



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Zwischen Fürsorge und Moralischer Belastung
Die Bedeutung von Dienstkompensationen für Pflegekräfte auf
Akutstationen

verfasst von | submitted by

Lisa Baumann

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Mag. Mag. Dr. Elisabeth Reitinger
Privatdoz.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BZW.	beziehungsweise
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DIN EN ISO	Deutsches Institut für Normung (DIN) Europäische Norm (EN) International Organization for Standardization (ISO)
EBD	Ebenda
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GUK	Gesundheits- und Krankenpflege
GUKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
MAG	Magister/ Magistra
MSC	Master of Science
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development Organisation (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
TN	Teilnehmer*in
ZIT. N.	Zitiert nach

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	RELEVANZ UND PROBLEMSTELLUNG	7
1.2	STAND DER FORSCHUNG	12
2	FORSCHUNGSINTERESSE UND ZIELSETZUNG DER ARBEIT	14
2.1	FORSCHUNGSFRAGEN UND KURZVORSTELLUNG DER ARBEIT	14
3	THEORETISCHER RAHMEN.....	16
3.1	BEGRIFFSDEFINITION DIENSTKOMPENSATION.....	16
3.2	BEGRIFFSDEFINITION MORAL DISTRESS	17
3.2.1	<i>Moral Distress im Pflegealltag.....</i>	<i>18</i>
3.2.2	<i>Auswirkungen von moralischem Stress.....</i>	<i>19</i>
3.3	BELASTUNGEN IM BERUFLICHEN ALLTAG VON PFLEGEPERSONEN	20
3.3.1	<i>Psychische Belastungen</i>	<i>21</i>
3.3.2	<i>Physische Belastungen</i>	<i>22</i>
3.3.3	<i>Soziale Belastungen.....</i>	<i>22</i>
3.4	COPINGSTRATEGIEN	23
4	METHODIK.....	25
4.1	FORSCHUNGSDESIGN	25
4.1.1	<i>Gütekriterien qualitativer Forschung.....</i>	<i>26</i>
4.2	METHODEN DER DATENERHEBUNG	28
4.3	FELDZUGANG	30
4.4	SAMPLING.....	30
4.4.1	<i>Beschreibung der Teilnehmer*innen</i>	<i>31</i>
4.5	ABLAUF DER INTERVIEWS	32
4.5.1	<i>Transkriptionsphase</i>	<i>32</i>
4.6	METHODEN DER DATENAUSWERTUNG	34
4.7	ETHISCHE ASPEKTE.....	37
5	ERGEBNISSE	39
5.1	SOZIALE ERFAHRUNGEN	40
5.1.1	<i>Auswirkungen auf private und familiäre Verhältnisse</i>	<i>40</i>
5.1.2	<i>Auswirkungen im Team.....</i>	<i>43</i>

5.2	PHYSISCHER ERLEBNISSE.....	46
5.2.1	<i>Umgang mit eigener Gesundheit.....</i>	46
5.2.2	<i>Körperliche Überforderung.....</i>	48
5.3	PSYCHISCHER ERLEBNISSE.....	51
5.3.1	<i>Psychische Auswirkungen.....</i>	52
5.3.2	<i>Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit</i>	53
5.4	MORAL DISTRESS.....	56
5.4.1	<i>Gefühl der Verpflichtung.....</i>	56
5.5	POSITIVE ERLEBNISSE	62
5.5.1	<i>Gehalt.....</i>	62
5.5.2	<i>Teamzusammenhalt.....</i>	65
5.6	STRATEGIEN	68
5.6.1	<i>Copingstrategien</i>	68
5.6.2	<i>Lösungsstrategien.....</i>	71
6	DISKUSSION.....	76
6.1	LIMITATION	79
7	SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK.....	81
8	VERZEICHNISSE	83
8.1	LITERATURVERZEICHNIS.....	83
8.2	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	95
8.3	TABELLENVERZEICHNIS.....	95
A	ANHANG	95
1.	KURZFASSUNG UND ABSTRACT	96
2.	INFORMATIONSBALLT UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG.....	98
3.	INTERVIEWLEITFADEN	101
4.	KURZFRAGEBOGEN DEMOGRAPHISCHE DATEN	104

1 **Einleitung**

Pflege kann als grundlegender Bestandteil des Gesundheitswesens, nicht nur in Österreich, sondern weltweit angesehen werden. Sie spielt eine entscheidende Rolle bei der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung und des generellen Wohlbefindens der Gesellschaft. Die Pflege in Österreich ist geprägt von einem sehr breit gefächerten Versorgungsangebot und Dienstleistungen. Diese strecken sich von Akutversorgungen in Krankenhäusern bis hin zur Langzeitpflege von älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen sowie deren Betreuung in ihren eigenen vier Wänden (Rappold & Juraszovich, 2019). Mit 161.000 Pflege- und Betreuungspersonen (entsprechend 127.100 Vollzeitäquivalenten) im akutstationären- sowie Langzeitbereich versucht das österreichische Gesundheitssystem die Bedürfnisse der Bevölkerung abzudecken und den künftigen Herausforderungen des demografischen Wandels gerecht zu werden (Juraszovich et al., 2023). Die Pflegedienstleistungsstatistik verzeichnet im Langzeitbereich etwa 69.700 Personen beziehungsweise 50.800 Vollzeitäquivalente, welche in den Bereichen mobile Betreuung (einschließlich Alltagsbegleitung und Entlastungsdiensten) sowie stationären Einrichtungen, wie teilstationärer Betreuung und Kurzzeitpflege tätig sind (Juraszovich et al., 2023). Von diesen rund 161.000 Pflege- und Betreuungspersonen sind 69.400 Personen in Krankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen sowie 48.000 Personen im Langzeitpflegebereich beschäftigt. Österreich steht einer kontinuierlichen Alterung der Bevölkerung gegenüber. Laut aktueller Prognosen beträgt der Anteil der Menschen über 65 Jahre bis zum Jahr 2050 bei bereits 27,5% der Gesamtbevölkerung (Statistik Austria, 2023). Diese wachsende Anzahl an älteren bis hochaltrigen Menschen in der Bevölkerung sowie die zunehmende Multimorbidität, insbesondere in einem fortgeschrittenen Lebensalter, haben nicht nur eine signifikant steigende Pflegeleistung zur Folge, sondern gehen auch mit einer erhöhten Komplexität einher (Jacobs et al., 2020). Zudem nehmen die Ansprüche, Erwartungen und Vorstellungen der Bevölkerung in Bezug auf die Leistungen und Angebote im Gesundheits- und Pflegewesen kontinuierlich zu. Diese Faktoren zusammen führen zu einer steigenden Nachfrage nach qualifiziertem Pflege- und Betreuungspersonal.

Um eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen, werden verstärkt Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch die österreichische Gesundheitspolitik ergriffen und in Gesundheitsreformen investiert (Rappold & Juraszovich, 2019). Durch die Einführung von Qualitätsstandards und einer verstärkten Ausbildung von Pflegekräften wird versucht, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Dennoch stehen der Entwicklung der Pflege trotz bereits getätigter Maßnahmen weiterhin große Herausforderungen bevor (Juraszovich et al., 2023). Als wohl größte Herausforderung, welcher das österreichische Gesundheitssystem bereits jetzt schon gegenübersteht, zeigt sich der anhaltende Personalmangel in der Pflege. Es kann angenommen werden, dass sich das Problem des Pflegepersonalnotstandes in Österreich mittlerweile zu einem chronischen Problem entwickelt hat (Fink et al., 2015; Staflinger, 2019). Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (englisch: Organization for Economic Co-operation and Development, kurz OECD) stellt im Jahre 2020 in ihrer Studie „*Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*“ fest, dass bezugnehmend auf die älterwerdende Bevölkerung in den OECD-Staaten in den künftigen 20 Jahren um 60% mehr Pflegekräfte benötigt werden, um den bisherigen Versorgungsstand gerecht zu werden (OECD, 2020). Auch die Situation der Pflegekräfte in Österreich zeigt sich im internationalen Vergleich besonders kritisch. Die kommenden Jahrzehnte werden eine Herausforderung für das Gesundheitssystem darstellen, da laut aktuellen Prognosen bis 2030 etwa 20.600 Personen in den Ruhestand treten werden. Bis 2040 werden weitere 36.800 Mitarbeiter den Beruf verlassen, gefolgt von 34.700 weiteren bis 2050. Diese Abgänge bedeuten einen geschätzten Ersatzbedarf von insgesamt etwa 92.100 Personen bis 2050, wobei sowohl rund 60.000 Personen des diplomierten Personals als auch etwa 32.100 der Pflege(fach)assistentenberufe in den Ruhestand gehen werden. Im Durchschnitt werden somit etwa 3.100 Personen pro Jahr benötigt, wobei jährliche Schwankungen aufgrund der Altersverteilung auftreten können (Juraszovich et al., 2023). Dies führt zusätzlich zu einer verstärkten Notwendigkeit, qualifizierte Nachfolger*innen in der Pflege zu finden, um somit sicherzustellen, dass die Versorgung der Patient*innen und Pflegebedürftigen weiterhin gewährleistet ist.

Die Erhebung der Altersstruktur der Pflege- und Betreuungspersonen des Gesundheitsberuferegisters verdeutlicht abermals die prekäre Situation (Rappold & Juraszovich, 2019). Folgende Grafik von Rappold und Juraszovich veranschaulicht die Altersverteilung (Stand 2018) in der Pflege. Sie veranschaulicht, wie bereits erwähnt, dass ein Drittel der in Österreich beschäftigten Pflegepersonen bereits ein Alter von - beziehungsweise über 50 Jahren aufweisen und somit das derzeit in Österreich geltende Pensionsantrittsalter in etwa zehn Jahren erreicht haben (Rappold & Juraszovich, 2019).

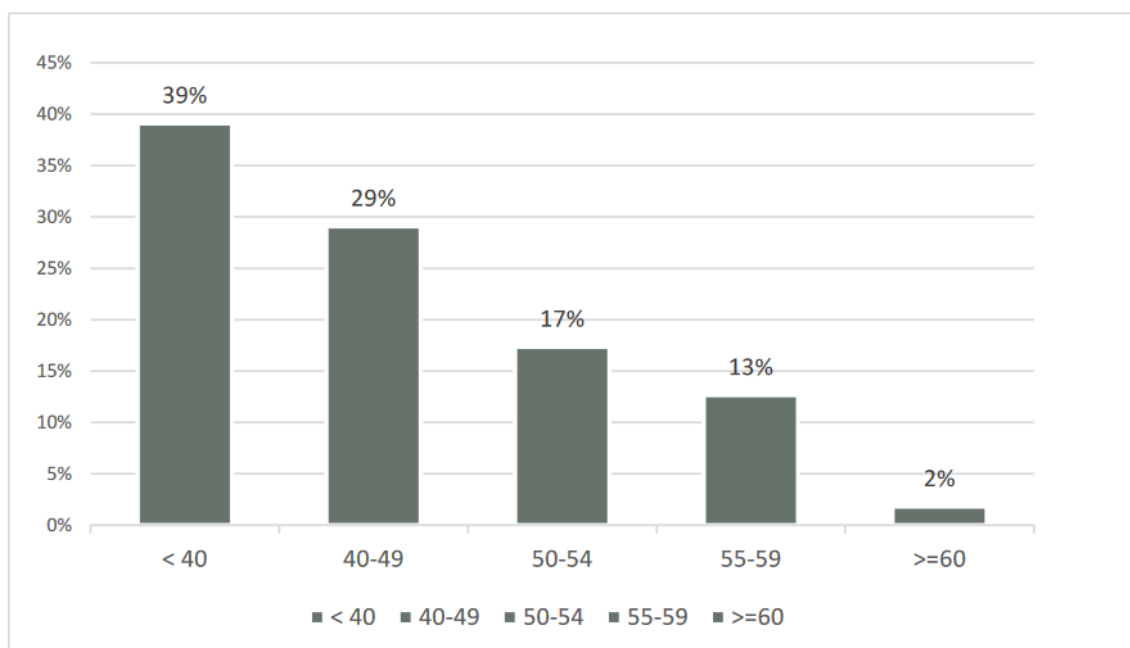


Abbildung 1: Altersverteilung der Pflege- und Betreuungspersonen im Jahr 2018
(Rappold & Juraszovich, 2019)

Der Personalmangel im österreichischen Gesundheitssystem wird durch die enorme Belastungssituation von Pflegepersonen mittlerweile zudem als die größte Herausforderung beschrieben (Staflinger, 2019). Österreich hat in über 260 Krankenanstalten knapp 65.000 Betten und zählt damit Europaweit zu den Staaten mit den meisten Krankenhausbetten sowie den meisten stationären Krankenhausaufenthalten im Vergleich zur Bevölkerung (Krankenanstalten in Zahlen, 2022). Diesbezüglich ist auch die Rolle der Pflegepersonen in Krankenanstalten von großer Bedeutung und unentbehrlich.

Das Hauptaugenmerk von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen wird in Krankenanstalten auf die Unterstützung der Krankenbehandlung und des Heilungsprozesses gelegt. Eine zentrale Aufgabe dieser Berufe besteht darin, die medizinische Behandlung zu unterstützen und sicherzustellen, dass die Patient*innen die bestmögliche Versorgung erhalten. Darüber hinaus erfordert die Pflege eine Vielzahl von Interventionen, die darauf abzielen, den Gesundheitszustand der Patient*innen aufrechtzuerhalten, zu verbessern und wiederherzustellen (Sailer, 2021). Insgesamt sind Pflegeberufe in Krankenanstalten für die ganzheitliche Versorgung der Patient*innen unverzichtbar. Sie tragen dazu bei, die medizinische Behandlung effektiver zu gestalten und sicherzustellen, dass die Patient*innen nicht nur körperlich, sondern auch psychisch und emotional bestmöglich betreut werden. Die Pflegekräfte sind ein wesentlicher Bestandteil des interdisziplinären Teams im Gesundheitswesen und tragen dazu bei, die Lebensqualität der Patient*innen zu verbessern und ihren Genesungsprozess zu unterstützen (Balzer & Ausserhofer, 2022). Diese Anforderungen jedoch zu erfüllen, erweist sich durch die anspruchsvollen Arbeitsbedingungen und durch begrenzte Ressourcen als zunehmend schwierig. Der bereits erwähnte bestehende Mangel an Pflegekräften stellt eine ernsthafte Bedrohung für die Gewährleistung der Patient*innenversorgung dar, welche in den letzten Jahren zusätzlich durch die Herausforderungen, welche die COVID-19-Pandemie mit sich brachte, konfrontiert wurde. Die Pandemie hat die bereits bestehenden Probleme verstärkt und das gesamte Gesundheitspersonal vor neue Anforderungen gestellt, welche die verharrende Situation des Personalmangels der Pflege zusätzlich negativ beeinflusst hat (Gferer & Gferer, 2021).

Der Anstieg der COVID-19-Fälle führte nicht nur in Österreich, sondern weltweit zu einer überwältigenden Arbeitsbelastung im Gesundheitswesen, verstärkte die bestehende Unterbesetzung und führte zu einer deutlichen Überforderung des Pflegepersonals. Dieser Anstieg wurde durch die Notwendigkeit, auf die speziellen Bedürfnisse von COVID-19-Patient*innen einzugehen, weiter verschärft (Bauer et al., 2020; Petzold et al., 2020). Die psychische Belastung des Pflegepersonals erreichte laut mehreren Studien während der Pandemie ein alarmierendes Ausmaß (Kennedy, 2021; Lai et al., 2020; Petzold et al., 2020).

Die ständige Angst vor Ansteckung, der Umgang mit schwer kranken Patient*innen und der Mangel an Ressourcen trugen zu Stress und Angstzuständen bei. Dies führte zu vermehrten Fällen von Depressionen und Angststörungen unter den Pflegekräften (ebd.). Pflegekräfte konnten aufgrund der Schutzmaßnahmen, wie dem ständigen Tragen von Schutzkleidung und intensiver Hygienemaßnahmen, längeren Arbeitsstunden, ohne ausreichende Pausen, zudem auch vermehrte physische Belastungen wahrnehmen. Dies führte zu körperlicher Erschöpfung und einem erhöhten Risiko von Gesundheitsproblemen (Gferer & Gferer, 2021; Lai et al., 2020; Mo et al., 2020). Infolge der erheblichen Arbeitsbelastung und der ansteigenden Prävalenz von Infektionen unter dem Pflegepersonal stieg auch die Anzahl an Krankenständen in den Pflgeteams. Diese Entwicklung resultierte in einer weiteren Verschärfung des bereits bestehenden Mangels an verfügbarem Personal und führte zu einer weiteren Ausdünnung der personellen Ressourcen auf den betreffenden Stationen. Krankenhäuser in Österreich sowie Deutschland sahen sich gezwungen, Stationen vorübergehend zu schließen, da sie nicht genügend Personal hatten, um eine angemessene Versorgung der Patient*innen sicherzustellen (Scheele et al., 2023). Dies führte zu Engpässen in der Versorgung und zur Umverteilung von Patient*innen auf andere Einrichtungen (Gferer & Gferer, 2021). In der GuK-C19-Studie von Gferer und Gferer wurde die Arbeitssituation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Krankenhausbereich während der COVID 19-Pandemie genauer beleuchtet. Diese zeigten auf, dass bereits 64% der befragten Fachkräfte im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege mindestens einmal oder sogar wiederholt erwogen, aus dem Pflegeberuf auszusteigen. Dies entspricht etwa 40.000 Pflegepersonen in ganz Österreich, welche somit das Potenzial für einen möglichen Austritt aus dem Pflegeberuf aufweisen. Laut der Erhebung denkt sogar beinahe jede zweite Pflegeperson im Krankenhaussetting (45%) wiederholt über einen beruflichen Ausstieg nach. In quantitativen Zahlen ausgedrückt, bedeutet dies für Österreich einen Wert von knapp 28.000 Personen, und dies in einem Kontext, in dem bereits ein akuter Personalmangel besteht (Gferer & Gferer, 2021).

Zudem erweist sich, dass in Österreich derzeit bereits etwa 3.000 Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte ihren Ausstieg aus dem Pflegeberuf tatsächlich vorbereiten. Die Erhebung von Gferer und Gferer (2021) zeigt außerdem, dass Befragte angaben, dass sich der Gedanke an einen Berufsausstieg durch die COVID-19-Pandemie sogar verstärkt hat. Diese Gedanken, den Pflegeberuf zu verlassen, sind geprägt von den bereits seit Jahren bekannten Feststellungen: eine unzureichend empfundene finanzielle Entlohnung, der Mangel an Wertschätzung und Anerkennung, der seit Jahren bestehende Personalmangel, einer überdurchschnittlich hohen Arbeitsbelastung und einer starken psychischen Belastung am Arbeitsplatz (Allinger & Mairhuber, 2021; Gferer & Gferer, 2021).

Die COVID-19-Pandemie hat die Überforderung, die Unterbesetzung aber auch die Unzufriedenheit des Pflegepersonals abermals unterstrichen und verdeutlicht, wie wichtig es ist, die Arbeitsbedingungen und die Unterstützung des Pflegepersonals zu verbessern, um die Gesundheitsversorgung nicht nur in Krisenzeiten aufrechterhalten zu können. Die Bedeutung des Pflegebereichs wurde besonders während und nach der Bewältigung der COVID-19-Pandemie noch deutlicher. Die Pandemie hat die bereits bestehenden Herausforderungen und Belastungen für das Pflegepersonal verstärkt und die Dringlichkeit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Aufstockung der Pflegepersonalressourcen hervorgehoben. Doch nicht nur die knappen Personalressourcen, sondern auch die anfallenden Krankenstände (Mayruber & Bittschi, 2022), welche durch die COVID-19-Pandemie noch spürbarer wurden, zeigten ein Feld auf, welches zusätzlicher Beachtung bedarf.

1.1 Relevanz und Problemstellung

Die Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung erfolgt in einem bedeutend hohen Ausmaß im Krankenhaus. Wie bereits einleitend erwähnt, nimmt Österreich im europäischen Vergleich eine führende Position hinsichtlich der Krankenhauskapazitäten und der Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte ein. Daraus resultierend kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere im Bereich der akutstationären Versorgung ein erhöhter Bedarf an Pflegepersonal zu verzeichnen sein wird (OECD, 2020; Rappold & Juraszovich, 2019). In den vergangenen Jahren wurden in Österreich nach Angaben von Statistik Austria (2022) beinahe 2,5 Millionen stationäre Krankenhausaufenthalte verzeichnet. Die durchschnittliche Dauer eines Aufenthalts im Krankenhaus betrug dabei 5,5 Tage (Statistik Austria, 2022). In Österreich werden knapp 260 Krankenanstalten gezählt, wovon 60% dieser Einrichtungen auf die Behandlung akuter medizinischer Fälle spezialisiert ist, während die restlichen 40% für nicht-akute Versorgungszwecke eingesetzt werden (BMSGPK, 2023; Statistik Austria, 2022). Dementsprechend ist der Großteil aller stationären Aufenthalte in Österreich dem akut stationären Sektor zugewiesen. Die Akutversorgung umfasst sowohl die akute Behandlung von Krankheitsfällen, als auch die geplante oder vorhersehbare medizinische Betreuung. Die meisten akuten Versorgungseinrichtungen bieten eine breite Palette von chirurgischen und konservativen medizinischen Dienstleistungen an, insbesondere in den Fachbereichen der Inneren Medizin und der Allgemeinchirurgie (BMSGPK, 2023). Um sicherzustellen, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung umfassend und effizient erfolgt, werden regelmäßige Planungen gemäß den gesetzlichen Vorgaben durchgeführt. Darunter fallen beispielsweise der Personaleinsatz, die Finanz- sowie Notfallplanung und Qualitäts- und Sicherheitsstandards (KAKuG, 2023). Es zeigt sich zudem, dass die Anzahl der behandelten Patient*innen, insbesondere auf den Akutstationen, kontinuierlich ansteigt. Zugleich nimmt die durchschnittliche Krankenhausverweildauer stetig ab (Krankenanstalten in Zahlen, 2022; Statistik Austria, 2022).

Die Aufnahme und Entlassung von Patient*innen, Aufgaben, die häufig vom Pflegepersonal übernommen werden, erweisen sich als äußerst arbeitsintensiv und zeitaufwendig. Im Laufe der Zeit erweiterte sich das Aufgabenprofil laut GuKG, welche den Arbeitsaufwand erheblich erhöhen (Breinbauer, 2020). Auf die Jahre gesehen wurde die Personalbemessung jedoch wie bereits aus dem Picker Report 2015 (Deutschland) von Stahl und Nadj-Kittler (2015) zu entnehmen ist, nicht entsprechend angepasst. Ein weiterer signifikanter Faktor, der zur steigenden Arbeitsbelastung beiträgt, ist der im Verlauf der Jahre gestiegene Mehraufwand bei der Dokumentation. Die Kommunikation mit den Patient*innen, ihren Angehörigen sowie die Beratung und vor allem die emotionale Unterstützung kommen aufgrund des erhöhten bürokratischen Aufwands abermals zu kurz (Hämel & Schaeffer, 2013; Stahl & Nadj-Kittler, 2015). Die Ablauforganisationen und die Verantwortungsbereiche haben sich vor allem im akutstationären Setting für Pflegepersonen, wie bereits genannt, zusätzlich verändert. Diagnostik und Therapiemaßnahmen werden streng terminisiert und finden nahezu an allen Wochentagen sowie in allen Schichten statt (Breinbauer, 2020). Wie zuvor in der Einleitung näher beschrieben, stellt der Pflegenotstand gegenwärtig ein drängendes Problem dar und hat weitreichende Auswirkungen, darunter einen Qualitätsverlust bei der Betreuung und Versorgung von Patient*innen. Mehrere Studien zeigen auf, dass die Ergebnisse der Behandlung sich verschlechtern, wenn Pflegekräfte eine zu hohe Patient*innenanzahl betreuen müssen (McHugh et al., 2021; Olley et al., 2019). Dies führt aufgrund des Mangels an Zeitressourcen häufig zu Vorkommnissen wie Wiederaufnahmen, Infektionen, verzögerte Medikamenteneinnahmen sowie mangelnder Kommunikation (ebd.). Diese Rationierung beeinträchtigt nicht nur die Versorgung der Patient*innen, sondern zeigt sich auch als eine erhebliche Belastung für das Pflegepersonal. Aktuelle Studien zeigen auf, dass die fehlende Angemessenheit der Personalbesetzung, zudem auch eine der zentralen Faktoren für eine vernachlässigte Pflege darstellt (Cartaxo et al., 2022; Griffiths et al., 2018). Der Schlüssel zwischen Pflegepersonal und Patient*innen variiert je nach Pflegegrad. Dieses Verhältnis dient als Grundlage für die Personaleinsatzplanung (Müller, 2021).

Personaleinsatzplanung bedeutet, dass Mitarbeiter*innen entsprechend ihrem Bedarf zugeteilt werden. In Krankenhäusern erfolgt diese Planung durch die Erstellung eines Dienst- oder Einsatzplans. Dienstpläne können auf verschiedene Weise gestaltet werden, zum Beispiel durch Berücksichtigung der Wünsche der Mitarbeiter*innen. Dies kann, je nach Vertrauen und unter Einhaltung vorab festgelegter Rahmenbedingungen, sogar bis hin zur eigenverantwortlichen Selbstplanung reichen. Fehleinschätzungen bei der Personalplanung können erhebliche Folgen haben. Wenn die Anzahl des eingeplanten Personals nicht mit der tatsächlich verfügbaren übereinstimmt, kann dies zu geteilten Diensten, vermehrten Überstunden, einer reduzierten Besetzung (bis hin zur Mindestbesetzung oder darunter) und einem häufigen Bedarf an „Einspringen“ zur Kompensation führen (Müller, 2021). Trotz in den meisten Fällen sorgfältiger Vorausplanung, lassen sich unvorhergesehene krankheitsbedingte Ausfälle jedoch nicht vermeiden. Die herrschenden personellen Engpässe im Arbeitsalltag werden demzufolge häufig durch plötzliche Krankheitsausfälle verstärkt, deren Kompensation sich oftmals als schwierig erweist (Herrmann & Woodruff, 2019; Müller, 2021). Personelle Engpässe und die damit verbundene Arbeitsbelastung können die Unzufriedenheit der Pflegekräfte verstärken (Dolezalek-Frese et al., 2014). Im Vergleich zu anderen Professionen im Gesundheitssektor und allgemein zu anderen Berufsgruppen außerhalb des Gesundheitsbereichs, geht der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege mit einer erhöhten Anzahl von Fehltagen aufgrund von Krankheit einher (Staflinger, 2019). Im Jahr 2021 beispielsweise, wies das Gesundheits- und Sozialwesen verglichen zu anderen Wirtschaftsbereichen die höchsten Krankenstandsquoten mit auf 4,1% auf (Mayruber & Bittschi, 2022). Die Arbeitsbelastung hat sich zudem im Zuge der COVID-19-Pandemie weiter verschärft. Laut Rappold und Juraszovich (2019) haben beispielsweise mehr als 40% der Pflegekräfte in österreichischen Krankenhäusern aufgrund der COVID-19-Situation eine starke bis sehr starke zusätzliche psychische Belastung erlebt (Breinbauer, 2020; Rappold & Juraszovich, 2019).

Zusätzlich zeigt sich, dass sich die physische Belastbarkeit des Pflegepersonals durch ein höheres Lebensalter vermindert. Wird dahingehend die Altersverteilung in **Abbildung 1** betrachtet, kann dies zusätzlich als wesentliches Problem wahrgenommen werden. Dementsprechend belasten krankheitsbedingte Personalausfälle das bereits knapp geplante Personal zusätzlich. Psychische sowie physische Belastungen machen sich insbesondere in Form von Ängsten, Schlafstörungen und Schwierigkeiten beim „Abschalten“ bemerkbar. Beachtlich ist, dass fast die Hälfte der Pflegekräfte von körperlichen Belastungen, welche sich durch Gefühle der Erschöpfung und Energielosigkeit sowie verstärkte Schmerzen manifestieren, klagen (Rappold & Juraszovich, 2019). Die Überbelastung und die daraus resultierenden Gesundheitsprobleme der Beschäftigten sind nicht nur für das Unternehmen, welches die fehlende Arbeitskraft zeitweise und so zeitnah wie möglich ersetzen muss, erheblich, sondern auch für die betroffenen Pflegekräfte aufgrund des hohen Drucks, unter dem sie stehen. Es kommt zunehmend vor, dass Pflegekräfte trotz unzureichender Gesundheit dennoch ihren Dienst antreten (Dolezalek-Frese et al., 2014). Fehlzeiten und Krankheitsausfälle einzelner Mitarbeiter*innen sind in der Regel nicht vorhersehbar. Infolgedessen muss der Arbeitsablauf auf der Station angepasst oder neu gestaltet werden und es muss eine Vertretung für die abwesende Pflegekraft im Team gefunden werden. Hierbei kann ein erheblicher Druck auf die Personen entstehen, da ein Gefühl der Verpflichtung gegenüber der Institution aufkommt (Dolezalek-Frese et al., 2014). Freie Tage, welche zur Erholung und zum Ausgleich für den beruflichen Alltag gedacht sind, können nicht angemessen genutzt werden. Dies führt zu einem Konflikt, wenn danach gestrebt wird, eine ausgeglichene Balance zwischen Arbeit und Privatleben zu finden (Blasche et al., 2017). Dass moralischen Belastungen und ethische Konflikten in der Pflege jedoch allgegenwärtig sind, erweisen bereits mehrere Studien, weswegen es sich als zunehmend relevant erweist, mögliche weitere Konflikte frühzeitig zu eruieren (Graeb, 2019; McCarthy & Gastmans, 2015; Oh & Gastmans, 2015). Fehlzeiten aufgrund von Krankheitsausfällen stellen eine zusätzliche Belastung für das verbleibende Personal dar, was wiederum zu vermehrtem Krankenstand, Absentismus und Unzufriedenheit führen kann (Starck & Fabjan, 2023).

Dies erhöht auch, wie bereits aus der Studie von Dolezalek-Ferse et al. (2014) hervorgeht, die Bereitschaft, den Arbeitsplatz zu wechseln, da die langfristige Kompensation von Personalmangel durch Überstunden belastend ist (Dolezalek-Frese et al., 2014; Jahn, 2020). In vielen Betrieben gibt es immer noch keine angemessene Lösung, um mit plötzlichen Krankheitsausfällen effektiv umzugehen und diesen Herausforderungen entgegenzuwirken. Wie aus den bereits aufgezeigten Erkenntnissen hervorgeht, sind Gesundheitseinrichtungen in erheblichem Maße auf erfahrene, motivierte und loyale Mitarbeiter*innen angewiesen, um eine qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung sicherzustellen. Es ist daher von großer Bedeutung, auf die Bedürfnisse des Pflegepersonals einzugehen, da sie eine Schlüsselrolle im Gesundheitssystem spielen. Eine bisher weitgehend unerforschte Facette dieses Themas betrifft das Erleben von Dienstkompensationen durch das Pflegepersonal auf Akutstationen. Krankheitsausfälle von Pflegekräften dürfen nicht zu einer zusätzlichen Belastung für den verbleibenden Teil der Belegschaft und insbesondere nicht für die Pflegekräfte führen, welche diese Ausfälle kompensieren müssen.

Es gilt die Situation der Pflegepersonen, welche in ihrer Freizeit gebeten werden, einen Dienst aufgrund eines unerwarteten Krankenstandes zu übernehmen, zu analysieren. Es ist daher notwendig, das Erleben von Dienstausschlägen aufgrund von Krankenständen sowie die auftretenden moralischen zusätzlichen Belastungen für das Pflegepersonal genauer zu untersuchen. Dies soll in weiterer Folge dazu beitragen, mögliche Lösungsansätze zu entwickeln, damit bessere Arbeitsbedingungen und Unterstützungsmechanismen für Pflegekräfte geschaffen werden können.

Insgesamt ist es von entscheidender Bedeutung, die Bedürfnisse und Belastungen des Pflegepersonals in der Gesundheitsversorgung ernst zu nehmen und zudem auch konkrete Schritte zur Förderung der psychischen und physischen Gesundheit der Mitarbeiter*innen zu unternehmen. Dies soll nicht nur dazu beisteuern, die Qualität der Patient*innenversorgung aufrechtzuerhalten, sondern auch die Zufriedenheit des Pflegepersonals auf Akutstationen im Krankenhaus künftig zu fördern.

1.2 Stand der Forschung

Die existierende Forschungsliteratur zur Arbeitsbelastung von Pflegekräften hat ausführlich psychische und physische Belastungen analysiert. Aspekte wie die Überlastung durch zu viele Aufgaben, hohe Patient*innenzahlen, Lärmbelastung und physische Herausforderungen, wie das Heben von Patient*innen sowie der Mangel an Ressourcen wurden eingehend untersucht. Die Forschung lenkt zudem auch vermehrt ihre Aufmerksamkeit auf Personaluntergrenzen in der Pflege und die Auswirkungen vernachlässigter Pflege (Cartaxo et al., 2022). Die Personaleinsatzplanung sowie die Dienstplangestaltung wird in der Literatur zudem auch analysiert. Studien spezialisieren sich hier vor allem auf die genaue Berechnung und Planung des notwendigen Personals, abhängig von den Pflegegraden der Patient*innen. Anzumerken ist hierbei auch, dass das Kompensieren von Diensten auch als "Einspringen" in der jeweiligen Literatur beschrieben, bedingt durch falsche Personalplanung oder plötzlich auftretende Krankheitsfälle zwar aufgegriffen wird, dennoch nicht auf das Erleben der Pflegepersonen dieser Situation eingegangen wird. Genannt wird, dass es zu Überforderung und Überlastung des Personals führen kann, da vermehrt Überstunden auftreten (Herrmann & Woodruff, 2019; Müller, 2021). Ebenso wurden soziale Auswirkungen, darunter Konflikte mit Institutionen und ein Mangel an Anerkennung gegenüber den Pflegepersonen, bereits erforscht. (Höhmann et al., 2016; Jahn, 2020; McCarthy & Gastmans, 2015; Stahl & Nadj-Kittler, 2015). Es ist jedoch anzumerken, dass die bisherige Forschungsliteratur den Belastungen, welche Pflegepersonen durch Dienstkompensationen erleben, nur wenig Beachtung geschenkt hat. Im Bereich der Forschung zu Moral Distress wurden Konflikte wie die unzureichende Aufklärung von Patient*innen durch Ärzt*innen, welche zu Spannungen im Pflegepersonal führen zudem bereits beleuchtet.

Themen wie Moral Distress in der palliativen Pflege, die ethische Kultur der Arbeitsumgebung und moralischer Stress im Zusammenhang mit Kündigungen oder beruflichem Ausstieg gehen bereits auch in mehreren literarischen Arbeiten hervor (Graeb, 2019; Monteverde, 2019; Morley et al., 2019; Whitehead et al., 2015) Jedoch zeigt sich keine fundierte Studienbasis, die den Zusammenhang zwischen Dienstkompensationen und moralischem Stress beleuchtet. Die vorliegende Arbeit strebt an, dieser Forschungslücke Beachtung zu schenken und sich mit dem Aspekt der Belastungen von Pflegekräften am Arbeitsplatz, insbesondere im Kontext von Dienstkompensationen und moralischem Stress zu beschäftigen.

2 Forschungsinteresse und Zielsetzung der Arbeit

Durch die Forschungsfragen soll das Erleben von Dienstkompensationen bei Ausfällen bedingt durch Krankenstände von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen näher beleuchtet werden und aufgezeigt werden wie deren Arbeitszufriedenheit und die physische und psychische Gesundheit dadurch beeinflusst werden. Zudem soll erforscht werden, welche Faktoren und Bewältigungsstrategien dabei möglicherweise eine Rolle spielen könnten. Der Hauptfokus dieser Arbeit liegt darauf, wie die Notwendigkeit, zusätzliche Dienste zur Kompensation von Krankenständen zu übernehmen, den moralischen Stress von Pflegekräften beeinflusst. Das Eingehen auf Wünsche, Bedürfnisse, die Gesundheit und vor allem auf das Wohlbefinden der Pflegepersonen spielt eine zentrale Rolle bei der Arbeitszufriedenheit (Graeb, 2019). Hinsichtlich dessen, soll diese Arbeit aufzeigen, wie Pflegepersonen, welche für genannte Ausfälle kontaktiert werden, diese Situation erleben und welche Belastungen dadurch entstehen können. Da es in vielen Einrichtungen keine adäquaten Lösungsansätze gibt, wie bei Situationen von Dienstauffällen agiert wird, fokussiert sich die Arbeit zusätzlich auf Lösungsstrategien aus Sicht der Pflegekräfte.

2.1 Forschungsfragen und Kurzvorstellung der Arbeit

Aufgrund der oben angeführten Zielsetzung der Arbeit, haben sich folgende drei Fragestellungen ergeben:

Forschungsfrage 1: „Wie beeinflusst das Erleben von Dienstkompensationen durch Pflegepersonen, deren Arbeitszufriedenheit sowie deren physische und psychische Gesundheit und welche Faktoren und Bewältigungsstrategien spielen dabei eine Rolle?

Forschungsfrage 2: „Wie beeinflusst die Notwendigkeit, zusätzliche Dienste zur Kompensation von Krankenständen zu übernehmen, den moralischen Stress von Pflegekräften?“

Forschungsfrage 3: „Welche Maßnahmen können aus Sicht von Pflegepersonen ergriffen werden, um das Vorkommen von Dienstkompensationen zu reduzieren und die Arbeitsbedingungen zu verbessern?“

Um die Forschungsfragen mit Hilfe dieser Arbeit zu beantworten, wird folgend die Vorgehensweise anhand der kommenden Kapitel kurz vorgestellt.

Zunächst wird der Untersuchungsgegenstand in einen theoretischen Rahmen verankert. Dieser Theoretische Rahmen, wie im **Kapitel 3** genannt, basiert einerseits auf Erkenntnisse, des in der Pflege namenhaften Begriffs, Moral Distress sowie bereits erforschte physische und psychische Belastungsfaktoren des Pflegeberufs und auch dem Versuch einer Definition des Begriffes „Dienstkompensation“. Dies soll für ein besseres Verstehen des bearbeiteten Themas sorgen. Da der Untersuchungsgegenstand durch eine empirische Datenerhebung erkundet wurde, wird im **Kapitel 4**, der Methodik, die methodische Herangehensweise zur Untersuchung der Fragestellungen detailliert beschrieben. In dieser Arbeit wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, welches es ermöglichte, die Datenerhebung mittels leitfadengestützter Einzelinterviews durchzuführen. Die Auswertung der gesammelten Daten erfolgte unter Anwendung eines inhaltsanalytischen Verfahrens. Dieses ermöglichte es Themen und relevante Erkenntnisse zu identifizieren und zu interpretieren. Diese Darstellung soll für eine bessere Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens dienen. Im darauffolgenden **Kapitel 5** Ergebnisse, kommt es zur Darstellung der Resultate. Hierfür wurden sechs Hauptkategorien sowie weitere Subkategorien gebildet, um aus den jeweiligen Kategorien Antworten auf die Forschungsfragen herauszufiltern. Das abschließende **Kapitel 6**, widmet sich der Diskussion der Studienergebnisse. In diesem Abschnitt werden die gesammelten Erkenntnisse dieser Arbeit im Kontext des theoretischen Rahmens und des aktuellen Forschungsstandes ausführlich erörtert. Ziel ist es, sowohl eine abschließende Zusammenfassung der Ergebnisse zu ziehen als auch einen Ausblick auf zukünftige Forschungsrichtungen zu geben.

3 Theoretischer Rahmen

Im folgenden theoretischen Teil wird der Begriff Dienstkompensation bzw. „das Einspringen in den Dienst“ und der Begriff "Moral Distress" genauer erläutert und auf verschiedene Aspekte eingegangen, welche damit verbunden sind. Zudem wird festgehalten, welche Belastungen Pflegekräfte in ihrem beruflichen Alltag erleben. Auch die Thematik von Copingstrategien wird folgend aufgegriffen. Diese Vorstellung soll einen Einblick in die Materie verschaffen, um somit für besseres Verständnis zu sorgen.

3.1 Begriffsdefinition Dienstkompensation

Der Begriff "Dienstkompensationen" wird in der Literatur häufig unterschiedlich verwendet und verstanden. Daher ist es zunächst notwendig, den Begriff in seine beiden Bestandteile "Dienst" und "Kompensation" aufzuschlüsseln, um eine klare und fundierte Definition zu ermöglichen. Das Wort "Dienst" bezieht sich auf eine Tätigkeit, die im beruflichen oder organisatorischen Kontext ausgeführt wird. Diese Leistung kann vielfältig sein, wie durch Arbeitseinsatz, das Anbieten von Dienstleistungen oder das Erfüllen bestimmter Aufgaben. Ein Dienst schafft somit einen Nutzen für Auftraggeber*innen (Dudenredaktion, o. J.-a). "Kompensation" kommt vom lateinischen "compensatio" und bedeutet Ausgleich. Im wirtschaftlichen und arbeitsrechtlichen Bereich ist es eine Gegenleistung oder Vergütung für erbrachte Dienste oder Nachteile, welche in verschiedenen Formen erfolgen kann (Dudenredaktion, o. J.-b). Herrmann & Woodruff (2019) beschreiben das Kompensieren von Diensten in ihrem Buch „Dienstplanung im stationären Pflegedienst“ als „Einspringdienste“, also dem Ausgleich von Ausfällen durch Vertretung. Dies kann entweder durch Kolleg*innen aus anderen Arbeitsbereichen oder durch das „Einspringen aus dem Frei“ erfolgen. Bereitschaftsdienste bzw. die Sonderform Rufbereitschaft ist nicht zu vergleichen mit dem „Einspringen aus dem Frei“. Mitarbeiter*innen können sich an einem Ort außerhalb der Arbeitsstelle aufhalten und müssen dennoch erreichbar sein, um die Arbeit auf Abruf antreten zu können. Der Bereitschaftsdienst ist zwingend im Dienstplan zu hinterlegen und grundsätzlich zu vergüten (Müller, 2021).

3.2 Begriffsdefinition Moral Distress

Moral Distress, als Begriff, hat in den letzten Jahren in der Gesundheitsversorgung und insbesondere im Pflegeberuf zunehmend an Bedeutung gewonnen. Moralische Konflikte können sich auf verschiedene Weisen manifestieren und haben erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit, die physische und psychische Gesundheit sowie die sozialen Bedürfnisse der Pflegekräfte (Breinbauer, 2020). Folgend wird der Begriff anhand des ursprünglichen Konzepts von Jameton (1984) beschrieben und im Anschluss mit aktuelleren Erkenntnissen in Kontext gesetzt.

Der Begriff Moral Distress wurde ursprünglich von Andrew Jameton (1984) in der medizinischen Literatur eingeführt. Jameton (1984) definierte Moral Distress als das Gefühl oder die Erfahrung von Pflegekräften, wenn sie erkennen, dass die ethischen Prinzipien und Werte, welche sie für richtig halten, durch die Anforderungen ihrer Arbeit oder organisatorische Entscheidungen gefährdet oder beeinträchtigt werden. Diese Definition wurde später erweitert und verfeinert, da Moral Distress in verschiedenen Kontexten und Berufsfeldern untersucht wurde, insbesondere im Gesundheitswesen und in der Pflege. In dieser Arbeit wird jedoch nur die Definition von Jametons (1984) zum besseren Verständnis herangezogen. Der Philosoph Andrew Jameton meinte, moralischer Stress in der Pflege sei ein scherzhafter emotionaler Zustand beziehungsweise ein psychologisches Ungleichgewicht (Jameton, 1993). Dieser Stress tritt auf, wenn Pflegekräfte erkennen, dass eine Situation moralisch angemessenes Handeln verlangt, sie jedoch aufgrund von institutionellen Hindernissen wie Zeitmangel, fehlender Unterstützung von Vorgesetzten, der Ausübung ärztlicher Macht, institutionellen Richtlinien oder rechtlichen Beschränkungen nicht handeln können (Jameton, 1984). 1993 unterschied Jameton zwischen zwei Arten von moralischem Stress: initialem und reaktivem moralischem Stress. Beim initialen Stress empfinden die betroffenen Personen Frustration, Ärger und Unbehagen, wenn sie mit institutionellen Hürden und interpersonellen Wertekonflikten konfrontiert sind. Reaktiver Stress tritt auf, wenn Personen aufgrund ihres initialen Stresses nicht handeln können (Jameton, 1993).

Jameton differenzierte außerdem zwischen dem moralischen Stress und dem moralischen Dilemma. In einem moralischen Dilemma gibt es mehrere Handlungsoptionen, von denen jede als moralisch richtig betrachtet werden kann, aber die Auswahl einer Option zwangsläufig dazu führt, eine andere auszuschließen. Diese Entscheidungen erzeugen einen inneren Konflikt, da eine Person etwas Richtiges tut, aber gleichzeitig etwas anderes für sie Richtiges nicht tut (Jameton, 1993).

Die Definition von Jameton (1984) wird jedoch von aktuelleren Überlegungen in Frage gestellt. Morley et al. (2022) meint, dass die ursprüngliche Begriffsbestimmung die Vielfalt von Moral Distress unterschätzen und nicht ausreichend ganzheitlich sind. Dementsprechend gehört diese angepasst, um uns in einem sich ständig verändernden zeitgenössischen Umfeld wirksam zu unterstützen (Morley et al., 2022). In einer früheren Erhebung von Morley et al. (2020) wird Moral Distress folgend beschrieben: „moral distress is the psychological distress that is causally related to a moral event“, also als eine psychische Belastung, die mit einem moralischen Ereignis verbunden ist. Diese Definition umfasst drei Schlüsselkomponenten: ein moralisches Ereignis, psychische Belastung und eine kausale Beziehung zwischen den beiden (Morley et al., 2020).

3.2.1 Moral Distress im Pflegealltag

Zu den vorrangigen Ziele der Pflege zählt nachweislich die Vermeidung von Schaden für Patient*innen, die Prävention von Komplikationen und die Schaffung einer heilsamen psychologischen Umgebung für Patient*innen und deren Familien (Biller-Andorno et al., 2021). Angesichts der Verletzlichkeit der meisten Patient*innen benötigen diese nicht nur kompetente Pflege, sondern auch eine schützende, für sie sichere Umgebung. Allerdings sind Pflegekräfte aus verschiedenen Gründen, wie Personalmangel, unzureichende Ausbildung oder ineffektive schmerztherapeutische Maßnahmen, nicht immer in der Lage, diese Ziele zu erreichen.

Wenn professionelle Pflegeziele aufgrund solcher Hindernisse nicht erreicht werden können, erleben Pflegendе im beruflichen Alltag moralischen Stress (Graeb, 2019; Monteverde, 2019; Oh & Gastmans, 2015).

Eine gründlichere Analyse offenbart, dass in der Pflege eine "sichere Umgebung" bedeutet, dass Pflegefachkräfte sämtliche Maßnahmen im besten Interesse der Patient*innen durchführen. Die Definition dessen, was als "bestes Interesse" der Patient*innen gilt, kann allerdings von verschiedenen Akteur*innen, wie den Patient*innen selbst, dem Pflegepersonal, den Ärzt*innen, der Familie oder anderen Angehörigen festgelegt worden sein. Dennoch kann die Entscheidung darüber, was für die Patient*innen am besten ist, im Konflikt stehen. Das heißt, dass viele weitere Einflüsse, wie institutionelle oder gesellschaftliches Interesse hierbei auch eine wesentliche Rolle spielen. Wenn Pflegekräfte erkennen, was im besten Interesse der Patient*innen (außer ihrer persönlichen Sicht) liegt, aber nicht in der Lage sind, entsprechend zu handeln, erleben sie moralischen Stress (Biller-Andorno et al., 2021).

3.2.2 Auswirkungen von moralischem Stress

Die Auswirkungen wiederholter Erfahrungen der Pflegepersonen von moralischem Stress können erheblich sein. Eine der am besten dokumentierten Folgen von moralischem Stress, insbesondere wenn er mit einer starken individuellen Belastungsreaktion einhergeht, ist die Neigung zu einem Stellen- oder sogar Berufswechsel bis hin zum Berufsausstieg (Dodek et al., 2016; Whitehead et al., 2015). Studien zeigen zudem, dass Pflegekräfte häufig von einem erheblichen Anstieg der administrativen und dokumentarischen Aufgaben berichten. Dadurch steht diesen weniger Zeit für die direkte Patient*innenversorgung zu Verfügung. In diesem Zusammenhang empfanden Pflegepersonen moralischen Stress (Oh & Gastmans, 2015). Als Folge davon konnte nicht mehr das gewünschte Qualitätsniveau der Versorgung für alle Patient*innen aufrechterhalten werden, da aufgrund von Zeitmangel Prioritäten bei der Pflege gesetzt werden mussten.

Dies führte zu zeitlichen Einschränkungen, sowohl bei Gesprächen als auch bei präventiven Pflegemaßnahmen, der Körper- und Mundpflege sowie der wichtigen Mobilisation von Patient*innen mit eingeschränkter Mobilität (Kleinknecht-Dolf et al., 2015; Monteverde, 2019a; Oh & Gastmans, 2015).

Angesichts dieser Erfahrungen zeigt sich, dass die Auswirkungen von moralischem Stress zu Unzufriedenheit am Arbeitsplatz von Pflegenden führen kann. Aus der Literatur geht zudem auch hervor, dass sich durch ständige frustrierenden Erlebnisse der Pflegepersonen Auswirkungen wie Wut, Angst und genereller Unzufriedenheit sowie physischen Belastungen bemerkbar machen (Graeb, 2019). Diese anhäufenden psychischen und physischen Belastungen sowie wiederholt auftretender moralischer Stress, welcher sich auf verschiedenste Lebensbereiche auswirken kann, kann nachweislich in ein Burnout münden und gilt daher als beachtliches Problem (Breinbauer, 2020; Petzold et al., 2020).

3.3 Belastungen im beruflichen Alltag von Pflegepersonen

Der Terminus "Arbeitsbelastung" verweist laut Hauß (1983) primär auf sämtliche arbeitsbedingte Faktoren, die über einen bestimmten Zeitraum hinweg nachteilige Auswirkungen auf das individuelle Wohlbefinden entfalten. Diese umfassende Definition integriert nicht allein externe pathogene Einflüsse, die von außen auf ein Individuum einwirken, sondern berücksichtigt auch die individuelle Reaktion auf diese Faktoren. Dabei werden besonders die Begriffe der „Beanspruchung“ und der „Bewältigung“ als Teil dieser individuellen Reaktion betrachtet. Die Beanspruchung repräsentiert dabei die unmittelbare Belastung, während die Bewältigung als Reaktion auf diese Belastungen fungiert und somit einen modifizierenden Einfluss auf die Belastung selbst ausüben kann. Infolgedessen kann die Bewältigung sowohl einen belastenden Charakter als auch einen entlastenden Charakter annehmen (Hauß, 1983). Im Rahmen dieser Arbeit wird Arbeitsbelastung in Bezug auf Überbeanspruchung stets mit negativer Belastung gleichgesetzt, um ein besseres Verständnis zu fördern.

In Anbetracht auf den Kontext der Pflege gewinnen Arbeitsbelastungen eine besondere Relevanz, da aus der Literatur hervorgeht, dass diese vor allem bei Gesundheitsdienstleiter*innen besonders hoch ist (Baye et al., 2020; Beh, 2012; Girma et al., 2021).

Arbeitsbelastungen in der Pflege manifestieren sich als entscheidende Auslöser für eine Vielzahl von arbeitsbezogenen Herausforderungen, darunter Verspätungen, Fehlzeiten, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und beispielsweise auch Substanzkonsum (Bernal et al., 2015; Yaribeygi et al., 2017). Die Auswirkungen von Belastungen am Arbeitsplatz gehen über individuelle Gesundheitsaspekte hinaus und erstrecken sich auf organisatorische Ebenen, indem das Engagement der Organisation, die Arbeitszufriedenheit, die Qualität der Pflege und die Gesamtproduktivität negativ beeinflusst wird (Kemper et al., 2011; Liu et al., 2019).

3.3.1 Psychische Belastungen

Neuner (2016) zeigt, dass psychische Belastung von der DIN EN ISO 10.075 (Norm) als „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ definiert wird (Neuner, 2016). „Belastung“ wird in der arbeitswissenschaftlichen Terminologie neutral verwendet, während sie in der Umgangssprache oft eine negative Konnotation hat. Psychische Belastungen, wie beispielsweise Arbeitsaufgaben oder Lärm, sind grundsätzlich wertfrei. Ihre Bewertung und Wirkung auf das Individuum können jedoch variieren, wodurch sie von einer Person positiv und von einer anderen negativ wahrgenommen und bewältigt werden können. Die Beanspruchung, die sich manifestiert, wird grundlegend durch die Intensität, Dauer und zeitliche Verteilung der Belastung bestimmt (Rudow, 2014). Wenn die Anforderungen der Arbeit beispielsweise die psychischen Fähigkeiten oder Präferenzen der Arbeitnehmer*innen übersteigen und dabei ihre Motivation und Bedürfnisse nicht angemessen berücksichtigt werden, kann dies zu einer psychischen Überforderung führen.

Andererseits entsteht bei unzureichender Beanspruchung, Nutzung oder Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten oder Wünsche sowie der Nichterfüllung ihrer Ansprüche eine psychische Unterforderung (Breinbauer, 2020).

3.3.2 Physische Belastungen

Arbeitsplatzbedingte physische Belastungen können verschiedene Formen annehmen, darunter Lärm und dessen Schwankungen, die Exposition gegenüber chemischen oder physikalischen Schadstoffen, unzureichende oder übermäßige Beleuchtung, klimatische Faktoren wie Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Luftbewegung und Wärmestrahlung sowie Einschränkungen durch Schutzkleidung (Breinbauer, 2020). Diese Belastungen führen zu einer Aktivierung des Organismus, die sich, wie bereits erwähnt, in physiologischen Reaktionen wie der Erhöhung der Pulsfrequenz oder des Blutdrucks, endokrinen Veränderungen wie einem Anstieg des Adrenalinpiegels, emotionalen Ausdrucksformen wie Freude oder Ärger sowie Verhaltensreaktionen wie Fluchtverhalten äußert (Rudow, 2014). Auch Pflegekräfte erleben in ihrem beruflichen Alltag erhebliche physische Belastungen, insbesondere durch das Heben und Tragen schwerer Lasten sowie das Positionieren von Patient*innen. Obwohl zahlreiche Hilfsmittel wie Patient*innenlifter, Drehscheiben, Rutschbretter sowie Halte- und Stützgriffe im Pflegebereich vorhanden sind, erfordern viele pflegerische Aufgaben immer noch belastende Körperhaltungen wie Bücken, Drehen oder Knien (Breinbauer, 2020; Höhmann et al., 2016; Stahl & Nadj-Kittler, 2015).

3.3.3 Soziale Belastungen

Neben den physischen und psychischen Anforderungen am Arbeitsplatz sehen sich Pflegekräfte auch mit sozialen Herausforderungen konfrontiert. Hierzu zählt der Umgang mit herausfordernden Patient*innen und deren Angehörigen, sei es aufgrund von Krankheiten oder individuellen Persönlichkeitsmerkmalen. Darüber hinaus können Konflikte in der Interaktion und Kommunikation mit Kolleg*innen, Vorgesetzten oder auch Interdisziplinär auftreten (Breinbauer, 2020).

Die Bedeutung von sozialer Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte wird dabei besonders deutlich. Ein Mangel an dieser Unterstützung kann nicht nur das Arbeitsklima beeinträchtigen, sondern auch zu erhöhtem Stress und letztendlich sogar zu Berufsausstieg führen (Sastrawan et al., 2019).

Die Dynamik im Team und die Art der Unterstützung durch Vorgesetzte spielen eine entscheidende Rolle für die Arbeitszufriedenheit und langfristige Bindung der Pflegekräfte an ihren Beruf. Laut Schmedes (2021) ist es von zentraler Bedeutung, bewusst ein unterstützendes Umfeld zu schaffen, um die Belastungen in der Pflege nachhaltig zu bewältigen und engagierte Pflegekräfte zu fördern, um sozialen Belastungen aus dem Weg zu gehen (Blättner & Waller, 2018; Schmedes, 2021).

3.4 Copingstrategien

Im kommenden Kapitel wird einleitend auf das Thema Copingstrategien eingegangen, um ein fundiertes Verständnis zu erleichtern. Dabei wird der Fokus darauf liegen, grundlegende Einblicke zu vermitteln, ohne in ausführliche Details einzutauchen.

Coping umfasst kognitive Prozesse und Handlungen, die darauf abzielen, Herausforderungen wie Stress zu bewältigen. Der Begriff Copingstrategie bezieht sich dabei auf die konkrete Reaktion in Bezug auf verschiedene Stressoren oder Kontexte, in denen Stress erlebt wird. Die Literatur klassifiziert Coping anhand unterschiedlicher Merkmale, wobei das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkmann (1984) eine gängige Einteilung bietet. Hier wird zwischen problemorientiertem Coping, das darauf abzielt, Stressoren zu bekämpfen oder zu eliminieren, und emotionsorientiertem Coping, das sich auf die Regulierung der durch Stress ausgelösten emotionalen Reaktionen konzentriert, unterschieden. Beide Ansätze zeigen vielfältige Bewältigungsstrategien, sei es durch gezielte Handlungen zur Problemlösung oder durch emotionale Regulationstechniken wie positives Umdenken und den Austausch mit Kolleg*innen (1984, zit. n. Klingenberg, 2022).

Wie sich aus letzteren Kapiteln erkennen lässt, erleben Pflegepersonen individuelle Stress- und Belastungserfahrungen im Arbeitsalltag. Die Wahrnehmung dieser Situationen hängt größtenteils von der persönlichen Fähigkeit eines jeden Einzelnen ab, mit diesen Herausforderungen umzugehen, sowie von den individuellen Ressourcen, die für die Bewältigung von Belastungen zur Verfügung stehen (Blättner & Waller, 2018; Rudow, 2014).

4 Methodik

Im anschließenden Abschnitt erfolgt eine eingehende Erläuterung des methodischen Vorgehens dieser Forschungsarbeit. Hierbei werden sowohl die angewandte Methode zur Datenerhebung als auch das Verfahren zur Datenauswertung beleuchtet. Die transparente Darstellung der angewandten Methode dient dem Zweck, die Nachvollziehbarkeit der Forschungsarbeit zu gewährleisten und somit das Vertrauen in die Validität der gewonnenen Erkenntnisse zu stärken. Durch diesen methodischen Zugang soll eine solide Basis geschaffen werden, auf der die Ergebnisse der Studie aufbauen und zu einem vertieften Verständnis des untersuchten Themenfeldes beitragen können.

4.1 Forschungsdesign

Das vorliegende Forschungsprojekt zielt darauf ab, die Komplexität der Auswirkungen des Erlebens von Dienstkompensationen durch Pflegepersonen auf verschiedene Aspekte ihrer beruflichen und persönlichen Lebensbereiche zu verstehen. Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Der qualitative Forschungsansatz, auch als qualitatives Forschungsdesign bekannt, erlebte in den 1970er Jahren in Europa ein Neuaufleben und gewann zunehmend an Popularität. Flick (2017) beschreibt die qualitative Forschung als einen Ansatz, der darauf abzielt, Lebenswelten aus der inneren Perspektive der handelnden Menschen zu beschreiben. Ihr Ziel besteht darin, zu einem vertieften Verständnis sozialer Realitäten beizutragen und dabei auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam zu machen (Flick et al., 2017). Der qualitative Forschungsansatz soll dabei helfen Kontexte zu verstehen, persönliche Erfahrungen zu erforschen, Muster und Bedeutungen zu identifizieren. Er wird häufig in den Sozialwissenschaften, Psychologie, Anthropologie, Pädagogik und anderen Disziplinen angewendet, um Einblicke in komplexe menschliche Verhaltensweisen, soziale Strukturen und kulturelle Phänomene zu gewinnen (Schumann, 2018).

Dies hat sich auch als Begründung dargestellt, warum ein qualitativer Ansatz für diese Arbeit gewählt wurde. Das Erkenntnisinteresse liegt vor allem in der Sichtweise und dem Erleben von Pflegepersonen und es soll eine tiefgehende und facettenreiche Exploration der individuellen Erfahrungen, Einstellungen und Perspektiven der Pflegekräfte im Umgang mit Dienstkompensationen erforscht werden. Dieser methodische Zugang erlaubt es, komplexe Zusammenhänge und individuelle Bedeutungen besser zu verstehen. Dies ist für die Beantwortung der Forschungsfragen sowohl hinsichtlich der wissenschaftlichen als auch der praxisrelevanten Erkenntnisse notwendig.

4.1.1 Gütekriterien qualitativer Forschung

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die Grundideen der qualitativen Forschung näher erläutert, welche es ermöglichen, Einblicke in komplexe soziale Phänomene zu gewinnen. Gütekriterien, welche in der qualitativen, wie auch in der quantitativen Forschung formuliert werden, dienen als Maßstab zur Bewertung und Beurteilung von Forschungsmethoden und -ergebnissen. Sie helfen dabei, die Stärken und Schwächen einer Forschungsarbeit zu identifizieren und sichern somit die Zuverlässigkeit der gewonnenen Erkenntnisse.

Im folgenden Abschnitt werden die Kriterien, welche die Qualität und Validität qualitativer Forschung sicherstellen, genauer betrachtet und ihre Bedeutung im Rahmen wissenschaftlicher Erkenntnisgewinnung herausgearbeitet. Durch die Wahl der methodischen Auswertung anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), welche im Absatz der Datenauswertung näher erläutert wird, wurde auch auf die definierten Gütekriterien von Mayring zurückgegriffen. Folgend werden die sechs Gütekriterien nach Mayring (2023) näher ausgeführt (Mayring, 2023). Als ersten Punkt der Gütekriterien nennt Mayring (2023) die **Verfahrensdokumentation**. Er beschreibt, dass die Präsentation wissenschaftlicher Ergebnisse an Wert verliert, wenn das genutzte Verfahren nicht präzise dokumentiert ist.

Im Unterschied zur standardisierten quantitativen Forschung, bei der häufig auf Techniken und Messinstrumente verwiesen wird, erfordert qualitative Forschung eine detaillierte Aufzeichnung aller Schritte. Dies schließt die Erklärung des Vorverständnisses, die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums sowie die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung ein. In dieser Forschungsarbeit werden die benötigten Informationen im ganzen Kapitel **5 Methodik** genau festgehalten.

Als nächsten Schritt und zweites Gütekriterium wird die **Argumentative Interpretationsabsicherung** genannt. Interpretationen spielen eine entscheidende Rolle in qualitativen Ansätzen laut Mayring (2023). Anders als in der quantitativen Forschung, in der Ergebnisse durch klare Beweise gestützt werden können, müssen Interpretationen in der qualitativen Forschung argumentativ begründet werden. Dabei spielen ein adäquates Vorverständnis, die interne Kohärenz der Interpretation sowie die Suche nach und Überprüfung von Alternativdeutungen eine entscheidende Rolle. Dieser Gesichtspunkt wird anhand der Darstellung der Ergebnisse (**Kapitel 6 Ergebnisse**) behandelt.

Kriterium drei die **Regelgeleitetheit**: Obwohl qualitative Forschung offen für den Forschungsgegenstand sein sollte, darf dies laut Mayring (2023) nicht zu einem vollständig unsystematischen Vorgehen führen. Es ist entscheidend, dass bestimmte Verfahrensregeln eingehalten und das Material systematisch bearbeitet wird. Das Festlegen von Analyseschritten im Voraus, die Unterteilung des Materials in sinnvolle Einheiten und eine systematische Analyse von einer Einheit zur nächsten sind dafür essenziell. Hierfür wurde in der Arbeit die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) für das Vorgehen gewählt.

Das vierte Gütekriterium nach Mayring (2023) ist die **Nähe zum Gegenstand**: Die Gegenstandsangemessenheit und Nähe zum Forschungsgegenstand sind grundlegende Prinzipien qualitativ-interpretativer Forschung. Durch das Anknüpfen an die Alltagswelt der Beforschten und den Versuch, im "Feld" zu forschen, wird eine maximale Nähe zum Gegenstand angestrebt.

Die Erreichung der Nähe ist ein wesentliches Gütekriterium und wird anhand des Interesses zum Forschungsgegenstand gewährleistet.

Als Gütekriterium fünf nach Mayring (2023) wird die **Kommunikative Validierung** angeführt. Die Gültigkeit von Ergebnissen und Interpretationen kann durch eine kommunikative Validierung überprüft werden. Dies beinhaltet das erneute Vorlegen der Ergebnisse an die Beforschten und eine Diskussion mit ihnen. Wenn sich die Beforschten in den Analyseergebnissen wiederfinden, stärkt dies die Absicherung der Ergebnisse. Um Unklarheiten aus dem Weg zu räumen, wurden die ersten verschriftlichten Ergebnisse der einzelnen Transkripte an die jeweiligen befragten Teilnehmer*innen geschickt. Dies sollte garantieren, dass das Gesagte auch richtig aufgefasst und interpretiert wurde und somit die Ergebnisse korrekt dargestellt werden können.

Mayring (2023) beschreibt die **Triangulation** als sechstes Gütekriterium. Ähnlich wie die Verbindung der Seiten eines Triangels den Klang eines Instruments ausmacht, kann die Qualität der qualitativen Forschung durch die Verbindung mehrerer Analysegänge gesteigert werden. Triangulation bezieht sich auf die Nutzung verschiedener Datenquellen, Interpret*innen, Theorieansätze oder Methoden, um unterschiedliche Perspektiven zu gewinnen. Ziel ist es, ein facettenreiches Bild der Forschungsergebnisse zu erstellen, wobei eine vollständige Übereinstimmung nicht notwendig ist. Der Vergleich der Ergebnisse ermöglicht die Identifizierung von Stärken und Schwächen der jeweiligen Analysewege und trägt zur Gesamtheit der Forschung bei. In dieser Arbeit wurde versucht, die Forschungsergebnisse im Diskussionsteil mit den Ergebnissen von weiteren Untersuchungen abzugleichen, um dieses Kriterium zu erfüllen.

4.2 Methoden der Datenerhebung

In dieser Arbeit wird das Erleben der Dienstkompensationen von Pflegepersonen auf Akutstation näher untersucht, weswegen auch die Erlebniswelt dieser im Mittelpunkt steht.

Um diesbezüglich auch die Perspektiven dieser Zielgruppe näher zum Ausdruck zu bringen, wurde eine qualitative Datenerhebung anhand von problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews nach Witzel (1982) herangezogen. Die problemzentrierte Interviewmethode ist ein theoriegenerierendes Verfahren, welche es ermöglicht, gezielte und themenspezifische Erkenntnisse zu gewinnen. Die subjektiven Problemsichten sollen anhand entsprechender Kommunikationsstrategie dargestellt werden. Diese Methode beginnt mit einem narrativen Einstieg der Erzählaufforderung und fördert freies Erzählen der Befragten, während Interviewer*innen gleichzeitig die Gelegenheit haben, durch gezielte Nachfragen offene Leitfäden zu vertiefen. (1982, zit. n. Witzel, 2000). Diese problemzentrierten Interviews erweisen sich als eine gängige Methode in der qualitativen Forschung, um umfassende Einblicke in die Erfahrungen, Perspektiven und Meinungen der Befragten zu einem bestimmten Thema zu gewinnen. Diese Art von Interviews ermöglicht es den Forschenden, sich auf spezifische Probleme oder Fragestellungen zu konzentrieren und gleichzeitig den Teilnehmer*innen Raum für freie Äußerungen zu geben (Mayring, 2022). Um für die vorliegende Arbeit sicherzustellen, dass alle relevanten Themen und Fragen abgedeckt werden, wurde ein von der Forscherin erstellter Interviewleitfaden erstellt. Dieser verfolgt das Ziel, als strukturiertes Gerüst zu dienen. Der Leitfaden enthält offene Fragen sowie spezifische- und Ad-hoc Fragen. Auch Beispiele zum leichteren Verständnis wurden von der Forscherin vordefiniert, um die Teilnehmer*innen dazu zu ermutigen, über ihre Erfahrungen und Ansichten zu sprechen. Die Fragen im Leitfaden waren zudem flexibel gestaltet und ermöglichen den Teilnehmer*innen, ihre eigenen Gedanken und Perspektiven einzubringen. Die Interviews wurden auf einem digitalen Datenträger aufgezeichnet, damit sie in weiterer Folge transkribiert werden konnten, um die Daten für die weitere Analyse verfügbar zu machen. Infolgedessen forderte der Prozess eine sorgfältige Codierung und Kategorisierung der Daten, um die relevanten Informationen zu extrahieren und interpretieren zu können. Zu Beginn wurden die Pflegepersonen gefragt, was sie dazu bewogen hat in diesem Beruf zu arbeiten. So konnte gleich anfangs in eine Erzählphase eingeleitet werden. Weiters wurde die Reihenfolge der Fragen des Interviewleitfadens an die Gesprächsinhalte angepasst.

Dies hat es ermöglicht, den Gesprächsfluss nicht zu unterbrechen, sondern Anschlussfragen sowie Überleitungsfragen einzubauen. Insgesamt konnten 14 problemzentrierte, leitfadengestützte Einzelinterviews für die Analyse herangezogen werden.

Diese fanden in einem ruhigen Besprechungsraum im jeweiligen Krankenhaus statt. Dies hat es ermöglicht, den Interviewpartner*innen eine vertraute und entspannte Gesprächssituation zu gewährleisten.

4.3 Feldzugang

Der Feldzugang erfolgte über das Kontaktieren verschiedener Akutkrankenhäuser in Wien. Im Vorfeld wurde die Geschäftsleitung bzw. die Pflegedirektion per Mail, wie auch telefonisch kontaktiert, um das angestrebte Ziel näher zu erläutern. Ein Informationsschreiben sowie das vorab erarbeitete Exposé wurden zur Durchsicht und Erklärung des Forschungsvorhabens zusätzlich im Vorhinein bereitgestellt. Die Rekrutierung der Teilnehmer*innen begann nach positiven Rückmeldungen der Krankenhausleitungen bzw. der Pflegedirektion. Zur besseren Kontaktaufnahme für Interessent*innen zur Teilnahme des Forschungsvorhabens wurde ein Informationsblatt mit einer Kurzbeschreibung des Forschungsgegenstandes sowie mit Kontaktmöglichkeiten versendet.

4.4 Sampling

Sampling wird die Stichprobe bzw. die Auswahl der befragten Personen bezeichnet. Durch ihre gemeinsamen bestimmten Merkmalsausprägungen stellen sie einen Teil der zu erforschenden Grundgesamtheit dar (Misoch, 2019). Aus den verschiedenen Samplingverfahren wurde für diese Arbeit ein gezieltes Sampling, also eine vorab festgelegte Stichprobe ausgewählt. Es bedeutet, dass bestimmte Fälle gezielt aus der Gesamtheit herangezogen werden und in der qualitativen Studie analysiert werden (1990, zit. n. Misoch, 2019).

Das Ziel bei der Auswahl von Gesprächspartner*innen ist daher, dass die Stichprobe nützlich für den ausreichenden Informationsgewinn ist, jedoch auch in einer an die Datensättigung angemessenen Größe, um das zu untersuchende Phänomen adäquat und präzise zu beschreiben (Mayer et al., 2019). Für diese Forschungsarbeit wurden Pflegepersonen gewählt, welche bereits eine Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren aufweisen konnten. Dies verfolgt den Gedanken, dass bereits Berufserlebnisse gesammelt werden konnten. Dienstkompensationen erfolgen für gewöhnlich unter gleichgestellten Berufsgruppen, weswegen nur diplomiertes Pflegepersonal bzw. Pflegepersonen mit einem akademischen Grad der Gesundheits- und Krankenpflege für die Erhebung eingeschlossen wurden.

4.4.1 Beschreibung der Teilnehmer*innen

Nach der genauen Erläuterung der Stichprobe im vorherigen Abschnitt, befasst sich der folgende Teil mit einer kurzen Vorstellung der Interviewteilnehmer*innen. Es wurden wie bereits erwähnt 14 mündliche Einzelinterviews durchgeführt. Die folgende Tabelle soll einen Überblick der Interviewteilnehmer*innen schaffen.

Tabelle 1: Beschreibung der Interviewteilnehmer*innen

		Anzahl der Teilnehmer*innen
Geschlecht	männlich	4
	weiblich	10
Berufsjahre	bis zu 10 Jahre	10
	11-20 Jahre	1
	21-30 Jahre	2
	31-40 Jahre	1
Alter in Jahren	20-30 Jahre	6
	31-40 Jahre	5
	41-50 Jahre	2
	51-60 Jahre	1
Ausbildung	Hochschulabschluss	11
	Diplomausbildung	3

Quelle: Eigene Darstellung

4.5 Ablauf der Interviews

Die Befragungen mittels leitfadengestützten Einzelinterviews erstreckten sich über den Zeitraum von Januar bis April 2023. Mit Ausnahme von zwei Fällen wurden sämtliche Interviews persönlich durchgeführt. Vor Beginn der Interviews erhielten die Teilnehmer*innen schriftliche Unterlagen, darunter ein Informationsschreiben zum Forschungsvorhaben, eine Einverständniserklärung und ein Formular zur Erfassung soziodemografischer Daten (**siehe Anhang**). Zusätzlich wurde bei Bedarf das Forschungsthema vor dem eigentlichen Interview mündlich erläutert und eventuelle Fragen wurden beantwortet. Um vergleichbare Rahmenbedingungen zu gewährleisten, wurden alle Interviews unter ähnlichen Voraussetzungen durchgeführt. Zu Beginn jedes Gespräches wurde die Teilnehmer*innen nach ihren Beweggründen zur Berufswahl in der akutstationären Pflege befragt. Dies diente dazu, ein besseres Verständnis für die allgemeine Arbeitsmotivation zu erhalten und einen reibungslosen Einstieg in das Gespräch zu ermöglichen. Die Interviewdauer variierte zwischen 20 und 40 Minuten. Erwähnenswert ist, dass alle Interviewteilnehmer*innen ein persönliches Interesse am Forschungsthema zeigten und entsprechend positives Feedback gaben. Vor dem eigentlichen Interview mussten die unterzeichneten Einverständniserklärungen der Autorin übermittelt werden. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer*innen erneut darauf hingewiesen, dass ihre Teilnahme freiwillig ist und sie wurden über ihr Rücktrittsrecht bis zur Veröffentlichung der Studie informiert.

4.5.1 Transkriptionsphase

In diesem Abschnitt wird die Phase der wörtlichen Verschriftlichung der Interviews, auch als Transkription bekannt, detailliert erläutert. Die Transkriptionsphase setzte unmittelbar nach Abschluss des letzten Interviews ein und erstreckte sich über den Zeitraum von April 2023 bis Juni 2023. In diesem Zeitraum wurde bewusst die Entscheidung getroffen, eine Übertragung in reines Schriftdeutsch vorzunehmen. Diese Methode beinhaltet die Bereinigung dialektischer Äußerungen.

Mayring (2015) identifiziert drei grundlegende Formen der Transkription: die phonetische Umschrift, bei der eine Abschrift in phonetischer Lautschrift erfolgt; die literarische Umschrift, in der Dialekte und Aussprachen im gebräuchlichen Alphabet wiedergegeben werden und schließlich die Übertragung in normales Schriftdeutsch. Die Entscheidung für die Übertragung in reines Schriftdeutsch erleichtert nicht nur das Lesen, sondern auch das anschließende Bearbeiten der Daten, weswegen diese gewählt wurde (Mayring, 2015). Die Transkription erwies sich als äußerst zeitaufwendig, wobei die Transkriptionsregeln nach Kallmeyer und Schütze (1976, zit. n. Mayring, 2016) sorgfältig eingehalten wurden. Die folgend dargestellte **Tabelle 2** wurde für ein besseres Verständnis erstellt, um einen Ausschnitt der grundlegenden Transkriptionsregeln, welche verwendet wurden, zu geben.

Tabelle 2: Transkriptionsregeln nach Kallmeyer und Schütze (1976)

Symbol	Bedeutung
(.)	Ganz kurzes Absetzen einer Äußerung
..	Kurze Pause
...	Mittlere Pause
(Pause)	Lange Pause
Mhm	Pausenfüller, Rezeptionssignal, zweigipflig
(.)	Senken der Stimme
(-)	Stimme in der Schwebe
(?)	Frageintonation
(h)	Formulierungshemmung, Drucksen
(k)	Markierte Korrektur (Hervorheben der endgültigen Version, insbesondere bei Mehrfachkorrektur)
<u>sicher</u>	Auffällige Betonung
s i c h e r	Gedehnt
(Lachen)	Charakterisierung von nichtsprachlichen
(. .), (...)	Unverständlich
(Kommt es?)	Nicht mehr genau verständlich, vermuteter Wortlaut
A:	[aber da kam ich weiter
B:	
	Ich möchte doch sagen

Quelle: Eigene Darstellung nach (1976, zit. n. Mayring 2016, S.92)

4.6 Methoden der Datenauswertung

In diesem Forschungsvorhaben wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) als Methode zur Datenauswertung ausgewählt. Das Ziel dieser Methode besteht darin, das Datenmaterial so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und gleichzeitig ein überschaubarer Grundstein durch Abstraktion entsteht. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung sicherzustellen, dass das Ergebnis weiterhin ein authentisches Abbild des ursprünglichen Grundmaterials darstellt. Laut Mayring (2015) zeichnet sich die qualitative Inhaltsanalyse durch strenge Regelgeleitetheit und Systematik aus.

Ablaufmodelle werden herangezogen, um das Vorgehen Schritt für Schritt zu beschreiben. Nach einer genauen Beschreibung des Materials und Festlegung der Fragestellung werden Analyseeinheiten bestimmt (Mayring, 2015). Diese werden in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben (**Paraphrasierung**), wobei nicht inhaltstragende Textbestandteile fallengelassen werden. Die Paraphrasen sollen auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert und in grammatikalischer Kurzform stehen (Mayring, 2015). In einem weiteren Schritt wird das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion aufgrund des vorliegenden Materials bestimmt. Paraphrasen unter diesem Niveau müssen verallgemeinert werden, während solche darüber vorerst belassen werden. In einem zweiten Reduktionsschritt werden mehrere sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben (Mayring, 2015).

Es entstehen inhaltsgleiche Paraphrasen, die gestrichen werden können. Unwichtige und nichtssagende Paraphrasen werden weggelassen. Der Prozess der Zusammenfassung wird durchlaufen, bis das Ergebnis der angestrebten Reduzierung dem Material entspricht. Bei großen Materialmengen können laut Mayring (2015) mehrere Analyseschritte zusammengefasst werden. Vor dem Herausschreiben jeder neuen generalisierten Paraphrase werden die Techniken qualitativer Inhaltsanalyse überprüft, um Redundanzen zu vermeiden (Mayring, 2015).

Das Ziel am Ende dieses Verfahrens besteht darin, die Forschungsfrage zu beantworten (Mayer, 2015; Mayring, 2015; Schumann, 2018). Im Zuge dieser Arbeit wurde die Software MAXQDA® in der Version 2020 zur Unterstützung des Analyseprozesses herangezogen.

Auf der kommenden Seite werden die beschriebenen Schritte des Ablaufmodells zusammenfassender Inhaltsanalysen nach Mayring (2015) grafisch veranschaulicht.

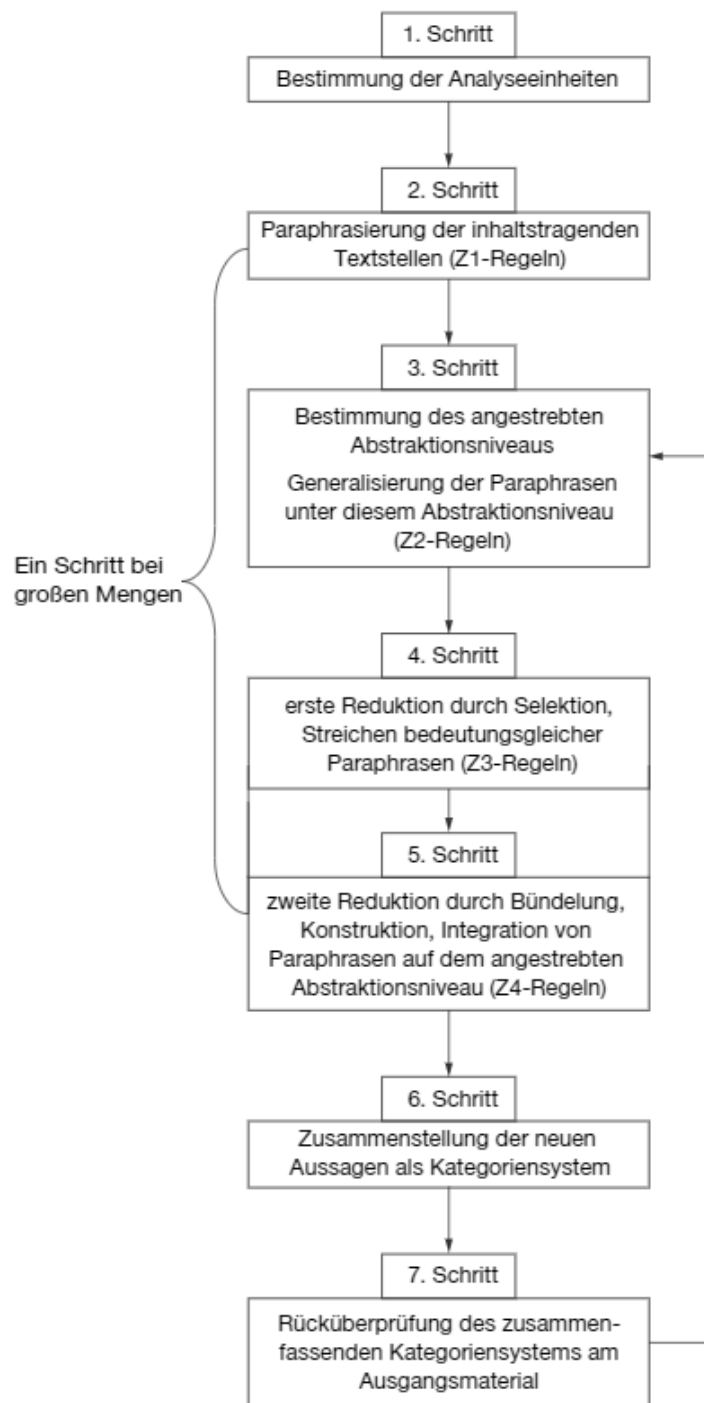


Abbildung 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), Quelle: Mayring, 2015, S. 70

4.7 Ethische Aspekte

In diesem Abschnitt werden die ethischen Aspekte, welche die Forschungsarbeit leiten, detailliert beleuchtet. Um eine bessere Darstellung zu gewährleisten, werden die ethischen Überlegungen anhand der vier Prinzipien der Pflegeethik nach der Literatur von Biller-Andorno et al. (2021) und Körtner (2022) angestellt.

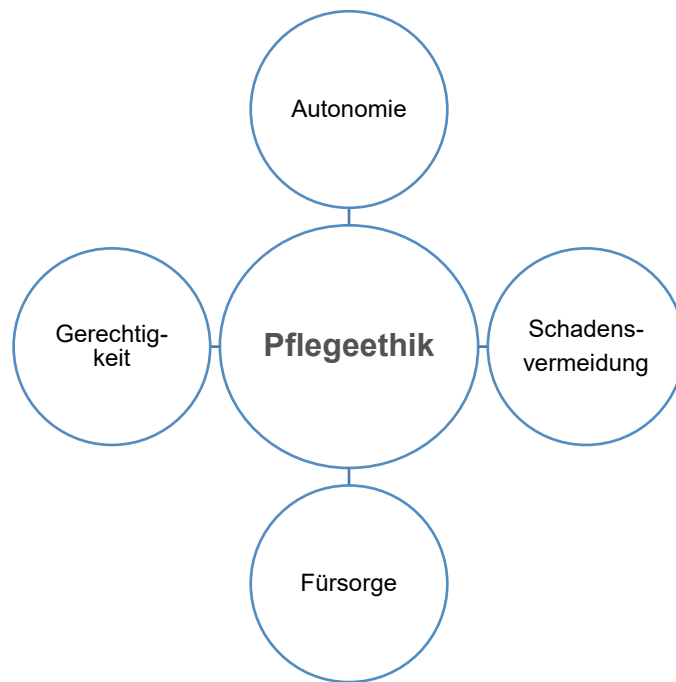


Abbildung 3: Vier-Prinzipien-Ansatz in der Pflegeethik, Quelle: Eigene Darstellung

Die Grundlage für eine verantwortungsbewusste Durchführung der Studie ist die freiwillige Teilnahme der Interviewpartner*innen, was als unverzichtbare Voraussetzung gilt. Es wird darauf geachtet, dass die teilnehmenden Personen zustimmungsfähig sind und jederzeit das Recht haben, ihre Teilnahme ohne Angabe von Gründen zu widerrufen oder abubrechen (Körtner, 2022; Mayer et al., 2019). Wird diese Freiwilligkeit nun mit den Prinzipien der Pflegeethik in Kontext gebracht, so wurde die **Autonomie**, also die Selbstbestimmung der Teilnehmer*innen beachtet. Befragte konnten zu jeder Zeit selbst entscheiden, was sie mitteilen wollten und vor Beginn der Interviews wurden alle relevanten Informationen, welche die Forschungsarbeit betreffen, den Teilnehmer*innen sowohl schriftlich als auch mündlich umfassend vermittelt.

Die Autorin übernimmt die Verantwortung dafür, dass die Ziele und der Nutzen der Forschungsarbeit transparent kommuniziert werden und die Teilnehmer*innen im Vorfeld freiwillig und informiert ihrer Teilnahme zustimmen. Alle im Rahmen dieser Forschungsarbeit gesammelten Daten wurden mit höchster Vertraulichkeit und unter Anonymisierung der Teilnehmer*innen zu deren Datenschutz behandelt. Nach der Veröffentlichung dieser Arbeit werden sämtliche Daten vom privaten Rechner der Autorin gelöscht, um eine dauerhafte Sicherheit und Vertraulichkeit zu gewährleisten. Dieser Vorgang kann in Bezug auf den Vier-Prinzipien-Ansatz der **Schadensvermeidung** zugeordnet werden. Ein ordnungsgemäßer Datenschutz und die Anonymisierung waren von besonderer Bedeutung, um Befragte, durch ihr Gesagtes nicht in prekäre Situationen zu bringen, um somit auch eine gewisse **Fürsorge** zu zeigen. Zusätzlich dazu werden alle von den Teilnehmer*innen unterzeichneten Formulare von der Autorin für einen Zeitraum von zehn Jahren aufbewahrt. Diese Maßnahme dient nicht nur der längerfristigen Dokumentation, sondern auch der Gewährleistung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Hinblick auf den Forschungsprozess. Im Hinblick auf die **Gerechtigkeit**, wurden alle Teilnehmer*innen unter gleichen Bedingungen befragt: in einer ruhigen Atmosphäre, fern von Störfaktoren und unter derselben Aufklärung und Information. Es sei darauf hingewiesen, dass auf eine Miteinbeziehung der Ethikkommission verzichtet wurde. Dieser Verzicht basiert auf der Einschätzung, dass es sich bei den Interviewteilnehmer*innen um Personen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege handelt, die nicht als vulnerable Gruppe gelten. Diese Entscheidung wurde nach Absprache mit der Betreuerin dieser Arbeit getroffen und erfolgte im Einklang mit den ethischen Standards der Forschung. Der Schutz der Privatsphäre und der ethischen Richtlinien wurden dennoch gewissenhaft beachtet, um die Integrität der Studie zu wahren.

5 Ergebnisse

Im nachfolgenden Abschnitt dieser Arbeit steht die Ergebnisdarstellung im Fokus. Hierbei wurden sechs Hauptkategorien identifiziert, die sich weiterhin in Subkategorien unterteilen. Die nachfolgende Grafik soll einen Überblick der Kategorien verschaffen.



Abbildung 4: Haupt- und Subkategorien der Ergebnisdarstellung

Quelle: Eigene Darstellung

5.1 Soziale Erfahrungen

Im Verlauf der Interviews mit Pflegepersonen zeigten sich wichtige soziale Erfahrungen, welche in zwei Subkategorien unterteilt werden können: die Auswirkungen der Dienstkompensation auf private und familiäre Verhältnisse sowie das Erleben innerhalb des Pflorgeteams.

5.1.1 Auswirkungen auf private und familiäre Verhältnisse

Die Ergebnisse der Erhebung verdeutlichen, dass die Dienstkompensation vor allem in Bezug auf private und familiäre Angelegenheiten Auswirkungen mit sich bringen. Betroffene beschrieben dies häufig als belastend und herausfordernd, da die zeitliche Beanspruchung persönliche und familiäre Verpflichtungen beeinträchtigen.

„... das haben mir meine Kinder nämlich jetzt auch die letzten Monate widergespiegelt. Dass ich wirklich sehr, sehr wenig zu Hause bin. Und das war mir glaube ich gar nicht so bewusst .. wie gesagt, man bleibt dann schnell mal länger oder verlängert schnell mal einen Dienst (,) das ist überhaupt das Schwierigste, wenn man im Dienst ist und dann gebeten wird zu verlängern, denkt man sich naja, ich bin ja schon da (Pause) aber da leidet dann schon anderes darunter, zum Beispiel das soziale oder in meinem Fall (,) dass die Kinder dann sagen eigentlich bin ich nicht zu Hause.“

(Zitat TN9, 185-192)

Zudem wird das soziale Erleben der Dienstkompensation beschrieben als „eine Zeit die dir niemand mehr zurück gibt“:

„...das ist ja dann das Schlechte, dass man dann halt eingeschränkt ist, vielleicht im Familienleben und dann mit Kindern .. auch ganz schwierig (,) weil die Zeit gibt dir ja niemand mehr zurück.“

(Zitat TN3, 135-137)

Die Untersuchung zeigt zudem, dass das starke Verpflichtungsgefühl zur Kompensation von Diensten häufig dazu führt, dass private Angelegenheiten vernachlässigt werden. Aufgrund des Gewissenskonflikts werden alltägliche Tätigkeiten oft verschoben, da die befragten Pflegepersonen sich dazu verpflichtet fühlen, zusätzliche Dienste zu übernehmen und dabei persönliche Verpflichtungen in den Hintergrund treten.

„Man macht es halt (,) und dann kommt schon noch der Stress dazu, dass dann schon auch Privatsachen liegen bleiben ... Das heißt, alles was vielleicht jetzt nicht an einen Termin gebunden ist denkt man sich, das kann man ja verschieben, aber dieses Aufschieben von Alltagstätigkeiten ist auch etwas was dann Stress bereitet, aber man sagt deswegen nicht ab, es ist irgendwie ein Teufelskreis.“

(Zitat TN9, 172-176)

Deutlich wird, dass Dienstkompensationen einen erheblichen Einfluss auf zwischenmenschliche Beziehungen haben. Betroffene erleben häufig, dass Partner*innen oder Familienmitglieder nicht immer Verständnis für die Übernahme von zusätzlichen Dienste aufbringen können. Das Zusammenleben gestaltet sich bereits durch den Schichtdienst als herausfordernd und das Hinzukommen von Dienstauskompensationen erschwert die Situation zusätzlich.

„Wenn man dann natürlich auch zusätzlich Dienste macht und zusätzlich einspringt, das ist ja dann in der Regel eher kurzfristig (,) das ist natürlich schwierig... Also gerade wenn man halt mit anderen Leuten (..) die in der Regel Montag bis Freitag 8 bis 17 Uhr arbeiten. Wenn wir schon (,) vor allem in der Nacht und am Wochenende arbeiten und dann noch zusätzlich einspringt, ist das echt schwierig“.

(Zitat TN13, 300-305)

„...ich besprechen mit meiner Partnerin (,) also bevor ich irgendetwas zusage, wird das mal besprochen, ob das überhaupt funktioniert und natürlich wird (..) also äußert sich auch meine Partnerin dazu, dass sie sagt das kann doch nicht sein, dass du schon wieder irgendwo einspringst.“

(Zitat TN4, 176-179)

Weitere Befragte teilen dazu auch mit:

„Aber wenn man glaube ich jemanden..., jetzt zum Beispiel mit jemanden in einer Beziehung ist, der das nicht kennt, diesen Schichtdienst und das Einspringen, dann ist das durchaus belastend.“ (Zitat TN12, 138-140)

Hinzu kommt, dass bei der Kompensation von Diensten oft auf die eigene Work-Life-Balance verzichtet wird. Dabei werden auch Abstriche in diesem Bereich erlebt, was zu weiteren Herausforderungen im Gleichgewicht zwischen Berufs- und Privatleben führt. Betroffene schildern dazu, dass sie durch ein gewisses Pflichtgefühl, Dienste kompensieren zu müssen, oftmals Familienangelegenheiten absagen und somit viele soziale Verhältnisse hintenangestellt werden.

„... ich glaube Kompensation bedeutet für mich persönlich immer, dass meine eigene Life-Balance leidet und meine Life-Balance ist, meine ‚Me Time‘, meine Zeit mit meinen Freunden und meiner Familie und sobald ich da Abstriche mache durch Dienstkompensationen, mache ich es automatisch auch dort.“

(Zitat TN8, 145-148)

„...wenn du gewisse Familienfeste nicht wahrnehmen kannst oder mit deinem Partner oder Freunden Zeit verbringen kannst, was du eigentlich ausgemacht hast. Also da kommt dann schon einiges hinten nach.“

(Zitat TN3, 125-129)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Dienstkompensation vor allem erhebliche Auswirkungen auf Beziehungen, die Familie und private Angelegenheiten hat.

Durch die Erhebung wird deutlich, dass das aufkommende präsenste Gefühl, Dienste kompensieren zu müssen, dazu führt, dass persönliche und familiäre Belange häufig hintenangestellt werden. Diese Priorisierung erweist sich als belastend und schwierig für die Betroffenen.

5.1.2 Auswirkungen im Team

Während der Befragungen wurde ebenfalls offensichtlich, dass die Dienstkompensation nicht nur individuelle, sondern auch kollektive Auswirkungen im Team nach sich zieht. Häufig entstehen Gefühle der Ungerechtigkeit und es kommen Spannungen auf, wenn sich jemand unfair behandelt fühlt. Konflikte, sei es auf persönlicher Ebene oder innerhalb des Teams, sind keine Seltenheit laut den befragten Pflegepersonen. Dieses dynamische Geschehen beeinträchtigt das soziale Erleben und trägt dazu bei, dass das Teamklima unter den Auswirkungen der Dienstkompensation auch negativ beeinflusst werden könnte.

„...also man merkt zurzeit haben wir große Spannungen, weil die, die es trifft halt auch irgendwann genug haben (,) und sagen ahm, es geht so nicht.“
(Zitat TN1, 240-241)

„Ich kann mir halt vorstellen, dass vielleicht im Untergrund von dieser Person, die oft einspringt, brodelt, warum ich, immer ich? (,) man wird dann immer wieder angerufen, weil man weiß, diese Person sagt die nicht nein. Dass es im Team geäußert wird...nein. aber ich glaube irgendwann explodieren die Personen selbst.“
(Zitat TN4, 230-233)

Zudem zeigt sich, dass erlebt wird, dass es Kolleg*innen im Team gibt, welche eine höhere Bereitschaft zum Kompensieren von Diensten zeigen und welche die es nicht tun. Auch dies wird als Spannung im Team erlebt.

„Ja natürlich weißt du wer jetzt überhaupt nicht einspringt oder nie abhebt am Telefon oder später zurückruft (,) dann können im Team natürlich auch Spannungen entstehen ja“

(Zitat TN3, 191-193)

In den Befragungen äußerten mehrere Teilnehmende, dass sich im Team eine besondere Dynamik zeigt, insbesondere gegenüber jüngeren oder kinderlosen Kolleg*innen. Hier wird die Erwartung erlebt, dass diese Personen aufgrund vermeintlich mehr verfügbarer Zeit Dienste kompensieren sollten. Dies führt nicht nur zu einem Gefühl der Ungerechtigkeit, sondern auch zu Konflikten im Team, da die unterschiedlichen Lebenssituationen und Verpflichtungen der Teammitglieder als nicht ausreichend berücksichtigt erlebt werden.

„... oftmals ist die Anforderungen an die Jungen und jüngeren Kolleginnen, die noch keine Familie haben und noch vielleicht keine Partnerschaft, dass es selbstverständlich ist, dass die jetzt sozusagen Zeit haben und einspringen können und dass die die Familie haben und die einfach Kinder haben, dass die sozusagen diese Privilegien jetzt ausnutzen dürfen oder ausschöpfen dürfen (,) weil sie haben es ja früher auch gemacht und da merke ich schon ganz, ganz große Spannungen. Es werden immer die jungen Kinderlosen herangezogen und die haben dann drei vier Dienste im Monat mehr und die anderen aber wieder den Kindergeburtstag doch erleben dürfen? Das führt schon zu Dysbalancen.“

(Zitat TN8, 161-169)

Berichtet wurde auch, dass Personen mit Kindern oft nicht einmal in Erwägung gezogen werden, wenn es darum geht, jemanden anzurufen, um einen Dienst zu kompensieren. Diese Vernachlässigung ihrer Verfügbarkeit und Möglichkeiten, Dienste auszugleichen, verstärkt das Gefühl der Benachteiligung und des eigenen Konflikts.

„...es heißt dann, die hat ja Kinder, die kann sicher nicht (,) und die weiß nicht wohin mit den Kindern. Also da ist schon oft ein Konflikt, weil man sich selbst denkt, warum werde immer ich angerufen und die andere nicht. Da ist man auch selbst im Konflikt.“

(Zitat TN5, 240-243)

Zusammenfassend zeigt diese Kategorie, dass die Dienstkompensation erhebliche soziale Auswirkungen auf Pflegekräfte hat, die in zwei Hauptkategorien unterteilt werden können: Auswirkungen auf private und familiäre Verhältnisse sowie Auswirkungen im Pfllegeteam.

Im Hinblick auf private und familiäre Angelegenheiten wird deutlich, dass die Dienstkompensation zu Belastungen führt. Pflegekräfte berichten von Einschränkungen im Familienleben, verminderten sozialen Aktivitäten und Konflikten mit Partner*innen und Kindern. Das starke Verpflichtungsgefühl zur Dienstkompensation führt dazu, dass persönliche Angelegenheiten vernachlässigt werden. Die Priorisierung von Diensten beeinträchtigt die Work-Life-Balance erheblich, was zu weiteren Herausforderungen im Gleichgewicht zwischen Berufs- und Privatleben führt.

Die Auswirkungen im Pfllegeteam werden durch Gefühle der Ungerechtigkeit und Spannungen deutlich, welche sich aus der Dienstkompensation ergeben. Konflikte, sowohl auf persönlicher Ebene als auch innerhalb des Teams, sind keine Seltenheit. Insbesondere die Erwartung bzw. die Vermutung, dass bestimmte Kolleg*innen aufgrund von verschiedenen Familienverhältnissen und diesbezüglich angenommenen besseren Zeitressourcen häufiger Dienste kompensieren sollten, führt zu Ungleichgewichten und Konflikten. Die entstehende negative Dynamik im Team kann besonders belastend sein, insbesondere wenn jüngere oder kinderlose Kolleg*innen häufiger zur Dienstkompensation herangezogen werden und sich dadurch benachteiligt fühlen.

Insgesamt verdeutlicht dieser Abschnitt, dass die Dienstkompensation nicht nur individuelle, sondern auch soziale Aspekte der Arbeitsbelastung in der Pflege betrifft.

5.2 Physische Erlebnisse

In der bevorstehenden Hauptkategorie der Physischen Erlebnisse liegt der Fokus insbesondere auf der Auswirkung der Dienstkompensation auf den eigenen Körper. Diese Kategorie wurde in zwei wesentliche Subkategorien unterteilt: den Umgang mit der eigenen Gesundheit und der körperlichen Überforderung. Hier wird genauer betrachtet, wie das Erleben von Dienstkompensation den eigenen Körper beeinflusst und welche Belastungen in Bezug auf die physische Gesundheit und die körperliche Beanspruchung auftreten können.

5.2.1 Umgang mit eigener Gesundheit

Befragte betonen, dass der Umgang mit der eigenen Gesundheit inmitten von Personalengpässen aufgrund von Krankenständen oft in den Hintergrund rückt. Insbesondere die Besorgnis darüber, dass Kolleg*innen im Team Dienste von krankheitsbedingt ausfallenden Teammitgliedern übernehmen müssen, führt dazu, dass die eigene Gesundheit vernachlässigt wird. Eine oft genannte „Strategie“ besteht darin, auch bei leichten Beschwerden, wie Schnupfen oder leichter Krankheit, zur Arbeit zu gehen, um zu verhindern, dass ein Dienst von anderen Kolleg*innen kompensiert werden muss.

Diese Praxis reflektiert das Bestreben, den reibungslosen Betrieb im Team aufrechtzuerhalten, selbst wenn dies auf Kosten der eigenen physischen Verfassung geschieht.

„ich sehe das bei mir selber auch, wenn ich nur Schnupfen habe, bin ich auch nicht die, die gleich daheim bleibt und vielleicht hau' ich mir vorher noch eine Tablette rein und gehe trotzdem in den Dienst, also da denk ich schon eher mehr an die anderen. Was vielleicht auch nicht so gescheit' ist, aber ich glaub, dass das ein schlechtes Gewissen ist, damit niemand einspringen muss.“

(Zitat TN5, 41-45)

Weitere Befragte äußern ihre Besorgnis darüber, dass im Falle ihrer Krankheit, wenn der Dienst nicht kompensiert werden kann, das verbleibende Team möglicherweise unterbesetzt arbeiten muss. Aus diesem Grund nehmen sie selbst, trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung, angeschlagen an der Arbeit teil. Diese Sorge um das Wohlbefinden des Teams spiegelt sich in ihrer Entschlossenheit wider, ihren Beitrag zu leisten, auch wenn es bedeutet, die eigene Gesundheit in den Hintergrund zu rücken, damit es nicht zu einer Dienstkompensation kommen muss.

„Ja, es ist schon öfters passiert (,) dass ich in der früh auf bin und gedacht habe so kann ich nicht arbeiten gehen, aber ich habe es dann trotzdem gemacht, weil ich gewusst habe es sind vielleicht schon 3 andere im Krankenstand, wenn ich jetzt nicht komme, dann ist es echt blöd und es wird niemand kompensieren können...“

(Zitat TN7, 60-63)

Eine weitere Aussage untermauert abermals diese Sorge:

„... da ist der Einsatz im Team eigentlich relativ hoch, also man kommt jetzt eigentlich in die Arbeit, obwohl man gar nicht richtig gesund ist damit nicht ein anderer einspringen muss.“

(Zitat TN2, 60-62)

Es lässt sich feststellen, dass aus der Erhebung hervorgeht, dass Befragte dazu neigen, ihre eigene körperliche Gesundheit in den Hintergrund zu stellen, um mögliche Dienstkompensationen durch Kolleg*innen vorzubeugen. Dies deutet darauf hin, dass die individuelle Selbstsorge in manchen Fällen gegenüber beruflichen Verpflichtungen zurücktreten kann.

5.2.2 Körperliche Überforderung

Die Ergebnisse der Befragung in Bezug auf die physischen Erlebnisse verdeutlichen, dass sich durch das zusätzliche Kompensieren von Diensten durch Krankenstände im Team, häufig die generelle Stundenarbeitszeit im Monat erhöht. Teilnehmende gaben an, dass diese Zunahme an Arbeitsstunden zu körperlicher Überforderung führt.

Die gesteigerte Müdigkeit und Erschöpfung können dazu führen, dass bestimmte berufliche Tätigkeiten nicht mehr ordnungsgemäß ausgeführt werden oder sogar vergessen werden. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung eines ausgewogenen und nachhaltigen Umgangs mit Arbeitsbelastungen, um die Gesundheit und die Effizienz am Arbeitsplatz zu erhalten.

„Es ist vor allem die Müdigkeit (,) also natürlich bin ich engagiert, ich möchte die Patienten natürlich bestmöglich betreut haben. Und natürlich, wenn wir jetzt die Müdigkeit hernehmen durch die vielen Einspringdienste, die eben zu wünschen überlässt und es passiert dann oft, dass man dann Sachen vergisst“

(Zitat TN4, 192-195)

Die Befragungsergebnisse weisen zusätzlich darauf hin, dass die Konzentrationsfähigkeit abnimmt, wenn Personen neben ihren regulären Diensten auch noch zusätzliche Dienste kompensieren müssen. Die Anforderungen an die Arbeitszeit und die damit verbundenen Belastungen scheinen sich negativ auf die kognitive Leistungsfähigkeit auszuwirken.

„Also ich merke, sobald ich überkompensiert habe, dass ich komplett streichfähig bin, ich bin extrem erschöpft und ermüdet. Auch eine viel höhere Reizbarkeit .. und ich merke die Konzentrationsfähigkeit in den Diensten lässt nach (,) das sind dann bei so akkurater Arbeiten wie zum Beispiel Blutabnehmen oder so, dass das nicht gleich so funktioniert, wie ich es gewöhnt bin“.

(Zitat TN8, 124-128)

Die Befragten geben an, dass das Übernehmen von Dienstkompensationen dazu führt, dass ihnen die notwendige Zeit zur körperlichen Regeneration fehlt.

Hierzu wird immer wieder genannt, dass der generelle Schichtbetrieb in der Pflege bereits ein hohes Ausmaß an körperlicher Anstrengung mit sich bringt und die Übernahme von Dienstkompensationen diese zusätzlich beeinflussen. Es zeigt sich, dass dieses Übernehmen von zusätzlichen Diensten zu einer körperlichen Überlastung führt.

„Wenn eine Vollzeitkraft öfter einspringt, merkt man das definitiv physisch, weil man einfach müde ist (,) man hat diese Regenerationszeit nicht, es ist ja so schon nicht viel Regenerationszeit bei 40%... wenn man bei dem bisschen Zeit noch einen Dienst einschiebt, dann ist man einfach müde (,) Man ist physisch natürlich total (..) ja fertig, gestresst oder einfach überlastet.“

(Zitat TN9, 164-168)

Dazu wird auch berichtet:

„...man arbeitet halt von den Stunden her mehr und das ist körperlich einfach anstrengend. Weil wenn man in der Woche schon drei oder vier zwölf Stunden Dienste hat und man macht dann eine zusätzliche Nacht dazu, dann ist es einfach stundenmäßig zu viel. Also das finde ich dann echt belastend.“

(Zitat TN7, 181-184)

Zusätzlich äußern Befragte, dass sie Schwierigkeiten haben, nach Dienstkompensationen abzuschalten. Das Gefühl, nicht abschalten zu können, verstärkt den negativen Einfluss auf ihr physisches Erleben.

„... also wenn man viel arbeitet, muss man schon sagen, da kann man einfach nicht abschalten, da kommt man nach Hause und denkt immer nur an die Arbeit also man braucht oft schon genug frei zwischen, um einfach ein bisschen runter zu fahren und es ist natürlich auch eine körperliche Anstrengung. Also ich komme nach Hause und schlafe nur (,) bin den ganzen Tag nur verschlafen, weil es einfach auch extrem anstrengend ist und wenn du dann sowieso schon im Schichtdienst arbeitest ..und auch ohne einspringen ist es auch schon anstrengend genug und dann springst du noch zusätzlich ein, dann kann man einfach nicht mehr abschalten.“

(Zitat TN5, 167-175)

Weitere Befragte weisen darauf hin, dass sie sich nach dem Übernehmen von zusätzlichen Dienstkompensationen oft schwer erholen können.

Dies wird insbesondere darauf zurückgeführt, dass die Ruhephasen nicht in dem Maße erfolgen können, wie es eigentlich passieren soll.

„ich arbeite Vollzeit und springe oft noch zusätzlich Dienste ein. Ich hatte da schon oft das Gefühl, dass ich mehr arbeite, und das war mir dann zu viel ja (,) also körperlich habe ich das sehr gespürt, dass ich mich einfach nicht so schnell erholt habe. Mir haben die Ruhephase einfach gefehlt.“

(Zitat TN14, 140-143)

Die Teilnehmer*innen des Interviews erleben, dass das Übernehmen von Dienstkompensationen dazu führt, dass sie schneller krank werden. Diese „schnelleren“ Erkrankungen werden auch auf den Mangel an Erholung zurückgeführt, der durch die zusätzlichen Belastungen entsteht.

„...es hat schon Auswirkungen, wenn man eh schon einen anspruchsvollen Job Vollzeit macht und dann zusätzlich noch einspringt, das heißt ungeplant, spontan in den Dienst geht, und dann insgesamt auch eigentlich mehr Arbeitszeit hat über das Monat hinweg, dann ist man halt auf Dauer irgendwann mit dem Schichtbetrieb schon körperlich fertig, und mit den Kompensationsdiensten halt dann schon noch zunehmender geschlaucht und wird dann wieder schneller krank.“

(Zitat TN2, 212-217)

Die Ergebnisse der Untersuchung der physischen Erlebnisse verdeutlichen die spürbaren Auswirkungen der Dienstkompensation auf den eigenen Körper der Pflegepersonen. Unter der Kategorie "Umgang mit eigener Gesundheit" wird deutlich, dass die Sorge um den reibungslosen Teamablauf dazu führt, dass die individuelle Gesundheit vernachlässigt wird. Pflegekräfte berichten von der Tendenz, trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen zur Arbeit zu kommen, um Dienstkompensationen zu vermeiden, was auf eine Herausforderung im Bereich der Selbstsorge hinweist.

Die Subkategorie "Körperliche Überforderung" zeigt, dass die Dienstkompensation zu einer erhöhten Arbeitszeit führt, was wiederum zu Müdigkeit und Erschöpfung führt. Diese physische Belastung beeinflusst die Arbeitsqualität, indem berufliche Tätigkeiten nicht mehr ordnungsgemäß ausgeführt werden oder sogar vergessen werden. Die Pflegekräfte betonen, dass die Übernahme von Dienstkompensationen zu einem Mangel an Zeit für körperliche Regeneration führt, insbesondere wenn bereits der reguläre Schichtbetrieb in der Pflege eine hohe physische Anstrengung mit sich bringt. Diese doppelte Belastung führt zu einer deutlichen körperlichen Überlastung, was sich nicht nur auf die Arbeitseffizienz, sondern auch auf die generelle Gesundheit der Pflegekräfte auswirkt.

Die Schwierigkeit, nach Dienstkompensationen abzuschalten, verstärkt den negativen Einfluss auf das physische Erleben der Pflegepersonen. Die begrenzten Ruhephasen und die fehlende Erholung nach zusätzlichen Belastungen führen dazu, dass viele Pflegekräfte Schwierigkeiten haben, sich angemessen zu regenerieren. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf ihre physische Verfassung, sondern beeinflusst auch in weiterer Folge die mentale Gesundheit. Zusätzlich wird betont, dass die Dienstkompensation dazu führen kann, dass Pflegekräfte schneller krank werden. Der Mangel an Erholung wird als ein Faktor für die gesteigerte Anfälligkeit für Krankheiten genannt. Dies verdeutlicht die langfristigen physischen Konsequenzen, die aus der Übernahme von zu vielen zusätzlichen Diensten resultieren können.

Insgesamt zeigt die Untersuchung im Bereich der physischen Erlebnisse, dass die Dienstkompensation nicht nur zu kurzfristigen Belastungen führt, sondern auch langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegekräfte hat.

5.3 Psychische Erlebnisse

Im folgenden Abschnitt wird aufgezeigt, wie das Erleben von Dienstkompensationen das psychische Wohlbefinden von Pflegepersonen beeinträchtigt.

Um die Ergebnisse der Analyse aufzuzeigen, wurden die drei Subkategorien „Psychische Auswirkungen“, „Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit“ sowie „Auswirkungen auf das Wohlbefinden“ gebildet, welche spezifische Aspekte dieses Zusammenhangs beleuchten. Die Auswertung deutet darauf hin, dass das psychische Erleben von Dienstkompensationen einen entscheidenden Faktor darstellt, der erhebliche Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden von Pflegekräften haben kann.

5.3.1 Psychische Auswirkungen

Die Ergebnisse zeigen ein überwiegend negatives Erleben von Dienstkompensationen seitens des Pflegepersonals, insbesondere im Hinblick auf die psychische Komponente. Häufig geäußerte Meinungen deuten darauf hin, dass das Personal sich durch die häufigen Dienstkompensationen regelrecht "verheizt" fühlt. Die Belastung, die mit der Notwendigkeit, diese Dienste zu übernehmen, einhergeht, lässt wenig Raum für die angemessene Beachtung der Psychohygiene des Personals.

Die Befragung zeigt, dass die häufigen Anforderungen an die Dienstkompensationen die psychische Gesundheit der Pflegekräfte beeinträchtigen und auf die Notwendigkeit einer verstärkten Unterstützung in diesem Bereich hingewiesen wird.

„Also es gibt diesen Begriff „verheizen“, man verheizt das Personal mit dem häufigen Einspringen und das würde ich schon ziemlich unterschreiben (,) denn anstatt, dass man einfach schaut, dass die Psychohygiene und auch die Erholungsphasen gewährleistet werden, wird man ständig angerufen.“

(Zitat TN8, 28-30)

Weitere Pflegepersonen berichten, dass die Häufigkeit von Dienstkompensationen direkt mit ihrem psychischen Wohlbefinden korreliert. Je öfter sie solche Dienste übernehmen „sollen“, desto schlechter geht es ihnen.

„... negativ würde ich auf jeden Fall trotzdem sagen. Das ganz große Stichwort mentale Gesundheit. Weil je mehr man kompensiert, desto schlechter geht es einem (Pause) mir halt.“

(Zitat TN6, 192-193)

Die Untersuchung zeigt darüber hinaus, dass nicht nur die tatsächliche Dienstkompensation, sondern bereits der Prozess davor zu einer psychischen Belastung führt. Das Erleben von Anrufen in der Freizeit, in denen gefragt wird, wer zusätzliche Dienste übernehmen kann, trägt bereits zu einem negativen psychischen Erleben bei.

„... wenn das dann eher die Regel ist, dass man wirklich an jedem freien Tag angerufen wird und dann noch Nachrichten bekommt oder schon ausgehängt wird 'können die und die und die Dienste übernehmen', dann ist es natürlich noch eine größere Belastung...“. (Zitat TN13, 268-272)

Die getroffenen Aussagen verdeutlichen, inwiefern das Übernehmen von Dienstkompensationen oder bereits der Prozess davor das psychische Erleben der Pflegepersonen maßgeblich beeinflusst.

5.3.2 Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit

Durch die Erhebung lässt sich deutlich erkennen, dass die Zufriedenheit am Arbeitsplatz in enger Verbindung zum psychischen Erleben steht. Im anschließenden Abschnitt wird vertiefend beleuchtet, wie sich das Erleben von Dienstkompensationen durch Pflegepersonen auf deren Arbeitszufriedenheit auswirkt. Aus den Interviews geht hervor, dass die vermehrte Übernahme von Dienstkompensationen zu einer spürbaren Unzufriedenheit führt.

Befragte geben an, dass diese zusätzlichen Belastungen dazu führen könnten, dass viele Aspekte ihres Arbeitsumfelds noch negativer wahrgenommen werden, schlichtweg aufgrund der gesteigerten Arbeitsbelastung.

„Auf jeden Fall ich glaube schon, dass man da unzufriedener wird und die Dinge dann noch negativer sieht, finde ich (,) weil man dann durch das Einspringen doch mehr arbeiten muss.“ (Zitat TN6, 159-160)

Pflegepersonen äußern zudem die Überzeugung, dass die Thematik von Dienstkompensationen sich in einem allgemein negativen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit niederschlägt.

„... es ist natürlich auch ein Faktor auf die generelle Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und dem Job.“

(Zitat TN2, 247-248)

Weitere Aussagen untermauern diese Unzufriedenheit durch das vermehrte Auftreten von Diensten, welche zu kompensieren gelten:

„...man ist halt einfach unzufriedener in der Arbeit, man geht einfach nicht mehr gerne arbeiten. [...] Und ich finde das Schlimmste ist, wenn man seinen Beruf gern macht (,) man verliert wirklich die Freude an seinem Beruf. Okay, man wird einfach unglücklicher und geht dann nicht gerne in die Arbeit und das Einspringen belastet, ja.“

(Zitat TN1, 221-223)

Es fällt auf, dass besonders die Erwartung, Dienste zu kompensieren, sowie das wiederholte Anrufen der Pflegepersonen einen negativen Einfluss auf deren Arbeitszufriedenheit ausüben. Hierbei zeigt sich, dass vor allem der Kommunikationsprozess gegenüber den Pflegepersonen, bereits vor der eigentlichen Ausübung der Dienstkompensation, als sehr wichtig wahrgenommen wird.

„...es kommt auch immer drauf an, wie es kommuniziert wird. Also ich finde, es wird manchmal einfach von vornherein zu sehr erwartet, dass man das eh sowieso macht (,) Braucht jetzt keiner von ihnen niederknien mich anbetteln, ob ich einen Dienst machen kann, aber ja, man könnte manchmal, finde ich, ein bisschen netter formulieren oder ein bisschen darauf achten. (Pause) dann wäre die Zufriedenheit auch besser.“

(Zitat TN13, 367-371)

Ein weiteres Interview hebt die als "schwierig" empfundene Situation hervor, insbesondere wenn Pflegepersonen aufgefordert werden, einen Dienst zu kompensieren, obwohl sie bereits in Vollzeit tätig sind. Die Doppelbelastung, bei einer Vollzeitanstellung noch zusätzliche krankheitsbedingte Dienstaussfälle zu kompensieren, wird als belastend empfunden und trägt maßgeblich zu einer unzureichenden Arbeitszufriedenheit bei.

„... ich glaube schon, dass es sich schlecht auf die Arbeitszufriedenheit auswirkt (,) natürlich, wie gesagt, mit 40 Stunden und du wirst ständig angerufen, ist das immer ganz schwierig.“

(Zitat TN3, 166-167)

„Es gibt dann auch wieder Wochen, wo keine Krankenstände sind, wo du keine Anrufe hast und dann gibt es wieder Wochen, wo dreimal in der Woche gefragt wird, um Dienste und wenn ich 100% arbeite, nervt mich das ehrlich gesagt schon und ich bin unzufrieden.“

(Zitat TN11, 26-29)

Die Analyse der psychischen Erlebnisse im Zusammenhang mit Dienstkompensationen legt nahe, dass diese einen entscheidenden Einfluss auf das psychische Wohlbefinden von Pflegepersonen haben. Die psychische Belastung entsteht nicht nur durch die tatsächliche Dienstkompensation, sondern bereits durch den Prozess der Anrufe und Nachrichten in der Freizeit, was zu einem spürbaren Stressfaktor für die Pflegekräfte wird.

Die Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit werden deutlich durch die vermehrte Übernahme von Dienstkompensationen. Pflegepersonen berichten von einer spürbaren Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, die auf die gesteigerte Arbeitsbelastung zurückzuführen ist. Die wiederholte Erwartung, Dienste zu kompensieren, sowie die Kommunikation in diesem Zusammenhang, haben einen Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem Beruf. Das Gefühl, dass Dienstkompensationen als selbstverständlich erachtet werden, trägt zu einer negativen Wahrnehmung bei.

Besonders herausgestellt wird die Bedeutung der Kommunikation seitens der Arbeitgeber*innen, die als entscheidender Faktor für die Arbeitszufriedenheit wahrgenommen wird. Eine respektvolle Kommunikation und das Vermeiden von Erwartungshaltungen können laut Befragten dazu beitragen, die Zufriedenheit der Pflegepersonen zu steigern. Die Unzufriedenheit wird auch verstärkt, wenn Pflegekräfte bereits in Vollzeit tätig sind und dennoch zusätzliche Dienste kompensieren sollen oder es als Voraussetzung empfunden wird.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass Dienstkompensationen nicht nur wie bereits beschrieben auf physischer, sondern auch auf psychischer Ebene negative Auswirkungen zeigen.

5.4 Moral Distress

Im vorliegenden Abschnitt wird eingehend untersucht, inwieweit die steigende Notwendigkeit, zusätzliche Dienste zur Kompensation von Krankenständen zu übernehmen, den moralischen Stress von Pflegekräften beeinflusst. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Frage, ob Pflegekräfte einen signifikanten Zusammenhang zwischen dieser Thematik und den sogenannten Moral Distress feststellen können.

Der Fokus der Untersuchung liegt darauf, die emotionalen Belastungen und ethischen Herausforderungen zu beleuchten, die aus der verstärkten Beanspruchung durch Dienstkompensationen resultieren und somit potenzielle Auswirkungen auf das moralische Wohlbefinden der Pflegekräfte haben könnten.

5.4.1 Gefühl der Verpflichtung

Insbesondere tritt in diesem Kontext hervor, dass die Kompensation von Diensten und Moral Distress in erster Linie mit einem starken Gefühl der Verpflichtung einhergehen.

Pflegekräfte geben an, sich in einem Konflikt mit sich selbst zu befinden, wenn sie zusätzliche Dienste übernehmen, um Krankenstände auszugleichen. Dieser Konflikt scheint durch die tief empfundene Verantwortung für das eigene Team sowie die Patient*innenversorgung und das Streben nach höchster Pflegequalität verstärkt zu werden, was wiederum zu moralischem Stress führt. Viele Pflegekräfte geben an, dass sie ihre Kolleg*innen nicht im Stich lassen wollen. Dennoch entsteht ein quälender Gedanke, wenn sie nicht einspringen, der sie den gesamten Tag begleitet. Dies führt zu einem tiefgreifenden moralischen Konflikt, da sie zwischen dem Wunsch, für ihr Team da zu sein und der Belastung durch die eigenen Grenzen und Bedürfnisse hin- und hergerissen sind. Zugleich hegt ein Großteil der Pflegekräfte die Furcht, dass eine Nichtübernahme von zusätzlichen Diensten zu einer Unterbesetzung im Rest des Teams führen könnte, was die Arbeitslast für die verbleibenden Kolleg*innen erhöhen und weitere moralische Herausforderungen mit sich bringen würde.

„Wenn da jetzt eine Unterbesetzung stattfinden würde, dann habe ich genauso ein schlechtes Gewissen und halt genauso irgendwie einen moralischen Stress. Weil ich dann einfach an dem Tag, wo ich vielleicht dann abgesagt habe, weil ich eben etwas anderes machen muss (,) irgendwie echt in Gedanken immer wieder mal bei der Arbeit bin und denke hoffentlich geht es meinem Kollegen eigentlich halbwegs gut...“

(Zitat TN11, 209-214)

Andere Befragte beschreiben diesen Prozess eine Dienstkompensation nicht zu übernehmen, als eine getroffene Entscheidung, die jedoch nicht restlos abgehakt ist. Diese Entscheidung bleibt somit den gesamten Tag im Kopf präsent und es entsteht die fortwährende innere Frage, ob der Dienst nicht doch durch die eigene Person übernommen werden hätte können.

Diese ambivalente Situation verstärkt den mentalen Druck und trägt zur anhaltenden Belastung der Pflegekräfte bei, die sich ständig mit der Frage auseinandersetzen, ob ihre Entscheidungen im Einklang mit ihren beruflichen Verpflichtungen und persönlichen Grenzen stehen.

„...und wenn man dann wirklich absagt, dann habe ich schon auch Situationen, wo dich dann.. wo mich das dann aber den ganzen Tag begleitet, 'ich hätte vielleicht doch kommen sollen' und es kommt sicher auch der Faktor dazu, dass man sich dann denkt 'ja finanziell gesehen hätte es sich vielleicht ausgezahlt hätte ich es doch bloß gemacht oder vielleicht doch nicht?' (,) Es ist, glaube ich, eine Entscheidung, die man trifft, sie ist dann aber nicht abgehakt, man schleppt sie mit, und es schlägt sich dann im Laufe des Tages immer wieder in den Kopf. Und das ist (,) das ist dann für einen psychischer moralischer Stress.“

(Zitat TN9, 219-226)

Hinzuzufügen ist ferner, dass der moralische Stress nicht erst mit der eigentlichen Dienstkompensation einsetzt. Pflegepersonen stehen bereits im Vorfeld des Prozesses, wenn sie gebeten werden, einzuspringen, unter erheblichen Konflikten. Die Ambivalenz zwischen dem Wunsch, dem Team beizustehen, und der Belastung durch mögliche persönliche Einschränkungen und Verpflichtungen führt zu einem Vorstadium des moralischen Konflikts.

Dies verdeutlicht, dass die emotionale Belastung nicht nur eine Reaktion auf die Übernahme zusätzlicher Dienste ist, sondern bereits im Entscheidungsprozess, gebeten zu werden, entsteht.

„...dass dann im Dienst eine Person weniger sein wird, es wird jemand angerufen es muss wer einspringen, wenn man selber derjenige ist, der dann angerufen wird, fühlt man sich auch verpflichtet einzuspringen, weil man ja weiß, wie es ist (,) oder wie der Dienst verlaufen wird, wenn eine Person weniger vorhanden ist und das bereitet einfach natürlich einen moralischen Stress..“

(Zitat TN9, 206-215)

Es zeigt sich, dass dieses Konflikt Gefühl mit dem Zusammenhalt im Team in Verbindung steht. Die Erhebung legt nahe, dass in einem Team mit gutem Zusammenhalt Pflegekräfte eher bereit sind, den Dienst zu kompensieren und somit in einen persönlichen Konflikt zu treten, um das Team nicht im Stich zu lassen.

In Teamgefügen mit einem negativen Klima zeigt sich, dass die Bereitschaft niedriger ist und die Frage an sich selbst gestellt wird, warum immer dieselben Personen zur Kompensation gefragt werden. Unabhängig vom Team besteht jedoch immer ein schlechtes Gewissen laut den Interviewteilnehmer*innen und somit auch ein moralischer Konflikt gegenüber den Patient*innen. Diese Dynamik verdeutlicht, welchen Einfluss der Teamzusammenhalt auf die Wahrnehmung und den Umgang mit moralischem Stress in der Pflege hat.

„ich glaube es kommt immer drauf an wie das Team ist und wenn man weiß die Versorgung findet schlechter statt, dann ist es dann noch verständlicher, dass man ein schlechtes Gewissen oder einen moralischen Stress hat ... Wenn man weiß, wenn ich jetzt nicht ja sage, es springt sonst niemand ein, es kommt niemand rein, dann hat man vielleicht auch selbst das Gefühl, warum soll ich das jetzt wieder machen? Egal wie es ist, das Gewissen gegenüber den Patienten ist immer schlecht und somit mein eigener moralischer Konflikt auch..“

(Zitat TN5, 199-206)

Wie bereits eingangs erwähnt, führt nicht nur die Unterbesetzung und ihre Auswirkungen auf das Team zu einem moralischen Konflikt, sondern auch die Verpflichtung gegenüber den Patient*innen und die möglichen Folgen der Unterbesetzung, wenn der Dienst nicht kompensiert werden kann. In diesem Zusammenhang stehen Befragte vor allem im Konflikt, da sie möglicherweise Zeit zur Verfügung haben und zu Hause sind, jedoch auch das Bedürfnis nach Freizeit und persönlicher Erholung haben. Diese Zwiespältigkeit verstärkt die inneren Spannungen und verdeutlicht, dass der moralische Stress in der Pflege oft durch vielschichtige Überlegungen und individuelle Bedürfnisse geprägt ist.

„... erstens gegenüber den Kollegen und gegenüber den Patienten natürlich auch genau so (,.) man weiß ja selbst wie das ist, wenn man dann unterbesetzt arbeiten muss...“

(Zitat TN2, 176-178)

„...ich finde es durchaus sehr hart, es gibt sicherlich auch Momente, wo ich vielleicht nichts vor habe, aber ich möchte mich einfach ausruhen und ich möchte nicht schon wieder hinkommen (,) und das widerspricht sich ja irgendwo eigentlich hätte ich ja Zeit. Ich könnt daherkommen und ich könnte helfen, bevor die Patienten durch zu wenig Leute schlechter versorgt sind (Pause). Aber man schaut dann vielleicht doch mal auf sich, aber da stehe ich mit mir selbst im Unreinen.“

(Zitat TN10, 202-207)

Zusätzlich berichten Pflegepersonen, dass sie aufgrund des moralischen Konflikts, des Verpflichtungsgefühls und des schlechten Gewissens häufig dazu neigen, einen Dienst zu kompensieren, obwohl sie sich eigentlich lieber zu Hause ausruhen würden. Dies verdeutlicht, dass die emotionale Belastung und der innere Konflikt dazu führen, dass Pflegekräfte ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten der Verantwortung gegenüber ihrem Team und den Patient*innen zurückstellen.

„...dann ist schon so dieses 'eigentlich könnte ich aber eigentlich sind die Kollegen ja arm und eigentlich sollte ich und könnte ich' und im Grunde gibt es keinen Grund, warum ich jetzt nicht gehe, außer dass ich mich einfach ausruhen will und einen schönen Tag haben will und dieses Recht nimmt man sich nicht so heraus (,) Also dieses Recht zu sagen ich brauch meine Erholung, ich brauche meine Zeit zum Ausruhen, einfach nichts tun ich glaube, da tut man sich sehr schwer, sich das einzugestehen oder hat ein schlechtes Gewissen und das habe ich definitiv auch und meistens springe ich dann auch ein, weil mein innerlicher Konflikt sonst zu groß wäre..“

(Zitat TN9, 146-153)

Zusammenfassend beleuchtet dieser Abschnitt die Auswirkungen der steigenden Notwendigkeit, zusätzliche Dienste zur Kompensation von Krankenständen zu übernehmen, auf den moralischen Stress von Pflegekräften. Die Untersuchung hebt die emotionalen Belastungen und ethischen Herausforderungen hervor, die aus der verstärkten Beanspruchung resultieren und potenziell das moralische Wohlbefinden der Pflegekräfte beeinflussen können.

Insbesondere wird deutlich, dass die Kompensation von Diensten und Moral Distress eng mit einem starken Gefühl der Verpflichtung verknüpft ist. Pflegekräfte stehen vor einem inneren Konflikt, wenn sie zusätzliche Dienste übernehmen, um Krankenstände auszugleichen. Dieser Konflikt resultiert aus der tief empfundenen Verantwortung für das Team und einer bestmöglichen Patient*innenversorgung sowie dem Streben nach höchster Pflegequalität. Der Wunsch, das Team nicht im Stich zu lassen, führt zu einem quälenden Gedanken, wenn Pflegekräfte nicht einspringen können. Dieser moralische Konflikt manifestiert sich nicht nur während der eigentlichen Dienstkompensation, sondern bereits im Entscheidungsprozess, einen Dienst aufgrund eines Krankenstandes zusätzlich zu übernehmen.

Die ambivalente Situation verstärkt den mentalen Druck und trägt zur anhaltenden Belastung der Pflegekräfte bei, die ständig mit der Frage konfrontiert sind, ob ihre Entscheidungen im Einklang mit ihren beruflichen Verpflichtungen und persönlichen Grenzen stehen. Besonders hervorzuheben ist die Verbindung zwischen dem Gefühl der Verpflichtung und dem Teamzusammenhalt.

Die Tendenz zeigt, dass in einem Team mit gutem Zusammenhalt Pflegekräfte eher bereit dazu sind, zusätzliche Dienste zu kompensieren, selbst wenn dies einen persönlichen Konflikt auslöst. Laut der Befragung ist die Bereitschaft in Teams mit negativem Klima geringer. Unabhängig vom Team besteht jedoch immer ein schlechtes Gewissen und somit ein moralischer Konflikt gegenüber den Patient*innen.

5.5 Positive Erlebnisse

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden nicht nur die Herausforderungen und Belastungen, sondern auch die potenziell positiven Facetten der Dienstkompensation in der Pflege untersucht. Ein zentraler Aspekt dieser Untersuchung war die gezielte Befragung der Interviewteilnehmer*innen, um auch ihre positiven Erfahrungen und Wahrnehmungen in Bezug auf die Dienstkompensationen zu erfassen. Die Frage, ob die Interviewteilnehmer*innen die Dienstkompensation auch als positiv erleben, spielte dabei eine entscheidende Rolle. Es galt nicht nur, mögliche negative Aspekte zu erfassen, sondern ebenso die Potenziale und Bereicherungen, die durch Kompensationen für geleistete Dienste entstehen können. Jedoch ist es unumgänglich, auf die Resultate der Befragung hinzuweisen, die aufzeigen, dass der überwiegende Teil der Teilnehmer*innen die Dienstkompensation mehrheitlich negativ wahrnimmt. Einzige Ausnahmen bildeten dabei das zusätzliche Gehalt sowie der gestärkte Teamzusammenhalt, welche als positive Aspekte herausstachen.

5.5.1 Gehalt

Die Bedeutung des Gehalts als zentraler Faktor im Pflegebereich wird immer wieder aufgezeigt und ist bereits bekannt. Ein entsprechendes Gehalt zeigt sich als entscheidender Einflussfaktor auf die Arbeitszufriedenheit und -motivation von Pflegekräften. In diesem Kontext spiegelt sich die Relevanz des Gehalts ebenfalls in der Thematik der Dienstkompensation wider, wie von der Befragung zu erkennen ist. Die Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass die Dienstkompensation in der Pflege vielfach vorrangig aufgrund der finanziellen Aspekte erfolgt. Der monetäre Ausgleich für zusätzliche Dienste und die damit eingehenden Belastungen stellt somit einen maßgeblichen Anreiz dar, der Pflegekräfte dazu bewegt, über ihre regulären Arbeitszeiten hinaus tätig zu werden. Diese Erkenntnis hebt die essenzielle Rolle des Gehalts als primären Motivationsfaktor innerhalb des Dienstkompensationssystems hervor.

In den Interviews gaben einige Teilnehmer*innen an, dass innerhalb ihres beruflichen Umfelds vermehrt Kolleg*innen zu beobachten sind, die ausschließlich aus finanziellen Gründen Dienstkompensationen in Anspruch nehmen. Diese Pflegekräfte äußerten, dass aus finanzieller Sicht, Dienste „gerne“ kompensiert werden.

„Es gibt einfach Kolleginnen, die Springen gerne ein, oft nur aus finanziellen Gründen...“

(Zitat TN13, 384-385)

Es ist wichtig zu betonen, dass in den meisten Fällen der befragten Pflegekräfte die Dienstkompensation als besser honoriert angegeben wurde. Die Motivation, zusätzliche Dienste zu leisten, ist in erster Linie auf die finanzielle Anerkennung zurückzuführen. Die Teilnehmer*innen äußerten, dass die attraktivere Vergütung bei Dienstkompensationen einen bedeutenden Anreiz darstellt und ihre Bereitschaft, zusätzliche Dienste zu übernehmen, maßgeblich beeinflusst.

„(..) natürlich ist es schon das Geld logischerweise, der Vorteil, wenn ich einspringe (.) natürlich bekomme ich mehr bezahlt und das machen dann auch viele deswegen, weil man vom Lohn her mehr hat.“

(Zitat TN5, 264-266)

Eine zusätzliche Auswertung verdeutlicht abermals, dass das Gehalt als einziger positiver Aspekt wahrgenommen wird, während die Dienstkompensation ansonsten überwiegend negativ konnotiert ist.

„Ich finde, das einzige Positive ist echt die Bezahlung. Sonst hätten wir keinen positiven Grund, in einen Dienst einzuspringen.“

(Zitat TN13, 413-414)

Weitere Anmerkungen dazu unterstreichen diesen Aspekt. Es zeigt sich, dass der zusätzliche Gehalt sogar die Bedeutung der Erholungszeit in den Hintergrund drängt und der Fokus stattdessen auf dem zusätzlichen monetären Verdienst liegt.

„Gehalt ist sicher ein Anreiz und ich glaube schon, dass eine (,) also ein akut eingesprungener Dienst, wenn man kurz überlegt macht man es oder nicht.. ist es finanziell auf jeden Fall ein Faktor, gut, ich habe jetzt heute eigentlich gut Zeit, könnte mich vielleicht.. sollte mich erholen, aber es springt finanziell doch was raus (Pause) also ich glaube schon, dass das ein großer und der einzig positive Anreiz ist.“

(Zitat ZN9, 273-278)

Der finanzielle Ausgleich wird von den Teilnehmer*innen nicht nur als Mittel zur Kompensation von Arbeitszeit, sondern ebenso als eine Form der Anerkennung und Wertschätzung ihrer hingebungsvollen Arbeit interpretiert. Dies unterstreicht die Bedeutung des zusätzlichen Gehalts nicht nur als materielle Vergütung, sondern auch als ein bedeutendes Element der moralischen Wertschätzung seitens der Arbeitgeber*innenseite.

„... wenn man kurzfristig einspringt, morgen, dass man dann das Doppelte an Gehalt bekommt (,) Und das.. ich weiß schon Gehalt ist nicht alles, es ist zumindest eine Wertschätzung. Und man weiß (,) mein Dienst, also dass ich jetzt kurzfristig komme, wird auch wertgeschätzt in Bezug auf die Entlohnung.“

(Zitat TN4, 241-244)

Diese Erkenntnis verdeutlicht, dass die finanzielle Honorierung nicht lediglich als Mittel zur Deckung wirtschaftlicher Bedürfnisse betrachtet wird, sondern als Ausdruck einer grundlegenden Wertschätzung gegenüber den Pflegekräften. In Anbetracht der anspruchsvollen und oft emotional belastenden Aufgaben, die Pflegekräfte mit Dienstkompensationen bewältigen, wird die Bedeutung von wertschätzenden Gesten und Maßnahmen in der Arbeitsumgebung einmal mehr evident. Es wird verständlich, dass die Motivation und Bereitschaft der Pflegekräfte, zusätzliche Dienste zu leisten, in erheblichem Maße von einer angemessenen Honorierung beeinflusst wird. Der Gehalt erweist sich dabei als entscheidender Faktor, der nicht nur die finanzielle Sicherheit, sondern auch das berufliche Engagement der Pflegekräfte maßgeblich prägt.

Besonders hervorzuheben ist, dass der zusätzliche Verdienst bei Dienstkompensationen eine derart zentrale Rolle einnimmt, dass er sogar die Wichtigkeit der Erholungszeit in den Schatten stellt. Die Pflegekräfte betrachten den finanziellen Ausgleich nicht nur als Mittel zur Kompensation von Mehrarbeit, sondern vor allem als eine Form der Wertschätzung und Anerkennung ihrer engagierten Tätigkeit.

Die Tatsache, dass der Gehalt als einziger positiver Aspekt der Dienstkompensation wahrgenommen wird, verdeutlicht die Bedeutung finanzieller Anerkennung für die Arbeitszufriedenheit und -motivation der Pflegekräfte.

5.5.2 Teamzusammenhalt

Ein besonders bedeutender Effekt, der aus der Erhebung hervorgeht, betrifft die gesteigerte Bereitschaft im Team und das damit verbundene positive Arbeitsklima und der starke Zusammenhalt unter den Pflegekräften, welcher beim Thema der Dienstkompensationen entstehen kann.

Die finanzielle Entlohnung ist zweifellos wichtig, aber die Dienstkompensationen haben einen Mehrwert geschaffen, der über die materiellen Aspekte hinausgeht. Insbesondere hat sich gezeigt, dass die Pflegekräfte aufgrund dieser zusätzlichen Anreize eine erhöhte Bereitschaft zur Zusammenarbeit und gegenseitigen Unterstützung zeigen. Dies hat zu einem gesteigerten Teamgeist geführt, der sich positiv auf das Arbeitsklima auswirkt.

Die Teilnehmer*innen der Erhebung betonen einhellig, dass ihre Bereitschaft, einen Dienst zu kompensieren, deutlich höher ist, wenn sie sich in einem Team mit einem ausgeprägten Zusammenhalt befinden.

Der Zusammenhalt im Team wird als entscheidender Motivationsfaktor wahrgenommen, der über die rein finanzielle Entlohnung hinausgeht und einen nennenswerten Einfluss auf die individuelle Einstellung gegenüber zusätzlichen Diensten hat.

Es zeigt sich, dass ein starkes Gemeinschaftsgefühl und ein guter Zusammenhalt im Team dazu beitragen, dass die Übernahme zusätzlicher Dienste nicht als Last, sondern vielmehr als gemeinsame Verantwortung empfunden wird. In einem solchen Umfeld sind die Pflegekräfte eher bereit, sich flexibel zu zeigen und zusätzliche Dienste zu übernehmen, um ihre Kolleg*innen zu unterstützen. Dies wird als wechselseitiger Prozess erlebt, bei dem das Team als Ganzes davon profitiert und eine positive Arbeitsatmosphäre entsteht.

„Es hängt schon von der Teamstruktur ab. Ich weiß jetzt nicht, ohne es zu bewerten (Pause) ob das jetzt gut oder schlecht ist (,) aber wenn man ein gutes Team hat überlegt man sich natürlich eher, ob man geht oder den Dienst nicht schon noch irgendwie zusätzlich schafft.“

(Zitat TN12, 34-36)

Der Teamzusammenhalt wird als emotional unterstützend und motivierend beschrieben, was wiederum die individuelle Bereitschaft beeinflusst, Verantwortung zu übernehmen. Pflegepersonen betonen, dass sie in einem teamorientierten Umfeld das Gefühl haben, dass ihre Anstrengungen und Opferbereitschaft von ihren Kolleg*innen geschätzt werden. Diese Anerkennung und Wertschätzung tragen dazu bei, eine positive Einstellung gegenüber zusätzlichen Diensten zu fördern.

„natürlich auch Prestige und Ansehen (..), weil man ist ha dann sozusagen der kleine Hero auf der Station, wenn man der Ja-Sager ist und ja... das freut auch viele unstreitig. Auch das eigene Ego natürlich (,) also ich finde, dass es auch einen Stabilisierenden Faktor hat im Team, wenn man einfach weiß, die Teamfähigkeit ist da (Pause) einfach halt auch wieder mal ein bisschen mehr gestärkt.“

(Zitat TN8, 175-180)

Die Teilnehmer*innen betonen auch, dass der Zusammenhalt im Team die Belastung, die mit der Übernahme zusätzlicher Dienste einhergeht, abmildert. Die Gewissheit, dass sich Pflegepersonen auf die Unterstützung der Kolleg*innen verlassen können und dass die gemeinsamen Anstrengungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen, schafft eine motivierende Atmosphäre.

„Ich finde das Personal also es ist sehr kollegial, also wir helfen uns schon sehr habe ich das Gefühl, das ist dann echt, also ja .. entlastend (,) denn eigentlich .. die Bereitschaft ist dann schon mehr da.“

(Zitat TN14, 49-51)

Insgesamt wird der Zusammenhalt im Team als entscheidender zusätzlicher positiver Faktor, neben dem Gehalt, für die Bereitschaft der Pflegekräfte betrachtet, zusätzliche Dienste zu kompensieren. Die Erkenntnisse aus der Erhebung unterstreichen somit die Bedeutung eines starken Teamgeistes als integralen Bestandteil einer positiven Arbeitskultur im Gesundheitswesen.

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass die Dienstkompensation in der Pflege nicht nur von Herausforderungen und Belastungen geprägt ist, sondern auch, wenn nur wenige, positive Facetten beinhaltet. Die gezielte Befragung der Interviewteilnehmer*innen ermöglichte es, auch ihre positiven Erfahrungen und Wahrnehmungen in Bezug auf Dienstkompensationen zu erfassen. Dabei wurde deutlich, dass die Dienstkompensation nicht ausschließlich negativ erlebt wird. Die Bedeutung des Gehalts als zentraler Faktor im Pflegebereich wurde erneut bestätigt. Die finanzielle Entlohnung stellt einen entscheidenden Einflussfaktor auf die Arbeitszufriedenheit und -motivation der Pflegekräfte dar. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Dienstkompensation in erster Linie aufgrund finanzieller Aspekte erfolgt. Der finanzielle Ausgleich für zusätzliche Dienste und Belastungen wirkt als maßgeblicher Anreiz, Pflegekräfte über ihre regulären Arbeitszeiten hinaus tätig werden zu lassen.

Der Teamzusammenhalt erwies sich als weiterer positiver Aspekt der Dienstkompensation. Die Erhebungen zeigten, dass ein gestärkter Teamgeist und ein positives Arbeitsklima entstehen können, wenn Pflegekräfte durch Dienstkompensationen zusätzlich motiviert werden. Der Zusammenhalt im Team wirkt sich positiv auf die Bereitschaft aus, zusätzliche Dienste zu kompensieren. Die gegenseitige Unterstützung und Solidarität innerhalb des Teams fördern nicht nur die individuelle Motivation, sondern tragen auch zu einer positiven Arbeitsatmosphäre bei.

Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass die Mehrheit der Teilnehmer*innen die Dienstkompensation überwiegend negativ wahrnimmt, abgesehen von den positiven Aspekten des Gehalts und des Teamzusammenhalts. Insgesamt unterstreicht die Forschung die herausragende Bedeutung des Gehalts und des Teamzusammenhalts in Bezug auf die Dienstkompensation. Der Blick auf die positiven Aspekte ermöglicht es, die Dienstkompensation aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und potenzielle Verbesserungen im System zu identifizieren.

5.6 Strategien

Im Rahmen der Befragung von Pflegepersonen auf Akutstationen bezüglich ihres Erlebens von Dienstkompensationen wurden nicht nur die Herausforderungen und Belastungen identifiziert, sondern es wurden auch wertvolle Einblicke in mögliche Bewältigungsstrategien und Lösungsansätze gewonnen. Die Teilnehmer*innen der Untersuchung brachten dabei verschiedene Strategien zur Sprache, die darauf abzielen, einen verbesserten Umgang mit der Thematik der Dienstkompensation zu ermöglichen.

Innerhalb dieser Erkenntnisse kristallisierten sich insbesondere zwei bedeutsame Subkategorien heraus: Copingstrategien im Zusammenhang mit Dienstkompensationen sowie Lösungsstrategien, die darauf abzielen, bereits im Vorfeld vermehrt aufkommende Kompensationen zu verhindern. Diese Erkenntnisse bieten einen fundierten Einblick in mögliche Wege, wie Pflegepersonen persönlich und organisatorisch besser mit den Herausforderungen von Dienstkompensationen umgehen können.

5.6.1 Copingstrategien

Die Interviewteilnehmer*innen betonten einhellig die Bedeutung von Selbstfürsorge im Kontext der Dienstkompensation. Ein wiederkehrendes Thema war die Notwendigkeit, individuell abzuwägen, wie viel berufliche Belastung jede Person persönlich bewältigen kann. Dabei wurde besonders hervorgehoben, klare Grenzen zu setzen und sich selbst nicht zu überfordern.

Die Teilnehmer*innen unterstrichen, dass die bewusste Entscheidung für Selbstfürsorge nicht nur für das persönliche Wohlbefinden von großer Relevanz ist, sondern auch einen positiven Einfluss auf die Effizienz und Qualität der Arbeit haben kann. Die Fähigkeit, die eigenen Grenzen zu erkennen und zu respektieren, wurde somit als grundlegend für eine nachhaltige Bewältigung der Herausforderungen im Zusammenhang mit Dienstkompensationen betrachtet.

„... glaube ich, muss jeder einfach auf sich schauen und noch abwägen, was vernünftig ist, was man übernehmen kann und was nicht aber ja, es kommt drauf an wieviel man arbeitet und wie oft man einfach angerufen wird.“

(Zitat TN13, 281-283)

Die Befragung verdeutlicht, dass das Festlegen von klaren Grenzen und das gezielte Aussprechen eines "Neins" zu einer Dienstkompensation als ein erlernbarer Prozess betrachtet wird. Die Interviewteilnehmer*innen betonten, dass diese Fähigkeit nicht von Beginn an gegeben ist, sondern sich im Laufe der Zeit entwickelt und erlernt werden muss.

Der Akt des bewussten Zurückweisens von zusätzlichen Diensten erfordert eine kontinuierliche Reflexion über die eigenen Kapazitäten und eine schrittweise Entwicklung der Fähigkeit, klare Grenzen zu setzen. Es wurde betont, dass dieser Lernprozess nicht nur individuelle Selbstfürsorge stärkt, sondern auch dazu beiträgt, ein ausgewogenes Arbeitsumfeld zu schaffen.

„...das habe ich jetzt schon wirklich gelernt,, dass ich immer Grenzen setze, weil wenn es nicht geht (Pause) und manchmal geht einfach nicht.“

(Zitat TN13, 281-283)

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der in der Befragung hervorgehoben wurde, ist die Strategie, das mitunter auftretende schlechte Gewissen abzustellen, wenn aufgrund persönlicher Gründe ein Dienst nicht kompensiert werden kann. Die Teilnehmer*innen betonen, dass es essenziell ist, sich selbst gegenüber klar definierte private Grenzen zu setzen und diese auch aktiv zu kommunizieren.

Diese Coping-Strategie beinhaltet die Fähigkeit, persönliche Verpflichtungen und private Bedürfnisse als legitime Gründe anzuerkennen, einen Dienst abzusagen, ohne sich dabei von einem möglichen schlechten Gewissen übermäßig belasten zu lassen. Das klare Kommunizieren dieser privaten Grenzen wird als ein wirksamer Weg zur Förderung der Selbstfürsorge und zur Bewältigung von emotionalen Belastungen im Zusammenhang mit Dienstkompensationen betrachtet.

„...das Wichtigste ist, dass man die Grenzen setzt, dass man nicht immer ein schlechtes Gewissen haben muss, wenn man jetzt zum Beispiel 'nein' sagt, weil man vielleicht schon seit Wochen mit dem und mit dem (Pause) , mit seinem Partner was ausgemacht hat...“

(Zitat TN11, 179-182)

Eine weitere wesentliche Anmerkung, welche bereits in vielen Bereichen des Gesundheitswesens bekannt ist, betrifft die Bedeutung des „Abschalten können“ nach einem kompensierten Dienst. Die Teilnehmer*innen betonen die Notwendigkeit, bewusst Strategien zu entwickeln, um nach einem zusätzlichen Dienst die Arbeit loszulassen und sich ausreichend zu erholen. Das sogenannte „Abschalten können“ wird als entscheidender Schutzmechanismus für die psychische Gesundheit angesehen, insbesondere wenn Dienste zusätzlich zu regulären Arbeitszeiten übernommen werden.

„...das ist wichtig, wenn wir rausgehen, dass wir abschalten können und nicht weiter arbeiten im Kopf.“

(Zitat TN3, 159-160)

Die Interviewteilnehmer*innen betonen die Notwendigkeit von Selbstfürsorge im Zusammenhang mit Dienstkompensationen. Klare Grenzen zu setzen und sich nicht zu überfordern, werden als entscheidende Elemente für das persönliche Wohlbefinden und die Arbeitsqualität betrachtet. Die bewusste Entscheidung für Selbstfürsorge, einschließlich des gezielten Aussprechens eines "Neins" zu Dienstkompensationen, wird als erlernbarer Prozess beschrieben.

Diese Fähigkeit entwickelt sich im Laufe der Zeit und erfordert kontinuierliche Reflexion über die eigenen Kapazitäten laut den Befragten. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Coping-Strategie, das schlechte Gewissen abzustellen, wenn aus persönlichen Gründen ein Dienst nicht kompensiert werden kann. Das klare Kommunizieren privater Grenzen und das bewusste Abschalten nach Diensten werden als wirksame Wege zur Förderung der Selbstfürsorge und zur Bewältigung von emotionalen Belastungen im Zusammenhang mit Dienstkompensationen betrachtet.

5.6.2 Lösungsstrategien

Im Rahmen der Erhebung wurden Pflegepersonen auch nach ihrer Perspektive zur besten Lösung im Umgang mit Dienstkompensationen befragt, um präventiv entgegenzuwirken und zu verhindern, dass es überhaupt zu vermehrten Kompensationen kommen muss. Dabei wurden verschiedene Lösungsansätze und Strategien diskutiert, um die Belastung für das Pflegepersonal zu reduzieren und die Qualität der Arbeitsbedingungen zu verbessern. Es wurden dabei insbesondere Ideen zur besseren Arbeitsorganisation, zur flexibleren Dienstplanung und zur Schaffung von Anreizen für freiwillige Dienstübernahmen hervorgehoben.

Der am häufigsten genannte Lösungsvorschlag in den Befragungen betont den Wunsch nach einer großzügigen Personalausstattung und einer Überbesetzung, um Krankenstände geringfügig und kompensationsbedürftige Dienste weitestgehend zu verhindern. Trotz dieser klaren Präferenz weisen die Befragten darauf hin, dass der voranschreitende Pflegepersonalmangel und die sich abzeichnende Notlage im Pflegebereich dieser Idee als größter Widersacher entgegenstehen. Die zunehmende Verschlechterung der Personalsituation wird als entscheidender Faktor betrachtet, der das Bestreben nach ausreichendem Personal und damit die Vermeidung von Dienstkompensationen zu einem unrealistischen Wunschdenken macht, wie bereits in der Einleitung beschrieben.

„...so viel Personal hätte ich gern, dass wirklich jeder Dienst mit diesen (,) ohne Überstunden zu planen, jeder Tag mal planmäßig so besetzt werden kann, dass immer genügend Leute da sind.“

(Zitat TN13, 437-438)

„...mehr Personal auf jeden Fall, weil Krankenstände ja (,) man muss eigentlich schon einplanen, dass immer wieder mal Krankenstände gibt. Eigentlich ist es besser, wenn sowieso ein bisschen überbesetzt wird, weil es fällt immer irgendwer aus...“

(Zitat TN11, 230-233)

Ein weiterer Vorschlag, der während der Befragungen häufig genannt wurde, war die Implementierung eines Bereitschaftsdienstes. Die Befragten hoben die Vorteile einer verbesserten Planbarkeit hervor, da Pflegekräfte sich bewusst für Bereitschaftsdienste in den Dienstplan oder auf eine Liste eintragen könnten. Dies schaffe nicht nur zusätzliche Anreize, sondern ermögliche auch, sich finanziell vergüten zu lassen, wenn die Bereitschaft gegeben ist, einen Dienst zu kompensieren, unabhängig davon, ob dies letztendlich erforderlich ist oder nicht. Die Aussicht auf eine finanzielle Entschädigung für die Bereithaltung wurde als positiver Anreiz betrachtet, der die Motivation der Pflegepersonen fördern könnte.

„...sogenannten Bereitschaftsdienste eben. Und ich glaube, das wäre eigentlich die beste Lösung, die man gleich machen könnte (Pause) das heißt, es gibt dann halt im Dienst Leute, die sich fixe Tage eintragen, wo sie grundsätzlich Bereitschaft haben, ist eine gewisse Uhrzeit und da kannst du angerufen werden.“

(Zitat TN10, 279-281)

Die Bereitschaft zu einem Testbetrieb für die Einführung eines Bereitschaftsdienstes wurde ebenfalls von den Befragten signalisiert. Die Idee, diese neue Arbeitsstruktur zunächst in einem Pilotprojekt zu erproben, fand Zustimmung. Ein Testbetrieb könnte dazu dienen, die praktischen Auswirkungen und die Effektivität dieser Maßnahme zu evaluieren, bevor eine flächendeckende Implementierung erfolgt.

Diese pragmatische Herangehensweise wurde als sinnvoll erachtet, um die Machbarkeit und die potenziellen positiven Auswirkungen auf das Arbeitsumfeld der Pflegepersonen besser zu verstehen, bevor eine endgültige Entscheidung getroffen wird.

„Und das können wir mal ausprobieren einfach mal Testbetrieb. Wie du das machst, ist dann die Frage, ob dann auch für andere Stationen einspringen wird oder nicht. Das muss man sich anschauen, aber ich glaube, du siehst somit die beste Lösung für einen selbst (..) du weißt, du hast grundsätzlich frei, könntest aber theoretisch dann doch einmal einspringen, du kannst dich darauf einstellen, du hast das ungefähr schon im Hinterkopf, dass du ins Krankenhaus kommen müsstest.“

(Zitat TN10, 285-290)

Die Einführung eines Bereitschaftsdienstes erscheint als eine realistische Lösung, vorausgesetzt, dass die Personalsituation dies zulässt. Die von den Befragten vorgebrachten Argumente, die Planbarkeit, den zusätzlichen Anreiz sowie die finanzielle Vergütung betreffend, könnten durch einen Bereitschaftsdienst erheblich verbessert werden. Dieser Lösungsvorschlag könnte nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen steigern, sondern auch eine effektive Strategie zur Reduzierung von Dienstkompensationen darstellen, sofern genügend Personal verfügbar ist, um diesen Dienst abzudecken.

Die Befragung von Pflegepersonen zu Dienstkompensationen ermöglichte auch Einblicke in Coping- und Lösungsstrategien. Selbstfürsorge wurde als zentraler Aspekt betont, inklusive der Fähigkeit, klare Grenzen zu setzen und sich bewusst gegen zusätzliche Dienste zu entscheiden. Diese Entscheidungsprozesse wurden als erlernbare Fähigkeiten betrachtet, die im Laufe der Zeit entwickelt werden können, um sowohl individuelle Selbstfürsorge zu stärken als auch ein ausgewogenes Arbeitsumfeld zu schaffen. Die Überwindung von einem schlechten Gewissen und die klare Kommunikation privater Grenzen wurden als wirksame Coping-Strategien identifiziert. Im Hinblick auf Lösungsstrategien zur Prävention von Kompensationen wurde der Wunsch nach großzügiger Personalausstattung als häufigster Vorschlag genannt.

Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass der voranschreitende Pflegepersonalmangel diese Idee als unrealistisch erscheinen lässt. Ein alternativer Lösungsvorschlag, der breite Zustimmung fand, war die Implementierung eines Bereitschaftsdienstes. Pflegekräfte hoben die verbesserte Planbarkeit und finanzielle Anreize hervor, die durch die Bereitschaft zur Dienstkompensation entstehen. Die Bereitschaft zu einem Testbetrieb wurde signalisiert, um die Machbarkeit und potenziellen positiven Auswirkungen zu evaluieren.

Zusammenfassend zeigt die umfassende Untersuchung Antwort auf die erste Forschungsfrage. Das Erleben von Dienstkompensationen durch Pflegepersonen hat weitreichende Auswirkungen auf verschiedene Dimensionen ihres Lebens. Soziale, physische und psychische Erlebnisse sind stark beeinträchtigt, wobei persönliche Verpflichtungen, familiäre Beziehungen und die eigene Gesundheit leiden. Die positiven Aspekte der Dienstkompensation, wie zusätzliches Gehalt und gestärkter Teamzusammenhalt, sind in der Regel von geringerer Bedeutung im Vergleich zu den Belastungen, die mit dieser Praxis einhergehen.

Die Untersuchung des Hauptfokus dieser Arbeit, wie die Notwendigkeit, zusätzliche Dienste zur Kompensation von Krankenständen zu übernehmen, den moralischen Stress von Pflegekräften beeinflusst, liefert umfassende Erkenntnisse und Antworten. Die erhöhte Dienstkompensation aufgrund von Krankenständen führt zu einem deutlichen moralischen Stress bei Pflegekräften. Dieser Stress resultiert insbesondere aus dem starken Gefühl der Verpflichtung gegenüber dem Team und den Patient*innen. Der Konflikt zwischen dem Wunsch, für das Team da zu sein und der Auseinandersetzung mit persönlichen Grenzen, verstärkt sich durch die Befürchtung einer Unterbesetzung und den damit verbundenen negativen Auswirkungen auf die Patient*innenversorgung. Der moralische Stress setzt bereits im Entscheidungsprozess vor der eigentlichen Dienstkompensation ein.

Der innere Konflikt zwischen persönlicher Erholung und der Verantwortung gegenüber dem Team und den Patient*innen führt dazu, dass Pflegekräfte oft ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten der Verpflichtungen zurückstellen. Diese Erkenntnisse bieten eine umfassende Antwort auf die Forschungsfrage und zeigen die komplexe Natur des moralischen Stresses im Kontext der Dienstkompensation bei Pflegekräften auf.

Um die Forschungsfragen abschließend zu beantworten, favorisieren Pflegekräfte eine großzügige Personalausstattung und Überbesetzung als Hauptlösung, obwohl dies aufgrund des Pflegepersonalmangels als unrealistisch gilt. Ein häufig genannter Vorschlag ist die Einführung eines Bereitschaftsdienstes, der die Planbarkeit erhöht und finanzielle Anreize bietet.

6 Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung im Detail analysiert und mit einschlägigen wissenschaftlichen Studien in Beziehung gesetzt. Es ist wichtig anzumerken, dass bisher nur begrenzte Forschung vorhanden ist, die den Zusammenhang zwischen Moral Distress und Dienstkompensationen ausführlich untersucht. Erhebungen, welche sich mit der Dienstkompensation bzw. mit dem „Einspringen aus dem Frei“ beschäftigen, behandeln zu großen Teilen nur die Herausforderungen der Personalengpässe, den Personaleinsatz und zeigen in weiterer Folge Konzepte auf, wie prekäre Personalsituationen künftig besser gelöst werden können (Müller, 2021). Aufgezeigt werden hierzu die zusätzlichen Arbeitsbelastungen, welche durch eine falsche Personalplanung, unvorhersehbare Krankenstände und daraus resultierenden Überstunden, entstehen (Herrmann & Woodruff, 2019). Die bestehende Literatur zu Moral Distress hingegen fokussiert sich hauptsächlich auf moralisch Belastende Situationen sowie ethische Konflikte, durch Entscheidungssituationen, in welchen die Vier-Prinzipien der Medizin-/Pflegeethik verletzt werden könnten. Weitere Erkenntnisse thematisieren, dass Pflegepersonen in moralische Stresssituationen geraten, wenn sie gezwungen sind, entgegen ihrer eigenen ethischen Überzeugungen zu arbeiten und somit das Gefühl haben, nicht das Beste für die Patient*innen leisten zu können (De Brasi et al., 2021; Prompahakul et al., 2021). Prompahakul et al. (2021) zeigen in ihrer Mixed-Methods-Study dennoch auf, dass moralischer Stress bei Pflegepersonen auftritt, wenn sie das Gefühl haben, die Pflegestandards nicht mehr einhalten zu können. Diese Erkenntnis kann auf Parallelen zu dieser Forschungsarbeit hinweisen, da Pflegepersonen ebenfalls angaben, in moralischen Stress zu geraten, wenn ein Dienst nicht kompensiert wird und somit durch zu wenig Personal die Qualität der Pflege nicht mehr gewährleistet werden kann. Der moralische Stress, der aus dieser Thematik resultiert, unterstreicht die Notwendigkeit, nicht nur die strukturellen, sondern auch die emotionalen Aspekte der Dienstkompensation in der Pflege zu berücksichtigen und mögliche Maßnahmen zur Entlastung der Pflegekräfte zu identifizieren.

Die von den Befragten geschilderten Erlebnisse, beginnend mit sozialen, physischen und psychischen Aspekten, lassen sich in der aktuellen Literatur mit der Thematik der Überarbeitung von Pflegepersonen in Verbindung bringen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit beispielsweise im Bereich der physischen Erlebnisse, dass die Dienstkompensation nicht nur zu kurzfristigen Belastungen führt, sondern auch langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegekräfte hat.

Die Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer ausgewogenen Work-Life-Balance und einer nachhaltigen Arbeitspraxis, um die physische und mentale Gesundheit der Pflegepersonen zu schützen. Es fällt auf, dass die bereits existierenden Studien sich jedoch vorrangig auf eine erhöhte Arbeitsbelastung unter anderem durch den Personalmangel und dem hohen Patient*innenausmaß konzentrieren und nur begrenzt bis überhaupt nicht auf die Dienstkompensation eingehen und deren Zusammenhang mit physischen, psychischen und sozialen Erlebnissen nicht beleuchten (Waterfield & Barnason, 2022). Eine breitere Betrachtung dieses Aspekts ist dringend erforderlich, um die spezifischen Auswirkungen der Dienstkompensation auf das Wohlbefinden der Pflegepersonen zu verstehen. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit legen dazu nahe, dass bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege sowohl strukturelle als auch soziale Faktoren berücksichtigt werden sollten, um das Wohlbefinden der Pflegekräfte zu fördern. Die Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonen wird von Lu et al., (2019) thematisiert, wobei häufig negative Erkenntnisse in Verbindung mit Mehrstunden festgestellt wurden.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse in dieser Arbeit, dass Dienstkompensationen nicht nur wie bereits beschrieben auf physischer, sondern auch auf psychischer Ebene negative Auswirkungen zeigen. Die Analyse hebt die Notwendigkeit einer verbesserten Unterstützung und Kommunikation seitens der Arbeitgeber*innen hervor, um das psychische Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen aufrecht zu halten.

Jedoch gehen aktuelle Forschungsergebnisse wenig auf die Auswirkungen der Dienstkompensation auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonen ein. Es ist essenziell, dass zukünftige Studien diesen Bereich genauer beleuchten, um ein umfassendes Bild darüber zu erhalten, wie Dienstkompensation die allgemeine Zufriedenheit der Pflegekräfte beeinflusst.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichen zudem, dass die Bereitschaft, Dienste zu kompensieren, eng mit dem positiven Anreiz des zusätzlichen Gehalts verknüpft ist. Dass die Bereitschaft für die generelle Ausübung des Berufes der Pflege sowie die Bereitschaft Überstunden zu übernehmen größer werden, wenn es sich finanziell mehr auszahlt, zeigt auch die Erhebung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK, 2021). Finanzielle Anreize können daher als effektive Strategie dienen, um die Arbeitsbereitschaft der Pflegepersonen zu steigern und die Dienstkompensation attraktiver zu gestalten. Die herausragende Wahrnehmung der Anerkennung, durch das zusätzliche Gehalt, welche aus den Ergebnissen dieser Untersuchung hervorgehen, unterstreicht in besonderem Maße die Relevanz wertschätzender Maßnahmen in der Pflege.

Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Dienstkompensation sind in dieser Untersuchung geringfügig und wurden somit nicht in den Ergebnisteil eingeschlossen, da sie keine Antworten auf die Forschungsfragen lieferten. Da Krankenstände im gesamten Jahr üblich sind, unabhängig davon, ob es sich um Corona-Infektionen oder andere Krankheiten handelt. Dies kann darauf hindeuten, dass die allgemeinen Krankheitsfaktoren einen größeren Einfluss auf die Dienstkompensation haben als die spezifischen Bedingungen der Pandemie.

Ein besonders faszinierendes Ergebnis der Erhebung ist die maßgebliche Abhängigkeit der Bereitschaft zur Dienstkompensation und des Verpflichtungsgefühls vom Teamzusammenhalt. Wenn ein starker Teamzusammenhalt vorhanden ist, zeigen die Befragten eine höhere Bereitschaft, für ihr Team einzustehen und einen Dienst zu kompensieren.

Eine weitere faszinierende Erkenntnis ist die Tatsache, dass die Dienstkompensation in keiner Weise eine formelle Verpflichtung darstellt. Dennoch fühlt sich der Großteil der Befragten verpflichtet, einen Dienst auf Abruf zu kompensieren, obwohl dies prinzipiell nicht erforderlich ist. Dies könnte auf die hohe ethische Verantwortung und das starke Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der Pflegegemeinschaft hinweisen. Zukünftige Forschung könnte sich darauf konzentrieren, die zugrunde liegenden Motive für diese freiwillige Verpflichtung genauer zu verstehen. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung die Notwendigkeit weiterer Forschung, insbesondere im Bereich der Dienstkompensation durch Pflegepersonen. Es ist von entscheidender Bedeutung, die Arbeitsbedingungen für Pflegepersonen zu verbessern, um ihre Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit zu fördern und damit letztendlich die Qualität der Patient*innenversorgung zu gewährleisten.

6.1 Limitation

Die vorliegende Masterarbeit erforscht ein bedeutendes und sensibles Thema im Bereich der Pflege, allerdings ist es wichtig anzumerken, dass die Arbeit einige Limitationen aufweist, die ihre Ergebnisse beeinflussen könnten. Eine Herausforderung, der während des Forschungsprozesses begegnet wurde, besteht in der Vielfalt der Dialekte, die von den Teilnehmer*innen verwendet wurden. Obwohl die Mehrheit der Proband*innen in der Stadt Wien ansässig ist, stammen sie aus verschiedenen Bundesländern, was das Transkribieren der Interviews erschwerte. Die Verwendung eines Transkriptionstools stieß auf Schwierigkeiten, da die unterschiedlichen Dialekte die Genauigkeit und Effizienz des Tools beeinträchtigten. Somit wurde alles selbstständig transkribiert, was den Zeitaufwand enorm beeinflusste. Ein weiterer Aspekt, der die Validität der Ergebnisse beeinträchtigen könnte, ist die Tatsache, dass die Autorin selbst in der akutstationären Pflege tätig ist. Dies könnte zu einer unbewussten Beeinflussung der Interviewteilnehmer*innen in ihrem Antwortverhalten führen. Es ist wichtig zu betonen, dass die Autorin bestrebt war, jegliche Einflussnahme zu minimieren, jedoch kann diese nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Zusätzlich konzentrierte sich die Untersuchung ausschließlich auf diplomiertes Pflegepersonal. Es sollte jedoch beachtet werden, dass die Thematik der Arbeit und die Erfahrungen im Zusammenhang mit Dienstkompensationen auch bei anderen Berufsgruppen wie Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten relevant sein könnten. Diese Gruppen wurden in dieser Forschungsarbeit nicht berücksichtigt und dies stellt eine weitere Limitation dar. Des Weiteren gestaltete sich die Eingrenzung des Themas und die Präsentation der Ergebnisse als anspruchsvoll. Das untersuchte Thema ist von naturgemäß emotionaler und belastender Natur, was zu einer Vielzahl von Input und unterschiedlichen Perspektiven führte. Diese Fülle an Informationen erschwerte es, die Ergebnisse prägnant darzustellen und angemessen zu interpretieren. In Anbetracht dieser Limitationen ist es wichtig, die Ergebnisse dieser Arbeit mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren und zu generalisieren. Zukünftige Forschungen könnten diese Limitationen adressieren und weitere Einblicke in die komplexen Zusammenhänge des Themas gewinnen.

7 Schlussfolgerung und Ausblick

Die vorliegende Masterarbeit hat einen tiefgehenden Einblick in die Beziehung zwischen Dienstkompensationen und dem psychischen, physischen sowie sozialen Erleben von Pflegepersonen ermöglicht. Die deutliche negative Korrelation zwischen der Häufigkeit von Dienstkompensationen und dem Wohlbefinden unterstreicht die Notwendigkeit, diesen spezifischen Aspekt der Pflegearbeit genauer zu betrachten. Diese Schlussfolgerung wirft gleichzeitig ein Licht auf die komplexen Dynamiken, die mit der Bereitschaft zur Dienstkompensation einhergehen.

Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit ist die Feststellung, dass das Thema der Dienstkompensation nach wie vor nicht ausreichend als zusätzliche Belastung innerhalb des Pflegeberufs wahrgenommen wird. Obwohl die Dienstkompensation nicht verpflichtend ist, wird sie häufig von Pflegepersonen als eine Art moralische Verpflichtung empfunden, was zu einem potenziellen moralischen Stress führen kann. Diese Diskrepanz zwischen der formellen Verpflichtung und der subjektiven Wahrnehmung stellt eine bedeutende Herausforderung dar, die dringend angegangen werden muss, um mögliche negative Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit zu verhindern.

Die Tatsache, dass die Ideen und Bedenken des Pflegepersonals selbst als Ausdruck eines Hilferufs dienen, stellt einen bedeutenden ersten Schritt dar. Die Stimmen der Pflegekräfte sollten nicht nur gehört, sondern auch aktiv in die Entwicklung von Lösungsansätzen einbezogen werden. Es besteht ein dringender Handlungsbedarf, um sicherzustellen, dass moralischer Stress in Verbindung mit Dienstkompensation nicht weiter eskaliert und langfristig die Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen negativ beeinflusst.

Die Thematik der Dienstkompensation und ihre Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Pflegekräfte sollten als integraler Bestandteil der Diskussion über die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich betrachtet werden. Die Ausstattung und der effektive Einsatz des Personals sind nicht nur gegenwärtig, sondern auch in der Zukunft Schlüsselthemen, denen Beachtung geschenkt werden muss, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege nachhaltig zu verbessern.

Ein vielversprechender Ansatz, den die vorliegende Arbeit nahelegt, könnte in der Einführung und optimierten Nutzung von Bereitschaftsdiensten liegen. Dies könnte dazu beitragen, den aufkommenden Herausforderungen im Zusammenhang mit Dienstkompensationen entgegenzuwirken. Ein strategischer Einsatz von Bereitschaftsdiensten könnte nicht nur die Flexibilität im Personaleinsatz erhöhen, sondern auch die Belastung durch nicht kompensierte Dienste reduzieren. Hier liegt eine Möglichkeit, die Bedürfnisse der Pflegepersonen besser zu berücksichtigen und gleichzeitig die Qualität der Pflege aufrechtzuerhalten.

Insgesamt betont diese Masterarbeit die Dringlichkeit, die Thematik der Dienstkompensation vor allem in Hinblick auf den moralischen Stress in der Pflege weiter zu erforschen und innovative Lösungsansätze zu entwickeln. Die Ergebnisse unterstreichen, dass die Wahrnehmung der Dienstkompensation als Pflicht, verbunden mit potenziellem moralischem Stress, nicht nur eine individuelle, sondern auch eine organisatorische Herausforderung darstellt. Nur durch ein umfassendes Verständnis dieser Zusammenhänge können nachhaltige Veränderungen initiiert werden, um die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu optimieren und somit eine qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen.

8 Verzeichnisse

8.1 Literaturverzeichnis

- Allinger, B., & Mairhuber, I. (2021). *Gesundheitsberufe in der EU*. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien. https://www.arbeiterkammer.at/service/studien/gesundheitundpflege/Gesundheitsberufe_in_der_EU.html
- Balzer, K., & Ausserhofer, D. (2022). „Neue Rollen in der Pflege“ – Der Pflegeberuf *on the move*. *Pflege*, 35(6), 317–318. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000916>
- Bauer, S., Eglseer, D., & Hödl, M. (2020). *Pflege während der COVID-19 Pandemie*.
- Baye, Y., Demeke, T., Birhan, N., Semahegn, A., & Birhanu, S. (2020). Nurses' work-related stress and associated factors in governmental hospitals in Harar, Eastern Ethiopia: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15(8), e0236782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236782>
- Beh, L.-S. (2012). Job Stress and Coping Mechanisms among Nursing Staff in Public Health Services. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 02.
- Bernal, D., Campos-Serna, J., Tobias, A., Vargas-Prada, S., Benavides, F. G., & Serra, C. (2015). Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 635–648. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.003>

- Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T., & Eichinger, T. (Hrsg.). (2021). *Medizinethik*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6>
- Blasche, G., Bauböck, V.-M., & Haluza, D. (2017). Work-related self-assessed fatigue and recovery among nurses. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 90(2), 197–205. <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1187-6>
- Blättner, B., & Waller, H. (2018). *Gesundheitswissenschaft: Eine einföhrung in Grundlagen, Theorie und anwendung* (6., überarbeitete Auflage.). Verlag W. Kohlhammer.
- BMSGPK. (2021). *Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen* (S. 50).
- BMSGPK. (2023). *Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten* (S. 15). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- Breinbauer, M. (2020). *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege: Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-32021-8>
- Cartaxo, A., Eberl, I., & Mayer, H. (2022). Die MISSCARE-Austria-Studie: Einföhrende Überlegungen: Missed Nursing Care aus der internationalen und österreichischen Perspektive. *HeilberufeScience*, 13(S2), 27–29. <https://doi.org/10.1007/s16024-022-00388-w>
- De Brasi, E. L., Giannetta, N., Ercolani, S., Gandini, E. L. M., Moranda, D., Villa, G., & Manara, D. F. (2021). Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 28(5), 614–627. <https://doi.org/10.1177/0969733020964859>

- Dodek, P. M., Wong, H., Norena, M., Ayas, N., Reynolds, S. C., Keenan, S. P., Hamric, A., Rodney, P., Stewart, M., & Alden, L. (2016). Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care*, 31(1), 178–182. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.10.011>
- Dolezalek-Frese, A., Ernst, R., Häußler, A., Kieninger, C., Oberländer, M., Weiß, G., & Knüppel, J. (2014). *DBfK - Kompensation von Personalausfällen in der Pflege* (S. 11). Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. – Bundesverband.
- Dudenredaktion. (o. J.-a). „Dienst“ auf Duden online. Duden. Abgerufen 3. Juni 2024, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Dienst>
- Dudenredaktion. (o. J.-b). „Kompensation“ auf Duden online. Abgerufen 3. Juni 2024, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Kompensation>
- Fink, M., Titelbach, G., Vogtenhuber, S., & Hofer, H. (2015). *Gibt es in Österreich einen Fachkräftemangel?* [Studie]. Institut für Höhere Studien (IHS), Wien.
- Flick, U., Kardorff, E. von, & Steinke, I. (2017). Qualitative Forschungsein Handbuch. In *Rororo; 55628; Rowohlts Enzyklopädie* (12. Auflage, Originalausgabe). rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag. http://slubdd.de/katalog?TN_libero_mab2
- Gferer, A., & Gferer, N. (2021). Arbeitssituation und Gedanken an einen Berufsausstieg: GuK-C19-Studie: Gesundheits- und Krankenpflege während der COVID 19-Pandemie in Österreich. *ProCare*, 26(6–7), 50–52. <https://doi.org/10.1007/s00735-021-1378-6>

- Girma, B., Nigussie, J., Molla, A., & Mareg, M. (2021). Occupational stress and associated factors among health care professionals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 21(1), 539. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10579-1>
- Graeb, F. (2019). Ethische Konflikte und Moral Distress. In F. Graeb, *Ethische Konflikte und Moral Distress auf Intensivstationen* (S. 11–27). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-23597-0_2
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., Ball, J., & Missed Care Study Group. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
- Hämel, K., & Schaeffer, D. (2013). Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. *Zeitschrift für Sozialreform*, 59(4), 413–432. <https://doi.org/doi:10.1515/zsr-2013-0401>
- Hauß, F. (1983). *Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb*. Campus. <http://hdl.handle.net/10419/112249>
- Herrmann, L., & Woodruff, C. (2019). *Dienstplanung im stationären Pflegedienst: Methoden, Tools und Fallbeispiele*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22581-0>
- Hofmarcher, M. M. (2013). *Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.32745/9783954660728>
- Höhm, U., Lautenschläger, M., & Schwarz, L. (2016). *5 Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate*.

- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.). (2020). *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9>
- Jahn, P. (2020). Untergrenzen oder Personalbemessung in der Pflege. *Der Onkologe*, 26(11), 1040–1046. <https://doi.org/10.1007/s00761-020-00838-y>
- Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/800986>
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(4), 542–551.
- Juraszovich, B., Rappold, E., & Gyimesi, M. (2023). *Pflegepersonalbedarfsprognose .Update bis 2050. Aktualisierung der Pflegepersonalbedarfsprognose 2030. Ergebnisbericht (S. 47)*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegepersonal.html>
- KAKuG. (2023, Oktober 5). *RIS - Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz— Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 05.10.2023*.
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>
- Kallmeyer, W. & Schütze, F. (1976). Konversationsanalyse. In *Studium Linguistik* (1), 1–28.

- Kemper, K., Bulla, S., Krueger, D., Ott, M. J., McCool, J. A., & Gardiner, P. (2011). Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11, 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-26>
- Kennedy, A. (2021). The International Council of Nurses in the time of the COVID-19 pandemic. *International Nursing Review*, 68(2), 144–146. <https://doi.org/10.1111/inr.12681>
- Kleinknecht-Dolf, M., Frei, I. A., Spichiger, E., Müller, M., Martin, J. S., & Spirig, R. (2015). Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: Results of a pilot study. *Nursing Ethics*, 22(1), 77–90. <https://doi.org/10.1177/0969733014534875>
- Klingenberg, I. (2022). *Stressbewältigung durch Pflegekräfte: Konzeptionelle und empirische Analysen vor dem Hintergrund des Copings und der Resilienz*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-37438-9>
- Körtner, U. H. J. (2022). *Grundkurs Pflegeethik* (4., überarbeitete Auflage). facultas.
- Krankenanstellen in Zahlen. (2022). *Krankenanstellen in Zahlen: Krankenanstellen in Zahlen*. <http://www.kaz.bmg.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/krankenanstellen.html>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among

- Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan (1984): Stress, appraisal, and coping, New York 1984
- Liu, J., Zhu, B., Wu, J., & Mao, Y. (2019). Job satisfaction, work stress, and turnover intentions among rural health workers: A cross-sectional study in 11 western provinces of China. *BMC Family Practice*, 20, 9.
<https://doi.org/10.1186/s12875-019-0904-0>
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21–31.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011>
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Facultas.
- Mayer, H., Nagl-Cupal, M., Hager, I., Kleibel, V., Hager, I., & Cupal, M. N. (2019). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (5., vollständig überarbeitete Auflage). Facultas.
<https://go.exlibris.link/05SgHwz0>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse* (13. Aufl.). Beltz.
- Mayring, P. (2023). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (7., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Mayruber, C., & Bittschi, B. (2022). *Fehlzeitenreport 2022. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich* (S. 123).

- McCarthy, J., & Gastmans, C. (2015). Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 22(1), 131–152.
<https://doi.org/10.1177/0969733014557139>
- McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: A prospective study in a panel of hospitals. *Lancet (London, England)*, 397(10288), 1905–1913.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6)
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews*. De Gruyter Oldenbourg.
<https://doi.org/10.1515/9783110545982>
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., Qin, M., & Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1002–1009. <https://doi.org/10.1111/jonm.13014>
- Monteverde, S. (2019). Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. *Ethik in der Medizin*, 31(4), 345–360.
<https://doi.org/10.1007/s00481-019-00548-z>
- Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2020). What is ‘moral distress’ in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing Ethics*, 27(5), 1297–1314. <https://doi.org/10.1177/0969733019874492>
- Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2022). The moral distress model: An empirically informed guide for moral distress interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9–10), 1309–1326.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15988>

- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, 26(3), 646–662. <https://doi.org/10.1177/0969733017724354>
- Müller, H. (2021). *Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege: Grundlagen - Modelle - Methodik*. Schlutersche GmbH & Co. KG Verlag und Druckerei. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/fh-burgenland/detail.action?docID=6794458>
- Neuner, R. (2016). *Psychische Gesundheit bei der Arbeit: Betriebliches Gesundheitsmanagement und Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-10617-1>
- OECD. (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- Oh, Y., & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>
- Olley, R., Edwards, I., Avery, M., & Cooper, H. (2019). Systematic review of the evidence related to mandated nurse staffing ratios in acute hospitals. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 43(3), 288–293. <https://doi.org/10.1071/AH16252>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks: Sage. [Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (4. Auflage). Thousand Oaks: Sage Publications.]

- Petzold, M. B., Plag, J., & Ströhle, A. (2020). Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Der Nervenarzt*, 91(5), 417–421. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>
- Promptahakul, C., Keim-Malpass, J., LeBaron, V., Yan, G., & Epstein, E. G. (2021). Moral distress among nurses: A mixed-methods study. *Nursing Ethics*, 28(7–8), 1165–1182. <https://doi.org/10.1177/0969733021996028>
- Rappold, E., & Juraszovich, B. (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich* (S. 84).
- Rudow, B. (2014). *Die gesunde Arbeit: Psychische Belastungen, Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation* / (3., aktualisierte und erweiterte Auflage.). De Gruyter Oldenbourg,.
- Sailer, G. (Hrsg.). (2021). *Pflege im Fokus: Herausforderungen und Perspektiven - warum Applaus alleine nicht reicht*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62456-2>
- Sastrawan, S., Newton, J. M., & Malik, G. (2019). Nurses' integrity and coping strategies: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 733–744. <https://doi.org/10.1111/jocn.14702>
- Scheele, A., Schiffbänker, H., Walker, D., & Wienkamp, G. (2023). Double Fragility: The Care Crisis in the Time of the Pandemic. *Gender a Výzkum / Gender and Research*, 24(1), 11–35. <https://doi.org/10.13060/gav.2023.003>
- Schmedes, C. (2021). *Emotionsarbeit in der Pflege: Beitrag zur Diskussion über die psychische Gesundheit Pflegender in der stationären Altenpflege*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31914-4>

- Schumann, S. (2018). *Quantitative und qualitative empirische Forschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17834-5>
- Staflinger, H. (2019). *Personalbedarf und -einsatz in den oberösterreichischen Krankenhäusern. Grundlagen—Herausforderungen—Entwicklungsbedarf (Kurzpräsentation zur Studie)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.32111.18081>
- Stahl, K., & Nadj-Kittler, M. (2015). Gute Pflege braucht gute Bedingungen. *Im OP*, 06(01), 20–21. <https://doi.org/10.1055/s-0041-107223>
- Starc, J., & Fabjan, T. R. (2023). Absenteeism and Fluctuation of Nursing Staff in Health-care Settings. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 11(E), 326–337. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2023.11653>
- Statistik Austria. (2023, September 1). *Bevölkerungsprognosen für Österreich und die Bundesländer*. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender>
- Statistik Austria, M. (2022). *Zahl der stationären Spitalsaufenthalte 2021*. STATISTIK AUSTRIA. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsversorgung-stationaer-spitalsentlassungen>
- Waterfield, D., & Barnason, S. (2022). The integration of care ethics and nursing workload: A qualitative systematic review. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2194–2206. <https://doi.org/10.1111/jonm.13723>

- Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G., & Fisher, J. M. (2015). Moral distress among healthcare professionals: Report of an institution-wide survey. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 47(2), 117–125. <https://doi.org/10.1111/jnu.12115>
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-9441-7_29
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI Journal*, 16, 1057–1072. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der Pflege- und Betreuungspersonen	3
Abbildung 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse.....	36
Abbildung 3: Vier-Prinzipien-Ansatz in der Pflegeethik	37
Abbildung 4: Haupt- und Subkategorien der Ergebnisdarstellung	39

8.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Interviewteilnehmer*innen.....	31
Tabelle 2: Transkriptionsregeln nach Kallmeyer und Schütze (1976).....	33

A Anhang

Anhang 1: Kurzfassung und Abstract	
Anhang 2: Informationsblatt und Einverständniserklärung	
Anhang 3: Interviewleitfaden	
Anhang 4: Kurzfragebogen Demographische Daten	

1. Kurzfassung

Hintergrund: Die Gesundheitsversorgung in Österreich, insbesondere im akutstationären Sektor, erfährt eine hohe Belastung, weswegen der Bedarf an Pflegepersonal stetig steigt. Gleichzeitig verschärft sich der Pflegenotstand durch Krankheitsausfälle. Die vorliegende Arbeit untersucht das Erleben von Dienstkompensationen bei krankheitsbedingten Ausfällen von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Dabei werden Einflüsse auf Arbeitszufriedenheit, physische und psychische Gesundheit beleuchtet. Ebenso wird erforscht, ob sich ein Zusammenhang zu Moral Distress erkennen lässt. Die Forschung zielt darauf ab, das Erleben von Dienstkompensationen bei krankheitsbedingten Ausfällen zu verstehen und mögliche Lösungsansätze für eine verbesserte Arbeitszufriedenheit und Patient*innenversorgung zu entwickeln.

Methodik: Qualitatives Forschungsdesign, leitfadengestützte Einzelinterviews mit 14 Pflegepersonen aus Akutstationären Einrichtungen in Wien. Die Interviews fanden von Januar bis April 2023 statt. Die Interviewteilnehmer*innen wurden über Kontaktaufnahme zu Akutspitälern in Wien rekrutiert. Anschließend wurden die Erhobenen Daten transkribiert und nach der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

Ergebnisse: Die umfassende Untersuchung verdeutlicht, dass das Erleben von Dienstkompensationen durch Pflegekräfte erhebliche Auswirkungen auf ihre sozialen, physischen und psychischen Erfahrungen hat. Persönliche Verpflichtungen, familiäre Beziehungen und die eigene Gesundheit werden stark beeinträchtigt. Die Fokussierung auf die Notwendigkeit, zusätzliche Dienste zur Kompensation von Krankenständen zu übernehmen, zeigt, dass dies zu moralischem Stress bei Pflegekräften führt.

Schlussfolgerung: Es konnte eine umfassende Analyse über die Erlebnisse von Pflegepersonen, welche durch die Kompensation von Diensten aufkommen, aufgezeigt werden. Auch ein deutlicher Zusammenhang mit moralischem Stress konnte festgestellt werden. Es Bedarf an Maßnahmen zur Reduktion von Dienstkompensationen.

Schlüsselwörter: Dienstkompensation, Erleben, Pflegekräfte, Moral Distress

ABSTRACT

Background: Healthcare in Austria, particularly in the acute inpatient sector, is experiencing a high level of strain, which is why the demand for nursing staff is constantly increasing. At the same time, the nursing shortage is exacerbated by sickness absences. This study examines the experience of duty compensation during sickness-related absences of healthcare and nursing staff. The influences on job satisfaction, physical and mental health are examined, and it is also investigated whether a connection to moral distress can be identified. The research aims to understand the experience of service compensation during sickness-related absences and to develop possible solutions for improved job satisfaction and patient care.

Methods: Qualitative research design involved semi-structured individual interviews with 14 nursing professionals from acute care facilities in Vienna, conducted from January to April 2023. Participants were recruited through contact with acute hospitals in Vienna. Data collected were transcribed and analyzed using Mayring's (2015) content analysis.

Results: The comprehensive investigation illustrates that the experience of compensatory shifts has significant effects on the social, physical, and mental well-being of nursing staff. Personal commitments, family relationships, and personal health are heavily impacted. The focus on the necessity of taking on additional shifts to compensate for sick leave reveals a significant moral stress among nursing professionals.

Conclusion: A comprehensive analysis of the experiences of caregivers arising from the compensation of services could be shown. A clear connection with moral stress was also identified. There is a need for measures to reduce service compensation.

Keywords: Compensatory shifts, experience, nursing staff, moral distress

2. Informationsblatt und Einverständniserklärung



Universität Wien
Institut für Pflegewissenschaft
Fakultät für Sozialwissenschaften

Einverständniserklärung /Informed Consent

Thema der Masterarbeit: Das Erleben der Kompensation von krankheitsbedingten Dienstaussfällen auf Akutstationen

Name der Forscherin: Lisa Baumann, BSc

Korrespondenzadresse per E-mail: a51809599@unet.univie.ac.at

Wissenschaftliche Betreuung: Assoz. Prof. MMag. Dr. Elisabeth Reitingier

Das vorliegende Forschungsvorhaben behandelt die Thematik von Dienstaussfällen auf Akutstationen. Das Erleben, der Umgang und mögliche Herausforderungen, welche Kompensationen von Dienstaussfällen auf das Pflegepersonal mit sich bringen sollen aufgezeigt werden und Zusammenhänge zu „Moral Distress“ erforscht werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen zu weiteren Erkenntnissen beitragen, um den Einfluss von krankheitsbedingten Ausfällen und die Auswirkungen auf das Pflegepersonal zu beleuchten. Der Fokus liegt auf das Erleben des „Einspringens“ von Pflegepersonen bei Dienstaussfällen.

Zur Datenerhebung wird je ein Interview mit ausgewählten Interviewpartner*innen durchgeführt. Die Interviews sollen mit dem Pflegepersonal im November-Dezember 2022 nach Terminvereinbarung vor Ort, in deren akutstationären Arbeitsumfeld stattfinden. Geplant ist, die Interviews „face-to-face“ abzuhalten, jedoch muss dies situationsbedingt und flexibel angepasst werden.

Sollte es zu Einschränkungen durch COVID -19 oder anderen Barrieren kommen, werden die Interviews online durchgeführt. Die Dauer des Interviews beträgt zwischen 30 und 60 Minuten.

Vor dem Interview hat von Ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung zu erfolgen. Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ihr Name und Ihre Kontaktdaten werden nicht mit den Angaben verbunden, die Sie in der Befragung machen.

Wie bereits angeführt werden die Interviews in digitaler Form oder präsent, je nach möglich anfallenden Umständen, abgehalten und mit Tonband oder Mobiltelefon aufgezeichnet. Ihre angegebenen Daten im Zuge des Interviews werden bis zum Abschluss des Forschungsprojektes sicher verschlüsselt aufbewahrt und anschließend gelöscht.

Die Forscherin darf keine Daten aus den Interviews, auch unter Wahrung der Anonymität, also durch das Nicht-Nennen von Namen, weitergeben, sondern sie ausschließlich zur wissenschaftlichen Verwertung verwenden.

Die Ergebnisse werden ausschließlich ohne Namen und Kontaktdaten dargestellt, d.h. nicht personenbezogen ausgewertet. Dies bedeutet, dass Niemand aus den Ergebnissen erkennen kann, von welchen Personen die Angaben gemacht wurden. Demzufolge werden die Daten auch nicht an Dritte weitergegeben.

Eine Kopie der Einwilligungserklärung wird Ihnen ausgehändigt und ein Widerruf der Zustimmung kann Ihrerseits jederzeit ohne Angaben von Gründen erfolgen. Ein Teilnahmeausstieg führt zu keinerlei Nachteilen für die Proband*innen. Die Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet und anonym gespeichert. Das gesamte Vorhaben orientiert sich an den biomedizinischen Prinzipien der Autonomie, Non-Malefizienz und Gerechtigkeit. Die Daten werden ausschließlich für die wissenschaftliche Forschung und Statistik verwendet.

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt

Einverständniserklärung

Name Teilnehmer*in (Druckbuchstaben):

Geb. Datum (optional):

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes (**Lisa Baumann**) vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Forschungsprojektes aufgeklärt. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr. Ich bin über möglichen Nutzen und Risiken dieses Projektes informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an diesem Projekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Projekt Daten von mir auf Tonträgern aufgezeichnet werden. Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich habe eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten und erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dem Forschungsprojekt.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer*in

Ort, Datum

Unterschrift der Forscherin

3. Interviewleitfaden



Interviewleitfaden

Das vorliegende Forschungsvorhaben behandelt die Thematik von Dienstaussfällen im Bezug auf das Pflegepersonal auf Akutstationen. Das Erleben, der Umgang und mögliche Herausforderungen, welche Kompensationen von Dienstaussfällen auf das Pflegepersonal mit sich bringen, sollen aufgezeigt werden und Zusammenhänge zu „Moral ~~Distress~~“ erforscht werden. Dabei sollen Einflüsse dieser Dienstkompensationen genauer beleuchtet werden. Durch Ihre Expertise im akut stationären Setting, will ich Sie als Pflegeperson gerne befragen, um meine Forschungsfragen bestmöglich beantworten zu können. Vor dem Interview erhalten Sie von mir einen Kurzfragebogen, welcher zur Ermittlung der demographischen Daten beitragen soll.

Interviewleitfaden

Gesprächseröffnung:

Sie sind als Gesundheits- und Krankenpflegeperson im akutstationären Bereich tätig. Erzählen Sie, was hat Sie dazu bewogen in diesem Bereich zu arbeiten!

Erzählphase

In einem anspruchsvollen Beruf wie der Gesundheits- und Krankenpflege kommt es auch unter dem Pflegepersonal zu Krankenständen, wie würden Sie die Situation der Krankenstände auf Ihrer Station einschätzen?

Erzählphase

Zusätzlich zu den gewöhnlich aufkommenden Krankenständen, kamen in den letzten beiden Jahren auch noch COVID-19 bedingte Ausfälle hinzu. Wie wurde in ihrer Einrichtung damit umgegangen? Würden Sie sagen, dass es dadurch noch mehr Ausfälle gab?

Erzählphase

Prozessfragen/ Rahmenbedingungen:

- Wie wird auf Ihrer Station mit Dienstaussfällen umgegangen?
- Gibt es einen Unterschied zu Wochentagen und dem Wochenende was das Procedere betrifft?
- Erfolgen Dienstkompensationen nur auf Ihrer Station oder kommt es vor, dass Sie auch auf anderen „Einspringen“ müssen? Wenn ja, wie geht es Ihnen damit?

Allgemeine Sondierung:

- Wenn Sie gebeten werden einen krankheitsbedingten Dienstaussfall an einem Ihrer freien Tage zu kompensieren, wie geht es Ihnen damit?
 - Welche Gefühle tun sich bei Ihnen auf, wenn Sie den Dienst nicht kompensieren können? (*Schlechtes Gewissen, Pflichtbewusst sein, „lasse ich meine Kolleginnen im Stich?“, neutrales Gefühl/kümmert mich nicht*)
 - Wenn sie mehrmals Dienstaussfälle kompensieren wie wirkt sich das auf Ihre physische und psychische Gesundheit aus? (*sind Sie gestresster durch weniger freie Tage, merken Sie dadurch eine erhöhte Körperliche Belastung? Gefühl des „nicht abschalten können, weil es sein kann, dass man in den Dienst kommen muss, keine Auswirkungen/ weder gute noch schlechte Auswirkungen*)

- Können Sie durch häufige Dienstkompensationen soziale/ familiäre Einschränkungen wahrnehmen? (*Partner, Familie bekommt mit, dass man öfters angerufen wird, um Einzuspringen?*)
- Moral Distress ist immer wieder ein Thema in der Pflege, er beschreibt Entscheidungen in moralisch belastenden Situationen. (*z.B. man steht im Konflikt mit sich selbst, weil man nicht tun kann was man selbst für richtig hält*) Sehen Sie Verbindungen in der Thematik der Dienstkompensationen und moral Distress? Wenn, ja wie ist die Situation auf Sie belastend?

Ad-hoc-Fragen:

- Wie wirken sich häufige Dienstkompensationen auf Ihre Arbeitszufriedenheit aus?
- Wie wirken sich Dienstaussfälle im Team aus? Gibt es Kolleg*innen die häufigen Dienste kompensieren? Kommt es diesbezüglich zu Spannungen im Team?

Spezifische Sondierung: (Zurückspiegelung, Verständnisfragen, Konfrontation)

- Welche positiven/negativen Einflüsse hat die Dienstkompensation? (*mehr Gehalt? Weniger Freizeit? Nicht planbar?*)
- Hätten Sie selbst einen Vorschlag, wie am besten mit Dienstaussfällen umgegangen werden kann?

Allgemeine Aufrechterhaltungsfragen zur Hilfestellung während des Interviews:

- Wollen Sie noch etwas ergänzen?
- Gibt es sonst noch etwas?

4. Kurzfragebogen Demographische Daten

Kurzfragebogen zu den demographischen Daten:

- Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?
 - o Männlich
 - o Weiblich
 - o Divers

- Wie alt sind Sie?

- Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?
 - o Österreich
 - o Sonstige, bitte genauer ausführen: _____

- Welche Muttersprache haben Sie?
 - o Bitte hier anführen: _____

- Welche weiteren Sprachen sprechen Sie?

- Welche Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege haben Sie abgeschlossen?
 - o Diplomlausbildung
 - o Hochschulabschluss
 - o Sonstige, bitte näher beschreiben:

- In welchem Ausmaß sind Sie derzeit erwerbstätig?
 - o Vollzeit (40h)
 - o Teilzeit (30h)
 - o Sonstige, bitte genaue Stundenzahl angeben: _____

- Wie lange üben Sie Ihre Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegeperson schon aus?
 - o 1-5 Jahre
 - o 6-10 Jahre
 - o 11-15 Jahre
 - o Über 15 Jahre

- Wie lange sind Sie im Akutstationären Pflegebereich schon tätig?
 - o 1-5 Jahre
 - o 6-10 Jahre
 - o 11-15 Jahre
 - o Über 15 Jahre