“ (1.84) und überlegen, „wie kann ich wo Schutzkleidung sparen ohne mich zu gefährden“ (1.126). Schutz bedeutet neben PSA auch angemessene Quarantänemaßnahmen und ausreichend Abstriche des Personals. „[Belastung] psychisch, da ich das Gefühl habe, dass man mich ins offene Messer

laufen lässt und zu wenig für den Schutz der eigenen Person [getan wird] Selbst die Quarantänedauer wurde herabgesetzt speziell für Pflegekräfte. Abstriche werden nicht oder nur im äußersten Notfall vom Personal abgenommen“ (2.44). Vor diesem Hintergrund fordern Pflegende: „Wir brauchen mehr Material, die Pflegenden müssen sich ausreichend schützen können“ (3.172).

Die Intensivpflegenden äußern gesundheitliche Auswirkungen durch „ständiges Tragen der Schutzkleidung“ (1.135) wie beispielsweise „Schlaf hat sich verschlechtert“ (4.181), „Kopfschmerzen nach einiger Zeit im Zimmer (wenig Luft durch die Masken, übler Geruch durch die Wiederaufbereitung der Masken)“ (4.103) oder „schmerzhafte Druckstellen am Nasenrücken. Auch die Temperatur an warmen Tagen unter der PSA ist eine enorme Belastung. Ich könnte auch sagen, dass ich im Wasser stehe“ (4.312). Dabei sind für Pflegende „Infektiöse‘ PatientInnen [...] keine Seltenheit und Covid19 deshalb so besonders, weil es so viele PatientInnen gleichzeitig sind, die isoliert werden müssen“ (3.97). Pflegende sind durch den PSA- und Personalmangel „Lange Zeit am Stück eingeschleust im Zimmer, ohne die Möglichkeit Grundbedürfnisse, wie Toilettenbenutzung, Durst, Hunger, Schneuzen, etc. zu stillen“ (4.104). Belastet sind besonders Pflegende, die den ganzen Dienst in der Isolation arbeiten müssen „nach der Schicht bin ich völlig erledigt. Die volle Schutzausrüstung ist echt ne Zumutung“ (1.35). Zudem führt das ständige Arbeiten mit PSA zu veränderten Prozessen im Versorgungsablauf „Man muss mehr alleine arbeiten, Abläufe dauern durch Anziehen der Schutzkleidung deutlich länger“ (2.10).

„Lehrreiche Zeit“

Bedingt durch den veränderten Pflegebedarf der schwerkranken Menschen, beschreiben Pflegende „Unsicherheit aller Fachdisziplinen“ (3.33), „weil [...] damit noch keinerlei Erfahrungen/Routine gesammelt wurde“ (4.103). Es wird ein „massiver Wissensmangel“ (1.90) beschrieben, dem auf institutioneller Ebene unterschiedlich begegnet wird. Die Teilnehmenden beschreiben zum einen „Fortbildungen finden nicht mehr statt“ (1.107). Zum anderen werden „vermehrt Schulungen“ (1.7) zu unterschiedlichen Themen angeboten. Pflegende müssen sich mit ihrem eigenen Wissenszuwachs und zugleich mit der Entwicklung neuer pflegerischer Konzepte für die Intensivversorgung auseinandersetzen: „Konzepte mussten neu entwickelt werden, z.B. zur Angehörigenbetreuung“ (3.27). Eine Intensivpflegende schreibt: „Ich möchte auch zugeben dürfen, wenn ich überfordert bin“ (1.183). Der Rückgriff auf bestehendes Fachwissen scheint eine wichtige Basis darzustellen: „das ich eine gute und fundierte Ausbildung, als auch Berufserfahrung habe. Wenn man, wie in diesen Zeiten nichts wirklich Konkretes über das neue Erkrankungsbild weiss, muss man auf seine erlernten professionellen Routinen umso mehr zurückgreifen“ (4.69).

Trotz der enormen Auswirkungen und Herausforderungen der Pandemie sehen Intensivpflegende auch positive

Aspekte und empfinden die Situation als „Sehr lehrreiche Zeit für alle Beteiligten“ (2.72). Sie fühlen sich motiviert durch Veränderung lernen zu können: „interessante Patienten, mehr wirkliche Intensivpflege“ (4.50).

Allerdings beanstanden die Intensivpflegenden das teilweise schlechte Informationsmanagement „sich ständig ändernde zentrale Verfahrensanweisungen“ (3.78) oder „Fehlende einheitliche Regelungen zum Umgang mit PSA, CoVid-Ausschlusspatienten, CoVid negativ getesteten Patienten“ (3.33), die „teilweise durch stille Post weitergegeben werden und nach 3 Tagen erst schriftlich per mail an alle Pflegenden geleitet werden und unter Umständen diese Informationen anders ausgelegt werden“ (3.144).

„Erhebliche Diskrepanz“ in der Versorgung der Patientinnen und Patienten

Ein weiteres Hauptthema der Pflegenden ist der Pflegebedarf der infizierten Patientinnen und Patienten und die damit verbundenen Anforderungen an die intensivpflegerische Versorgung. Es wird eine starke „Belastung durch [den] sehr hohen Pflegeaufwand eines beatmeten Covid-19 Patienten“ (2.20) beschrieben. Die Herausforderungen der komplexen Versorgung zeigen sich beispielsweise durch die „Zunahme von Respiratorisch Insuffizienter Patienten. Häufiger Notfallintubationen“ (2.73), „deutlich mehr Hämofilter und ECMO's“ (4.195) sowie „Sedierungsprobleme“ (1.170) oder auch durch nicht routinierte Interventionen, wie das intubierte „Patienten die in Bauchlage gebracht werden“ (2.6) müssen.

Die Versorgung der schwerkranken Patientinnen und Patienten „Einen Patienten habe ich die letzten 5 Tagen nur in Bauchlage gesehen. Ich weiß gar nicht wie er aussieht“ (1.135) wird auch durch den schnellen Krankheitsverlauf „Vor der Intubation sind die Patienten noch relativ fit z. B. Können Sie nochmal mit ihren Angehörigen telefonieren und aus dem Nichts sterben sie nach 5 Tagen“ (4.51) als außerordentlich emotional belastend empfunden.

Eine weitere belastende Herausforderung ist ein Ungleichgewicht zwischen Versorgungsbedarf und Versorgungsmöglichkeiten durch die „Verknappung an Medikamenten, Schutzausrüstung, selbst Perfusionen oder Beatmungsfilter/Schläuche“ (4.149). Als Konsequenz „müssen ärztliche Anordnungen bereits jetzt an die Verfügbarkeit von Medikamenten angepasst werden“ (4.6). Es besteht eine „erhebliche Diskrepanz zwischen der notwendigen Versorgung der Patienten, der Einhaltung von Hygienevorschriften und -erlernten Hygieneregeln, der Missachtung des Eigenschutzes vor Infektion“ (4.69). Die Pflegenden befinden sich in einem ständigen ethischen Spannungsverhältnis, welches sie bewusst wahrnehmen. Die „ethische Seite – keine Besucher auf ITS und Absetzen bzw. Verschieben von Operationen. [...] Sterbebegleitung Angehörigen Begleitung schwierig“ (2.41). Eine besondere Stellung erhält dabei das Besuchsverbot, da „Patientinnen unter dem Besuchsverbot leiden und dass Distanz von pflegerischer Seite den Lei-

densdruck vergrößert“ (4.127). Es fehlen „teilweise Hilfsmittel wie beispielsweise Hörgeräte, Brillen ...“ (4.15), was mit einem „erhöhten Delirauftreten“ (2.41) in Verbindung gebracht wird. Die „Unterstützung“ (3.136) durch Angehörige fehlt, bringt aber auch „Konzentration und Ruhe“ (3.136). Für die Patientinnen und Patienten ist der fehlende Kontakt „schlimm“ (3.136) und die Pflegenden versuchen diesen Kontakt „über Videoanrufe, Skype etc. zumindest ein kleines Stück ermöglichen“ (3.136). Zudem nehmen sie die Situation, „Dass die Patienten ohne ihre nahen Angehörigen sterben müssen“ (4.299) als besonders belastend wahr. Die Maßnahmen zur Infektionsvermeidung werden folglich als problematisch wahrgenommen. „Wir sollen mit erhöhten Temperaturen arbeiten (37,8) und früher aus der Quarantäne, aber Angehörige dürfen nicht zu Besuch kommen. Das löst einen starken emotionalen Konflikt in mir aus“ (3.57).

„Kompensationsversuche“

Pflegende thematisieren die pandemiebedingten Auswirkungen auf die Qualität der Intensivpflege. Dabei beschreiben sie „improvisierte Verhältnisse“ (3.97) und haben ein Gefühl von „Corona scheint alles zu legitimieren“ (3.37). Es werden patientengefährdende Situationen wahrgenommen, wie „Hygienestandards wurden aufgehoben/aufgeweicht“ (1.105) und „Wechselintervalle des Materials verlängert (Beatmungsset/Mundpflegeset, Filter)“ (2.20). Eine Pflegende schreibt: „Ich finde es schrecklich, dass infiziertes Personal infizierte Patienten betreuen soll“ (2.56). Die „Situation ist sehr belastend, Knappe Ressourcen knapper Patientenkontakt, Für mich ein schlecht aushaltbarer Zustand, Und die Angst dadurch etwas zu übersehen“ (2.17). Den Ängsten und Belastungen kann nicht professionell entgegengewirkt werden, denn es fehlt der kollegiale Austausch und „Der Gedanke ‚Hauptsache der Patient hat am Ende meiner Schicht überlebt‘ hat sich implementiert. Ein Gedanke, den ich zuvor nie hatte und auch gehasst habe, wenn die Leute so eine Einstellung haben“ (2.23).

Es ist eine belastende Herausforderung, die Schutzmaßnahmen mit den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten in Einklang zu bringen und eine professionelle Beziehungsgestaltung aufrechtzuerhalten: „Mich stört, dass wir den Patienten durch die Isolationsmaßnahmen keine Körperwärme übermitteln können, ihnen zulächeln oder sie über ihrer Angehörigen durch erzählte Geschichten am Bett kennenlernen können. Ich weiß nicht, ob der Patient Rechts-, oder Linkshänder ist, Kaffee oder Tee zum Mund abwischen wertschätzen würde oder welche Vorstellungen er vom Leben hat. Legt er Wert darauf, wenn ich ihn vom Klinikseelsorger Grüße ausrichte?“ (4.106). Pflegende zeigen ein starkes berufliches Engagement, Verluste mit angepassten Fürsorgepraktiken und Kommunikationsmöglichkeiten auszugleichen. „Kompensationsversuche (Telefon auf Lautsprecher und ans Ohr des Intubierten halten, Briefe vorlesen usw.)“ (4.298). Der erforderliche

Mehraufwand birgt die Gefahr eines Rückschritts im Bereich der Angehörigenarbeit: „Wiederansteigen der Grundeinstellung, dass Angehörige stören“ (4.298).

Des Weiteren werden die Pflegenden mit pandemiebedingten Ängsten auf Seiten der An- und Zugehörigen sowie bei den Patientinnen und Patienten konfrontiert. Die Informationsvermittlung und Aufklärung der Patientinnen und Patienten wird als Handlungsfeld und elementare Aufgabe anerkannt, die Durchführung ist schwierig: „ich finde sehr herausfordernd, dass die wachen Patient*innen, durch die inzwischen verbreiteten statistischen Prognosen über den Verlauf der Krankheit bei Intensivpflichtigkeit sehr belastet sein können. Besonders, wenn sie eine zunehmende Verschlechterung ihres Zustandes wahrnehmen. Den unausgesprochenen und ausgesprochenen Ängsten der Patient*innen zu begegnen, ist sehr fordernd“ (1.155).

Gleichzeitig sind einige Pflegende mit einem Rollenwechsel und der Übernahme von professionsübergreifenden Aufgaben befasst: „Arbeit von Physiotherapeuten mit übernehmen“ (4.71) oder „Ärzte kommen nur herein, wenn invasive Maßnahmen wie z.B. Intubation nötig sind [...] wichtiger das Pflege ihre klinischen Assessments durchführt. Leider keine Autonomie darin erfährt“ (1.70). Daran kann ein Gefühl von „Deprofessionalisierungstendenz in der Fachpflege“ (4.261) entstehen. Andere Pflegende erleben dagegen einen Zuwachs an Verantwortungsübernahme und erkennen ihre eigenen Handlungs- und Entscheidungskompetenzen an. Allerdings bleibt im Rahmen des Krisenmanagements die pflegerische Expertise ungehört: „Bedürfnisse und Expertise der Berufsgruppe Pflege bleiben weitgehend unberücksichtigt“ (3.142).

„Ständig ein ungutes Gefühl“

Die beschriebenen wahrgenommenen Rahmenbedingungen führen zu einer psychischen und physischen Entkräftung: „Keine Ahnung wie lange ich so weiter arbeiten kann, ich fühl mich psychisch erschöpft“ (4.259). Die Arbeit wird zudem bestimmt von „ständiger Angst, sich zu infizieren“ (3.42) und „Angst um Kollegen, Freunde, Familie, mein Leben“ (3.19). Ein Teilnehmender schreibt über die Belastung „Ständig ein ungutes Gefühl zu haben, weil ich mit Covid Pat. arbeite“ (4.144).

Es werden auch Ängste hinsichtlich der Pflegequalität deutlich: „Angst, dass ich durch den vermeidbaren höheren Stress Patienten Schaden zufüge“ (1.59) oder „Die Angst die Patienten nicht ausreichend versorgen zu können“ (2.17). Eine Intensivpflegende äußert zu der Belastung durch die pandemiebedingten Ängste Folgendes: „Ängste fressen Seelen auf – Es ist eine noch nie dagewesene Extremsituation“ (4.218).

Der Druck und die Belastungen aus dem Arbeitsalltag ziehen sich auch in das private Leben der Pflegenden: „Eine vielfache Belastung beruflich und privat. Man ist nicht nur Intensivpfleger, sondern zu Hause auch Lehrer, Hausmann, Fußballtrainer, Tanzlehrer, Gärtner, Seelsorger, Psychologe, Erzieher, Motivationstrainer ... und das jeden Tag auch

nach 5 Nachtdiensten. Hinzu kommt der Gedanke, Bilder wie in Spanien, Italien o.ä. in den eigenen Kliniken live miterleben, das schürt Angst. Die Vorbereitungen Mitte März (an denen ich viel beteiligt gewesen bin) hatten den Anschein, man bereite sich auf einen Krieg vor, wobei wir in diesen nicht mit einer gestärkten Armee mit Hightechwaffen ziehen, sondern mit einem geschwächten System, viel zu wenig gut ausgebildete Soldaten, die mit Mistgabeln bewaffnet sind“ (4.185). Ein Teilnehmender fasst die Situation der Intensivpflegenden wie folgt zusammen: „Der schönste Beruf mit den übelsten Bedingungen“ (1.19).

„Die Covid-19-Pandemie zeigt eindrucksvoll und schonungslos: ‚Pflege kann nicht jeder!‘ Unsere hochqualifizierte Arbeit muss gesetzlich folgendermaßen definiert werden, als: Hochkomplex- Arbeitsplatz, mit psychischer und physischer Höchstbelastung“ (4.210).

Diskussion

Diese Studie untersucht die Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie. Es entstanden sechs gemeinsame Themen, die eine komplexe und teilweise ambivalente Lebensrealität der Intensivpflegenden zeigen. Zum einen werden erhöhte Arbeitsbelastungen durch die Versorgung von hochkomplexen Covid-19-Patientinnen und -Patienten unter extremen Personalmangel, mit Arbeitszeitverlängerungen, wenig Wissen und teilweise unerfahrenen Pflegenden, die eingearbeitet werden müssen, geschildert. Diese Ergebnisse werden auch bei anderen Pandemien, wie beispielsweise bei der Influenzapandemie 2009 von Intensivpflegenden beschrieben. In der Studie von Corley, Hammond & Fraser (2010) beschreiben Intensivpflegende Belastungen durch zusätzliche Arbeitsstunden und fehlende Pausen sowie Beeinträchtigungen der Versorgungsqualität aufgrund von Personalmangel, Arbeitsbelastung und Unerfahrenheit von Pflegenden. Andererseits wird in der vorliegenden Studie eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und teilweise Langeweile berichtet. Hier wird ein Ungleichgewicht der Arbeitsbelastungen beschrieben, welches in früheren Studien nicht dargestellt wird.

Gleichwohl werden der berichtete Mangel an persönlicher Schutzausrüstung, die veränderten Hygieneregeln, die Übernahme von Aufgaben anderer Professionen nicht nur zu Symbolen der fehlenden Wertschätzung und der Gefahr einer Deprofessionalisierung, sondern als eine Missachtung von Pflegenden gedeutet.

Einen besonderen Fokus erhält die PSA, welche als Belastung und gesundheitliche Bedrohung wahrgenommen wird. Auch in der Studie von Corley et al. (2010) berichten Intensivpflegende während der H1N1-Influenzapandemie 2009 von Schwierigkeiten beim Tragen von PSA über einen längeren Zeitraum. Zudem beschreiben die Pflegenden Ängste (Corley et al. 2010). In der vorliegenden Studie berichten die Pflegenden gleichfalls über Ängste, wobei insbesondere die Beständigkeit der Angst, quasi ihr alltäg-

liches Dasein, eine psychische Grenzerfahrung darstellen dürfte. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von früheren epidemischen Ausbrüchen überein. So wird auch während der MERS-Epidemie 2014 und 2017 über Angst aufgrund der Gesundheitsbedrohung, aus Mangel an Wissen und der Unbekanntheit dieser Situationen berichtet (Khalid, Qabajah, Barnard & Qushmaq, 2016; Kim, 2018).

Eine Spannung zwischen den Wissens-, Informations- und Ausstattungsdefiziten einerseits und andererseits dem professionellen Anspruch den Schwerkranken und ihren Angehörigen gerecht zu werden, wie sie in den Kategorien „erhebliche Diskrepanz“ und „Kompensationsversuche“ dargestellt wird, bringt die Pflegenden an ihre professionelle Belastungsgrenze sowohl in pflegfachlicher Hinsicht als auch hinsichtlich ethischer Begründbarkeit ihrer Handlungen.

Die Darstellungen zu der Versorgung von Patientinnen und Patienten zeigen gerade im Hinblick auf den pflegerischen Gegenstandsbereich, wie Patientenbeobachtung, Lagerung, Kommunikation, Beziehungsgestaltung, Delirprophylaxe oder Angehörigenarbeit wahrgenommene ethische Dilemmata. Diese entstehen durch notwendige Entscheidungen zwischen der unter diesen Umständen möglichen und der professionell indizierten Versorgung, bei teilweise geringem Wissen über den Verlauf der COVID-19-Erkrankung. Diese Schilderungen lassen einerseits eine gesundheitliche Versorgungslage von COVID-19-Patientinnen und -Patienten erkennen, die Konsequenzen für Outcomekriterien wie Beatmungs- und Weaningzeit, Reintubationsraten, Infektionsraten, Delir, Kontrakturen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) haben können. Andererseits werden Zeichen von moral distress bei den Pflegenden sichtbar (McAndrew, Leske & Schroeter, 2016). Nicht berichtet wurde bisher, auf welcher Grundlage diese ethischen Fragestellungen diskutiert oder reflektiert und letztendlich entschieden werden.

Limitationen

In der vorliegenden Studie wird mit einer Gelegenheitsstichprobe ohne soziodemografische Daten gearbeitet, auch um niedrigschwellig eine plötzliche Versorgungsänderung unmittelbar abbilden zu können. Es fehlt dadurch eine Möglichkeit der Kontextualisierung der Daten; die Textstruktur der Narrative kann durch die Leitfragen mitkonstruiert sein. Auch eine systematische Klärung des Vorverständnisses der Forscherinnen wurde nicht realisiert.

Die Berichte der Pflegenden über ihre eigene Situation nehmen breiten Raum in der Befragung ein. Die Konsequenzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten werden zwar angesprochen, aber wenig differenziert. Dies kann eine Wirkung der offen narrativen Methode sein.

Schlussfolgerungen

Die befragten Pflegenden beschreiben Arbeitsbedingungen, die teilweise ihre eigene Gesundheit und die der Pa-

tientinnen und Patienten gefährden und zu einer Überlastung führen können. Vor diesem Hintergrund begründen sich frühzeitige psychologische Interventionen für Intensivpflegende. Gleichwohl arbeiten die Intensivpflegenden weiter permanent an einer professionellen Versorgung der Patientinnen und Patienten. Offen ist die Frage, welche Motivationen diese Bemühungen aufrechterhalten oder ob diese Erfahrungen einen möglichen Berufsausstieg zur Folge haben. Schlussfolgernd aus den Darstellungen müssen institutionelle Rahmenbedingungen für eine pflegfachliche und ethische Auseinandersetzung für klinische Versorgungsentscheidungen entwickelt werden und strukturelle und pflegwissenschaftliche Konzeptionen für eine klare Autonomie- und Verantwortungszuschreibung für Intensivpflegende eingeführt werden. Inwieweit es der Pflege und ihrer Wissenschaft gelingt, künftige strukturelle und inhaltliche Rahmungen für diese Versorgungsentscheidungen selber zu initiieren, wird maßgeblich für eine weitere Professionalisierung der Pflege sein. Ein möglicher Ansatzpunkt erscheint dafür der Ausbau einer Advanced Nursing Practice zu sein (Gaidys, 2011). Bei einem Scheitern an diesem Anspruch droht gleichwohl eine Deprofessionalisierung der Pflege.

Die Daten auf deren Basis die vorliegende Analyse erfolgte, werden in den kommenden Wochen auch hinsichtlich von Motivationsfaktoren für Pflegende weiter ausgewertet. Dabei sollen die hier beschriebenen Aussagen und weitere für die Teilnehmenden relevante Aspekte settingübergreifend statistisch analysiert und deskriptiv dargestellt werden. Schlussfolgernd aus den vorliegenden Ergebnissen bedarf es weiterer Forschung insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen von Pandemiesituationen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten, im Fall der SARS-CoV-2-Infektion hinsichtlich Auswirkungen auf die Beatmungs- und Weaningzeit, Reintubationsraten, Infektionsraten, Delir, Kontrakturen, PTBS und Angehörigenarbeit.

Literatur

- Bhatraju, P. K., Ghassemieh, B. J., Nichols, M., Kim, R., Jerome, K. R., Nalla, A. K. et al. (2020). Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region—Case Series. *New England Journal of Medicine*, 382 (21), 2012–2022.
- Begerow, A. & Gaidys, U. (2020). COVID-19 Pflege Studie – Erfahrungen von Pflegenden während der Pandemie – erste Teilergebnisse. *Pflegewissenschaft, Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie April 2020*, 33–35.
- Blum, K. (2017). Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Verfügbar unter https://www.dkgv.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2017/2017-07-15_PM_Anlage_Langfassung_DKI-Gutachten_Personalsituation_Intensivpflege_und_Intensivmedizin.pdf [20.05.2020].
- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M. & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals: Ein kurzer aktueller Review. *Psychiatrische Praxis*, 47 (04), 190–197.
- Corley, A., Hammond, N. E. & Fraser, J. F. (2010). The experiences of health care workers employed in an Australian intensive care

- unit during the H1N1 Influenza pandemic of 2009: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (5), 577 – 585.
- Einav, S., Hick, J. L., Hanfling, D., Erstad, B. L., Toner, E. S., Branson, R. D. et al. (2014). Surge Capacity Logistics. *Chest*, 146 (4), e17S–e43S.
- Gaidys, U. (2011). Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung. Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege*, 24 (1), 15 – 20.
- Grasselli, G., Pesenti, A. & Cecconi, M. (2020). Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA*, 323 (16), 1545.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Hrsg.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hewson, C. (2003). Conducting research on the Internet. *The Psychologist*, 16, 290 – 293.
- Jansen, H. (2010). The Logic of Qualitative Survey Research and its Position in the Field of Social Research Methods. *Forum Qualitative Social Research*, 11 (2), Art. 11.
- 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.
- Kim, Y. (2018). Nurses' experiences of care for patients with Middle East respiratory syndrome-coronavirus in South Korea. *American Journal of Infection Control*, 46(7), 781 – 787.
- Kluge, S., Janssens, U., Welte, T., Weber-Carstens, S., Marx, G. & Karagiannidis, C. (2020). Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 115 (3), 175 – 177.
- Kraut, R., Olson, J., Banaji, M., Bruckman, A., Cohen, J. & Couper, M. (2004). Psychological research online: Report of Board of Scientific Affairs' Advisory Group on the Conduct of Research on the Internet. *American Psychologist*, 59, 105 – 117.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Lee, A., Cheung, Y. S. L., Joynt, G. M., Leung, C. C. H., Wong, W.-T. & Gomersall, C. D. (2017). Are high nurse workload / staffing ratios associated with decreased survival in critically ill patients? A cohort study. *Annals of Intensive Care*, 7 (1), 46.
- Mayring, P. (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McAndrew, N., Leske, J. & Schroeter, K. (2016). Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nursing Ethics*, 25 (5), 552 – 570.
- Müller-Wolff, T. & van den Hooven, Th. (2020). Arbeitshilfe zu step-up Qualifizierungen und step-up Personaleinsatz bei erhöhtem Erkrankungsaufkommen im Rahmen der SARS-CoV-2 Herausforderungen und Covid19 Erkrankungen in den Kliniken., Empfehlungen der Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, 23.03.2020. Verfügbar unter <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1527-divi-empfehlung-step-up-qualifizierung-pflege-covid19-2/file> [18.05.2020].
- 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.
- Remuzzi, A. & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: What next? *The Lancet*, 395 (10231), 1225 – 1228.
- Robert Koch-Institut (2020a). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 22.05.2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland. Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-22-de.pdf?__blob=publicationFile [23.05.2020].
- Robert Koch-Institut (2020b). Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal bei Personalmangel. Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html 2020 [01.04.2020].
- Schiek, D. (2014). Das schriftliche Interview in der qualitativen Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 43 (5), 379 – 395.
- Stemmer, R., Sirsch, E., Büker, Ch., Holle, B. & Köpke, S. (2020). COVID-19 und die Rolle der Pflege(wissenschaft). *Pflegewissenschaft, Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie April 2020*, 116 – 117.
- Wiesner, B., Bachmann, M., Blum, T.-G., Forchheim, S., Geiseler, J., Kassin, A. et al. (2020). Aufgaben der Weaning-Zentren im Pandemiefall COVID-19: Unterstützende Handlungsempfehlung zur Sicherstellung dringend benötigter Intensivkapazitäten am Beispiel des Berlin-Brandenburger POST-SAVE-Konzepts. *Pneumologie*, 74 (6), a-1153 – 9710.
- Wirtz, D. C. & Stöckle, U. (2020). Künftige Versorgungsstrukturen in Deutschland: Gibt es Lehren aus der Corona-Pandemie? *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*, 158 (02), 163 – 164.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z. et al. (2009). The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (5), 302 – 311.
- Wu, Z. & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323 (13), 1239.

Historie

Manuskripteingang: 28.05.2020

Manuskript angenommen: 05.07.2020

Autorenschaft

Anke Begerow, M.Sc., ist Initiatorin der COVID-19 Pflege Studie. Sie ist an der Datenerhebung beteiligt, hat das methodische Vorgehen und den Beitrag konzipiert, die Daten analysiert und interpretiert. Zudem hat sie die Inhalte des Manuskripts erstellt. Sie genehmigt die letzte Version des Manuskripts zur Publikation und ist bereit für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen.

Dr. Ulrike Michaelis hat die Daten analysiert und interpretiert und das Manuskript kritisch überarbeitet. Sie genehmigt die letzte Version des Manuskripts zur Publikation und ist bereit für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen.

Prof. Dr. Uta Gaidys ist Initiatorin der COVID-19 Pflege Studie. Sie ist an der Datenerhebung beteiligt, hat das methodische Vorgehen konzipiert, die Daten analysiert und interpretiert und das Manuskript zu wichtigen intellektuellen Inhalten kritisch überarbeitet. Sie genehmigt die letzte Version des Manuskripts zur Publikation und ist bereit für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen.



Anke Begerow, M.Sc.

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
 Fakultät Wirtschaft und Soziales
 Department Pflege und Management
 Steindamm 105
 20099 Hamburg
 Deutschland
anke.begerow@haw-hamburg.de

Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Die große Datenmenge während der bestehenden Pandemie zu analysieren.

Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Dass Pflegenden autonom und eigenverantwortlich Versorgungsentscheidungen fällen, diese ethisch begründen und in den interdisziplinären Versorgungsprozess einbringen.

Was empfehlen Sie zum Weiterlesen /Vertiefen?

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2020). Verfügbar unter <https://www.divi.de> [21.06.2020].