

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung und Management

Bachelorthesis

Einarbeitung in der Intensivpflege -

Eine qualitative Studie

Vorgelegt von

Birte Vehlow, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuende Prüfende: Frau Prof. Dr. rer. cur. Doris Wilborn

Zweite Prüfende: Frau Dr. PH Anja Schablon

Abgabedatum: 09.09.2015

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Abkürzungsverzeichnis | I |
| Abbildungs- und Tabellenverzeichnis | I |
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Die Erkenntnislage | 4 |
| 2.1 Einarbeitung | 4 |
| 2.2 Besondere Herausforderung für Einsteiger | 5 |
| 2.3 Auswirkungen der Einarbeitung | 6 |
| 3 Methodik | 8 |
| 3.1 Fragestellung | 8 |
| 3.2 Ziel | 8 |
| 3.3 Nutzen | 8 |
| 3.4 Studiendesign | 8 |
| 3.4.1 Qualitative Forschung | 10 |
| 3.4.1.1 Gütekriterien der qualitativen Forschung | 11 |
| 3.4.2 Vorverständnis der Autorin | 12 |
| 3.5 Feldzugang und Stichprobe | 13 |
| 3.6 Verfahren der Datenerhebung | 15 |
| 3.7 Forschungsethik | 19 |
| 3.7.1 Vertraulichkeit und Datenschutz | 20 |
| 3.8 Transkription | 21 |
| 3.9 Auswertung | 22 |
| 3.9.1 Qualitative Inhaltsanalyse | 22 |
| 4 Ergebnisse | 25 |
| 4.1 Interviews | 25 |
| 4.2 Stichprobe..... | 26 |
| 4.3 Einarbeitungskonzeption | 28 |
| 4.4 Herausforderungen für die Mitarbeiter während der Einarbeitung..... | 31 |
| 4.5 Auswirkungen auf die Berufseinsteiger während der Einarbeitung | 33 |
| 4.6 Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team während der Einarbeitung | 36 |
| 4.7 Personalmanagement..... | 38 |
| 5 Diskussion | 40 |
| 5.1 Methodendiskussion | 40 |
| 5.2 Ergebnisdiskussion | 42 |
| 6 Schlussfolgerung..... | 48 |
| 7 Literaturverzeichnis | 50 |
| 8 Anhang | 55 |
| 9 Eidesstattliche Erklärung | 57 |

Abkürzungsverzeichnis

BGW - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

CVcare - Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen

DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

DGF – Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.

IMC – Intermediate Care Station

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1- Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung nach Philipp Mayring (eigene Darstellung; vgl. Mayring, 2015, S. 104) 24

Tabelle 1 Gesamtdaten – Einarbeitung in der Intensivpflege (eigene Darstellung)..... 27

1 Einleitung

Eine qualifizierende Einarbeitung neuer Mitarbeiter¹ gewinnt als Personalentwicklungsmaßnahme besonders für die Berufseinsteiger in der Intensivpflege immer mehr an Bedeutung. In dem für den Pflegenden neuen Aufgabengebiet gilt es, unter der zunehmenden Leistungsverdichtung und dem hohen Grad an Technisierung, die komplexe intensivpflegerische Versorgung und intensivmedizinische Therapien in kurzer Zeit mit dem Ziel hoher Versorgungsqualität zu erlernen. In dem Pflege-Thermometer² 2012 legen Isfort, Weidner & Gehlen (2012, S. 9) dar, dass die Pflegenden auf der Intensivstation eine Vielzahl an Tätigkeiten, die einer diskussionswürdigen Delegation von ärztlichen Tätigkeiten entsprechen, eigenverantwortlich durchführen. So übernehmen 84,7 % der Befragten die kurzzeitige Regulierung von Katecholaminen³ oder kardiowirksamen Medikamenten, sowie 90,8 % die Regulierung der Sedierung eigenverantwortlich. „Für die Übernahme dieser Leistungen ist ein profundes Hintergrundwissen sowie besondere Erfahrungen entscheidend, um auch die Folgen der Regulierung abschätzen zu können ...“ (Isfort et al., 2012, S. 62). Eine qualifizierende Einarbeitung bietet den Rahmen für diese Wissensvermittlung und den Raum für den Erwerb gewisser Erfahrungen. Besonders für die Einsteiger auf einer Intensivstation ist der fachliche Kompetenzerwerb prioritär. Zusätzlich müssen sich neue Mitarbeiter aber auch anderen Herausforderungen stellen. Dieses sind zum Beispiel die Rollenfindung, Umgang mit der Verantwortung und Prioritätensetzung.

Die Intensivmedizin und die Intensivpflege nehmen in der Versorgung von Patienten im Krankenhaus einen steigenden Stellenwert ein. Für das Bundesland Hamburg beispielhaft sind die Behandlungsfälle in der intensivmedizinischen Versorgung in den Jahren 2003 bis 2013 um 7106 Fälle gestiegen. Während 2003 die Anzahl der Behandlungsfälle mit einer maschinellen Beatmung während der intensivmedizinischen Versorgung 13,87 % dessen betrug, erfolgte bis 2013 ein Anstieg auf 19,33 %. Folglich ist die Bettenanzahl zur inten-

1 Zur besseren Lesbarkeit des Textes wurde zur Benennung von Personen jeweils nur die männliche Form gewählt, wenn eine geschlechtsneutrale Beschreibung nicht möglich war. Die Angaben beziehen sich jedoch immer auf Angehörige beider Geschlechter und stellen keine geschlechterspezifische Bewertung dar.

2 „Die Pflege-Thermometer-Reihe stellt einen eigenständigen Beitrag zur Diskussion über die Situation in den Pflegeberufen und die Auswirkungen zentraler Entwicklungen auf die Patientenversorgung dar. Im Fokus ... stehen daher Einschätzungsfragen, die die Sicht der befragten Experten vor Ort in der Pflege ... einholen und eine Interpretationshilfe hinsichtlich der zentralen Entwicklungen bieten können“ (Isfort, Weidner & Gehlen, 2012, S. 11).

3 Unter Katecholaminen versteht man unter anderem Adrenalin und Noradrenalin. Sie steigern die Frequenz und die Kontraktionskraft des Herzens sowie den Blutdruck. In zu hohen Dosen erzeugen sie Herzrhythmusstörungen und schädigen das Herz (vgl. www.chemie.de/lexikon/katecholamine.html).

sivmedizinischen Versorgung um 233 Betten gestiegen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015). Durch den medizinischen und technischen Fortschritt ist es möglich geworden, lebensbedrohlich verletzte, schwerst akut und chronisch erkrankte sowie multimorbide Menschen zu pflegen und zu therapieren. Ein Anstieg der Multimorbidität ist bereits heute zu verzeichnen und die Anzahl der beatmungspflichtigen Patienten hat zugenommen. Eine steigende Prävalenz mit zunehmendem Alter der Menschen mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen ist zu erwähnen (vgl. Fuchs, Busch, Lange, & Scheidt-Nave, 2012, S. 578ff.).

Seit vier Jahrzehnten stagniert die Geburtenhäufigkeit bei 1,4 Kindern pro Frau. Folglich ergibt die Differenz zwischen der Zahl der geborenen und der gestorbenen Menschen in Deutschland seit Anfang der 1970er ein Geburtendefizit⁴. Dieses führt zu gravierenden Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung Deutschlands. Die Anzahl der Berufseinsteiger im Alter von 20 bis 30 Jahren wird bei Kontinuität der Geburtenrate sowie einer Kontinuität der Lebenserwartung und stärkerer Zuwanderung für das Jahr 2060 nur auf 10 % der deutschen Bevölkerung vom Statistischem Bundesamt vorausgesagt. Prognostisch wird die Alterung besonders gravierend in der Anzahl der Hochbetagten sichtbar werden. 4,4 Millionen 80-Jährige und Ältere lebten 2013 in Deutschland, 2060 werden es mit insgesamt 9 Millionen etwa doppelt so viele sein. Schätzungsweise werden in 50 Jahren 12 % bis 13 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter sein, das entspricht jedem achten Einwohner. Die aktuelle Lebenserwartung für einen 65-jährigen Mann ist derzeit schon auf weitere 17,5 Jahre und für eine Frau in dem Alter auf weitere 20,7 Jahre gestiegen (vgl. Pöttsch & Rößger, 2015, S. 15ff.).

Die genannten Themenkomplexe legen dar, dass es wichtiger denn je ist, junge qualifizierte Pflegende für die Intensivpflege zu motivieren und an den Beruf und den Arbeitgeber zu binden. Eine Maßnahme zur Mitarbeitergewinnung und –bindung könnte die Einarbeitung sein. Die Akquise von Pflegepersonal wird aber zunehmend problematisch. Ver.di beschreibt in einer Befragung, dass 15,7 % der Auszubildenden der dreijährigen Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege sich nicht sicher sind, ob sie den erlernten Beruf ausüben möchten und ganze 14,5 % sich sicher sind, in diesem Beruf nicht arbeiten zu wollen (vgl. Ver.di, 2012, S. 50ff.). Die befragten Führungskräfte im Pflegethermometer äußerten, dass der zur Gewinnung neuer Mitarbeiter für die Intensivstation betriebene Aufwand im

⁴ Die Anzahl der lebend geborenen Menschen ist geringer als die Anzahl der Gestorbenen (vgl. Pöttsch & Rößger, 2015, S. 57)

Vergleich zu dem Vorjahr höher sei (vgl. Isfort et., 2012, S. 47). In den Intensivpflegebereichen waren 2013 bei einer Repräsentativbefragung rund 4 % der Stellen vakant (vgl. Blum, Löffert, Offermanns, & Steffen, 2013, S. 22). Bei einem „Status-quo-Szenario“ wüchse das bereits bestehende bundesweite Pflegepersonaldefizit bis 2025 auf 112 000 Pflegevollkräfte an (vgl. Afentakis & Maier, 2010, S. 999).

Dieses hat unter anderem zur Folge, dass sich die Berufseinsteiger ihren Arbeitsgeber und Arbeitsplatz nach ihren persönlichen Kriterien aussuchen können und die Unternehmen für Attraktivität sorgen müssen. Ein Faktor für diese Entscheidung und das Verbleiben auf dieser Station könnte die Einarbeitungssituation sein. „Wertet ein neuer Mitarbeiter die Anfangsphase des Arbeitsverhältnisses positiv, so wird seine Leistungsbereitschaft langfristig ansteigen“ (Engelhardt, 2006, S. 23). Diese Entwicklungen erzeugen vermutlich auch den früheren Arbeitsbeginn der Berufseinsteiger auf den Intensivstationen. Während vor einigen Jahren eine Berufserfahrung in der stationären Krankenhauspflege nötig war, fangen heute die Pflegenden direkt nach dem Examen auf einer Intensivstation an zu arbeiten. Für diese ist eine qualifizierende Einarbeitung elementar. In einer Untersuchung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) zeigte sich, dass bei 81,7 Prozent der Berufseinsteiger in der Pflege eine Einarbeitung stattfand, wovon 79,6 Prozent anhand eines Konzepts eingearbeitet worden sind. 9,5 % wechselten den Arbeitsplatz, weil eine mangelhafte Einarbeitung stattfand. (Rosenfeld, Rais Parsi, Kesting, & Roeder, 2014, S. 582). Dieser Aspekt, die Station infolge schlechter Einarbeitung zu verlassen, ist eine Auswirkung der Einarbeitungssituation.

Doch welche Auswirkungen hat Einarbeitung noch auf die Mitarbeiter?

In dieser vorliegenden empirischen Arbeit sollen die Fragen bearbeitet werden, welche Auswirkungen die Einarbeitung auf die Mitarbeiter neben der fachlichen Kompetenzentwicklung hat und wie intensivunerfahrenen Pflegenden in Hamburg auf den Intensivstationen eingearbeitet werden. Dieses soll anhand von qualitativen Leitfadeninterviews im Rahmen der Felderkundung geschehen, um die Realität des Einzelnen darzustellen.

Als Grundlage dieser qualitativen Untersuchung folgt der Stand der Forschung mit der Beschreibung der Begrifflichkeiten. Der Forschungsprozess wird im Gesamten dargestellt, um in die Ergebnisse der erhobenen Daten überzugehen. Abschließend folgen die Diskussion der Methode und der Ergebnisse sowie die Schlussfolgerung.

2 Die Erkenntnislage

2.1 Einarbeitung

In erster Linie sorgt jede Einarbeitung neuer Mitarbeiter für die Vermittlung von elementarem praxisbezogenen und fachspezifischen Wissen. Dieses dient der Entwicklung, Förderung und Stärkung der pflegeberuflichen Handlungskompetenzen der Pflegenden.

Die Grundlage der Qualität der Leistung der Mitarbeiter wird durch eine intensive Einarbeitung sichergestellt (vgl. Theune, 2010, S. 118).

Das Ziel einer jeden Einarbeitung von neuen Mitarbeitern ist es, nach einem vorgegebenen Zeitraum die routinemäßige Patientenversorgung eigenverantwortlich, selbstständig und fachgerecht durchzuführen.

Des Weiteren sollen die Stationsorganisation und Notfall- und Brandschutzmaßnahmen bekannt sein. Der neue Mitarbeiter soll sich in das Team integriert fühlen sowie sich mit der Klinik identifizieren. Die Pflegeleitung und der Praxisanleiter übernehmen die Planung und die Lenkung der Einarbeitung der neuen Mitarbeiter. An den ersten Arbeitstagen wird der neue Mitarbeiter eingeführt und dann in den Arbeitsalltag unterwiesen. Regelmäßige Gespräche dienen der Reflexion und der Anpassung der Einarbeitung (vgl. Theune, 2010, S. 108ff.).

„Strukturierte, systematische Einarbeitung mit Checklisten und Katalogen ermöglicht eine Standardisierung der Einarbeitung und sichert so eine gleichmäßige und festgeschriebene Qualität“ (Theune, 2010, S. 118). Ein Konzept dient der Standardisierung der Einarbeitung. Alle Beteiligten erhalten einen Überblick über die Struktur, die zu erlernenden Inhalte und die Verantwortlichkeiten. Eine systematische Einarbeitung anhand eines Konzeptes soll die Motivation bei dem neuen Mitarbeiter schüren, die Identifikation mit dem Unternehmen stärken, sowie Kündigungen innerhalb der Probezeit vermeiden. Einarbeitungskonzepte wirken sich kostensenkend aus (Engelhardt, 2006, S. 33). Bei einer Umfrage des DBfK wünschten sich 92,5% der sich noch in der Ausbildung befindenden Schüler, anhand eines Konzeptes eingearbeitet zu werden (Rosenfeld et al., 2014, S. 581).

Engelhardt beschreibt vier Eingliederungsphasen. Die erste Phase, die antizipatorische Sozialisation, beginnt bei dem Vorstellungsgespräch und endet nach der Einstellungsentscheidung. Diese Phase wird begleitet von den Vorstellungen, Werten und Normen, die der Bewerber lebt. Es muss hier ein Übereinkommen derer des Mitarbeiters und der Unter-

nehmenswerte stattfinden. Die Phase der Konfrontation folgt am ersten Arbeitstag und dauert die ersten Wochen an. Dort treffen die Erwartungen des neuen Mitarbeiters und die Realität aufeinander. Ein Orientierungsrahmen muss gestellt werden. Zuständigkeiten und Hierarchien müssen vermittelt werden und der neue Mitarbeiter muss seine Rolle im Team finden. Die unternehmensspezifische fachliche Kompetenzentwicklung folgt in der Einarbeitungsphase. Diese Phase muss individuell verlaufen, es ist eine Unter- oder Überforderung zu vermeiden. Zu dieser Beurteilung müssen Feedbackgespräche geführt werden. In der vierten Phase, der Phase der Integration, versteht der neue Mitarbeiter die Zusammenhänge, identifiziert sich mit dem Unternehmen und hat sich in seine Rolle eingefunden (vgl. Engelhardt, 2006, S. 27ff.).

2.2 Besondere Herausforderung für Einsteiger

Mitarbeiter, die auf einer Intensivstation beginnen zu arbeiten, müssen sich im Gegensatz zu intensivverfahrenen Pflegenden zusätzlich zu dem Kennenlernen des Unternehmens und der Räumlichkeiten, der Standards und der Gepflogenheiten sowie der Kollegen, besonderen Herausforderungen stellen. Benner beschreibt nach dem Dreyfus-Modell, dass Berufsanfänger noch keine Erkenntnisse über Situationen des Arbeitsbereiches, bei denen aktiv gehandelt werden muss, besitzen. Das bedeutet, sie mussten bisher noch keine Situationen interpretieren und Handlungen ableiten. Sie erlernten bisher, sich anhand von Messwerten, wie zum Beispiel dem Blutdruck, anderen objektivierbaren Zeichen oder Aussagen zu orientieren und diese zu interpretieren. Sie nehmen vorerst auch nur einen kleinen Anteil komplexer Situationen wahr, weil sie sich auf einzelne Aufgaben konzentrieren. Die Gesamtsituation wahrzunehmen und diese Werte in den Kontext von anderen Messwerten, Beobachtungen und weiteren Anzeichen zu setzen, benötigt die Routine der Basisaufgaben. In den alltäglichen Tätigkeiten müssen Erfahrungen mit Zusammenwirkungen einzelner Geschehen gemacht werden. Diese Fertigkeiten müssen sich Berufseinsteiger erst einmal aneignen. Sie müssen die Kompetenz erlernen, den Patienten und die gesamte Situation zu überblicken und Prioritäten zu setzen. Die Grundlage dessen bildet die Kenntnis und Fertigkeit von Routinearbeiten. Ist diese Phase erfolgreich beendet, nennt Benner die neuen Mitarbeiter „fortgeschrittene Anfänger“. Sie benötigen weiterhin von Pflegenden höheren Kompetenzniveaus Aufsicht und Unterstützung. Sie können das Ganzheitliche noch nicht betrachten, weil sie noch nicht genug Erfahrungen sammeln konnten und müssen das Priorisieren noch lernen (vgl. Benner, Wengenroth, & Staudacher, 2012, S. 63ff.).

Zusätzlich zu dem fachlichen Kompetenzerwerb in der Intensivpflege, -medizin und Medizintechnik müssen die Berufseinsteiger ihre Rolle als examinierte Pflegende aber auch als Einzuarbeitende in einem völlig neuem Berufsfeld finden. Parallel dazu erfolgt die Integration in das Team. Erleichternd für die Berufseinsteiger ist ihre hohe Motivation, im neuen Job jetzt endlich arbeiten zu können und nicht mehr der Schüler zu sein, sowie die Gewohnheit, sich etwas zeigen zu lassen und selber zu lernen. Aber auch berufserfahrenen Pflegenden, die Anfänger in dem Bereich der Intensivpflege sind, stehen vor diesen Herausforderungen. Erleichternd für diese Gruppe ist die Bekanntheit, das Wissen und die Fertigkeit über bestimmte Pflgetätigkeiten, wie zum Beispiel die Blutentnahme. Das bedeutet, sie haben bereits Routine in gewissen Teilaufgaben und dabei auch schon Erfahrungen sammeln können. Erschwerend ist aber das vermutlich längere Zurückliegen des ständigen Lernens. Die Motivation zum Erlernen neuer Erkenntnisse und Fertigkeiten des neuen Aufgabenbereiches und das Engagement bei einem Wechsel des Arbeitsplatzes ist aber ebenfalls groß.

In dieser vorliegenden Arbeit werden als Berufseinsteiger klassischerweise zum einen die Pflegenden direkt nach dem Examen bezeichnet, zum anderen aber auch die Pflegenden die bereits Berufserfahrungen auf Normalpflegestationen gesammelt haben und dann als fachlicher Anfänger auf einer Intensivstation begannen zu arbeiten.

2.3 Auswirkungen der Einarbeitung

Die Literaturrecherche zur Studienlage des Themas Auswirkungen der Einarbeitung auf die Mitarbeiter einer Intensivstation ergab eine Erhebung des DBfK unter Pflegeauszubildenden und Berufseinsteigern in der Pflege aus dem Jahr 2014. Dort gaben 82,5% der befragten Berufseinsteiger an, dass die Einarbeitung ihnen Sicherheit vermittelt hat. Zum einen ist die Vermittlung von Arbeitsplatzspezifischem dafür ursächlich, zum anderen aber auch die kontinuierliche Begleitung und feste Ansprechpartner. 98,45 % sahen zwischen ihrer subjektiven Berufszufriedenheit und einer erfolgreichen Einarbeitung einen positiven Zusammenhang. Die Befragten begründen diese mit einer steigender Selbstsicherheit, steigende Patientensicherheit und einer positiven Wirkung auf das Team. Positive Auswirkungen eines Einarbeitungskonzeptes auf die Struktur-, Prozess- und die generelle Qualität⁵ einer Einrichtung vermutet ein Großteil der Schüler (vgl. Rosenfeld et al., 2014, S. 581f.).

⁵ Qualität „ist der Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt. ... „Inhärent“ bedeutet „einer Einheit innewohnend“ (vgl. DIN EN ISO 9000:2005 Qualitätsmanagementsysteme, 2005, S. 18).

„Das Gefühl, nach dem Examen „nicht gleich ins kalte Wasser geworfen“ zu werden und Hilfe zu bekommen, wenn diese benötigt wird, hat für die Befragten einen hohen Wert“ (Rosenfeld et al., 2014, S. 582).

Die deutsch- und englischsprachige wissenschaftliche Literatur gibt in den vergangenen 15 Jahren wenig zu dem Thema der Auswirkungen der Einarbeitung auf die Mitarbeiter her. Die Ziele, Struktur und Durchführung von Einarbeitungskonzeptionen in Zusammenhang mit Erfahrungsberichten sind sowohl in deutsch- als auch in englischsprachigen Fachzeitschriften zu finden. Fraglich ist aber die Übertragbarkeit von Ergebnissen aus anderen Ländern auf Deutschland, da es teilweise Unterschiede in der Berufsausbildung, sowohl inhaltlich als auch beim Erreichungsgrad, gibt. Zum anderen grenzen sich die Art und der Umfang der Einarbeitung erheblich ab.

3 Methodik

3.1 Fragestellung

Die im Rahmen dieser Untersuchung zu beantwortenden Fragen lauten:

Wie werden intensivun erfahrenen Gesundheits- und Krankenpfleger mit und ohne Berufserfahrung auf Hamburger Intensivstationen eingearbeitet?

Welche Auswirkungen hat die Einarbeitung von intensivun erfahrenen Gesundheits- und Krankenpflegern mit und ohne Berufserfahrung in Hamburger Intensivstationen auf die Mitarbeiter?

3.2 Ziel

Als Ergebnis dieser empirischen Arbeit ist zum einen Erkenntnisse als Grundlage über die Einarbeitungssituation auf Hamburger Intensivstationen zu erwarten. Zum anderen soll diese Untersuchung aufzeigen, welche Auswirkungen die Einarbeitung intensivun erfahrenen Mitarbeiter auf die Pflegenden hat. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Auswirkungen gelegt, die einen nicht fachlichen Charakter haben. Das Erleben der Einarbeitung der Mitarbeiter soll verstanden werden.

3.3 Nutzen

Die Ergebnisse dieser Erhebung sollen den Führungskräften und den Mitarbeitern der Intensivstationen, die sich in der Einarbeitung neuer Mitarbeiter engagieren, zur Reflexion der eigenen Situation dienen. Die Darlegung der Auswirkungen der Einarbeitung könnte die Notwendigkeit der Anpassung und der Schwerpunktverlagerung von Einarbeitung zeigen. Des Weiteren könnten die Ergebnisse als Diskussionsgrundlage für das Thema Einarbeitung zur Personalgewinnung, zur Personalbindung und zur Personalentwicklung in den jeweiligen Bereichen von Nutzen sein. Aufgrund des Fachkräftemangels sind diese Themen für das Personalmanagement bereits jetzt von großer Bedeutung.

3.4 Studiendesign

Die Studie „Einarbeitung in der Intensivpflege“ begann im Rahmen des Praktikums im Studium der Autorin, welches vom Februar bis Juli 2014 bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und dem Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVCare) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf absolviert wurde. Gemeinschaftlich im Team des CVCare wurde das

Thema und die Methodenidee auf Basis des Vorverständnisses der Autorin gebildet. Diese Berufsgruppe wurde vom CVcare und der BGW bisher nicht erforscht, sodass das Interesse daran beiderseits bestand. Nach der Beendigung der Regelprüfungen und erfolgter Transkription im Juli 2015 wurde die Untersuchung im Rahmen dieser Bachelorarbeit wieder aufgenommen.

Zu Beginn der Untersuchung erfolgte im März und April 2014 eine Recherche der Literatur der vergangenen 15 Jahre. Dieser Zeitraum wurde gewählt, da für den Bereich des Pflegepersonals im Vergleich mit anderen Wissenschaften nicht viele Forschungsergebnisse vorliegen. Weiter zurückliegende Studien und Artikel zeigen ein Abbild von Pflege- und Personalsituation auf, die heute keineswegs mehr zutreffen. Die Recherche gestaltete sich als Suche in der Datenbank Pubmed, sowie einer Onlinesuche auf den Homepages der Verlage von deutschsprachigen Pflegezeitschriften bibliomed, station24.de, thieme-connect.de, medcontent.ch sowie bei Medpilot. Im Juni 2015 erfolgte eine erneute Literatursuche in der Datenbank Pubmed und Cinahl.

Die zu Beginn beschriebene magere wissenschaftliche Ausgangslage zu dem Forschungsthema stellt einen Grund für das gewählte qualitative Design dieser Untersuchung dar. Dieses soll dazu beitragen, eine breite Antwortvielfalt der Befragten zu erhalten und die soziale Wirklichkeit besser zu verstehen (vgl. Flick, Kardorff, & Steinke, 2013b, S. 14). Bei der Auswahl des Forschungsdesigns wurden die Komponenten: Zielsetzung der Studie, der theoretische Rahmen, die konkrete Fragestellung, die Auswahl des empirischen Materials, die methodische Herangehensweise, der Grad der Standardisierung, die Generalisierungsziele sowie die zeitlichen, personellen und materiellen Ressourcen beachtet (vgl. Flick, 2013, S. 253). Qualitative Forschung eignet sich besonders zur Felderkundung und kann als Basis oder Ergänzung von quantitativen Studien dienen (vgl. Flick, Kardorff, & Steinke, 2013a, S. 25). Diese Untersuchung ist eine qualitative Befragung einer Gelegenheitsstichprobe mittels Leitfadeneinzelinterviews.

3.4.1 Qualitative Forschung

Die qualitative Forschung ist durch ihre Offenheit für Erfahrungswerte gekennzeichnet. Sie berücksichtigt die Sichtweisen der beteiligten Subjekte. Die drei hauptsächlichen Forschungsansätze beziehen sich auf den symbolischen Interaktionismus und die Phänomenologie, die Ethnomethodologie und den Konstruktivismus sowie strukturalistischer oder psychoanalytischer Positionen. Die Forschungsperspektive des symbolischen Interaktionismus und der Phänomenologie arbeiten vordergründig mit Interviews und den darauf bezogenen Verfahren der Codierung oder Inhaltsanalyse (vgl. Flick et al., 2013a, S. 17ff.).

Die Phänomenologie beschäftigt sich mit den Erfahrungen des Einzelnen sowie den subjektiven Erfahrungen des Forschers (vgl. Hitzler & Eberle, 2013, S. 110f.). Forscher sind mit ihren Vorkenntnissen Teil der Interviewsituation und beeinflussen diese. Ein Phänomen kann umfassend beschrieben und aus der Sicht des Befragten dargestellt werden. Der persönlichen Wirklichkeit des Menschen muss mit größtmöglicher Offenheit begegnet werden (vgl. Shaha & Schnepp, 2013b, S. 77f.).

Die theoretischen Grundannahmen qualitativer Forschung sind zum einen die soziale Wirklichkeit als gemeinsame Herstellung und Zuschreibung von Bedeutungen der subjektiven Sichtweisen der sozialen Akteure, zum anderen der Prozesscharakter und die Reflexivität sozialer Wirklichkeit, in diesem Kontext bedeutet das die Analyse von Kommunikations- und Interaktionssequenzen. Weiter werden durch subjektive Bedeutungen für die Lebenswelt die objektive Lebensbedingungen relevant und der kommunikative Charakter sozialer Wirklichkeit lässt die Rekonstruktion von Konstruktionen sozialer Wirklichkeit zum Ansatzpunkt der Forschung werden (vgl. Flick et al., 2013a, S. 20ff.). In der qualitativen Forschung wird auf Hypothesen verzichtet, da diese aus dem wissenschaftlichen oder alltäglichen Relevanzbereich des Forschers gebildet werden. Es bestünde die Möglichkeit, die Offenheit der Untersuchung zu gefährden (vgl. Meinefeld, 2013, S. 266). Anwendungsbereiche der qualitativen Wissenschaft sind die Hypothesenfindung und Theoriebildung, Pilotstudien, Einzelfallstudien, Prozessanalysen, Klassifizierungen und Theorie- und Hypothesenüberprüfungen (vgl. Mayring, 2015, S. 22ff.). Qualitative Forschung ist eine Feldforschung und arbeitet mit Methoden der Befragung und Beobachtung, um die Komplexität und Beobachtungsrealitäten zu erfassen.

Als Kennzeichen der qualitativen Forschung beschreiben Flick et al (2013a, S. 24) folgende Aspekte:

1. Methodisches Spektrum statt Einheitsmethode
2. Gegenstandsangemessenheit von Methoden
3. Orientierung am Alltagsgeschehen und/oder Alltagswissen
4. Kontextualität als Leitgedanke
5. Perspektiven der Beteiligten
6. Reflexivität des Forschers
7. Verstehen als Erkenntnisprinzip
8. Prinzip der Offenheit
9. Fallanalyse als Ausgangspunkt
10. Konstruktion der Wirklichkeit als Grundlage
11. Qualitative Forschung als Textwissenschaft
12. Entdeckung und Theoriebildung als Ziel

3.4.1.1 Gütekriterien der qualitativen Forschung

Ohne Bewertungskriterien kann sich die qualitative Forschung nicht weiter etablieren, weil Beliebigkeit und Willkürlichkeit drohen (vgl. Steinke, 2013, S. 321). Es existieren viele Aussagen zu Qualitätskriterien, aber eine gemeinsame Übereinkunft besteht nicht (vgl. Shaha & Schnepf, 2013b, S. 81). Die Grundannahmen der quantitativen Forschung und der qualitativen Forschung gehen weit auseinander und die Begriffe der Objektivität, Reliabilität⁶ und Validität⁷ sind für standardisierte Forschung entwickelt worden. Das lässt schlussfolgern, dass auch die quantitativen Kriterien nicht für qualitative Untersuchungen geeignet sind. Es müssen Qualitätskriterien entwickelt werden, die die Kennzeichen, Ziele und wissenschaftstheoretischen und methodologischen Ausgangspunkte der qualitativen Forschung beachten. Sie sollen untersuchungsspezifisch sein und dem Forscher zur Orientierung dienen (vgl. Steinke, 2013, S. 319ff.).

Sieben Kernkriterien für die Qualität des qualitativen Forschungsprozesses beschreibt Steinke: die Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Indikation des Forschungsprozesses, die empirische Verankerung, die Limitation, die Kohärenz, die Relevanz und die reflektier-

⁶ Zuverlässigkeit – durch wenige Störeinflüsse und Fehler belastet (vgl. Brandenburg, Panfil & Mayer, 2013, S. 327)

⁷ Gültigkeit - Messung dessen was es messen soll (vgl. Brandenburg et al., 2013, S. 328)

te Subjektivität. Die Intersubjektive Nachvollziehbarkeit kann durch die Dokumentation des Forschungsprozesses, die Interpretation in Gruppen und durch die Anwendung kodifizierter Verfahren geprüft und sichergestellt werden. Die Dokumentation sollte das Vorverständnis des Autors, die Erhebungsmethoden und den Erhebungskontext, die Transkriptionsregeln, die Daten, die Auswertungsmethode, die Informationsquellen, die Entscheidungen und Probleme und die Gütekriterien umfassen. Die Herstellung intersubjektiver Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation bietet dem Leser die Möglichkeit, den Forschungsprozess Schritt für Schritt zu verfolgen und selbst zu beurteilen. Durch eine Diskussion erfolgt die Interpretation in Forschungsgruppen. Die Anwendung kodifizierter Verfahren dient der Vereinheitlichung methodischer Vorgehen, dazu zählt zum Beispiel das narrative Interview. Die Analyseschritte müssen explizit aufgezeigt werden, sofern kein kodifiziertes Verfahren angewandt wurde (vgl. Steinke, 2013, S. 323ff.).

Der gesamte Forschungsprozess wird hinsichtlich seiner Angemessenheit beurteilt. Zu unterscheiden sind die Indikation des qualitativen Vorgehens angesichts der Fragestellung, die Indikation der Methodenauswahl, die Indikation der Transkriptionsregeln, die Indikation der methodischen Einzelentscheidungen im Kontext der gesamten Untersuchung und die Indikation der Bewertungskriterien. Die empirische Verankerung ist über die Verwendung kodifizierter Methoden, hinreichender Textbelege, analytischer Induktion (Methode der Theoriegenerierung), Prognoseableitung und kommunikativer Validierung zu überprüfen. Die kommunikative Validierung dient der Übereinstimmung der Analyseergebnisse mit den Befragten. Um die Grenzen des Geltungsprozesses geht es bei den Limitationen, dazu dienen die Fallkontrastierung und abweichende, negative extreme Fälle. Die Kohärenz zeigt, ob die entwickelte Theorie konsistent ist. Die Relevanz zeigt den pragmatischen Nutzen auf. Das Kriterium der reflektierten Subjektivität beschäftigt sich mit der Reflektion des Forschers (vgl. Steinke, 2013, S. 326ff.).

3.4.2 Vorverständnis der Autorin

Das Vorwissen des Forschers beeinflusst die Auswahl und Entwicklung der Methoden und seine Wahrnehmung. Die Darstellung des Vorwissens erlaubt dem Leser zu beurteilen, ob in der Studie wirklich Neues erkannt wurde (vgl. Steinke, 2013, S. 324f.). Die Autorin arbeitet seit ihrem Examen zur Gesundheits- und Krankenpflegerin 2005 auf einer interdisziplinären operativen Intensivstation. Als Berufseinsteigerin erhielt sie eine qualifizierende Einarbeitung. Zur fachlichen Kompetenzerweiterung absolvierte sie von 2008 bis 2010 die

Weiterbildung zur Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie. Im Rahmen dieser Entwicklungsmaßnahme beschäftigte sie sich mit dem Thema der Einarbeitung und verfasste im Rahmen der Abschlussarbeit ein Konzept zur Einarbeitung einer Gruppe neuer, intensivunerfahrener Mitarbeiter wegen einer Bettenaufstockung für die Intensivstation, auf der sie zu dem Zeitpunkt tätig war. Dieses Einarbeitungskonzept führte sie alsbald mit einer Arbeitskollegin durch und evaluierte es. Zu dem Zeitpunkt war ihr schon bewusst, dass Einarbeitung mehr als nur eine reine fachliche Kompetenzentwicklung darstellt. Im Anschluss wurde dieses Konzept von ihr und einer Kollegin auf die Einarbeitung von Kleingruppen und Einzelpersonen mit und ohne intensivpflegerische Erfahrung modifiziert und im Kollegium durchgeführt. In ihrem weiteren Berufsleben erfuhr sie aufgrund von Arbeitsplatzwechsel zwei weitere eigene Einarbeitungen. Dort wurde es ihr erneut deutlich, dass eine Einarbeitung nicht nur Auswirkungen auf die fachliche Expertise hat. Durch das Praktikum in der BGW ergab sich die Möglichkeit, dieses Thema wissenschaftlich zu betrachten.

3.5 Feldzugang und Stichprobe

Es wurde ein zweckgebundenes Sampling durchgeführt. Das bedeutet, dass Befragte rekrutiert wurden, die Berufe und Tätigkeiten ausüben, die der Fragestellung entsprechen (vgl. Shaha & Schnepf, 2013b, S. 77). Die Befragung erfolgte auf Hamburger Intensivstationen. Der Einfachheit halber wurden Kliniken in der Stadt ausgewählt, in der das Forschungszentrum ansässig ist. Ausgewählt wurden die 14 größten Kliniken anhand der Gesamtbettenanzahl⁸, die Fachrichtung der Intensivstationen war dabei nicht von Belang. Grund für die Anzahl der Kliniken war die Erfahrung, dass nicht alle Kliniken teilnehmen werden. Kliniken über 350 Betten wurden zum einen mit dem Hintergrund ausgewählt, dass dort mehrere Intensivstationen vorhanden sind und zum anderen, dass dort vermutlich auch mehr Personal eingearbeitet wurde. Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über die Pflegedienstleitung der Klinik mittels eines Anschreibens per E-Mail oder postalisch, die Kontaktdaten wurden dem Krankenhausverzeichnis⁹ oder den Homepages der Kliniken entnommen. Als Anhang zu dem Brief oder der E-Mail wurde eine Studieninformation (> 3.7) erstellt. Der Brief und das Informationsschreiben ist im Anhang A.1 und A.2 nachzulesen. Es wurden 14 Personen angeschrieben. Eine Woche später wurden die Pflegedienstleitungen durch die Autorin telefonisch kontaktiert.

⁸ Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2013, S. 14ff.)

⁹ Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2013, S. 14ff.)

Sie erläuterte ihr Anliegen und fragte nach der Bereitschaft der Teilnahme an der Studie und Kontaktdaten von möglichen Interviewpartnern. Dieses erfolgte anhand eines Gesprächsleitfadens und mittels eines Gesprächsprotokolls. Die Pflegedienstleitung fungierte als Gatekeeper¹⁰ und erteilte die betriebliche Zu- oder Absage. Sie teilte der Autorin Kontaktdaten der Abteilungs- oder Stationsleitung zur weiteren Rekrutierung der Gelegenheitsstichprobe mit. Die Abteilungs- bzw. Stationsleitung fragte die möglichen Probanden nach dem Teilnahmeinteresse und sorgten für die Terminierung.

Bei einer Gelegenheitsstichprobe spricht man von einem unsystematischen Auswahlverfahren. Es wurden alle Teilnehmer in die Studie aufgenommen, die durch ihre Vorgesetzten angesprochen wurden und teilnehmen wollten (vgl. Mayer, 2013, S. 147). Es erfolgte ein Interview mit einem Krankenpflegemitarbeiter der Intensivstation, der die Einarbeitung in die Intensivpflege regelmäßig durchführte. Und es wurde ein Interview mit einem Krankenpflegemitarbeiter, der innerhalb der vergangenen 6 - 12 Monate eingearbeitet worden war und der vorher keinerlei Erfahrungen mit der Arbeit in der Intensivpflege besaß, geführt. Dabei war es ohne Bedeutung, ob der Einzuarbeitende bereits Berufserfahrung in anderen Abteilungen gesammelt hatte. Eine weitere Voraussetzung für die Interviewpartner war das flüssige Sprechen der deutschen Sprache. Ein Ausschlusskriterium war die intensivpflegerische Berufserfahrung vor dem Beginn auf dieser Intensivstation, weil sich diese Untersuchung ausschließlich auf die Einarbeitung der Berufseinsteiger in der Intensivpflege bezieht.

Die beiden Befragtengruppen der Einarbeitenden (Befragte „A“) und die Eingearbeiteten (Befragte „B“) wurden gewählt, um Auswirkungen der Einarbeitung zum einen aus zwei Perspektiven zu erhalten. Also sollten die Auswirkungen auf die Befragten „B“, die Befragten „A“ und auf andere Mitarbeiter der Station gewonnen werden. Zum anderen sollte dargestellt werden, wie die geplante Einarbeitung auf dieser Station für intensivpflegerisch unerfahrene Mitarbeiter abläuft, welches nur durch die Befragten „A“ geschildert werden kann. Als Stichprobengröße wurden insgesamt 20 Interviews veranschlagt, die hälftig auf die beiden Befragtengruppen verteilt werden sollten. Für die gewählte Forschungsmethode ist eine kleine Stichprobengröße ausreichend, da es sich nicht um quantitative Angaben handelt, sondern um eine Antwortvielfalt.

¹⁰ „Gatekeeper sind Schlüsselpersonen aus dem Forschungsfeld, die dem Forscher den Zugang zu einer Institution oder zu einem besonderen Personenkreis vermitteln und ermöglichen“ (Brandenburg, Panfil et al. (2013, S. 352)

3.6 Verfahren der Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurden aufgrund der Forschungsthematik Leitfadeninterviews als gegenstandsangemessen erachtet. Interviews stellen eine Zustandsbeschreibung zum Zeitpunkt der Forschung dar (vgl. Flick, 2013, S. 255). Der Vorteil von Interviews liegt an der großen Fülle von Informationen, die damit generiert werden können. Außerdem bietet ein Interview Raum für Nachfragen des Befragten und des Interviewers (vgl. Brandenburg, Mayer, & Panfil, 2013, S. 119). Leitfadeninterviews sind teilstandardisierte Befragungen und werden anhand eines Gesprächsleitfadens geführt. Sie geben keine Antworten vor und lassen den Befragten Freiraum, über ihre Ansichten und Erfahrungen zu erzählen (vgl. Hopf, 1995, S. 177). Der Ablauf des Interviews wird dabei sowohl durch den Forscher als auch durch den Befragten beeinflusst. Der Interviewer vermittelt zwischen den Äußerungen des Befragten und der geplanten Struktur des Leitfadens (vgl. Flick, Kardorff, & Keupp, 1995, S. 158). Der Interviewer führt im Rahmen des Leitfadeninterviews die Befragung. Er stellt damit sicher, dass die übergeordneten Fragen, die der Beantwortung der Forschungsthematik dienen, beantwortet werden. Der Leitfaden beinhaltet alle Aspekte des Themas, sodass bei einem gehaltvollen Thema nichts vergessen wird. Deshalb wurde hier das Leitfadeninterview als gegenstandsangemessen erachtet.

Anhand der SPSS-Methode wurde aufgrund des bestehenden Forschungsbedarfes zur Datenerhebung begonnen, Themen und mögliche Fragen zu dem Forschungsbereich zu sammeln, diese zu prüfen, zu sortieren und zu subsummieren (SPSS) (vgl. Helfferich, 2009, S. 182f.).

Fragen, die folgende Kriterien erfüllten, wurden für die Leitfäden generiert:

Fragen, deren Antworten ...

- die Einarbeitungssituation beschreiben,
- die Auswirkungen der Einarbeitung darstellen,
- Erfahrungswissen generieren,
- die Zusammenhänge darstellen.

Der für die Untersuchung erstellte Leitfaden wurde in vier Themenbereiche unterteilt. Die Bereiche bestehen aus einem Einführungsblock, der Beschreibung der Einarbeitungssituation, der Beschreibung des Einflusses der Einarbeitung und der Beschreibung der Fluktuationzusammenhänge der Einarbeitung.

Die Themengebiete und die Gliederung beider Leitfäden sind im Folgenden zu sehen. Die zeitliche Planung diente als Orientierungsrahmen für die Planung der Interviewdauer.

Gliederung:

Einleitung 10 Minuten

1. Persönliche Vorstellung und Vorverständnis
2. Information über die Studie
3. Grundsätze von Interviews in der qualitativen Forschung
4. Einwilligungserklärung

Aufwärmfrage

5. Studienmotivation

Hauptteil 25 Minuten

6. Einarbeitungskonzeption
7. Wirkung der Einarbeitung
8. Fluktuation

Stichprobenbeschreibung 10 Minuten

9. Soziodemographische Daten (Tabelle)
10. Klinikspezifische Daten (Tabelle)

Abschluss

11. Danksagung

Das Interview begann mit einem Briefing, in dem der Befragte über den Zweck der Untersuchung und das persönliche Interesse, das Vorverständnis und die Qualifikation der Interviewerin informiert wurde. Die Durchführung und die vermutliche Dauer des Interviews sowie die Reaktionsweise der Interviewerin, insbesondere der fehlende Austausch wurde dargestellt (vgl. Hermanns, 2013, S. 367f.). Anschließend wurde der Befragte über die Anwendung der Anonymität informiert und unterschrieb die Einverständniserklärung (> 7.3.1). Es folgte die Aufwärmfrage, die einen erleichternden Einstieg in das Interview stellen sollte (vgl. Brandenburg, Mayer et al., 2013, S. 114). Der Hauptteil beinhaltete die Einarbeitungskonzeption, die Auswirkungen der Einarbeitung und die Fluktuationsgründe. Die Befragung endet mit soziodemografischen sowie den klinikspezifischen Daten und der Danksagung.

Der Leitfaden für ein Interview muss eine Offenheit für die Antworten des Befragten ermöglichen und darf nicht mit Fragen überfüllt sein. Es ist auf eine gute Handhabbarkeit und eine gute Übersichtlichkeit zu achten. Fragen sollten nach ihrem Rang, der Festlegung der Formulierung, der Verbindlichkeit und nach dem Grad der inhaltlichen Steuerung differenziert werden. Den höchsten Rang haben die Erzählgenerierfragen, Formulierungen können festgeschrieben werden, oder aber auch über Stichpunkte erfolgen, manche Fragen sind zum Beispiel nicht verbindlich, wenn der Befragte diese schon von selbst beantwortet hat (vgl. Helfferich, 2009, S. 180f.). Jeder Themenabschnitt wurde mit einer Überleitungsfrage angeführt und begann mit einer Erzählgenerierfrage. Diese sollen den Befragten zum Erzählen auffordern (vgl. Helfferich, 2009, S. 102f.). Den Erzählgenerierfragen wurden Nachfragen zu diesem Themenbereich untergeordnet, die gestellt werden sollten, wenn der Befragte von sich aus nicht darüber berichtete.

Die Leitfäden wurden mit optischen Unterschieden ausgestattet, welche auf unterschiedliche Handlungen der Interviewerin hinwiesen und eine flüssige Befragung von Seiten der Fragenden gewährleisten sollten. So gab es optische Unterschiede für „zu erwähnende Stichpunkte“, Stichpunkte zur Erinnerung der Interviewerin, „zu stellende Überleitsätze“, „zu stellende Erzählgenerierfragen“, „zu stellende Nachfragen“. Die Art der optischen Unterschiede bezog sich auf unterschiedliche Schriftweisen und Hervorhebungen und ist in der Legende der Leitfäden nachzulesen.

Es wurden zwei Leitfäden mit geänderter Perspektive erstellt. Die Leitfäden für die beiden Befragtengruppen wurden als „Leitfaden für das Interview mit einer einarbeitenden Gesundheits- und Krankenpflegerin / mit einem einarbeitenden Gesundheits- und Krankenpfleger – Befragte/r „A““ und als „Leitfaden für das Interview mit einer eingearbeiteten Gesundheits- und Krankenpflegerin / mit einem eingearbeiteten Gesundheits- und Krankenpfleger – Befragte/r „B““ betitelt.

Der Unterschied der beiden Leitfäden zeigte sich ausschließlich durch den Perspektivwechsel in dem Hauptteil bei dem Thema Einarbeitungskonzeption und der Wirkung der Einarbeitung. So wurden die Einarbeiter gefragt, wie die Einarbeitung grundsätzlich geplant ist und die neuen Mitarbeiter wurden gefragt, wie sie selbst eingearbeitet worden sind. Genauso wurde nach der Wirkung auf die Befragten selbst gefragt.

Zu dem Leitfaden gehörte für jede Befragtengruppe eine Tabelle zur Erfassung der in der Wissenschaft üblichen soziodemografischen Daten. Darin wurde das Alter in Jahren des Befragten, das Geschlecht des Befragten, die Anzahl der Berufsjahre in der Intensivpflege des Befragten (nur Befragte „A“) und die Anzahl der Berufsjahre in der Pflege (mit der Ausbildung) des Befragten erfragt.

Eine weitere Tabelle erfasste die klinikspezifischen Daten. Dort wurde die Anzahl der Intensivbetten dieser Intensivstation, die Anzahl der Mitarbeiter auf dieser Intensivstation, die Anzahl der Vollzeitstellen auf dieser Intensivstation im Soll- und im Istzustand, die Anzahl der Intermediate Care Betten auf dieser Intensivstation, die Anzahl der Einarbeitungen neuer MitarbeiterInnen (in den vergangenen 12 Monaten) auf dieser Intensivstation, die Anzahl der gegangenen MitarbeiterInnen (in den vergangenen 12 Monaten) und ob die Angaben durch eine Führungskraft und / oder den Befragten eingetragen wurden, erfragt. Diese Tabellen sind von den Befragten „A“ oder gegebenenfalls von der Stationsleitung auszufüllen gewesen und dienen der Stichprobenbeschreibung. Um den Datenschutz und die Erkennbarkeit der Kliniken zu gewährleisten, enthalten die Tabellen nur die oben beschriebenen Ausfüloptionen.

Ein Interviewprotokoll diente der Dokumentation von Daten, die im Interview nicht verbalisiert wurden. Es enthielt formale Angaben wie Datum, Uhrzeit, Dauer und Ort des Interviews. Die Interviewatmosphäre und Gesprächsstörungen wurden ebenfalls festgehalten (vgl. Helfferich, 2009, S. 193). Dieses Protokoll wurde während oder direkt nach dem geführten Interview ausgefüllt. Alle diese Dokumente befinden sich in der unausgefüllten Fassung im Anhang.

Die Interviews sollten alle persönlich von der Autorin geführt werden, es gibt keine klare Festlegung der Qualifikation für Interviewer. Im Allgemeinen sind Wissenschaftler durch ihr Studium zum Führen von Interviews qualifiziert. Sie sollten einschätzen können, wann genauer nachgefragt werden oder wann von dem Leitfaden abgewichen werden muss. Befragende sollten in dem Forschungsprojekt verantwortlich beteiligt sein (vgl. Hopf, 2013, S. 357f.). Fingerspitzengefühl und Empathiefähigkeit erleichtert die Interviewführung und die Datengenerierung.

Die Interviews wurden zur lückenlosen Dokumentation als digitale Audiodatei aufgezeichnet und digital gespeichert. Die Audioaufnahme beginnt mit der Aufwärmfrage und endet nach dem Ausfüllen der Tabellen der soziodemografischen und klinikspezifischen Daten. Diese wurden durch die Befragten handschriftlich ausgefüllt. Die Nummerierung der Interviews erfolgte nicht in der Reihenfolge, in der sie geführt wurden.

Der erfolgte Pretest beider Leitfäden und der dazugehörigen Formulare auf einer Hamburger Intensivstation forderte Umformulierungen, eine strukturelle und optische Anpassung der Dokumente, sowie das Zufügen von Fragen zu Themen, die in dem Pretest von den Befragten erwähnt wurden und von der Autorin für den Forschungsgegenstand für angemessen erachtet wurden. Die Ergebnisse der beiden Pretests wurden in die Auswertung mit einbezogen, weil kein zusätzlicher Inhalt der Fragen nach dem Pretest eingefügt wurde.

3.7 Forschungsethik

Diese Befragung richtet sich nach der guten wissenschaftlichen Praxis¹¹ und dem Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen¹². „Forschungsethik befasst sich mit der Frage, welche ethisch relevanten Einflüsse die Intervention eines Forschers den Menschen zumuten könnte, mit oder an denen der Forscher forscht. Sie befasst sich zudem mit den Maßnahmen, die zum Schutz der an einer Forschung teilnehmenden Person unternommen werden soll, sofern dieses als notwendig erscheint“ (Schnell, 2013, S. 192).

Der Befragte erhielt durch die Abteilungs- oder Stationsleitung oder durch die Autorin, wenn eine persönliche Terminabsprache stattfand, bei der Terminierung des Interviews eine Studieninformation mit einer Kurzbeschreibung der Problemsituation auf Intensivstationen, dem Studienziel und dem Befragungsthema sowie der geplanten Stichprobe und deren Einschlusskriterien. Außerdem waren Informationen zum Datenschutz und Anonymisierung enthalten; der Verwendungszweck der Daten und die Kontaktdaten der Studierendurchführenden waren auch abgedruckt. Ebenfalls wurden diese Informationen nochmals direkt vor dem Interview verteilt und durch die Autorin erläutert; Fragen konnten gestellt und beantwortet werden. Die Befragten nahmen freiwillig an den Interviews teil und ge-

¹¹ "Richtlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg," 2003.

¹² "Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS)," 2014.

hörten zu den nicht vulnerablen¹³ Menschen, so dass keine Beanspruchung durch die Befragung zu erwarten war.

Die Personal- und Betriebsräte und die Mitarbeitervertretungen der teilnehmenden Kliniken wurden durch die jeweilige Pflegedienstleitung über die Untersuchung informiert. In einem Fall wurden alle verwendeten Dokumente übersandt und nach der gründlichen Prüfung den Interviews zugestimmt.

3.7.1 Vertraulichkeit und Datenschutz

Die relevanten datenschutzrechtlichen Bestimmungen und Durchführung der Anonymisierung wurden durch die Interviewerin vor Beginn des Interviews persönlich erläutert und es bestand die Möglichkeit der Nachfrage und der Ablehnung des Interviews.

Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet. Die Verschriftlichung der Interviews erfolgte mit anonymisierten Daten. Nach der Datenauswertung wird die Audiodatei gelöscht werden. Alle Daten und Aussagen wurden vertraulich behandelt. Einzelne Zitate werden für die Publikation aus dem Zusammenhang genommen werden, damit diese nicht mit einer einzelnen Person in Verbindung gebracht werden können. Diese Inhalte waren auf der Einwilligung verschriftlicht. Die Befragten erhielten und unterzeichneten unmittelbar vor dem Interview diese Einwilligungserklärung und der Befragte stimmte damit der Durchführung und Aufzeichnung der Interviews sowie der Auswertung und Verwendung der Daten zu. Diese Erklärung wird nicht im Zusammenhang mit den Audiodateien oder Interviewergebnissen aufbewahrt.

Außerhalb der Einwilligungserklärung sind keinerlei Namen dokumentiert. Die soziodemografischen und klinikspezifischen Daten erhalten ausschließlich Zahlenwerte, die einzeln in keinen Zusammenhang mit deren Station oder Klinik gebracht werden können. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und die Löschung bzw. Vernichtung der Daten verlangt werden. Das Dokument zur Einwilligung befindet sich im Anhang A.4.

¹³ Vulnerable Personen können keine Zustimmung geben oder könnten durch die Teilnahme an einem Forschungsvorhaben in besonderem Maße belastet werden (vgl. Schnell, 2013, S. 194).

3.8 Transkription

Die Transkription beinhaltet das Umschreiben der gesprochenen Worte der Interviewaufnahmen in die geschriebenen Worte eines Dokumentes (vgl. Dresing & Pehl, 2013, S. 17). Die Transkription der gesamten Audiodateien erfolgte nach Beendigung aller Interviews. Zur Unterstützung wurde die Transkriptionssoftware Express Scribe verwendet. Diese Software erleichtert die Steuerung der Audiowiedergabe während der Textverarbeitung (vgl. "Express Scribe Transkriptionssoftware," 2015). Eine Transkription kann nie die vollständige Gesprächssituation abbilden. Faktoren wie Mimik und Gestik werden nicht erfasst, auch wenn eine Feintranskription angewendet wird, welche sehr eng an der Lautsprache orientiert ist. Obwohl zur Rekonstruktion des Gespräches eine detailgetreue Wiedergabe erwünscht ist, machen zu viele Details außerdem ein Transkript schwer lesbar (vgl. Dresing & Pehl, 2013, S. 17f.). Zur angemessenen Transkription führt die Handhabbarkeit, die Lesbarkeit, die leichte Erlernbarkeit und die Interpretierbarkeit (vgl. Steinke, 2013, S. 327f.). Es wurde für diese Untersuchung ein einfaches Transkriptionssystem gewählt, dieses ermöglicht einen schnellen Zugang zum Gesprächsinhalt. (vgl. Dresing & Pehl, 2013, S. 19).

Anhand vorher festgelegter Regeln erstellte eine Honorarkraft der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege die Transkripte. Zum einen wurde darin die Dateiformatierung und Bezeichnungen vorgegeben, zum anderen wurde die Exaktheit des Umschreibens des aufgezeichneten Interviews festgelegt. Angelehnt an das einfache Transkriptionssystem von Dresing und Pehl wurde gegenstandsangemessen wörtlich im Hochdeutschen transkribiert. Verständnissignale der Interviewerin wurden nicht abgetippt, aber Pausen wurden gekennzeichnet. Sprecherüberlappungen und emotionale Äußerungen wurden kenntlich gemacht. Jeder Sprecherbeitrag erhielt einen eigenen Absatz mit Nummerierung (vgl. Dresing & Pehl, 2013, S. 21ff.).

Alle Transkripte wurden durch die Autorin durch Korrekturhören auf Übertragungsfehler geprüft und bereinigt. Da für die gewählte Auswertungsmethode keine Interpretation von nicht transkribierten Aspekten wie die Umgangssprache, Mimik oder Gesprächsbeziehungen erfolgt, ist dieses System genügend. Die Transkriptionsregeln befinden sich im Wortlaut im Anhang A.8.

3.9 Auswertung

„Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse liegt in ihrem systematischen, regelgeleiteten Vorgehen, [...]“ (Mayring, 2015, S. 131). Für diese Befragung ist die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse gegenstandsangemessen, weil die Unterteilung in einzelne Interpretationseinheiten eine Nachvollziehbarkeit und eine Überprüfbarkeit sicherstellt (vgl. Mayring, 2015, S. 61). Die Auswertung begann nach Ende der Durchführung der Interviews. Die Autorin übernahm diese für alle in dieser Untersuchung eingeschlossenen transkribierten Interviews. Begonnen wird die Analyse qualitativer Daten mit der Immersion. In diesem Arbeitsschritt geht es darum, sich den Inhalt der Daten anzueignen und zu begreifen (vgl. Shaha & Schnepf, 2013a, S. 152). Zur Unterstützung der Auswertung wurde die Software MAXQDA 11 verwendet. Diese eignet sich zum Verwalten und Ordnen mehrerer Texte. Es können Kategorien definiert, zugeordnet, gruppiert und dargestellt werden. Zusätzlich können Ideen und Anmerkungen in Memos festgehalten werden und es bestehen diverse Im- und Exportmöglichkeiten (vgl. Kuckartz, 2005, S. 13f.). Zitate aus den Interviews untermauern die Resultate in der Ergebnisdarstellung (vgl. Shaha & Schnepf, 2013b, S. 81).

Nach positiver Bewertung dieser Arbeit werden die Teilnehmer dieser Untersuchung und die Gatekeeper diese Ausführung digital zugesendet bekommen. Das dient als Grundlage für die Erreichung des mit dieser Arbeit angestrebten Nutzens. Den Interviewteilnehmern und den Führungskräften sollen die Ergebnisse für ihre weitere Planung der Einarbeitungen dienen.

3.9.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Merkmale der Inhaltsanalyse sind die systematische Bearbeitung und die Analyse von festgehaltenem Kommunikationsmaterial. Es beinhaltet ein regel- und theoriegeleitetes Vorgehen sowie das Erstellen von Schlussfolgerungen bestimmter Aspekte der Kommunikation (vgl. Mayring, 2015, S. 13). Bezüglich der Gütekriterien für die qualitative Inhaltsanalyse fehlen fast vollständig Angaben zur Reliabilität und Validität der Ergebnisse. Zu beachten ist aber, dass Inhaltsanalytiker diese klassischen Kriterien oft infrage stellen (vgl. Mayring, 2015, S. 123).

Mayring (2015, S.62) beschreibt ein allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell. Dieses beginnt mit der Festlegung des Materials, der Analyse der Entstehungssituation und formalen Charakteristika des Materials; es folgt die Richtung der Analyse und die theoretische

Differenzierung der Fragestellung. Diese Punkte sind für diese Untersuchung bereits in Kapitel 3 erläutert worden. Im nächsten Schritt wird die Analysetechnik sowie die Kategorien und das Kategoriensystem festgelegt. Die drei Grundformen des Analysierens sind die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung des Materials, welche unabhängige Analysetechniken darstellen und gegenstandsangemessen verwendet werden. Bei der strukturierende Inhaltsanalyse werden vorher Ordnungskriterien definiert und es sollen damit Aspekte aus dem Material gefiltert werden. Man unterscheidet in die formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Vorgehensweise. Für diese Untersuchung wurde die inhaltliche Strukturierung gewählt, bei der das Material zu bestimmten Themenbereichen extrahiert und zusammengefasst wird. Das Kategoriensystem wurde für die Strukturierung typisch deduktiv aufgrund der Leitfragen generiert, die Unterkategorien aus den Nachfragen gebildet. Das bedeutet die Kategorien werden theoriegeleitet an das Material angewendet (vgl. Mayring, 2015, S. 67f.). Die Aspekte der deduktiven Kategoriebildung und die Strukturierung in Bezug auf den Inhalt scheint die Fragestellung am besten zu beantworten. Im Folgenden werden die Analyseeinheiten definiert. Unter Analyseeinheiten versteht man Kodier-, Kontext- und Auswertungseinheiten. Diese legen den kleinsten, den größten Textbestandteil und die auszuwertenden Textteile fest. In dieser Arbeit stellt die kleinste Einheit jede geschlossene Aussage dar und die größte jede der Kategorien unterordbaren Antworten dar (vgl. Mayring, 2015, S. 61). Zur Strukturierung der Textbestandteile in die deduktiven Kategorien müssen die Kategorien genau definiert sein, es müssen Ankerbeispiele¹⁴ gekennzeichnet werden und es müssen Kodierregeln festgelegt werden, so dass eine Abgrenzung zwischen den Kategorien möglich ist (vgl. Mayring, 2015, S. 97). Dann folgen die Rücküberprüfung des Kategoriensystems am Material. Zuletzt folgen die Zusammenstellung der Ergebnisse und die Interpretation in Richtung der Fragestellung, sowie die Anwendung der Gütekriterien (vgl. Mayring, 2015, S. 62).

Zur Anwendung dieser Analysetechnik werden zuerst die Textstellen bezeichnet, die auf die Kategorien zutreffen und zum zweiten werden die Textstellen extrahiert. Es empfiehlt sich, vorab einen auszugsweisen Probendurchlauf zu starten, um die Kategorien zu prüfen (vgl. Mayring, 2015, S. 98f.). Dieser Probendurchlauf ergab induktiv erzeugte Unterkategorien, die aus den Antworten heraus gebildet wurden. Die induktiv gebildeten Unterkategorien schließen die unerwarteten Aspekte mit ein.

¹⁴ Ankerbeispiele sind Textstellen, die als deutliches Beispiel für eine Kategorie stehen (vgl. Mayring, 2015, S. 97).

Ein auf die inhaltliche Strukturierung bezogenes Ablaufmodell ist zur Verdeutlichung der Vorgehensweise grafisch dargestellt (Abb. 1).

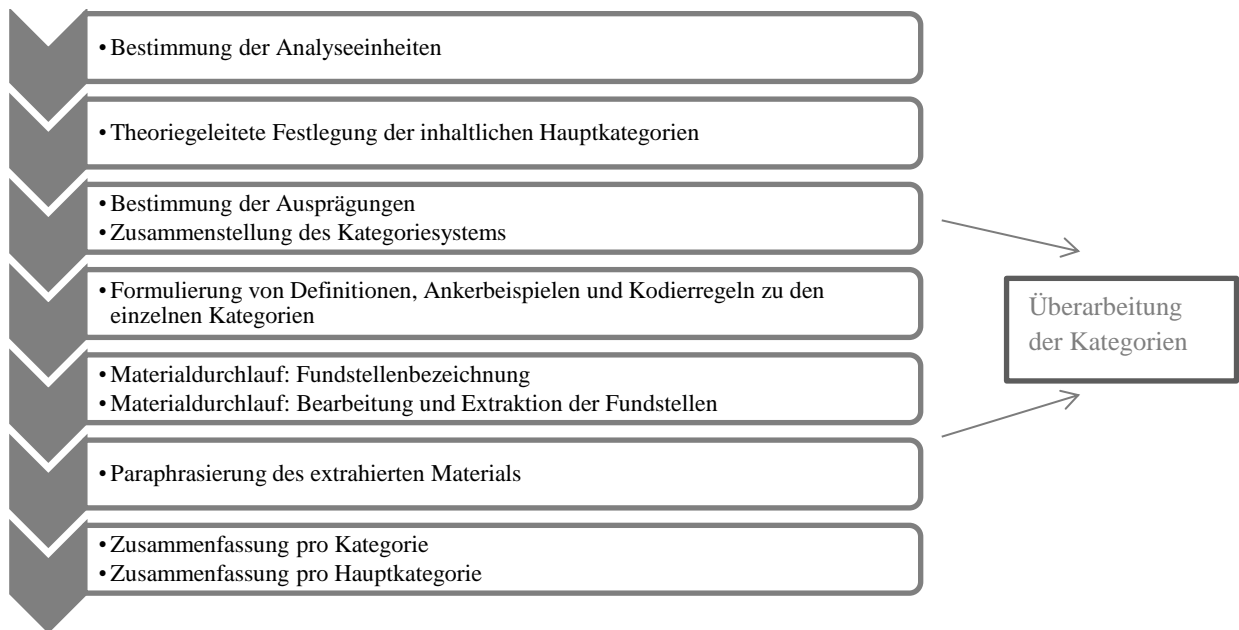


Abbildung 1- Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung nach Philipp Mayring (eigene Darstellung; vgl. Mayring, 2015, S. 104)

Die gebildeten Hauptkategorien für diese Untersuchung sind:

K1 Einarbeitungskonzeption

K2 Herausforderungen für die Mitarbeiter während der Einarbeitung

K3 Auswirkungen auf die Berufseinsteiger während der Einarbeitung

K4 Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team während der Einarbeitung

K5 Personalmanagement

Die Unterkategorien sind im Form des Codesystems im Anhang A.9 nachzulesen. Die Kategoriebeschreibungen befinden sich im Anhang A.10.

4 Ergebnisse

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieser Untersuchung zusammengefasst. Diese Resultate stellen teilweise Einzelaussagen dar und erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität.

4.1 Interviews

Es wurden aufgrund der Zusagen 13 Interviews im Rahmen dieser Untersuchung zwischen dem 04.06.2014 und dem 15.07.2014 von der Autorin persönlich face-to-face durchgeführt. Ein Interview wurde von der Auswertung ausgeschlossen, weil der Befragte vor der Einarbeitung in dieser Klinik bereits intensivpflegerische Erfahrung gesammelt hatte. Ein weiteres Interview war aus technischen Gründen nicht zu transkribieren und somit nicht verwertbar. Ein Befragter erfüllte das Einschlusskriterium der erfolgten Einarbeitung innerhalb der vergangenen 6-12 Monate nicht. Diese Einarbeitung begann bereits vor 18 Monaten. Trotz dessen wurden diese Aussagen mit in die Auswertung integriert, da sich während der Untersuchung zeigte, dass ein erweiterter Einarbeitungszeitraum von 12 – 18 Monaten auf den Intensivstationen gewährt wird. Der Befragte befand sich also wie die anderen Befragten auch am Ende seiner Eingewöhnungsphase. 9 Pflegedienstleitungen stimmten der Teilnahme an dieser Untersuchung nicht zu, da sie ihren Mitarbeitern zu der Zeit aus den verschiedensten Gründen keine weitere Belastung zumuten wollten. Die Terminierungen erfolgten teilweise mit den Stationsleitungen, teilweise mit den Befragten selbst, nachdem die Vorgesetzten die Kontaktdaten weitergeleitet hatten. Die Treffen wurden teilweise für vor, während oder nach dem Tagesdienst auf der Station geplant. 5 Interviews fanden während des Dienstes statt, 4 Interviews wurden nach Beendigung der Arbeit, 1 Interview vor Beginn der Arbeit durchgeführt und 1 Interviewpartner kam an einem freien Tag zu dem Interview. 8 der Befragten erhielten die Interviewzeit als Dienstzeit angerechnet und 3 der Befragten hatten diesen Sachverhalt zum Interviewzeitpunkt nicht geklärt.

Die Interviews dauerten von dem Ende des Briefings 18, 23, 25, 26, 30, 31, 33, 37, 42, 46 und 48 Minuten bis zum Ende des Ausfüllens der Tabelle. Diese wurden alle sitzend in Räumlichkeiten auf den jeweiligen Intensivstationen durchgeführt. Teilnehmer der Interviews waren immer die Autorin als Interviewerin und der Befragte, weitere Teilnehmer gab es nicht. Die Räumlichkeiten wurden durch den Befragten ausgesucht. Die Autorin beurteilte die Atmosphäre bei allen Interviews als locker und kollegial. Störungen des In-

terviews traten bei 5 Interviews auf. Die Autorin entschied aufgrund der Länge der Störungen, ob eine Unterbrechung der Tonaufnahme erfolgte. Dieses geschah 5 Mal bei 3 Befragungen. Es waren Störungen durch einen Telefonanruf, wortlose Störungen durch Kollegen oder Störungen wegen Fragen zum aktuellen Stationsgeschehen sowie eine Störung wegen der Raumbelagung, welche zu einem kurzzeitigen Verlassen des Raumes des Befragten führte.

4.2 Stichprobe

Die Interviews wurden mit Mitarbeitern von fünf verschiedenen Hamburger Krankenhäusern geführt. In einer Klinik wurden Mitarbeiter zweier unterschiedlicher Intensivstationen befragt. Interviewt wurden ein Berufseinsteiger und ein einarbeitender Mitarbeiter der selben Intensivstation. Ein Einarbeiter hatte eine übergeordnete Praxisanleiterfunktion und gehörte keiner Intensivstation direkt an.

Die Intensivstationen, deren Mitarbeiter an der Befragung teilnahmen, hatten zum Zeitpunkt der Befragung 9, zweimal 12 und zweimal 16 Intensivbetten sowie 0, 2, 10 und zweimal 12 Intermediate Care Betten. Dort arbeiteten 36, 40, 48, 62 und 66 Mitarbeiter auf 32, 40, 44 und 57 Vollzeitstellen (eine Angabe fehlte). 3, 5 und zweimal 4 Vollzeitstellen waren nicht besetzt; eine Station hatte 0,75 Vollzeitstellen mehr beschäftigt, als die Sollbesetzung betrug (eine Angabe fehlte). In den vergangenen 12 Monaten waren 3, 4, 6, 8 und 10 neue Mitarbeiter eingearbeitet worden und 2, 3 und zweimal 4 Mitarbeiter haben den Arbeitsplatz gewechselt (eine Angabe fehlte). Aus einer Klinik fehlen alle Angaben.

Die Befragtengruppe „A“, die Gruppe der Einarbeitenden, bestand aus sechs Mitarbeitern, wovon drei männliche und drei weibliche Personen waren. Diese waren zum Zeitpunkt der Befragung im Alter von 30, 35, 42, 44, 46 und 51 Jahren. Die Mitarbeiter hatten eine Berufserfahrung auf der Intensivstation von 10, 11, 19, zweimal 21 und 24 Jahren. 2 der befragten Einarbeiter haben direkt nach dem Krankenpflegeexamen auf der Intensivstation begonnen zu arbeiten, 2 haben vorher 1 Jahr Berufserfahrung gesammelt und 2 hatten 3 Jahre Berufserfahrung, bevor sie auf der Intensivstation eingesetzt worden sind. Alle diese Befragten haben die Weiterbildung zum Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie absolviert. 5 Befragte haben zusätzlich auch die Weiterbildung zum Praxisanleiter bzw. Mentor mit Zusatzstunden erfolgreich beendet. In der Befragtengruppe „B“ sind die Berufseinsteiger jener Station. 1 Mitarbeiter hat vor 1,5 Jahren und 4 Mitarbeiter haben vor 1 Jahr auf jener Intensivstation mit der Einarbeitung begonnen. Alle

fünf Mitarbeiter waren weiblich. Sie waren 23, zweimal 27, 29 und 32 Jahre alt und hatten vor dem Beginn auf dieser Intensivstation 0, 2, 3, und zweimal 4 Jahre Berufserfahrung auf einer peripheren Station gesammelt.

Im Folgenden verdeutlicht die Tabelle die soziodemografischen Daten der Probanden. Aus Gründen der Forschungsethik wurde auf eine tabellarische Darstellung der klinikspezifischen Daten verzichtet. Es ist nicht auszuschließen, dass besonders aus den einzelnen klinikspezifischen Daten in Kombination Rückschlüsse auf die Organisation und zusammen mit den Mitarbeiterdaten auf den Befragten zurückzuführen sind.

| Gesamtdaten - Einarbeitung in der Intensivpflege | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|
| Angaben durch die Befragten "A" | | | | | | |
| Soziodemografische Daten der Befragten / des Befragten | | | | | | |
| Alter in Jahren | 30 | 35 | 44 | 42 | 51 | 46 |
| Geschlecht | w | m | m | w | m | w |
| Anzahl der Berufsjahre auf der ITS | 10 | 11 | 19 | 21 | 24 | 21 |
| Anzahl der Berufsjahre in der Pflege* | 13 | 17 | 23 | 25 | 27 | 27 |
| Angaben durch die Befragten "B" | | | | | | |
| Soziodemografische Daten der Befragten / des Befragten | | | | | | |
| Alter in Jahren | 27 | 23 | 27 | 29 | 32 | |
| Geschlecht | w | w | w | w | w | |
| Anzahl der Berufsjahre in der Pflege* | 8 | 4 | 9 | 6 | 7 | |
| Abkürzungen: | | | | | | |
| ITS = Intensivstation | | | | | | |
| m = männlich | | | | | | |
| w = weiblich | | | | | | |
| * mit der Berufsausbildung | | | | | | |

Tabelle 1 Gesamtdaten – Einarbeitung in der Intensivpflege (eigene Darstellung)

4.3 Einarbeitungskonzeption

Das Hauptziel der Einarbeitung von neuen Mitarbeitern ist die sichere Betreuung von zwei oder drei Intensivpatienten je nach Personalstruktur der Station. Des Weiteren „sollten [die Einzuarbeitenden – B.V.] Sicherheit gewinnen können; ... die neuen Kollegen sollen auch ins Team integriert werden, sodass man das Gefühl hat, sie fühlen sich wohl, die fühlen sich ... vom ... Team aufgenommen“ (I3; Abs. 24)¹⁵. Ein Einarbeiter sagte, er möchte, dass der neue Mitarbeiter „ein verantwortungsvoller neuer Kollege wird; dass die Arbeit Spaß macht ..., dass die Leute nicht das Handtuch werfen, nach einer kurzen Zeit durch den hohen Arbeitsaufwand“ (I11; Abs. 48). Ein genanntes langfristiges Ziel „ist nach einem Jahr, dass er eben halt als Schichtleitung arbeiten kann“ (I6; Abs. 15).

Die Mitarbeiter der Intensivstationen, die die Einarbeitung durchführen, sind alle Gesundheits- und Krankenpfleger mit der Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie. Teilweise haben diese auch die Weiterbildung zum Praxisanleiter. „Also da ist schon eine gewisse qualitative Ressource dahinter“ (I1,1; Abs. 13). „Das muss einfach von jemandem gemacht werden, der da A Lust hat und B auch das gewisse Fachwissen so auch pädagogisch, sage ich mal, an die Leute beibringt“ (I1,1; Abs. 31). Die Praxisanleiter ohne die Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie werden vermehrt in der Anleitung von Schülern eingesetzt. Es werden den Berufsanfängern vor Beginn der Einarbeitung ein bis zwei Mentoren fest zugeordnet, mit denen die neuen Kollegen dann die Einarbeitungszeit über zusammenarbeiten, „also immer feste Ansprechpartner ... angenommen, es würde jetzt ein Praxisanleiter ausfallen, kurzfristig, dann würde der neue Mitarbeiter jemand anderes fest zugeteilt werden“ (I4,1; Abs. 12). Bei Dienstplandiskrepanzen oder Personalengpässen führen aber auch andere Kollegen die Begleitung in der Praxis durch. Die Einarbeitungsdauer ist auf den Intensivstationen für neue Mitarbeiter ohne Erfahrung in der Intensivpflege und -medizin für unterschiedliche Zeiträume geplant. „Die Einarbeitungszeit ist auf vier Wochen begrenzt. Ja, durchschnittlich kann man sagen 12 bis 16 Dienst- also Arbeitstage“ (I1,1; Abs. 17). Andere Angaben sind sechs bis acht Wochen oder „drei Monate ist angesetzt für Mitarbeiter, die bei uns neu anfangen, die noch keine Vorkenntnisse haben in der Intensivmedizin“ (I4,1; Abs. 10). „Ich bin zusätzlich da“ (I10; Abs. 21); das bedeutet Einarbeitungszeit. Die Dienstplanung für den neuen Kollegen übernimmt die Stationsleitung, aber durchaus auch der Anleiter selbst. „Wir verlängern auch Einarbeitung,

¹⁵ Die Interviews sind in dieser Ergebnisdarstellung mit einem „I“, der fortlaufenden Nummer und ggf. dem Teil des Interviews gekennzeichnet. I8,2 bezeichnet also das Interview mit der Nummer 8 und den Teil 2. Der Absatz weist auf die Stelle des Textbeispiels im Transkript hin.

wenn es gar nicht anders geht“ (I4,2; Abs. 51). „Danach ist sozusagen noch ein erweiterter Einarbeitungszeitraum, der bis zu einem Jahr bei uns gerechnet wird“ (I6; Abs. 9). Auch diese Zeiträume variieren von sechs bis 18 Monate. In dieser Zeit hat der Berufseinsteiger weiterhin den Einarbeitenden oder das multiprofessionelle Team als Ansprechpartner zur Seite, die aber selber im Alltagsgeschehen mitarbeiten und ihre eigenen Patienten betreuen. „Jeder Mitarbeiter dazu angehalten ist, eben halt den neuen Kollegen sozusagen, da mit Rat und Tat zur Seite zu stehen“ (I6; Abs. 11). Es wird versucht, auf ihn Rücksicht zu nehmen, zum Beispiel bei der Einteilung zur Betreuung von Patienten, dort wird auf die Stabilität des Patienten und die Komplexität der Erkrankung und Therapie geachtet. „Also wir würden zum Beispiel jemand auch nach der Einarbeitung nicht sofort ... die Schwerstkranken ... versorgen lassen (I4,2; Abs. 5).

Teilweise sind Einarbeitungskonzepte erstellt worden, nach denen strukturiert und einheitlich eingearbeitet wird, teilweise gibt es einheitliche Dokumente und Strukturen, die verwendet werden, teilweise arbeitet jeder Einarbeiter nach seinen persönlichen Vorstellungen ein. „Ich hab persönlich immer so Punkte gehabt, nach denen ich dann Leute eingearbeitet hab“ (I1,1; Abs. 11). „Wenn es personell möglich ist, dass der erste Tag weg vom Bett“ (I3; Abs. 12) stattfindet, läuft dieser ohne direkten Patientenkontakt ab, berichten mehrere Anleiter. Dieser Tag dient primär dem Kennenlernen der Klinik, der Räumlichkeiten, Beschreibung der Fachrichtung, der Krankheitsbilder und des Patientenklintels. „Das ist manchmal ... so, dass die ... die ersten ein zwei Wochen auf der IMC sind“ (I4,2; Abs. 17). Dort können dann bereits die Grundüberwachung und die Kurvenführung erlernt werden und Geräteeinweisungen stattfinden. „Und wir versuchen, ..., dass in den ersten Tagen, Wochen, dass da nur zwei Patienten übernommen werden und nicht gleich drei (I4,1; Abs. 12). Wenn „wir uns einteilen, hat derjenige, der einarbeitet, der hat Vorrang, sich die Patienten auszusuchen und das wissen auch alle, da treten auch alle zurück und geben dann auch mal nach“ (I11; Abs. 44). Je nach Einarbeitungsdauer schreitet die Einarbeitung voran. „Die Kollegen werden dann rangeführt, einen Patienten alleine zu versorgen, unter Aufsicht, der nicht intensivpflichtig ist. Dann steigert man das mit zwei Patienten, versorgt die [Patienten, die – B.V.] nicht unbedingt so extrem intensivpflichtig sind und fängt man an, an die richtig schweren Patienten zu gehen, mit Beatmung, mit Instabilität, mit Transporten, ..., Transporte entgegennehmen und dann auch, dass ein Patient versorgt wird, steigert man sich zu zwei, und dann ist es neu jetzt ... auf drei Patienten umzugehen, und das zieht sich in diesem Weg“ (I11; Abs. 16) der Einarbeitungszeit. „Dann versuchen wir

... den neuen Kollegen immer mehr alleine lassen. Dass ... immer noch die Ansprechperson da ist, die immer mit rüber kuckt, aber dann schon seine, die eigenen Patienten betreut. Also jeder vielleicht sogar schon nachher seine zwei Patienten ... selbstständig betreuen kann“ (I3; Abs. 22). In dem Konzept der Einarbeitung mit dem übergeordneten Praxisanleiter werden „grade die Mitarbeiter, die ohne Intensiverfahrung kommen, mindestens fünf Mal in der Praxis“ (I8,1; Abs. 12) zusätzlich zu der Einarbeitung auf der Station begleitet. Bei Bedarf werden noch zusätzliche Praxisbegleitungen durchgeführt. Außerdem erhalten diese zu Beginn und zum Ende ihrer Einarbeitungszeit patientenferne Schulungen. Zur Unterstützung der Einarbeitung und der Dokumentation werden verschiedene Instrumente verwendet. So werden Erst-, Zwischen- und Endgespräche zur fachlichen Standortbestimmung mit dem Berufseinsteiger und dem Einarbeitenden geführt, die auch protokolliert werden. Empfehlungen zu Fachliteratur werden dem Berufseinsteiger ebenfalls gegeben. Zusätzlich gibt es die verschiedensten Varianten von stationsspezifischen Einarbeitungsmappen, Tätigkeitskatalogen oder Checklisten. Ziel ist, dort nachschlagen oder dokumentieren zu können, welche Tätigkeiten und Kenntnisse (teilweise, mit vorgegebenem Zeitraum) der Einzuarbeitende gezeigt bekommen haben muss oder bereits hat. Zusätzlich sind dort teilweise Informationen zu Dienstabläufen, Krankheitsbildern, Medikamenten sowie Standards und Hygienevorschriften enthalten. Diese spiegeln auch die Inhalte der Einarbeitung wieder. Der Fokus ist das Erlernen der intensivpflegerischen und intensivmedizinischen Besonderheiten. Dazu zählt der Umgang mit beatmeten Patienten und medizintechnischen Geräten und intensivmedizinischen Therapieformen. Schwerst intensivpflichtige Patienten und seltene Gerätemedizin an äußerst instabilen Patienten werden in der Einarbeitung zwar besprochen und gezeigt, die sichere Betreuung solcher Patienten wird aber auch nach der direkten Einarbeitungszeit nicht erwartet. Dazu benötigt es Routine und Erfahrung in Standardsituationen. „Ein erweiterter Einarbeitungszeitraum ... wo dann alles andere dann nachher einfällt, wie Nierenersatzverfahren, ... ich sage mal wirklich zwei kreislaufinstabile Patienten zu betreuen“ (I4,2; Abs. 9) ist dafür zugesprochen. Außerdem kommen selten angewendete Verfahren durchaus nicht in der Einarbeitungszeit vor, so muss der Umgang später zusätzlich zum Arbeitsalltag erlernt werden. Des Weiteren geht es in der Einarbeitung um die administrativen Themen wie Kurvenführung, Einweisung in die medizintechnischen Geräte, Zeitmanagement, administrative stations- und klinikspezifische Tätigkeiten und Einweisung in Softwareprogramme, Grenzen des pflegerischen Tätigkeitsbereiches und Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal. Prioritätensetzung muss der Berufseinsteiger „halt auch beigebracht kriegen, ... dass man das weglassen

kann, was jetzt nicht grade lebensnotwendig ist“ (I11; Abs. 48) in Phasen der überhöhten Arbeitsbelastung und der Personalknappheit. Nicht zu vernachlässigen ist die Integration des neuen Kollegen. „Ganz wichtig ist, dass ... er, also das Gefühl bekommt ..., dass er in das Team integriert wird. Weil man muss, auch immer aufpassen, also, weil, man da auch so ein bisschen ab vom Team ist“ (I4,2; Abs.13). Zusätzlich wird auch Zeit eingeräumt bei Diagnostiken oder ärztlichen Tätigkeiten zu zuschauen, um ein besseres fachliches und soziales Verständnis zu erlangen. Wie die Einarbeitung „inhaltlich ausgeführt wird, ist ganz individuell“ (I6; Abs. 21). Die Vorkenntnisse eines jeden neuen Mitarbeiters sind unterschiedlich und beeinflussen den Inhalt der Einarbeitung. Die Erwartungshaltung an die Einzuarbeitenden „ist halt natürlich hoch“ (I1,1; Abs. 29). Eigeninitiative, besonders bezogen auf den Aufbau von theoretischem Wissen, ist unerlässlich und jeder neue Mitarbeiter ist selbst verantwortlich, wieviel er in der Einarbeitung und darüber hinaus lernt.

4.4 Herausforderungen für die Mitarbeiter während der Einarbeitung

Aus den Daten gehen zusätzliche Faktoren der Herausforderung an die Mitarbeiter während der Einarbeitung hervor. So muss sich ein Berufseinsteiger überwinden, „dass man sich mal traut, einen Patienten auch mal anzufassen, der verkabelt ist“ (I11; Abs. 12). Dieses Patientenkontext ist für die Meisten unbekannt und durchaus beängstigend. „Es ist einfach schwierig, ... in diesem Bereich halt wirklich Fuß zu fassen, und da ist die Einarbeitung für mich einfach elementar“ (I1,1; Abs. 31). Das bezieht sich sowohl auf die fachliche als auch auf die zwischenmenschliche Komponenten. „Also, das war so der Schwerpunkt, im Team, dann irgendwo anzukommen, ohne jetzt zwischen die Fronten zu geraten, war wirklich schwierig. So, und ja, als Neuer und frisch Examinierter; ist man natürlich dann auch immer nochmal ein bisschen, ja, belächelt“ (I7,1; Abs. 37). Die Integration in ein bestehendes Team, die Anerkennung bei den Ärzten und die Rollenfindung spielen eine beachtliche Rolle. „Gewissermaßen muss man sich ja halt einen Namen machen, beziehungsweise ein Standing hier aufbauen“ (I1,1; Abs. 47). „Es gibt die Cliques, und die sind cool, die sind nicht so cool, wo ordnet sich dieser Mensch jetzt ein“ (I7,1; Abs. 37). So geraten Neulinge ungewollt durchaus auch in Teamkonflikte hinein und müssen damit lernen umzugehen. „Ich hab die Bemerkungen schon durchaus wahrgenommen, dass die einen die anderen schlechter finden, und dass ich ja jetzt von einem eingearbeitet werde, der schlechter ist sozusagen“ (I7, 1; Abs. 37). So geschieht es auch, dass vor den Augen eines Berufseinsteigers über einen weiteren Einzuarbeitenden schlecht geredet wird. Der neue

Kollege wird in unterschwellig brodelnde Teamkonflikte hineingezogen. „Das höre ich immer wieder und das wird auch immer wieder aufgebracht, das Thema“ (I7,1; Abs. 35).

Der Einzuarbeitende muss sich in seine neue Rolle einfinden; „also es war wirklich bisschen wie so ein Schülerdasein“ (I3; Abs. 19). „Man ... denkt, ich habe drei Jahre fast gar nichts gelernt in der Ausbildung“ (I5; Abs. 35). Einerseits fehlt dem Berufseinsteiger das nötige Wissen für diesen Fachbereich, und während der Einarbeitung muss viel zugeschaut und gelernt werden, andererseits ist er aber ausgelernter Pfleger mit eigener Durchführungsverantwortung. „Das Gefühl dabei, ... man muss ja keinem mehr Rechenschaft ablegen. Das ist nicht mehr. Das musste ich mir in der Einarbeitungszeit auch echt abgewöhnen, dass ich das immer weitergegeben hab, was ich gerade getan habe“ (I7,1; 49). Unzufriedenheit mit sich selbst kommt bei den Pflegenden mit Berufserfahrung aus der Arbeit auf Normalstationen auf: „Als ich hier angefangen hab, hatte ich das Gefühl, ich weiß gar nichts“ (I2, Abs. 34). Außerdem ist ein Mitdenken und ein Einbringen in die Pflege und Therapie auf den Intensivstationen erwünscht. Diese Zusammenarbeit muss ebenfalls erlernt werden. Es muss ein gemeinsamer Umgang zwischen dem Einarbeiter und dem Berufseinsteiger gefunden werden, um auch den Persönlichkeitsmerkmalen gerecht zu werden. Deshalb muss vor allem zu Beginn die Chemie zwischen einander stimmen. „Dass immer jeder Kollege Eigenarten an sich hat, die er gerne sehen will, und als neuer Kollege muss man sich diesen Eigenarten ganz oft anpassen“ (I3; Abs. 10). Der Einzuarbeitende muss sich zudem bei wechselnden Einarbeitern auch wieder neu vor denen beweisen. Eine große fachliche Herausforderung ist, den Überblick über das Ganze zu erlangen. Vorher ist es von Nöten, seine Arbeitsabläufe zu reflektieren. „Die Struktur am Bett muss jeder für sich selber so ein bisschen finden“ (I6; Abs. 9).

Auch vor Beginn der Einarbeitung hatten die Berufseinsteiger Angst und Stress. Sie hatten Angst, etwas falsch zu machen oder Dinge nicht zu schaffen. „Aber, ja vielleicht ist es auch ganz gut, dass ich nicht mit dem ganzen Wissen, was hier von mir erwartet wird, hier angefangen hab. Weil, das ist natürlich am Anfang schon ein bisschen beängstigend“ (I5; Abs. 35). Auch die zeitgleiche Einarbeitung neuer Kollegen hat Einfluss. „Wenn ich dann noch zum Vergleichen jemand gehabt hätte, ich glaube, ich wär untergegangen vom Druck“ (I7,2; Abs. 17). Zusätzlich kommt auch der Wohnortwechsel dazu, erzählte ein Befragter, der für die neue Arbeitsstelle nach Hamburg gezogen war. Familie und Freunde waren zur mentalen Unterstützung nicht mehr in der Nähe und parallel zur Einarbeitung

musste er sich an die neue Wohnumgebung gewöhnen. Andere Rahmenbedingungen, Strukturen und Abläufe in der neuen Klinik müssen akzeptiert oder ein Anstoß zur Veränderung gegeben werden. „Das war irgendwie so schade, ich kannte das aus meinem Haus, zack, stand der Neurologe schon auf der Schwelle, ... dass dann erstmal einer angerufen werden muss, zum Konsil bestellt werden muss ...“ (I7,2; Abs. 7) war unbefriedigend für den Befragten.

Für die Kollegen anderer Berufsgruppen heißt es während der Einarbeitung, Rücksicht auf den Berufseinsteiger zu nehmen. Für die Mentoren stellen sich Herausforderungen, wenn die Einarbeitung nicht wie geplant durchgeführt werden kann und zum Beispiel zusätzlich zu der Einarbeitung eigene Patienten übernommen werden müssen. „Wenn ... ein absoluter Personalausfall ist und ich habe jemanden, der wird eingearbeitet, Dann arbeiten wir nach Prioritätenliste“ (I4, 2; Abs. 35).

Die Mentoren müssen die neuen Mitarbeiter auch bezüglich ihrer Tauglichkeit beurteilen können und sich eine objektive Meinung bilden können. Außerdem müssen die Mentoren auch empathisch sein und Feingefühl beweisen bei der psychischen Belastung der neuen Kollegen. „Dass diese Angst haben, total ok ist. Also, das man auch sagen kann, dass man Angst hat“ (I4, 2; Abs. 51) muss vermittelt werden. Ein Einarbeitender berichtete: „Und ich weiß, dass ich ganz fürchterliche Angst [vor dem Schülereinsatz auf der Intensivstation – B.V.] hatte. Ich habe das als Bestrafung gesehen. ... Das hat mich geprägt fürs Leben (I4, 2; Abs. 55).

4.5 Auswirkungen auf die Berufseinsteiger während der Einarbeitung

Diese Untersuchung belegt eine große Belastung für den Berufseinsteiger, besonders zu Beginn der Einarbeitung. Diese Strapazierung wird begleitet von Ängsten und Unsicherheiten. Der Stresspegel eines Befragten am allerersten Tag regulierte sich hingegen durch das Mitlaufen neben dem Mentor schnell. „Ich hatte einen extrem positiven Eindruck, so dass irgendwie innerhalb von 20 Minuten mein Stresslevel extrem gesunken, irgendwie so, dass ich einfach wusste so, ich steh jetzt heute wirklich nur so dabei. Ich guck mir das jetzt alles nur an und, weil ich wirklich das Gefühl hatte, ich darf ... einfach schnuppern und gucken, ob mir das gefällt“ (I9; Abs. 60). Das vorsichtige Heranführen an den neuen Arbeitsbereich nimmt die Angst. In den ersten Tagen der Einarbeitung kommt viel auf den Berufseinsteiger zu. „Ein nicht Erfahrener ..., die sind erstmal ... völlig begeistert ... und sind aber auch nach vier Tagen komplett erschlagen, von der Masse, die an Eindrücken

und Information auf die einschlägt“ (I11; Abs. 36). „Die Informationen kommen alle so richtig heftig auf einen zu“ (I7,1; Abs. 25). Strukturierte Einarbeitungsinhalte und festgelegte Etappenziele können den Stress je nach Einarbeitungsdauer vermindern. „Es ist auch ganz nett, wenn man sich das so durchliest, was in der ersten Woche von einem verlangt wird, dann denkt man, okay, das kriege ich ... hin, das ist alles nicht so schlimm. Das ... wird nicht so hoch gesteckt“ (I9; Abs. 13). Zum Anfang „hab ich auch noch viel gelesen, nebenbei, und dann war ich nachher ziemlich überlagert mit all den Infos ..., die da auf mich zukamen; und mit all den Eindrücken. Da konnte ich dann parallel gar nichts mehr zu lesen und lernen. Das ging gar nicht mehr in meinen Kopf rein“ (I9; Abs. 40). Von dem Berufseinsteiger wird eine hohe Eigeninitiative, besonders bezogen auf das Erlesen von Hintergrundwissen in der Freizeit, erwartet. Bei kurzer Einarbeitungszeit muss der Berufseinsteiger sich das Hintergrundwissen und die Zusammenhänge fast ausschließlich selber anlesen. Aber der eigene Umgang mit dem Druck ist entscheidend, berichtete ein Berufseinsteiger. Ein anderer sagte: „Also ich fand die Menge, was ich eigentlich lernen sollte, in dem Zeitraum, zu viel. Also grade so, was spezielle Krankheitsbilder angeht und sowas... Da hätte man wirklich Doppelschichten schieben müssen zu Hause noch“ (I2; Abs. 23). „In der Einarbeitung, in der Hälfte [, nach circa 6 Wochen - B.V.], würde ich sagen, war der Stresspegel sehr gering, weil es wirklich ein sutscher Einstieg ist, somit, da wird schon drauf geachtet. Und man hat einfach immer einen so hinter sich“ (I9; Abs. 40). Ein anderer Berufseinsteiger berichtete: „Aber am Ende der sechs Wochen [, am Ende der Einarbeitungszeit, - B.V.] hab ich dann das Gefühl gehabt, so, ok, jetzt kannst du starten, auch wenn du ganz viele Sachen noch nicht weißt“ (I10; Abs. 31). Neben der Freude auf das alleinige Arbeiten kommt die Eigenverantwortung hinzu. „Ich hab eigentlich die Zeit nach der Einarbeitung als am Schlimmsten empfunden. So einfach, so, verantwortungstechnisch“ (I9; Abs. 40). Der neue Kollege arbeitet dann eigenverantwortlich und es ist nur noch ein Ansprechpartner vorhanden. „Und so nach acht Monaten oder so fängt dann an der Druck zu sinken. Und man bleibt ... viel mehr entspannt. Irgendwie, der Stresspegel ist einfach nicht mehr konstant so hoch“ (I9; Abs. 40). Eine Mentorin weist auf die Gefahr des Burn Outs hin. Dieser Stress und Druck beeinflusst die psychische Gesundheit. Der Stress zeigt sich durchaus auch in physischen Auswirkungen in Form von Schweißperlen auf der Stirn. Zur Kompensationen trieb ein Berufseinsteiger Sport. „Ich hab extrem viel Sport gemacht. Weil ich einfach echt einen hohen Stresslevel hatte und dann hab ich einfach die Erfahrung gemacht, ich bin abends ins Bett gegangen und „ticker ticker“, mein Kopf hat nicht abgeschaltet“ (I9; Abs. 62). Es ist „wahnsinnig viel Verantwortung“ (I5; Abs. 13). Zusätzlich

belastet der unterschiedlich hohe Arbeitsaufwand. Der eigene Anspruch, alle Arbeit zu erledigen, ist groß, vor allem, weil der Berufseinsteiger in der Einarbeitungszeit beigebracht bekommt, sich an einen strukturierten Ablauf zu halten und alles zu schaffen. „In der Einarbeitung geht man ja schon so danach, bei den ... Patienten auch alles immer wirklich zu schaffen. Einfach, weil ich auch Zeitmanagement üben musste“ (I9; Abs. 50). „Da haben auch sehr viele mit zu kämpfen, so dieses, oh, ich habe meine Arbeit nicht geschafft. Da muss man auch sagen, ja die konntest du auch nicht schaffen. Ich hätte die auch nicht geschafft. Also das ist dann so.“ (I4, 2; Abs. 35). Das zeigt erneut die Wichtigkeit, des Erlernen der Prioritätensetzung in der Intensivpflege und –medizin.

Unterstützend in der Einarbeitungszeit wirken Gespräche zur Reflexion. Dem Einzuarbeitenden wird aufgezeigt, was er schon alles kann und was er noch lernen muss. „Die Gespräche, die dann über das halbe Jahr am Anfang geführt wurden, haben auch schon dazu beigetragen, denke ich, dass man darüber überhaupt erstmal nachgedacht hat, was man für eine Entwicklung gemacht hat, in der Zeit“ (I7,2; Abs. 15). Das zieht ein befriedigendes Gefühl nach sich. Die praktische Begleitung in der Einarbeitungszeit und der Ansprechpartner in der Phase danach vermitteln Sicherheit. Außerdem liegt die Verantwortung in der Einarbeitungszeit bei dem Mentor. Die Qualität der Einarbeitung spielt auch eine bedeutende Rolle. „Je besser sie eingearbeitet sind, desto sicherer fühlen sie sich“ (I6; Abs. 35). Auf einer Intensivstation ist man nie alleine, es ist immer ein Kollegen oder ein Arzt in Rufweite, das ist beruhigend. Unterstützungsangebote von Kollegen in der Eingewöhnungsphase helfen an Tagen hoher Arbeitsaufkommen. Das Erlangen von Routine in den täglichen Handlungen und Abläufen durch praktisches Üben führt ebenfalls zu mehr Sicherheit. Nicht zuletzt, bringt die Integration in das Team ein Wohlfühlgefühl mit sich.

Ein Befragter berichtete von einer Stresssituation, die ausgelöst wurde durch eine Lebensbedrohung des zu betreuenden Patienten. Diese brachte ihn nach Stabilisierung des Patienten zum Weinen. In solche Grenzsituation waren auch andere Kollegen bereits gekommen. Das Team stieg in diese Thematik mit ein und erzählte von ihren belastenden und beanspruchenden Erfahrungen. „Es ist ein junger Mensch; der fängt erst an. Damit kann der im Grunde genommen, ... so viel anrichten, dass er sagt, ich kann den Beruf nicht machen. Ich habe mir das ganz anders vorgestellt.“ (I4, 2; Abs. 47). Andererseits ist es aber auch in Ordnung, wenn ein Berufseinsteiger nach der Einarbeitung feststellt, dass die Intensivpflege nicht seinen Vorstellungen entspricht und die Station wieder verlässt. Die Einzuarbei-

tenden müssen ihr Pflegeverständnis und ihr Ethikempfinden in der Anfangszeit definieren. Sie müssen für sich eine gesunde Distanz zur Arbeit aufbauen und sich damit auseinandersetzen, ob dieser Job die Arbeit beinhaltet, die sie gerne übernehmen möchten.

Auf widersprüchliche Anforderungen trifft der Einzuarbeitende oft, wenn sie von anderen Kollegen als dem zugeteilten Mentor in der Praxis begleitet werden. Unterschiedliche Handlungsabläufe durch fehlende Standards und Verfahrensanweisungen oder das Abweichen von den Vorgaben, erschweren den neuen Kollegen das Lernen. Sie können noch nicht zwischen richtigen und falschen Durchführungen differenzieren. Zudem kommt dann auch noch der Umgang zwischen dem begleitenden Kollegen und dem Einzuarbeitenden. „Ich bin auch schon mit Kollegen mitgelaufen ..., wo man dann auch gemerkt hat, ... ist jetzt nicht deren Lieblingsbeschäftigung“ (I2; Abs. 65). Der Befragte fühlte sich „wie ein Klotz am Bein“ (I2; Abs. 67) und setzte sich dann unter Druck, um dem Kollegen nicht so viel Arbeit zu bereiten. Die Einarbeitung steigert die Wissbegier der Berufseinsteiger und steckt Ziele. Die Zielerreichung macht dann zufrieden. Aber die Arbeitszufriedenheit entwickelt sich erst nach der Einarbeitung, wenn der Berufseinsteiger reflektieren kann, ob ihm die Arbeit liegt. Einen großen Einfluss auf die Arbeitssituation und -zufriedenheit hat aber die Integration in das Team. Die Einarbeitung ist Teil der fachlichen und persönlichen Entwicklung der Einzuarbeitenden.

4.6 Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team während der Einarbeitung

Die Pflegenden, die die Einarbeitung durchführen, spüren auch Auswirkungen der Einarbeitung. Ein Kollege berichtet, er benötige mehr Zeit für die Planung und Durchführung, besonders, wenn viele neue Kollegen, Weiterbildungsschüler und Auszubildende gleichzeitig auf der Station sind. Die Dienstplanung für neue Kollegen gestaltet sich schwierig, wenn der Dienstplan der Mentoren bereits geschrieben ist. Bisher werden Überlappungszeiten von Dienst zu Dienst zum Beispiel für diese Planungen genutzt. Dieses sind Phasen, wenn keine akute Arbeit ansteht, in denen die anderen Kollegen die Sozialkontakte untereinander pflegen. Das führt zu Unzufriedenheit der Einarbeiter. „Ich glaube, die meisten Kollegen sehen das nicht. Was man noch so nebenbei macht“ (I3; Abs. 50). Einarbeitung kostet Energie und kann auch zur Beanspruchung des Mentors führen. Durch ihr aktuelles und vollständiges Fach- und Organisationswissen stehen sie zusätzlich oft den anderen Kollegen zur Verfügung. „Also wenn es irgendwelche fachliche Fragen gibt, dann kommen die meistens zu mir. Also ich werde ständig irgendetwas gefragt“ (I4,2; Abs. 31). „Al-

so man ist immer greifbar. ... es ist ganz selten so, dass ich eigentlich nur meine eigentliche Arbeit mache“ (I4,2; Abs. 32). Dieses stellt eine zusätzliche Belastung dar. Durch die ständigen Personalwechsel kommen auch immer wieder Einarbeitungen vor. „Das ist so ..., also ob man nie fertig“ ist (I4,2; Abs. 25).

Zwischen dem neuen Kollegen und dem Einarbeiter muss eine Vertrauensbasis aufgebaut werden, denn der Einarbeiter steht für den neuen Kollegen, der unter seiner Obhut ist, ein. „Wenn ein Fehler passiert oder so, dass ich dafür dann gradestehe, oder den, den eingestehe, und dann losgehe und sage, dass da was gewesen ist, weil, ... der neue Kollege steht da unter Welpenschutz“ (I11; Abs. 42). Bei der Durchführung der Einarbeitung tauchen auch Schwierigkeiten auf. „Man muss den Menschen ja auch immer da abholen, wo er gerade ist“ (I4,2; Abs. 19). So gehen die einen Berufseinsteiger in der Einarbeitung unter dem neuen Interessanten völlig auf und andere unter dem Leistungsdruck völlig unter.

Zusätzlich kommt es zu Generationsunterschieden und unterschiedlichen Lernweisen der Einzuarbeitenden. „Was ja das größte Problem immer ist: Jeder macht das ja nach bestem Wissen und Gewissen“ (I1,1; Abs. 11). In einigen befragten Intensivstationen fehlt es an Pflegestandards und Verfahrensanweisungen für alltägliche Handlungen. Somit ist es für den Einarbeiter erschwert, dem neuen Kollegen eine Richtlinie zu geben, erst Recht, wenn andere Kollegen sich in die Arbeit einmischen und dem Berufseinsteiger etwas anderes erzählen. Zudem muss sich der Einarbeiter verteidigen, warum er etwas so lehrt, wie er es lehrt. Problematisch zeigt sich, dass selten eingesetzte Therapien in dem Einarbeitungszeitraum nicht vorkommen und so nicht eingewiesen und geübt werden können. Der Zeitdruck, alles zu erklären und zu üben bei kurzer Einarbeitungszeit, ist hoch. In den letzten Jahren ist ein Anstieg des Arbeitsaufwandes zu verzeichnen. Akuter Personalmangel führt dazu, dass Einarbeiter mehr Patienten übernehmen müssen, obwohl sie einen neuen Kollegen einarbeiten. „Wenn wir personell schlecht besetzt sind, und wir können nicht nur zwei Patienten versorgen in der Einarbeitung, sondern drei und der neue Mitarbeiter ist aber noch gar nicht so weit. Also das überfordert ihn und überfordert mich“ (I4,2; Abs. 35). Zusätzliche Aufgaben, wie zum Beispiel die Übernahme der Schichtleitung belasten eine Einarbeitung ebenfalls. „Also es kommt vor, dass das Team mehr arbeiten muss, weil man einarbeitet ..., dass die Patienten mehr übernehmen müssen, weil ich und der Einzuarbeitende erstmal nur zwei machen“ (I11; Abs. 68). Andererseits bekommt „das Team natürlich mit ..., dass ein anderer Kollege da heranwächst, der uns unterstützt“ (I11; Abs. 68).

In einigen Kliniken übernehmen zusätzlich zu den Praxisanleitern auch andere Kollegen die praktische Begleitung des Einzuarbeitenden im Alltag. „Es gibt davon Kollegen, die das mit gerne machen. Es gibt aber auch Kollegen, die sagen, sie sind überfordert oder die das überhaupt nicht gerne machen“ (I3; Abs. 36). Das hat durchaus auch Auswirkungen auf die Stimmung und den Arbeitsaufwand des Teams. Motivierende Gründe für Praxisanleiter, die Einarbeitung durchzuführen, sind zum einen, dass sie Einfluss nehmen können. „Ich möchte da was verändern und möchte nicht immer nur drüber schimpfen“ (I3; Abs. 30). Alle Mentoren dieser Befragung haben Spaß an der Einarbeitung neuer Kollegen, diese Arbeit macht sie zufrieden und sie schreiben dieser eine große Bedeutung zu. Eine erfolgreich abgeschlossene Einarbeitung gibt auch dem Einarbeiter ein schönes Gefühl. „Also ich gebe gerne das, was ich gelernt hab, auch an andere weiter“ (I8, 1; Abs. 26). Es bringt Freude, die Entwicklung neuer Kollegen zu beobachten. Durch die Zusammenarbeit mit den Berufseinsteigern kommt es zu neuen fachlichen Aspekten, die überdacht werden. Der Einarbeiter muss fachlich auf einem aktuellen Stand sein. Nach der Einarbeitung weiß der Mentor sicher, was der neue Kollege kann und was man nicht kann und kann dem Alltagsgeschehen beruhigt entgegenblicken. Die Praxisanleiter freuen sich, auch mal etwas anderes als das alltägliche Arbeiten am Patientenbett zu machen. Einige erhalten auch eine kleine Freistellung für Praxisanleitertreffen, auf denen dann zum Beispiel die Instrumente überarbeitet werden. Anerkennung erhalten die Einarbeiter von Kollegen in Form von positivem Feedback und Unterstützung, in dem sie die Einarbeitung wie geplant durchführen können „Einarbeitung hat wirklich bei allen Vorrang und es wird zu 100 Prozent akzeptiert und unterstützt“ (I10; Abs. 63). Ein Befragter sagte: „Im Team ist die Wertigkeit ein bisschen höher angesetzt“ (I11; Abs. 60). Fehlende Anerkennung kommt auch vor. Zwei Befragte erhalten einen finanziellen Zuschuss.

4.7 Personalmanagement

Eine Einarbeitung hat zusätzlich Auswirkungen auf den Pflegenden in Bereichen des Personalmanagements. Die Befragten äußerten, dass die Personalgewinnung durch Mundpropaganda geschieht. Wenn erzählt wird, die Einarbeitung sei schlecht, so würde es gar nicht erst zu einer Bewerbung kommen. Aber auch ein guter Internetauftritt und ein freundlicher Erstkontakt beeinflussen die Entscheidung, eine Arbeitsstelle anzutreten. Nach einer Bewerbung folgen in einigen Kliniken ein oder zwei Hospitationstage, an denen teilweise unter anderem die Einarbeitungsstruktur und die Dauer vorgestellt werden. Bei einer Stellenzusage bekommen die neuen Kollegen schon im Vorfeld die Einarbeitungsmappen,

sodass sie sich schon ein wenig einlesen können. Zwei Berufseinsteiger erzählten, dass die Art und die Dauer der Einarbeitung auch ihre Entscheidung beeinflusst haben, dort die Arbeitsstelle anzutreten. Bei zwei anderen Befragten war das aber nicht von Interesse.

Inwiefern sich der neue Pflegende entwickelt, liegt hauptsächlich in seiner eigenen Hand, die Mentoren können nur das Rüstzeug dazu geben. Die Mitarbeiterbindung an das Unternehmen oder die Station wird laut Aussagen der Befragten von anderen Aspekten als der Einarbeitung beeinflusst. Die Aspekte sind zum Beispiel die Teamzugehörigkeit und die Zukunftsperspektive. Die Einarbeitung ist dabei zweitrangig und hat aber durch den Einfluss auf die Zufriedenheit und das Wohlbefinden Auswirkungen darauf, dass Kollegen die Station wieder verlassen. Wenn diese ungenügend und überfordernd war und der Berufseinsteiger einen schlechten Start auf einer Station hatte und damit Ängste und Unsicherheiten nicht abgebaut werden, verlässt der Einzuarbeitende die Station womöglich wieder. Alle befragten Berufseinsteiger sagten, dass sie ohne dieses gute Einarbeitung die Stelle aufgegeben hätten. „Ich wär weg gewesen, wenn ich keine gute Einarbeitung gehabt hätte, aber ganz schnell“ (I9; Abs. 60). Die befragten Mentoren gaben andere hauptsächliche Gründe zum Verlassen der Station an. In der Regel bleiben aber alle gerade Eingearbeiteten auf den befragten Stationen. Fluktuationsgründe sind die persönliche und fachliche Weiterentwicklung, die berufliche Neuorientierung wegen des Schichtdienstes oder der psychischen Belastung, eine Schwangerschaft, ein Wohnortwechsel, Unstimmigkeiten im multiprofessionellen Team, unterschiedliche Ansichten zu Arbeitsweisen oder Strukturen, Personalmangel und dadurch steigendes Arbeitsaufkommen. Wenige Pflegende sind aber auch einfach ungeeignet für die Intensivpflege.

5 Diskussion

5.1 Methodendiskussion

Die Methode des Leitfadeninterviews ist für diese Untersuchung, bezogen auf die Auswirkungen der Einarbeitung von Berufsanfängern, angemessen. Der Leitfaden konnte individuell an das Thema und die Fragestellung angepasst werden. Es konnte eine Antwortvielfalt generiert werden. Der Bereich der Einarbeitungsdurchführung hätte möglicherweise besser mit einer quantitativen Forschung abgebildet werden können. Es kam zu einer Datensättigung. Ein Fragebogen zum Beispiel hätte gut auf Basis der Best-Practice Beispiele aus der Fachliteratur erstellt werden können. Der Vorteil des Fragebogens und besonders der Antwortvorgaben wäre die vollständige Abbildung der gesamten Einarbeitung und der Unterschiede der Einarbeitung auf den einzelnen Intensivstationen gewesen. Außerdem wäre deutlicher, welche Maßnahmen und Hilfsmittel wirklich verwendet werden und welche in dem Interview einfach nur vergessen wurden zu erwähnen. So wäre zu diskutieren, ob eine gemischte qualitative und quantitative Studie (Mixed Methodologie) aufschlussreicher geworden wäre. Die Befragung der beiden unterschiedlichen Gruppen bezüglich der Einarbeitungskonzeption war nicht notwendig, da eine Auswertung, zum Beispiel bezüglich der eigentlich geplanten Einarbeitung und der tatsächlich durchgeführten Einarbeitung oder gar der Wahrnehmung durch den Einzuarbeitenden, nicht vorgesehen war. Des Weiteren war auch nicht geplant, die Daten des beruflichen Werdeganges in einen Kontext zu setzen, diese Frage wäre somit in dem Leitfaden nicht von Nöten gewesen. Die Fragestellung offen formuliert, dieses ließ viele Antwortvariablen zu. Ein Leitfadeninterview kann durchaus negative Erinnerungen und Emotionen wecken, die der Befragte bereits verdrängt hatte. In der Vorbereitung der Untersuchung wurde dem Thema der Beanspruchung des Befragten keine Beachtung geschenkt. Es wurden keine Maßnahmen geplant, die eingeleitet werden konnten, wenn der Befragte sichtlich emotional betroffen war. Einer dieser Grenzfälle trat aber nicht auf, wobei die Interviews sicherlich zum Denken anregten.

Die veranschlagte Zielstichprobe von 20 Interviews in Hamburger Kliniken mit einer Bettenanzahl von über 350 Betten wurde nicht erreicht. Es wurde beschlossen, keine Nachrekrutierung gegebenenfalls in kleineren Kliniken oder einem anderen Bundesland durchzuführen. Durch das qualitative Studiendesign ist keine große Anzahl der Stichprobe notwendig. Diese qualitative Erhebung bestrebt keinen Anspruch auf Repräsentativität.

Während dreier Interviews kam es zu Störungen mit Unterbrechung. Dieses führte jedes Mal dazu, dass der Befragte den Anschluss an sein gesprochenes Wort verlor und die Interviewerin die Frage erneut stellen musste. Dieses könnte möglicherweise dazu führen, dass er Befragte gewisse Aussagen wieder vergessen hat, weil er aus seinen Gedanken gerissen wurde. Vermutlich spielt der Zeitpunkt der Durchführung des Interviews auch eine Rolle auf das Antwortverhalten und die Konzentration des Befragten. Fünf Interviews fanden während der Dienstzeit der Befragten statt. Das bedeutet, dass während der Interviewzeit inklusive Vor- und Nachbereitungszeit ein anderer Kollege die Überwachung und Pflege der Patienten übernehmen musste, die der Befragte an diesem Tag betreute. Eine Nachfrage zu den betreuten Patienten war auch die Ursache einer Störung, die zu einer Unterbrechung führte. Des Weiteren ist es denkbar, dass der Befragte nicht ganz bei der Sache war und in Gedanken an die noch zu erledigenden Aufgaben dachte. Andererseits ist es natürlich von Vorteil für den Befragten und unterstützend vom Arbeitgeber, dass der Befragte keine Freizeit für das Interview verwenden musste. Vier andere Befragungen fanden nach dem Frühdienst statt, diese Mitarbeiter wirkten etwas müde und abgespannt, auch dieses nimmt Einfluss auf die Konzentration und möglicherweise auf das Antwortverhalten. Zwei Interviewpartner wurden erst an dem Tag der Interviewdurchführung gefragt, ob sie an dem Interview teilnehmen würden. Dieses hatte zur Folge, dass sie sich im Vorwege keinerlei Gedanken zu dem Thema machen konnten. Zu bedenken ist ebenfalls der lange Zeitraum zwischen dem Beginn der Einarbeitung und den Interviews. Möglicherweise sind durch die verstrichene Zeit und die gewonnene Routine Eindrücke vom Beginn verblasst. Andererseits wurde somit auch der erweiterte Einarbeitungszeitraum mit abgedeckt.

Die Autorin hatte vor dieser Untersuchung keine Erfahrungen in der Interviewtechnik. Dieses erschwerte die ersten Interviews, die von Nervosität geprägt waren. Durch die Vorerfahrung und die langjährige Berufserfahrung herrschte bei allen Interviews eine kollegiale Stimmung, dieses erleichterte die Gesprächssituation. Als äußerst schwierig zeigte sich die Fragestellung bei Nachfragen. In den Transkripten wurde deutlich, dass die Interviewerin immer wieder dazu verfiel, Ja- und Neinfragen zu stellen, anstatt offene Nachfragen zu konstruieren und die Gedanken des Befragten einzufangen.

Die Auswertung des Interviews des übergeordneten Praxisanleiters stellte Schwierigkeiten bei der Einhaltung der Anonymität dar. Durch die Struktur der Einarbeitung ist für den Leser, der sich in der Kliniklandschaft in Hamburg etwas auskennt, zu eruieren, um welche

Klinik und eventuell auch um welche Person es sich handelt, deshalb wurde bei Auswertung auf Aussagen zu dem Einarbeitungskonzept teilweise komplett verzichtet. In der Darstellung der Ergebnisse wurde nicht immer deutlich differenziert, von welcher Perspektive aus, also von dem Einarbeiter oder dem Berufseinsteiger, die Antworten gegeben wurden. Dadurch könnten teilweise weitere interessante Aspekte übersehen worden sein.

Bei der Verfassung dieser Studie für diese Bachelor-Thesis war der Autorin das Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wichtig. Daher war auch die Wahl der qualitativen Inhaltsanalyse sinnvoll. Die Dokumentation ist sehr ausführlich beschrieben, damit der Leser sich sein eigenes Bild erstellen kann. Um sicherzustellen, dass alle wichtigen Kriterien benannt worden sind, ist eine Checkliste für qualitative Interviews (COREQ¹⁶) (vgl. Tong, Sainsbury, & Craig, 2007, S. 349) auf diese Arbeit angewendet worden. Die Untersuchung im Rahmen einer Abschlussarbeit ist nur von der Autorin durchgeführt und ausgewertet worden, dieses widerspricht deutlich den Gütekriterien. Die Entscheidungsprozesse sind dargestellt worden. Auf eine kommunikative Validierung wurde verzichtet, da die Kontaktaufnahmen und die Terminierungen bei fast allen Befragten über einen Vorgesetzten liefen. Die Kontaktdaten der Befragten für eine kommunikative Validierung zu erfragen, ist versäumt worden. So hätten die Dateien über die Vorgesetzten zu den Befragten weitergeleitet werden müssen und die Anonymität wäre nicht mehr sichergestellt. Das Forschungsthema zeigt eine hohe Relevanz. Zum einen, da der Fachkräftemangel in den Pflegeberufen besteht und bei der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahren weiter Berufseinsteiger in der Pflege benötigt werden. Diese Pflegenden benötigen eine qualifizierte Einarbeitung. Die reflektierte Subjektivität der Autorin ist ebenfalls dargestellt worden.

5.2 Ergebnisdiskussion

Zu bedenken für diese Untersuchung ist, dass möglicherweise nur Kliniken teilgenommen haben, die zum einen eine strukturierte Einarbeitung durchführen. Zum anderen wissen diese vielleicht aufgrund ihrer Selbstreflexion und des Feedbacks der Eingearbeiteten, dass sie eine zufriedenstellende Einarbeitung durchführen. Alle Befragten der Berufseinsteiger waren mit ihrer Einarbeitung zufrieden. Das Antwortverhalten und die Aussagen von Befragten, die unzufrieden sind, sähe wohl anders aus. Außerdem waren in der Befragtengruppe „B“ nur Frauen, welche auch immer noch das typische Geschlecht für diesen Beruf

¹⁶ Consolidated criteria for reporting quality research

darstellt. Männer würden aber vielleicht auch noch von anderen Erfahrungen berichten. Daher ist nicht davon auszugehen, dass eine Datensättigung im Bereich der Auswirkungen auf die Mitarbeiter erreicht wurde.

Die Einarbeitung eines Berufseinsteigers auf einer Intensivstation stellt sich als äußerst komplex heraus. So sagte ein Einarbeiter: „Ich merk das immer selber, wenn ich den ganzen Tag am Reden bin und so denk ich mir manchmal, mein Gott, das ist eine Menge, was die wissen müssen und das ist erst ... der Anfang“ (I11; Abs. 36). Die Einarbeiter müssen diverse Kompetenzen mitbringen, die sich nicht nur auf die Fachlichkeit der Intensivpflege und –medizin beziehen. Die befragten Einarbeiter weisen bereits mehrere Jahre an Berufserfahrung auf und sind für ihren Fachbereich weitergebildet. Eine Zusatzqualifikation als Praxisanleiter oder Gerätebeauftragter scheint nützlich zu sein. Allem Anschein nach wird die Einarbeitung in jeder Einrichtung nach ganz individuellen Konzepten oder Vorgehensweisen mit gewissen gleichen Nennern durchgeführt. Dieses zeigt auch die Untersuchung, bei der Stationsleitungen nach der Verfügbarkeit eines erprobten Einarbeitungskonzeptes gefragt wurden. Das Konzept sollte neuen Mitarbeitern einen begleiteten Einstieg in die Intensivpflege ermöglichen. 91,5 % der Befragten antworteten mit „trifft zu“ oder „trifft eher zu“ (vgl. Isfort, 2012, S. 49).

Die Struktur, der Inhalt und die verwendeten Hilfsmittel scheinen in den befragten Kliniken ähnlich zu sein und gewissen pädagogischen Regeln zu folgen. Ihlefeld beschreibt die Notwendigkeit eines Mentors zur Einarbeitung von Berufsanfängern (vgl. 2005, S. 176ff.). Alle Kollegen haben für die Einarbeitung einen für alle gültigen Leitfaden, beschreibt Theune (vgl. 2010, S. 118). Das Konzept der übergeordneten Praxisanleitung grenzt sich etwas ab. Dort kommen mehrere patientenferne Schulungen und geplante fachpraktische Unterrichte zum Einsatz. Diese Vorgehensweisen decken sich teilweise auch mit den Erfahrungsberichten in den Pflegefachzeitschriften. So wird aus einem deutschen Universitätsklinikum von einem durch einen Fragebogen positiv evaluierten Konzept für den Anästhesie- und Intensivbereich mit kontinuierlicher Begleitung in der Praxis und Reflexion berichtet. Es werden zuerst Überwachungspatienten, dann Beatmungspatienten betreut und dementsprechend erfolgt die Patienteneinteilung. Die Grundzüge des Konzeptes sind die Begleitung durch Praxisanleiter und die praxisorientierte Vermittlung von theoretischem Wissen an zwei Schulungstagen in den ersten drei Monaten. Die wöchentliche Durchführung von Pflegevisiten mit allen Berufsanfängern auf allen Intensivstationen mit der Mode-

ration durch die Praxisanleiter und dem Ziel der Problemeinschätzung unterstützt die praktische Einarbeitung. Ziel dessen ist, dass die Berufseinsteiger nach vier bis sechs Monaten eigenverantwortlich Patienten betreuen können (vgl. Maier, 2010, S. 599ff.). Ein weiteres vorgestelltes Einarbeitungskonzept einer Intensivstation basiert auf einem patientenfernen Einführungstag, einem Einarbeitungskatalog und Gesprächen. Der Einarbeitungskatalog umfasst den Stoff-, den Zeit- und den Methodenplan. Als Gespräche werden ein Vor-, ein Einführungs-, ein Zwischen- und ein Abschlussgespräch geplant. Das Ziel dieser Einarbeitung ist die eigenverantwortliche Betreuung eines stabilen Intensivpatienten nach fünf Monaten (vgl. Dieckhoff, 2000, S. 154ff.). Die Erwartungen an die Eigeninitiative der Berufseinsteiger dieser Befragung sind hoch. Auch dieses findet sich in der Literatur wieder. „Der neue Mitarbeiter gestaltet seine Einarbeitung mit Interesse und Eigenverantwortung“ (Theune, 2010, S. 118). Deutlich zeigt sich, dass die Einarbeitungsdauer innerhalb dieser Untersuchung und in der Literatur sehr unterschiedlich ist. Heutzutage ist dieses auch abhängig von Personalengpässen und wird kurzfristig geändert. „Im Moment ist es so, dass [die Einarbeitungszeit – B.V.] eher früher aufgelöst wird“ (I8,1; Abs. 42), erzählte ein Befragter, als Grund dafür nannte er den Personalmangel. Ein Befragter betont: „Wir finden es wichtig, dass die hinterher noch Ansprechpartner haben, weil sich eben wirklich herausgestellt hat, dass diese [Einarbeitungszeit – B.V.] auch oft nicht ausreichend sind. Grade für diejenigen, die ohne Intensivverfahren kommen“ (I8,1; 12). Die Ziele der Einarbeitung der Befragten gleichen sich, indem am Ende die selbstständige Betreuung von Intensivpatienten angestrebt wird. Sie unterscheiden sich aber in der eben erwähnten Dauer und in der Anzahl der zu betreuenden Intensivpatienten. Dieser Aspekt könnte auf der Basis der Ergebnisse von Isfort anderweitig diskutiert werden. „Hinsichtlich der Personalbelastung geben weitere Indikatoren Hinweise darauf, dass sich eine 1:3-Betreuung nachhaltig negativ auswirkt“ (vgl. 2013, S. 76). Die deutsche Fachpflegegesellschaft forderte 2009 eine Pflege-Patientenquote von 1:1 bei beatmeten Patienten (vgl. DGF, S. 1). Dieser Aspekt betrifft aber nicht die Fragestellung dieser Untersuchung und wird somit nicht diskutiert.

Die unter den Herausforderungen zusammengefassten Aspekte bilden viele der, auf Grund der Vorkenntnisse der Autorin, unerwarteten Ergebnisse ab. Diese zeigen Aufgaben auf, denen sich die Beteiligten in der ersten Zeit an einem neuen Arbeitsplatz stellen müssen, die mit der Einarbeitung nur indirekt in Verbindung stehen. Es geht um den Umgang mit Berührungängsten, mit Teamkonflikten und mit anderen Rahmenbedingungen. Diese Faktoren werden vermutlich von den Nichtbetroffenen schlecht wahrgenommen oder nicht

beachtet. Die Aspekte der Rollenfindung und Integration ins Team sowie der Umgang untereinander könnte vielleicht noch mehr Beachtung in der Einarbeitung benötigen. Das langsame Heranführen an die Thematik und die Patienten, sowie die Zeit zum Kennenlernen und Üben der neuen Tätigkeiten, mindern die Ängste und den Stress der neuen Kollegen. Dieses berichteten die befragten Berufseinsteiger deutlich. „Komplexe klinische Maßnahmen und Bewertungen lassen sich nicht mehr nur den Ärzten alleine zuordnen“ (vgl. Isfort et al., 2012, S. 61f.). Deshalb müssen die Berufseinsteiger unbedingt nicht nur Handlungsabläufe erlernen, sondern sich auch sehr viel Wissen, Zusammenhänge und Hintergrundwissen aneignen. Dazu wird auch viel Eigeninitiative gefordert. Zum Lernen verwenden die Einzuarbeitenden ihre Frei- und Erholungszeit. Den kognitiven Verarbeitungsprozessen wird somit gar nicht genügend Zeit eingeräumt. All dieser Stress und Druck führt zu Belastungen, mit denen der neue Kollege lernen muss umzugehen, um nicht krank zu werden. Die Berufseinsteiger werden mit Grenzsituationen in der Arbeit mit Intensivpatienten konfrontiert, denen sie vorher noch nicht begegnet sind. All diese Belastungen werden nicht mit professioneller Unterstützung abgefangen. Der Einzuarbeitende muss mit Hilfe der Mentoren oder der Familie lernen, damit umzugehen, bevor die Belastung zu einer Beanspruchung wird und eventuell krankhafte Folgen mit sich zieht. Eine Integration von Entspannungstechniken oder Techniken der Reflexion und Beratung wie Supervisionen in die Eingewöhnungsphase neuer Kollegen sind zu überdenken.

Die Vermittlung von berufsspezifischem Wissen wie zum Beispiel von speziellen Krankheitsbildern und die Einweisung in den Umgang mit Geräten und Software vermittelt Sicherheit (vgl. Rosenfeld et al., 2014, S. 582). Die Aussagen der Befragten bestätigen, dass die Art der Einarbeitung, das Üben der Handlungsabläufe und die Gewinnung der Routine ein sicheres Gefühl bewirken. Eine kontinuierliche Begleitung hat 82,5% der befragten Berufsanfänger in der Studie des DBfK Sicherheit vermittelt (vgl. Rosenfeld, et al., 2014, S. 582). Im Gegensatz zu den Hamburger Befragten, sehen die Befragten des DBfK einen positiven Zusammenhang zwischen einer erfolgreichen Einarbeitung und ihrer Berufszufriedenheit (vgl. Rosenfeld et al., 2014, S. 582). Die Hamburger sehen den größeren Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit in der Teamzugehörigkeit.

Die Praxisanleiter machen diese zusätzliche Arbeit der Einarbeitung mit zusätzlichen Belastung freiwillig und teilweise für wenig oder gar keine Anerkennung und Unterstützung. Die Wertigkeit der Einarbeitung in den Teams ist sehr unterschiedlich. Bei erhöhtem Ar-

beitsaufkommen und Personalengpässen mit Einarbeitungssituationen kompensiert das Team dieses. Welches bedeutet, dass das Team mehr Patienten und Arbeit übernimmt. Auf anderen Stationen übernimmt der Einarbeiter mehr Patienten und der neue Kollege ist mehr auf sich selbst gestellt. Dieses führt zu einer Erhöhung der Belastung des Mentors. So zeigt eine Untersuchung unter Intensivpflegenden von Siegling und Isfort, dass die Befragten es schon als Belastung empfinden, viele Tätigkeiten im normalen Arbeitsalltag zeitgleich durchführen zu müssen (vgl. 2014, S. 47). In der Eingewöhnungsphase kommen für den Mentor noch mehr Aufgaben dazu und außerdem werden sie im Arbeitsalltag wegen ihres großen Wissens oft zu Rate gezogen.

Auch Berufseinsteiger müssen nach Prioritäten pflegen können (vgl. Swinny, 2010, S. 9). Die befragten Mentoren integrieren die Priorisierung auch in die Einarbeitung, aber die Berufseinsteiger lernen dieses erst richtig, wenn sie ihr Handeln selber strukturieren müssen. Auch Benner beschreibt, dass die Kompetenz der Priorisierung erlernt werden muss. Der von Benner erläuterte Aspekt der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten und deren Situation, den es für einen Berufseinsteiger durch Erfahrung zu erlangen gilt, ist in dieser Untersuchung nicht zur Sprache gekommen (vgl. Benner, 2012, S. 63ff.). Zusätzlich kann es zu Frustration der Praxisanleiter wegen ständiger Einarbeitungen kommen (vgl. Cartledge, 2001, S. 351). Dieses berichteten die Hamburger aber nicht. Als Vorteil eines Mentors legt Theune fest, dass sein Wissen aktualisiert und erweitert wird und er die eigene Arbeit reflektieren kann (vgl. 2010, S. 117). Dieses bestätigen die Ergebnisse dieser Befragung ebenfalls. Außerdem haben sie Spaß an der Einarbeitung und freuen sich, Abwechslung in den Arbeitsalltag zu bekommen. Einarbeitung benötigt aber auch Planungs- und Vorbereitungszeit, welche oft nicht zur Verfügung steht. Die Durchführung der Einarbeitung gestaltet sich manchmal schwierig. „Man kann natürlich nicht immer ... über A nach B nach C gehen, sondern man muss auch manchmal hin und her springen“ (I4,1; Abs. 8). Das ist abhängig von dem Arbeitstag, da Intensivpflege sehr inkonstant sein kann. Außerdem werden spezielle Therapieformen nicht täglich eingesetzt und so haben besonders die Berufseinsteiger mit kurzen Einarbeitungszeiten eine schlechte Chance, diese Patienten in Ruhe mit dem Praxisbegleiter gemeinsam zu betreuen. Es wurde sehr deutlich, dass die Phase der Eingewöhnung deutlich länger benötigt als die reine Einarbeitungszeit.

Die ärztlichen Kollegen werden teilweise und anlassbezogen für Erläuterungen in die inhaltliche Einarbeitung mit einbezogen. Zu beachten ist aber auch, dass sich auch im ärztli-

chen Bereich viele Berufseinsteiger und Ärzte aus anderen Fachbereichen in der Facharztausbildung befinden, die sich selbst unsicher sind.

Die Personalgewinnung wird laut Aussagen der Befragten vermehrt über mündliche Empfehlungen betrieben. Gibt es also Schlechtes über die Einarbeitung in einem Haus zu berichten, so wird sich auch die Bewerberzahl minimieren. Zwei der befragten Berufseinsteiger erzählten, dass ihre Entscheidung, diesen Arbeitsplatz anzutreten, durchaus auch von der Art und Dauer der Einarbeitung abhängig war. 52,4% der Befragten des DBfK hatten auf das Vorhandensein eines Einarbeitungskonzepts bei der Jobauswahl geachtet (vgl. Rosenfeld et al., 2014, S. 582). Die Unternehmensbindung hingegen wird eher durch Faktoren wie die Zukunftsperspektive und Teamzugehörigkeit beeinflusst. Alle der befragten Berufseinsteiger sagten, dass sie die Station wieder verlassen hätten, wenn die Einarbeitung nicht zufriedenstellend abgelaufen wäre. 54% der Befragten des DBfK würden in so einer Situation ebenfalls einen Arbeitsplatzwechsel vollziehen (vgl. Rosenfeld et al., 2014, S. 581). Die Mentoren hingegen sahen eher die berufliche oder persönliche Weiterentwicklung, Unstimmigkeiten im Team oder zu hohe Arbeitsbelastung als Fluktuationsgründe. Auch Isfort beschreibt eine Fluktuationssteigerung im Zusammenhang mit dem Arbeitsaufkommen im Vergleich zwischen den Pflegenden, die drei oder nur zwei Patienten pro Schicht betreuen müssen (vgl. 2013, S. 76).

Zusätzliche in dieser Untersuchung neben der Fragestellung gewonnene Aspekte sind, dass alle einarbeitenden Befragten von sich aus erwähnt haben, wie lange ihre persönliche Einarbeitung als Berufsanfänger gedauert hat und wie sie dieses wahrgenommen und in Erinnerung behalten haben, unabhängig davon, wie lange diese Zeit schon zurückliegt. Außerdem kamen noch Eindrücke von Arbeitsplatzwechseln dazu. Egal, ob diese Erfahrungen negativ oder positiv waren, alle diese Eindrücke dienen ihnen als Motivationsfaktor, heute selber eine qualifizierte Einarbeitung durchzuführen. Ein Befragter berichtete: „Deswegen habe ich mir gesagt, ich möchte da was verändern ... Und deswegen habe ich mich diesem Projekt angenommen“ (I3, Abs. 40). Die Berufsanfänger in der Intensivpflege erzählten, dass sie diesen Beginn wagten, weil „der Wissensdrang war dann auch so. Ich wollte halt einfach so viel wie möglich auch sehen und mitnehmen“ (I4, 2; Abs. 55) und „um mehr Behandlungspflege zu machen“ (I2; Abs. 79).

6 Schlussfolgerung

Diese qualitative Interviewstudie einer Gelegenheitsstichprobe in Hamburger Krankenhäusern im Rahmen der Bachelor-Thesis zeigt unterschiedlichste Einarbeitungsweisen mit gleichen pädagogischen Grundlagen auf. Die Einarbeitung von Berufseinsteigern und fachbereichsunerfahrenen Pflegenden in die Intensivpflege und –medizin stellt sich als sehr komplex, umfangreich, aufwändig und durchaus auch belastend dar. Die Herausforderungen und die Auswirkungen auf die Mitarbeiter unterstreichen die Notwendigkeit einer qualitativen und strukturierten Einarbeitung. Eine zufriedenstellende Einführung in den Arbeitsbereich dient der Mitarbeitergewinnung durch mündliche Empfehlungen und die Bindung des Mitarbeiters wird unterstützt. Die Einarbeitungsdurchführungen entsprachen aufgrund meines Vorverständnisses meinen Erwartungen. Die große Auswahl an Herausforderungen für alle Beteiligten war mir aber nicht präsent. Diese Untersuchung hat die im Vorfeld gestellten Forschungsfragen umfangreich beantwortet.

Es fiel auf, dass die Einarbeitungsdauer anscheinend keinen Einfluss auf die Zufriedenheit der Befragten hat. Möglicherweise ist die Dauer davon anhängig, welches Patientenlientel auf dieser Station liegt, wie komplex die Therapieformen sind und wie viele personelle Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Zufriedenheit mit der Einarbeitung hingegen ist womöglich von der Qualität der Einarbeitung, der Vermittlung und dem Gewinn von Sicherheit abhängig. Die Betreuung des neuen Kollegen und der Umgang mit ihm während und nach der anfänglichen Einarbeitungszeit scheint da ausschlaggebend zu sein. Diese Zusammenhänge stellen ein interessantes Thema zur weiteren Untersuchung dar. Außerdem würden kontextgebundene Auswertungen mit der Beachtung der einzelnen Perspektiven oder der individuellen Situationen auf den jeweiligen Intensivstationen weitere Erkenntnisse präsentieren.

Eine qualitative Studie im Rahmen einer Bachelor-Thesis als „one-man“-Projekt durchzuführen stellt eine große Herausforderung dar. Dieses widerspricht außerdem den Gütekriterien qualitativer Forschung und beeinflusst möglicherweise die Ergebnisse der Untersuchung. Des Weiteren ist eine objektive Darstellung der Ergebnisse mit einem ausgeprägten Vorverständnis für das Thema erschwert. Der Vergleich der Aussagen dieser Untersuchung mit dem Forschungsstand erfolgte zum größten Teil mit Erfahrungsberichten aus Pflegefachzeitschriften, da Studien mit einer höheren Evidenz nicht vorhanden sind.

Diese Untersuchung soll den Führungskräften und den Praxisanleitern der Kliniken einen Anstoß geben, die eigene Einarbeitung zu reflektieren und gegebenenfalls neue Aspekte aufzugreifen und zu integrieren. Der Fachkräftemangel in der Pflege, das Fortschreiten der demografischen Entwicklung und deren Folgen erfordern Maßnahmen, um kompetente und motivierte Mitarbeiter für ein Unternehmen zu gewinnen und an jenes zu binden. Eine qualifizierende Einarbeitung und dessen Auswirkungen sind dabei eine unterstützende Komponente.

Abschließend zitiere ich ein Sprichwort, welches ein Befragter während des Interviews äußerte, das sowohl auf das Verfassen dieser Bachelor-Thesis, als auch auf die Einarbeitung in der Intensivpflege anzuwenden ist:

„Was wir säen, ernten wir“ (I1,1; Abs. 29)!

7 Literaturverzeichnis

- Afentakis, A. & Maier, T. (2010). Projektion des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Statistisches Bundesamt (Ed.), *Wirtschaft und Statistik* (11th ed., S. 990–1003). Wiesbaden.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaNovember10.pdf?__blob=publicationFile [06.07.2015].
- Benner, P., Wengenroth, M. & Staudacher, D. (2012). *Stufen zur Pflegekompetenz: From novice to expert* (2., vollst. überarb. und erg. Aufl.). Bern: Huber.
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. & Steffen, P. (2013). *Krankenhaus Barometer: Umfrage 2013*. Deutsches Krankenhaus Institut e. V. (Ed.),
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dkgev.de%2Fmedia%2Ffile%2F16291.Umfrage_2013.pdf&ei=trubVZWwNojvywOIsYXwCg&usq=AFQjCNEebqYjvWk0mWq9wyB-0rhVdiJK6A&sig2=X1zc4MSljIJSFxE3ZoekQ&bvm=bv.96952980,d.bGQ [07.07.2015].
- Brandenburg, H., Panfil, E.-M., & Mayer, H. (Eds.). (2013). *Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (2., vollständig überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Brandenburg, H., Mayer, H. & Panfil, E.-M. (2013). Erhebungsmethoden. In: Brandenburg, H., Panfil, E.-M. & Mayer, H. (Eds.), *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (2., vollständig überarb. Aufl., S. 105–121). Bern: Huber.
- Cartledge, S. (2001). Factors influencing the turnover of intensive care nurses. *Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 17(6), 348–355.
- DGF. *DGF-Fachkrankenpflegestandard*. Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (Ed.), http://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/DGF-Fachkrankenpflegestandard_10.07.09.pdf [31.08.2015].
- Dieckhoff, C. (2000). Mitarbeiterführung: Einarbeitung neuer Mitarbeiter lohnt sich -Teil 2 -. *Die Schwester Der Pfleger*, 39(2), 154–159.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (5. Aufl.). Marburg: Dresing.
http://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf [12.08.2015]

- Engelhardt, S. (2006). *Neue Mitarbeiter erfolgreich einarbeiten: Erfolgreiche Unternehmen investieren in ihr Humankapital* (1. Aufl.). *PflegeManagement kompakt Personalmanagement*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS)*. (2014)
www.soziologie.de/fileadmin/migrated/content_uploads/Ethik-Kodex_2014-06-14.pdf
[09.08.2015].
- Express Scribe Transkriptionssoftware*. (2015), <http://www.nch.com.au/scribe/de/>
[06.08.2015].
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Eds.). (2013a). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 10. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Flick, U. (2013). Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Eds.). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 10. Aufl., S. 252–265). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (2013b). Was ist qualitative Forschung?: Einleitung und Überblick. In: Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Eds.). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 10. Aufl., S. 13–29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Keupp, H. (Eds.). (1995). *Grundlagen Psychologie. Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. (2013). *Krankenhausverzeichnis 2013: Krankenhäuser in Hamburg 2013 und Rehabilitations-Einrichtungen*,
<http://www.hamburg.de/contentblob/116974/data/krankenhausverzeichnis.pdf>
[11.03.2014].
- Fuchs, J., Busch, M., Lange, C. & Scheidt-Nave, C. (2012). Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany: Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(4), 576–586.

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2015). *Intensivmedizinischer Versorgung in Krankenhäusern (Betten) sowie Aufenthalte (Behandlungsfälle und Berechnungs-/Belegungstage): Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Einrichtungsmerkmale*. https://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=35875444&nummer=838&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=17572998 [06.07.2015].
- Helfferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Hermanns, H. (2013). Interviewen als Tätigkeit. In: Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Eds.). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 10. Aufl., S. 360–368). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Hitzler, R. & Eberle, T. E. (2013). Phänomenologische Lebensweltanalyse. In: Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Eds.). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 10. Aufl., S. 109–118). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Hopf, C. (1995). Befragungsverfahren. In: Flick, U., Kardorff, E. v. & Keupp, H. (Eds.), *Grundlagen Psychologie. Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2nd ed., S. 177–182). Weinheim: Beltz.
- Hopf, C. (2013). Qualitative Interviews - ein Überblick. In: Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Eds.). (2013a). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 10. Aufl., S. 349–360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Isfort, M. (2013). Einfluss der Personalausstattung auf Pflege und Patientenversorgung in deutschen Intensivstationen: Deskriptive Studie zu Aspekten der Patientensicherheit und Belastungsindikatoren der Pflege [Elektronischer Sonderdruck für M. Isfort]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 108(1), 71–77. http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dip.de%2Ffileadmin%2Fdata%2Fpdf%2Fprojekte%2FIIsfort_Medizinische_Klinik_2013.pdf&ei=2rqCVfvyGcypsgGcqoDgAQ&usg=AFQjCNHxb42hGLikrptzEhcea02rAqbtIA&bvm=bv.96041959,d.bGg [18.06.2015]

- Isfort, M., Weidner, F. & Gehlen, D. (2012). *Pflege-Thermometer 2012: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (Ed.),
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dip.de%2Ffileadmin%2Fdata%2Fpdf%2Fprojekte%2FPflege-Thermometer_2012.pdf&ei=8SaEVbfDNeKfyAPL8oBI&usg=AFQjCNHzVQ-tdcM738rBQpQdfS7XGrZv-A&bvm=bv.96042044,d.bGQ [19.06.2015].
- Kuckartz, U. (2005). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Maier, A. (2010). Berufseinsteiger: Qualifizierungsprogramm für den Anästhesie- und Intensivbereich. *Die Schwester Der Pfleger*, 06, 599-603.
- Mayer, H. (2013). Stichprobenauswahl und Stichprobengröße. In: Brandenburg, H., Panfil, E.-M. & Mayer, H. (Eds.), *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (S. 137–150). Bern: Huber.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meinefeld, W. (2013). Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In: Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Eds.). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 10. Aufl, S. 265–275). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Pöttsch, O. & Rößger, F. (2015). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Statistisches Bundesamt (Ed.),
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse.html> [06.07.2015].
- Richtlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg*. (2003),
https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAAahU-KEwi2iMb_s5zHAhXF3SwKHwXfd1M&url=http%3A%2F%2Fwww.mp.haw-hamburg.de%2Fmp-news%2Fdoc%2FRichtlinieGuteWissPraxis.pdf&ei=133HVfbAHsW7swHlvr-YBQ&usg=AFQjCNE8jZYticmcl7-6kIomJMeBMWmtg&bvm=bv.99804247,d.bGg&cad=rja [09.08.2015].

- Rosenfeld, N., Rais Parsi, P., Kesting, C. & Roeder, J. D. (2014). Einarbeitung beim Berufseinstieg: Einarbeitung in der Pflege. Ergebnisse zur Online-Befragung von Schülerinnen und Schülern sowie Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern. *Die Schwester Der Pfleger*, 53(6), 580–583.
- Schnell, M. W. (2013). Pflegeforschungsethik. In: Brandenburg, H., Panfil, E.-M. & Mayer, H. (Eds.), *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (S. 191–201). Bern: Huber.
- Shaha, M. & Schnepf, W. (2013a). Qualitative Analyse. In: Brandenburg, H., Panfil, E.-M. & Mayer, H. (Eds.), *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (S. 151–169). Bern: Huber.
- Shaha, M. & Schnepf, W. (2013b). Qualitative Designs. In: Brandenburg, H., Panfil, E.-M. & Mayer, H. (Eds.), *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (S. 67–82). Bern: Huber.
- Siegling, B. & Isfort, M. (2014). Das Glas ist halb voll: Studie zur Berufs- und Arbeitszufriedenheit in der Intensivpflege. *Pflegenintensiv*, (02), 46–50.
- Steinke, I. (2013). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Eds.). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 10. Aufl, S. 319–331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Swinny, B. (2010). Assessing and Developing critical-thinking skills in the intensiv care unit. *Critical care nursing quarterly*, 33(1), 2–9.
- Theune, D. (2010). Einarbeitung neuer Mitarbeiter. In: Bechtel, P., Friedrich, D. & Kerres, A. (Eds.), *Mitarbeitermotivation ist lernbar. Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen motivieren, führen, coachen* (S. 107–118). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 19(6), 349–357.
- Ver.di. (2012). *Ausbildungsreport: Pflegeberufe 2012*. Studie. Ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Ed.), <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-faocKp3sRwJ:https://gesundheit-sozialles.verdi.de/%2B%2Bfile%2B%2B512ef83e6f684471a20002a0/download/Ausbildungsreport%2520Pflegeberufe%25202012.pdf+%&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de> [24.07.2015].

8 Anhang

| | | |
|-------------|--|---------------|
| A.1 | Kontaktaufnahme postalisch | - 1 - |
| A.2 | Studieninformation..... | - 2 - |
| A.3 | Interviewleitfäden | - 3 - |
| A.4 | Einwilligungserklärung | - 12 - |
| A.5 | Interviewprotokoll | - 13 - |
| A.6 | Tabelle „Soziodemografische Angaben“..... | - 15 - |
| A.7 | Tabelle „Klinikspezifische Angaben“ | - 17 - |
| A.8 | Transkriptionsregeln | - 18 - |
| A.9 | Codesystem | - 21 - |
| A.10 | Kategorien | - 22 - |

A.1 Kontaktaufnahme postalisch

Birte Vehlow - Studentin
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg
0176 / 84767123
birte.vehlow@haw-hamburg.de

Klinik XY
Pflegedienstleitung
Straße XX
XXXXX Hamburg

06.05.2014

"Einarbeitung in der Intensivpflege" - Studentisches Praxisprojekt

Sehr geehrte Frau ...,

mein Name ist Birte Vehlow und ich bin ausgebildete Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Intensivpflege und Anästhesie. Momentan belege ich an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) den Bachelorstudiengang „Pflegeentwicklung und Management“.

Im Rahmen eines Praktikums und meiner Bachelorarbeit führe ich in Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare) und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ein Projekt zum Thema „Einfluss der Einarbeitung von intensivunerfahrenen Gesundheits – und KrankenpflegerInnen auf der Intensivstation“ durch.



Die fachliche Betreuung erfolgt durch Frau Dr. P. H. Schablon (CVcare), Frau Prof. Dr. rer. cur. Wilborn (HAW) und Herrn Prof. Dr. med. Nienhaus (BGW).

Methodisch soll diese Studie mittels freiwilligen Interviews mit Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die neue KollegInnen einarbeiten und MitarbeiterInnen, die in den vergangenen 6 – 12 Monaten eingearbeiteten wurden bis Juli 2014 durchgeführt werden. Im beiliegenden Informationsschreiben erhalten Sie nähere Auskünfte.

Ich bitte Sie hiermit um Ihre Unterstützung.

Können Sie sich vorstellen, dass ich die Interviews mit Ihren MitarbeiterInnen durchführe? Bestehende Fragen beantworte ich Ihnen gerne persönlich und werde Sie in der kommenden Woche dafür telefonisch kontaktieren.

Über die Vermittlung von Kontaktdaten der Interviewpartner ihrerseits freue ich mich sehr!

Freundliche Grüße

A.2 Studieninformation



Einarbeitung in der Intensivpflege – eine qualitative Studie

- ✓ Die Bedeutung der Intensivmedizin und der Intensivpflege in den Krankenhäusern ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen.
- ✓ Der Anstieg der multimorbiden Personen ist zu verzeichnen.
- ✓ Der demografische Wandel ist in aller Munde.
- ✓ Die Anzahl der beatmungspflichtigen Patienten hat zugenommen.
- ✓ Die Akquisition von qualifiziertem Pflegepersonal wird zunehmend problematisch.
- ✓ Die Bindung von MitarbeiterInnen an ein Unternehmen hat für das Personalmanagement mehr Bedeutung den je.



Eine Vielzahl an Argumenten erfordert eine qualitative Einarbeitung des Personals auf der Intensivstation.

Doch welche Auswirkungen hat diese auf die Pflegenden?

Diese qualitative Interviewstudie soll den Einfluss der Einarbeitung von intensivunerfahrenen Gesundheits – und KrankenpflegerInnen in der Intensivpflege auf die Pflegenden, abgegrenzt von der reinen fachlichen Kompetenzentwicklung, darlegen.

Mit dieser Untersuchung sollen Erkenntnisse von Intensivpflegepersonal zusammengetragen werden, welches mit der Einarbeitung beauftragt ist, sowie die verschiedenen Strategien der Einarbeitung dargestellt werden. Des Weiteren sind die Erfahrungen der neuen Mitarbeiterinnen und neuen Mitarbeitern, die vor der Einarbeitung auf der Intensivstation keinerlei fachspezifische Berufserfahrungen hatten, von Interesse. Die Befragung soll mit Pflegenden von 10 Hamburger Intensivstationen stattfinden.

Nicht im Geringsten soll die Qualität der Arbeit bewertet werden. Die Befragungen werden bis Juli 2014 persönlich durchgeführt. Für die spätere Verarbeitung werden die Interviews aufgezeichnet und nach der Datenauswertung gelöscht. Die ermittelten Daten dienen rein wissenschaftlichen Zwecken. Die Aussagen werden anonymisiert ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben.

Die Studie erfolgt auf Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes und die Teilnahme ist freiwillig.
Offene Fragen beantworte ich Ihnen gerne persönlich!

Mit Ihrer Teilnahme unterstützen Sie die Versorgungsforschung beruflich Pflegenden!

Birte Vehlow
Studentin - Pflegeentwicklung und Management (HAW)

Tel.: 0176 / 84767123
E - Mail: birte.vehlow@haw-hamburg.de

Dr. P. H. Anja Schablon
Stellvertretende Leitung des CVcare

In Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung (CVcare) und der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW).

BGW Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37
22089 Hamburg

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperschaft des
Öffentlichen Rechts

Telefon (040) 202 07 - 0
Telefax (040) 202 07 - 24 95
www.bgw-online.de



BGW

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

A.3 Interviewleitfäden

Leitfaden für das Interview mit einer einarbeitenden Gesundheits- und Krankenpflegerin / mit einem einarbeitenden Gesundheits- und Krankenpfleger –

Befragte/r „A“

1. Information

- Begrüßung
- Dank für die Interviewbereitschaft
- Persönliche Vorstellung
- Projektvorstellung
- Grundsätze Interview:
 - Freies Erzählen der Befragten / des Befragten erwünscht
 - Kein „Richtig“ und kein „Falsch“
 - Keine Antworten von der Interviewerin / kein Gespräch
 - Geplante Dauer – 45 Minuten
 - Schriftliche Notizen zur Umgebung etc.
 - (Nachfragen bei Unverständlichkeiten)
 - (Ziel: Lebenswelt verstehen)
 - (Non-verbales Feedback geben – unabhängiges Interesse)
- Einwilligungserklärung (siehe Verschriftlichung – unterzeichnen lassen)
 - Tonaufnahme
 - Anonymisierung
 - Datenschutz - keine Weitergabe an Dritte
 - Zitat

„Haben Sie noch Fragen?“

„Dann schalte ich nun die Tonaufnahme an.“

(Audioaufnahmegerät einschalten)

„Ich bedanke mich nochmals recht herzlich bei Ihnen, dass Sie bereit sind, mir bei dieser Untersuchung als Interviewpartner/in zur Verfügung zu stehen. Ich beginne nun mit dem Interview. Dieses Interview hat die Nummer“

2. Studienmotivation der Befragten / des Befragten

„Erzählen Sie mir doch bitte zum Einstieg, welche Gründe es für Sie gibt an diesem Interview teilzunehmen?“

- *„Findet dieses Gespräch gerade in Ihrer Dienstzeit statt?“*

„Ich möchte nun gerne wissen, wie die Einarbeitung auf dieser Intensivstation abläuft.“

3. Einarbeitungskonzeption der Station

„Bitte beschreiben Sie mir den strukturellen und inhaltlichen Aufbau ihrer Einarbeitung.“

- *„Gibt es ein festgeschriebenes Einarbeitungskonzept mit definierten Zielen für diese Station und was beinhaltet dieses?“*
- *„Wie lange beträgt die Einarbeitungszeit?“*
- *„Wie ist die Einarbeitungszeit definiert?“*
- *„Wird die Einarbeitung in der Praxis immer so durchgeführt?“*
- *„Welche Unterschiede gibt es in der Einarbeitung von intensivverfahrenen und intensivunerfahrenen neuen KollegenInnen?“*
- *„Welche Inhalte sind für die Einarbeitung festgelegt?“*
- *„Welche Aufgaben haben Sie konkret in der Einarbeitung auf dieser Station und welche Aufgaben übernehmen andere KollegenInnen?“*
- *„Wer führt auf dieser Station die Einarbeitung neuer intensivunerfahrener MitarbeiterInnen durch? Bitte nennen Sie mir keine Namen sondern nur die Qualifikation der KollegenInnen.“*
- *„Welche Ziele verfolgt Ihrer Meinung nach Einarbeitung generell?“*
- *„Haben Sie zusätzlich weitere persönliche Ziele, die Sie mit der Einarbeitung erreichen wollen?“*
- *„Welche Befugnisse und Verantwortungen haben Sie als einarbeitender MitarbeiterIn?“*

4. Wirkung der Einarbeitung auf die Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter

„Warum führen Sie die Einarbeitung durch?“

- „Was macht die Einarbeitungsarbeit mit Ihnen?“
- „Welche persönlichen Vorteile haben Sie durch diese Arbeit?“
- „Macht Sie die Einarbeitungsarbeit zufrieden?“
- „Was könnte ihre Zufriedenheit verbessern?“
- „Wie äußert sich diese Zufriedenheit?“
- „Erhalten Sie Anerkennung für diese Art der Arbeit aus dem Team?“
- „Wie sieht diese Anerkennung aus?“
- „Welche Wertigkeit hat eine Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen für Sie?“

„Welche Auswirkungen hat die Einarbeitung Ihrer Meinung nach auf das multiprofessionelle Team?“

„Welche Auswirkungen hat die Einarbeitung Ihrer Meinung nach auf die neuen Mitarbeiter/innen neben der reinen fachlichen Qualifikation ...

- ... auf die psychische und physische Gesundheit dieser Mitarbeiter?“
- ... auf die Arbeitszufriedenheit dieser Mitarbeiter?“
- ... auf die Mitarbeitergewinnung?“
- ... auf die Mitarbeiterbindung?“
- ... auf die Mitarbeiterentwicklung?“

„Jetzt komme ich zu dem Thema Fluktuation.“

5. Fluktuation auf der Station

„Inwiefern beeinflusst die Einarbeitung Ihrer Meinung nach die Fluktuation, also das Kommen und Gehen der MitarbeiterInnen, dieser Station?“

„Aus welchen Gründen verlassen Ihrer Meinung nach KollegenInnen diese Station?“

„Nun komme ich zu den Fragen zu Ihrer Person.“

6. Soziodemografische Daten der Befragten / des Befragten

„Bitte beschreiben Sie mir Ihren beruflichen Werdegang?“

- „Haben Sie weitere berufsspezifische Qualifikationen?“
- „Seit wann führen Sie die Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen durch?“

„Als Abschluss habe ich noch eine Tabelle vorbereitet. Ich bitte Sie, diese zu den Themen „persönliche soziodemografische Angaben“ und „klinikspezifische Angaben“ auszufüllen.“

(in Tabelle ausfüllen lassen)

- (Alter in Jahren der Befragten / des Befragten)
- (Geschlecht der Befragten / des Befragten)
- (Anzahl der Berufsjahre in der Intensivpflege der Befragten / des Befragten)
- (Anzahl Berufsjahre in der Pflege (mit der Ausbildung) der Befragten / des Befragten)

„Falls Sie die klinikspezifischen Angaben jetzt nicht vollständig ausfüllen können, können Sie auch gerne die Stationsleitung dazu befragen.“

7. Klinikspezifische Daten

- (Anzahl der Intensivbetten auf dieser Intensivstation)
- (Anzahl der Mitarbeiter auf dieser Intensivstation)
- (Anzahl der Vollzeitstellen auf dieser Intensivstation)
- (Anzahl der Intermediate Care Betten auf dieser Intensivstation)
- (Anzahl der Einarbeitungen neuer MitarbeiterInnen (in den vergangenen 12 Monaten) auf dieser Intensivstation)
- (Anzahl der gegangenen MitarbeiterInnen (in den vergangenen 12 Monaten)
- (Angaben durch eine Führungskraft und / oder die Befragte / den Befragten)

8. Danksagung

„Ich bedanke mich nochmals recht herzlich, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben. Es war ein sehr interessantes Gespräch.“

(Audiogerät ausschalten)

Leitfaden für das Interview mit einer eingearbeiteten Gesundheits- und Krankenpflegerin /
einem eingearbeiteten Gesundheits- und Krankenpfleger – Befragte/er „B“

1. Information

- Begrüßung
- Dank für die Interviewbereitschaft
- Persönliche Vorstellung
- Projektvorstellung
- Grundsätze Interview:
 - Freies Erzählen der Befragten / des Befragten erwünscht
 - Kein „Richtig“ und kein „Falsch“
 - Keine Antworten von der Interviewerin / kein Gespräch
 - Geplante Dauer – 45 Minuten
 - Schriftliche Notizen zur Umgebung etc.
 - (Nachfragen bei Unverständlichkeiten)
 - (Ziel: Lebenswelt verstehen)
 - (Non-verbales Feedback geben – unabhängiges Interesse)
- Einwilligungserklärung (siehe Verschriftlichung – unterzeichnen lassen)
 - Tonaufnahme
 - Anonymisierung
 - Datenschutz - keine Weitergabe an Dritte
 - Zitat

„Haben Sie noch Fragen?“

„Dann schalte ich nun die Tonaufnahme an.“

(Audioaufnahmegerät einschalten)

„Ich bedanke mich nochmals recht herzlich, dass Sie bereit sind, mir bei dieser Untersuchung als Interviewpartner/in zur Verfügung zu stehen. Ich beginne nun mit dem Interview. Dieses Interview hat die Nummer“

2. Studienmotivation der Befragten / des Befragten

„Erzählen Sie mir doch bitte zum Einstieg, welche Gründe es für Sie gibt an diesem Interview teilzunehmen?“

- *„Findet dieses Gespräch gerade in Ihrer Dienstzeit statt?“*

„Ich möchte nun gerne etwas über Ihre Einarbeitung auf dieser Intensivstation wissen.“

3. Einarbeitung der Befragten / des Befragten

„Was wussten Sie vor dem ersten Dienst auf dieser Station über die Einarbeitungssituation?“

- *„Inwiefern hat das Ihre Entscheidung auf dieser Station zu arbeiten beeinflusst?“*

„Wie war Ihre Einarbeitung strukturell und inhaltlich gestaltet?“

- *„Wie lief Ihre Einarbeitung ab?“*
- *„Wie lange dauerte Ihre Einarbeitungszeit?“*
- *„Welches Ziel sollten Sie am Ende der Einarbeitung erreichen?“*
- *„Wussten Sie jederzeit, welche Erwartungen man an Sie hatte und welche Verantwortung Sie hatten?“*
- *„Gab es widersprüchliche Anforderungen an Sie?“*
- *„Wie fühlten Sie sich damit?“*
- *„Was hätte dieses Gefühl verändern können?“*

„Ich möchte nun gerne wissen, wie Sie die Einarbeitung auf dieser Intensivstation wahrgenommen haben.“

4. Wirkung der Einarbeitung auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

„Wenn Sie so auf die Einarbeitungszeit zurückblicken, welchen Einfluss hatte diese auf Sie?“

- *„Wie fühlten Sie sich am ersten Tag auf dieser Station?“*
- *„Hat sich dieses Gefühl bis heute verändert?“*
- *„Was machte die Einarbeitungsphase mit Ihnen?“*
- *„Welche Gründe gab es dafür?“*
- *„Welche Maßnahmen hätten diese Situation verändert?“*

„Welche Auswirkungen hat die Einarbeitung Ihrer Meinung nach auf das multiprofessionelle Team?“

„Welche Auswirkungen hat die Einarbeitung Ihrer Meinung nach auf die neuen Mitarbeiter neben der reinen fachlichen Qualifikation?“

- *... auf die psychische und physische Gesundheit dieser Mitarbeiter?“*
- *... auf die Arbeitszufriedenheit dieser Mitarbeiter?“*
- *... auf die Mitarbeitergewinnung?“*
- *... auf die Mitarbeiterbindung?“*
- *... auf die Mitarbeiterentwicklung?“*

„Jetzt komme ich zu dem Thema Fluktuation.“

5. Fluktuation auf der Station

„Inwiefern beeinflusst die Einarbeitung Ihrer Meinung nach die Fluktuation, also das Kommen und Gehen der MitarbeiterInnen, dieser Station?“

„Aus welchen Gründen verlassen Ihrer Meinung nach KollegInnen diese Station?“

„Haben Sie schon einmal ernsthaft darüber nachgedacht, diese Station wieder zu verlassen?“

- *„Was waren die Gründe dafür?“*
- *„Was waren die Gründe dafür diese nicht zu tun?“*

„Nun komme ich zu den Fragen zu Ihrer Person.

6. Soziodemografische Daten der Befragten / des Befragten

„Bitte beschreiben Sie mir Ihren beruflichen Werdegang?“

- *„Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station?“*
- *„Haben Sie weitere berufsspezifische Qualifikationen?“*

„Als Abschluss habe ich noch eine Tabelle vorbereitet. Ich bitte Sie, diese zu dem Thema „persönliche soziodemografische Angaben“ auszufüllen.“

(in Tabelle ausfüllen lassen)

- (Alter in Jahren der Befragten / des Befragten)
- (Geschlecht der Befragten / des Befragten)
- (Anzahl Berufsjahre in der Pflege (mit der Ausbildung) der Befragten / des Befragten)

7. Danksagung


„Ich bedanke mich nochmals recht herzlich, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben. Es war ein sehr interessantes Gespräch.“

(Audioaufnahmegerät ausschalten)

Legende Interviewleitfäden:

- normale Schrift – zu erwähnende Stichpunkte - Beispiel
- normale Schrift in Klammern – Stichpunkte zur Erinnerung - (Beispiel)
- Kursive Schrift in grauer Farbe in Anführungszeichen - zu stellende Überleitsätze –
„*Beispiel*“
- Kursive Schrift in schwarzer fettgedruckter Farbe in Anführungszeichen - zu stellende Erzählgenerierfragen - „***Beispiel***“
- Kursive Schrift in schwarzer Farbe eingerückt in Anführungszeichen – Checkliste
;wenn Befragte/r darauf eingegangen ist, wenn nicht - zu stellende Nachfrage -
„*Beispiel*“

A.4 Einwilligungserklärung



Einarbeitung in der Intensivpflege – eine qualitative Studie

Einwilligungserklärung

- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil.
- Ich bin über das Vorgehen bei der Durchführung und der Auswertung dieser Studie informiert worden:
 - Leitfadengestütztes Interview
 - Aufzeichnung des Interviews
 - Verschriftlichung der Interviews
 - Anonymisierung bei der Abschrift
 - Abschrift wird nicht an Dritte weitergegeben
 - Datenauswertung
 - Löschung der Audiodatei nach der Datenauswertung
 - Aufbewahrung der Einwilligungserklärung nur im Zusammenhang mit dem Nachweis des Datenschutzes und nicht zusammenführbar mit dem Interview
- Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können.
- Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und die Löschung bzw. Vernichtung meiner Daten verlangen kann.

Unter den oben aufgelisteten Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.


Nachname, Vorname

Ort/Datum Unterschrift

BGW Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37
22089 Hamburg

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperschaft des
Öffentlichen Rechts

Telefon (040) 202 07 - 0
Telefax (040) 202 07 - 24 95
www.bgw-online.de



BGW
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

A.5 Interviewprotokoll

Interviewprotokoll – Einarbeitung in der Intensivpflege

Interviewnummer (arabische Zahl): _____

Einrichtungsbezeichnung (römische Zahl): _____

Befragte/r (A/B): _____

Datum: _____

Ort: _____

Räumlichkeiten: _____

Einwilligungserklärung unterschrieben: _____

(Audioaufnahme starten)

Studienbeginn (Uhrzeit) mit der/dem Befragten: _____

Interviewbeginn (Uhrzeit): _____

Interviewatmosphäre: _____

Besonderheiten im Verhalten der/des Befragten: _____

Besonderheiten im Verhalten der Interviewerin:

Positives:

Negatives:

Sonstiges:

Interviewdauer (Minuten):

Studienende (Uhrzeit):

(Audioaufnahme beenden)

Unterschrift Interviewführerin:

A.6 Tabelle „Soziodemografische Angaben“

Einarbeitung in der Intensivpflege

Soziodemografische Angaben der Befragten / des Befragten "A"

Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus.

Diese Angaben dienen der späteren Beschreibung der Stichprobe.

| | |
|--|--|
| Interviewnummer | |
| Alter in Jahren der Befragten / des Befragten | |
| Geschlecht der Befragten / des Befragten | |
| Anzahl der Berufsjahre auf der ITS der Befragten / des Befragten | |
| Anzahl der Berufsjahre in der Pflege (mit der Ausbildung) der Befragten / des Befragten | |

Einarbeitung in der Intensivpflege**Soziodemografische Angaben der Befragten / des Befragten "B"**

Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus.
Diese Angaben dienen der späteren Beschreibung der Stichprobe.

| | |
|--|--|
| Interviewnummer | |
| Alter in Jahren der Befragten / des Befragten | |
| Geschlecht der Befragten / des Befragten | |
| Anzahl der Berufsjahre in der Pflege (mit der Ausbildung) der Befragten / des Befragten | |

A.7 Tabelle „Klinikspezifische Angaben“

Einarbeitung in der Intensivpflege

Klinikspezifische Angaben für diese Station

Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus.

Diese Angaben dienen der späteren Beschreibung der Stichprobe.

| | |
|---|--|
| Anzahl Intensivbetten dieser ITS | |
| Anzahl IMC - Betten dieser ITS | |
| Anzahl MitarbeiterInnen dieser ITS | |
| Anzahl VK Stellen dieser ITS (Soll / Ist) | |
| | |
| Anzahl Einarbeitungen neuer MA (12 Monate) | |
| Anzahl gegangener MA (12 Monate) | |
| Angaben durch eine Führungskraft "F" und / oder die Befragte / den Befragten "B" | |

Abkürzungen:

ITS = Intensivstation

VK = Vollzeitstelle

IMC = Intermediate Care

MA = Mitarbeiter

A.8 Transkriptionsregeln

Transkription – Einarbeitung in der Intensivpflege

Dokumentenformatierung

- Microsoft Office Wordformat: „.doc“ oder „.docx“
- Pro Interview ein neues Dokument eröffnen
- Alle Seitenränder: 3 cm
- Automatische Silbentrennung
- Zeilenabstand: 1,5 cm
- Blocksatz
- Schriftart: Times New Roman, Schriftgröße 12
- Kopfzeile „Einarbeitung in der Intensivpflege“
- Absatznummerierung
- Seitennummerierung

Bezeichnungen/Beschriftung

- Von Beginn an Interviewinhalt anonymisieren
- Personen: Befragte/er A/B, Interviewerin, Stationsleitung, Einarbeiterin/Einarbeiter, einzuarbeitende Kollegin/einzuarbeitender Kollege
- Klinik a, b, c fortlaufend
- Station 1,2,3 fortlaufend
- Titel und Überschrift des Interviewdokuments:
 - Transkript + Interviewnummer und Interviewpartner
 - z.B. Transkript Interview Nummer 1, Befragter A
 - Datum des Interviews
- Anfang und Ende des Interviews mit „Anfang Interview“ oder „Ende Interview“ kennzeichnen

Erweitertes einfaches Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl

Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.

Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so'n Buch genannt" wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt" und „hamma" wird zu „haben wir". Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen".

Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.". „Ganze" Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.

Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.

Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht (.) für circa eine Sekunde, (..) für circa zwei Sekunden, (...) für circa drei Sekunden und (Zahl) für mehr als drei Sekunden.

Verständnissignale der gerade nicht Sprechenden Interviewerin wie „mhm, aha, ja, genau, aiim" etc, werden nicht transkribiert AUSNAHME: Eine Antwort besteht aus „mhm" ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)", oder „mhm (venieinend)" erfasst, je nach Interpretation.

Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.

Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Am Ende eines Themenbereiches werden Zeitmarken eingefügt.

Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.

Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylo-methanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.

Die interviewende Person wird durch „Interviewerin“, die befragte Person durch „Befragte/r.“ gekennzeichnet.

Sprecherüberlappungen werden mit // gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein //. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser // und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit // gekennzeichnet. Sprechüberlappungen werden horizontal in der Zeile dahin verschoben, wo sie im Gespräch stattfanden.

Quelle: Dresing, T., & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (5. Aufl.). Marburg: Dresing. http://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf [12.08.2015]

A.9 Codesystem

| Codesystem | | 597 |
|------------|---|-----|
| ▲ | Teilnahmegründe | 11 |
| ● | Interview in Dienstzeit | 11 |
| ▲ | Einarbeitungskonzeption | 0 |
| ● | Ziele | 13 |
| ● | Durchführende | 37 |
| ● | Dauer | 22 |
| ▲ | Aufbau | 62 |
| ● | Instrumente | 45 |
| ● | Inhalt | 40 |
| ● | Erwartungen an den Einzuarbeitenden | 7 |
| ▲ | Herausforderungen für die Mitarbeiter | 52 |
| ● | Gefühle/Befürchtungen zu Beginn | 8 |
| ▲ | Wirkung der Einarbeitung | 0 |
| ▲ | Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | 40 |
| ● | Verlassensgedanken | 7 |
| ▲ | Entwicklungsunterstützung | 12 |
| ● | Sicherheit | 7 |
| ● | Widersprüchliche Anforderungen | 6 |
| ● | Gesundheit | 13 |
| ● | Arbeitszufriedenheit | 9 |
| ▲ | Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team | 7 |
| ▷ | Auswirkung auf die Einarbeitenden | 75 |
| ▲ | Personalmanagement | 0 |
| ▲ | Mitarbeitergewinnung | 12 |
| ▲ | Info vor Einarbeitung | 13 |
| ● | Entscheidungsbeeinflussung durch Einarbeitung | 4 |
| ● | Mitarbeiterentwicklung | 6 |
| ● | Mitarbeiterbindung | 8 |
| ▲ | Einfluss auf Fluktuation | 4 |
| ● | Fluktuationsgründe | 30 |
| ▲ | Beruflicher Werdegang | 13 |
| ● | Gründe auf ICU zu arbeiten | 3 |
| ● | Einarbeitungsauslöser | 9 |
| ● | Zurückliegen der Einarbeitungszeit | 4 |

A.10 Kategorien

K1 Einarbeitungskonzeption

Definition: Die Einarbeitungskonzeption beinhaltet die Art und Weise wie Einarbeitung durchgeführt wird, die Struktur, die verwendeten Instrumente, die Beteiligten, die Inhalte, die Ziele und die Erwartungen an die Einzuarbeitenden.

Kodierregeln: Alle Aussagen und Inhalte, die die definierten Themen betreffen werden codiert.

| Code | Dokumentname | Absatz | Paraphrase | Ankerbeispiel |
|------------------------------------|-----------------------------|--------|--|---|
| EinarbeitungskonzeptionZiele | Nr. 3, Befragte-r A | 22 | Selbständige Betreuung von intensivpflichtigen Patienten | also zum Schluss ist unser Ziel ja, dass der Kollege zwei Patienten selbstständig betreuen kann. |
| EinarbeitungskonzeptionZiele | Nr. 3, Befragte-r A | 24 | Sicherheit erlangen Integration ins Team | sie sollten Sicherheit gewinnen können. Sie sollten, die neuen Kollegen sollen auch ins Team integriert werden, sodass man das Gefühl hat, sie fühlen sich wohl, die fühlen sich auf vom auch Team aufgenommen. Das finde ich ganz wichtig. |
| EinarbeitungskonzeptionZiele | Nr. 6, Befragte-r A | 15 | Übernahme der Schichtleitung | wir haben es so nach eine Jahr dass er eben halt als Schichtleitung arbeiten kann weil das eben halt auch organisatorische Sachen sind, Belegung, Reinigung von Zimmer, wie man welche Patienten teilweise in Absprache mit den Ärzten verlegen kann, was es vielleicht für Besonderheiten gibt und dass vielleicht auch der erste Ansprechpartner ist für die Ärzte, wenn Aufnahmen kommen um dann zu sagen, mensch Leute hier da und da. Den packen wir dahin oder dahin oder wie auch immer. |
| EinarbeitungskonzeptionZiele | Nr. 11, Befragte-r A | 48 | Verantwortungsvolles Arbeiten | ein verantwortungsvoller neuer Kollege wird, das die Arbeit Spaß macht. |
| EinarbeitungskonzeptionZiele | Nr. 11, Befragte-r A | 48 | Spass | Das find ich ganz wichtig, also es muss Spaß machen. |
| EinarbeitungskonzeptionDurchführer | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 31 | Interesse an Einarbeitungsdurchführung | das muss einfach von jemandem gemacht werden, der da A Lust hat und B auch das gewisse Fachwissen so auch pädagogisch sage ich mal an die Leute beibringt. |
| EinarbeitungskonzeptionDurchführer | Nr. 3, Befragte-r A | 10 | gemischte Qualifikation | drei Mentoren davon sind zwei Praxisanleiter, die die Ausbildung haben |
| EinarbeitungskonzeptionDurchführer | Nr. 4 Teil 1, Befragte-r A | 12 | festen Ansprechpartner | Also die haben ein bis zwei Praxisanleiter oder Mentoren. Also das wird fest zugeordnet |
| EinarbeitungskonzeptionDurchführer | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r A | 9 | Qualifikation Erfahrung | die die einarbeiten sind Mitarbeiter, die viele Jahre hier sind und das Fachgebiet auch gut vertreten können. |
| EinarbeitungskonzeptionDurchführer | Nr. 6, Befragte-r A | 11 | festen Ansprechpartner | aber rein fachlich hin und her bleibt der Mentor für ein Jahr noch eigentlich an der Seite |
| EinarbeitungskonzeptionDurchführer | Nr. 8, Teil 1, Befragte-r A | 12 | festen Ansprechpartner | Ansprechpartner haben, weil sich eben wirklich herausgestellt hat, dass diese acht Wochen auch oft nicht |
| EinarbeitungskonzeptionDurchführer | Nr. 8, Teil 1, Befragte-r A | 24 | Qualifikation Fachweiterbildung und Praxisanleiter | Das ist unterschiedlich. Also in der Klinik, also die Praxisanleiter wir haben alle eine Praxisanleiterweiterbildung. Und ich muss grad mal überlegen, ja es haben auch alle die Fachweiterbildung für A und I. |
| EinarbeitungskonzeptionDurchführer | Nr. 11, Befragte-r A | 46 | Ärzte als Dozenten | sie bieten sich dann aber auch selber an, die meisten, dass wenn Fragen, gerade vom medizinischen Bereich sind gerne bereit, sind dann auch Fragen einfach zu stellen. Das ist eigentlich ganz gutes Miteinander |
| EinarbeitungskonzeptionDurchführer | Nr. 11, Befragte-r A | 52 | Team als Ansprechpartner | Aber wir sind eigentlich alle ansprechbar. Für für Fragen. |
| EinarbeitungskonzeptionDurchführer | Nr. 10, Befragte-r B | 61 | Qualifikation Fachweiterbildung | Also die haben beide die Fachweiterbildung, aber sonst keine Zusatz, also keine irgendwie Praxisanleiterausbildung oder sowas oder so, also das ist, haben wir schon auch, also das ist dann halt die Praxisanleitung für die Schüler, aber ansonsten genau waren das einfach examinierte Krankenpfleger natürlich, die beiden die Zusatzausbildung, also die Fachweiterbildung haben. Ja |
| EinarbeitungskonzeptionDauer | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 17 | Einarbeitungszeit | Die Einarbeitungszeit ist auf vier Wochen begrenzt. Ja, durchschnittlich kann man sagen 12 bis 16 Dienst- also Arbeitstage. |
| EinarbeitungskonzeptionDauer | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 39 | Betreuung nach der Einarbeitungszeit | vom Anfang bis dann zum Ende oder bis zu Ende dieser Einarbeitungszeit, die dann auch halt auch ganz willkürlich ist nach 12 Monaten oder nach sechs Monaten, halte ich kontinuierlich einen Überblick. |
| EinarbeitungskonzeptionDauer | Nr. 4 Teil 1, Befragte-r A | 10 | Einarbeitungszeit | drei Monate ist angesetzt für Mitarbeiter, die bei uns neu anfangen, die noch keine Vorkenntnisse haben in der Intensivmedizin, |
| EinarbeitungskonzeptionDauer | Nr. 4 Teil 1, Befragte-r A | 12 | Definition Einarbeitungszeit | Also es ist so, dass sie zusätzlich sind. |
| EinarbeitungskonzeptionDauer | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r A | 5 | Betreuung nach der Einarbeitungszeit | Also wir würden zum Beispiel jemand auch nach der Einarbeitung nicht sofort an die Schwerkranken, die alleine versorgen lassen. |
| EinarbeitungskonzeptionDauer | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r A | 5 | Betreuung nach der Einarbeitungszeit | dass die ersten Wochen praktisch der Mentor noch so Stand-By ist |
| EinarbeitungskonzeptionDauer | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r A | 51 | Einarbeitungszeit | wir verlängern auch Einarbeitung, wenn es gar nicht anders geht |

| | | | | |
|---|-----------------------------|----|--|--|
| Einarbeitungskonzeption Dauer | Nr. 6, Befragte-r A | 9 | Einarbeitungszeit | Arbeitgeber dem Einzuarbeitendem sechs Wochen frei stellt. Also das heißt, dass der Einzuarbeitende sechs Wochen lang zusätzlich geplant werden kann |
| Einarbeitungskonzeption Dauer | Nr. 6, Befragte-r A | 9 | Betreuung nach der Einarbeitungszeit | danach ist sozusagen noch ein erweiterter Einarbeitungszeitraum der bis zu einem Jahr bei uns gerechnet wird, |
| Einarbeitungskonzeption Erwartungen an den Einzuarbeitenden | Nr. 11, Befragte-r A | 37 | Eigeninitiative | Das heißt eine Initiative der neuen Kollegen ist es, auch wichtig. 11:29:6 Befragte/r A: Absolut, absolut. |
| Einarbeitungskonzeption Erwartungen an den Einzuarbeitenden | Nr. 2, Befragte B | 25 | Eigeninitiative | Und dann das noch alles nebenbei zu lernen und sich zu merken war, war schon echt stressig also (...). Das war wie der erste Tag in der Pflege. |
| Einarbeitungskonzeption Erwartungen an den Einzuarbeitenden | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 19 | Eigeninitiative | dass ich von mir aus auch kommen muss um zu sagen, ich möchte jetzt hier was wissen, ist ja auch klar und das habe ich auch genutzt denke ich. So im Rahmen meiner Möglichkeiten. |
| Einarbeitungskonzeption Erwartungen | Nr. 9, Befragte-r B | 40 | Eigeninitiative | Und man muss einfach auch in der Einarbeitung viel lernen weil das ein sehr komplexes Thema ist. |
| Einarbeitungskonzeption Inhalt | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 21 | Hintergrundwissen | Medikamenten was erklärt, die dann halt wiederum abgefragt, am nächsten Tag auch so zu Anatomie, Physiologie des Menschen, die Basics natürlich, |
| Einarbeitungskonzeption Inhalt | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 23 | Umfang | Bei den Unerfahrenen ist es natürlich so, man muss wirklich vom Urknall anfangen, sei es die Abnahme von arteriellen Zugängen, sei es Beatmungseinstellungen oder Beatmungsmodis, |
| Einarbeitungskonzeption Inhalt | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 23 | administrative Tätigkeiten Intensivpflegerische Tätigkeiten | Und ja, wie gesagt, bei den anderen, bei Kollegen die halt nicht die Erfahrung haben muss man ja alles, sowohl die administrative als auch die pflegerische, ja, die pflegerische Seite auch alles erläutern, |
| Einarbeitungskonzeption Inhalt | Nr. 3, Befragte-r A | 24 | Kennenlernen der Umgebung Fachwissen | Allgemein natürlich erstmal die Station kennen lernen, die Abläufe kennen lernen, die Krankheitsbilder kennen lernen. Wir sind hier eine Intensivstation mit verschiedenen Krankheitsbildern. Dem entsprechend jedes Krankheitsbild hat ja so seinen individuellen Charme den man kennen muss. Sie sollten dann ja Medikamente kennen lernen, sie sollten die Assistenzaufgaben kennen lernen. |
| Einarbeitungskonzeption Inhalt | Nr. 4 Teil 1, Befragte-r A | 14 | Geräteeinweisungen | Also ich bin gleichzeitig auch Gerätebeauftragte. Also ich mache auch also die Geräteeinweisung von allen möglichen Geräten, ja und also eigentlich alles was rund um die Krankheitsbilder, Beatmungsform (...) IABP |
| Einarbeitungskonzeption Inhalt | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r A | 13 | Integration in das Team | Befragte A: Ja natürlich, also also ganz wichtig ist dass dass er, also das Gefühl bekommt dass dass er also, oder dass er in das Team integriert wird. Weil man muss auch immer aufpassen, also weil man da auch so ein bisschen ab vom Team ist. Weil man ist dann in so einem zweier Ding und oft ist es dann, und es fällt ja auch nicht allen so leicht, ja ich bin hier die Neue oder der Neue also einigen fällt es ja leichter und einigen fällt es nicht so leicht irgendwie so in einer fremden Umgebung. Also es ist eigentlich ganz unterschiedlich. |
| Einarbeitungskonzeption Inhalt | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r A | 17 | Überwachungstätigkeiten | das sind die Sachen, das kann man schon auf der IMC machen, zum Beispiel haben die ja die gleichen Monitore, die gleichen Infusionspumpen und Perfusoren also können die Geräteeinweisung auch schon gleich auf der IMC laufen. Ne, dann ist das schon. Also und so Kurvenführung und so. Dann kann man darauf aufbauen, also dass das, also da vom Konzept her wirklich so IMC, also Spontanatmerpatient, der unter Umständen NIV macht und dann, ne. So. |
| Einarbeitungskonzeption Inhalt | Nr. 8, Teil 2, Befragte-r A | 4 | Umgang untereinander | das lernen sie natürlich dann in der Einarbeitung, also wie gehen wir um miteinander, wie Sorge ich dafür, dass alle miteinander sprechen und wie wichtig ist das auch für den Patienten, (5) ja |
| Einarbeitungskonzeption Inhalt | Nr. 11, Befragte-r A | 12 | Überwachungstätigkeiten | sind da und dann suche ich mir die Patienten aus, wo ich denke die am einfachsten sind die man da schonmal ran zubringen, also es heißt es sind nicht unbedingt beatmete Patienten, aber es sind schon Patienten, die einen zentralen Venenkatheter haben in der Arterie, so dass wir mit dem Monitor anfangen können das einweisen, das was bedeutet wie Alarmgrenzen sind, die Infusomaten, die Perfusoren, welche Medikamente da drin sind, welche Art, wir haben da so eine bestimmte Richtlinie, wo was läuft, wo was angeschlossen wird und dann anfangen mit der Pflege des Patienten, dass man sich mal traut einen Patienten auch mal anzufassen, der verkabelt ist auf Deutsch gesagt. |

| | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----|---|--|
| EinarbeitungskonzeptionInhalt | Nr. 11, Befragte-r A | 14 | Standards Prioritätenpflege | darum geht es jetzt unsere Standards einzusetzen, die wir haben, aber auch zu lernen eventuell Standards wegzulassen, weil wenn das Arbeitsaufkommen zu hoch ist und ich mehr als üblich Patienten zu versorgen habe trotzdem eigentlich eine gute, sichere Versorgung machen kann, ohne alles gemacht zu haben. Sprich, ja für gewisse Dinge, das ich die mal für den Tag weglassen kann, aber eventuell weiß, dass ich den nächsten Tag das wieder |
| EinarbeitungskonzeptionInhalt | Nr. 11, Befragte-r A | 30 | Anleitung | Ja, einmal das Zeigen, (...) Anleiten, das Anleiten überprüfen, oder wieder das wird zeigen, das gezeigte das wiederholt wird überprüfen, nachfragen, erklären natürlich ganz viel, grade Medikamente, Krankheitsbilder zum Beispiel auch Situationen wo es einem Patienten nicht gut geht, warum ich, was ich jetzt nicht mache, warum aus welchem Grund, das erkläre. Mache es danach noch einen Dialog, das ich noch ganz viel Fragen stelle oder so, warum es jetzt so sein könnte, das dann ein bisschen nachgedacht wird, so dass man da so die Zusammenhänge sieht, dass man nicht so |
| EinarbeitungskonzeptionInhalt | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 51 | Zusammenarbeit mit anderen Professionen | Mein Einarbeiter hat mir das natürlich auch immer erklärt. Okay, das ist deine Aufgabe, das ist seine Aufgabe. Das die Grenzen immer fließend sind meistens, bei manchen Dingen ist ja nunmal so, aber dass so ein Grundzug davon |
| EinarbeitungskonzeptionInhalt | Nr. 9, Befragte-r B | 23 | Zielvorgaben | Zielvorgaben für jede Woche |
| EinarbeitungskonzeptionInhalt | Nr. 9, Befragte-r B | 30 | Zeitmanagement | Zeitmanagement |
| EinarbeitungskonzeptionInhalt | Nr. 9, Befragte-r B | 50 | Zeitmanagement | Und in der Einarbeitung geht man ja schon so danach, bei den die Patienten auch alles immer wirklich zu schaffen. Einfach weil ich auch Zeitmanagement üben musste. |
| EinarbeitungskonzeptionInhalt | Nr. 9, Befragte-r B | 52 | seltene Therapien | Die haben wir jetzt nicht so oft. Das kannst du schwer in der Einarbeitung abdecken. Als ich, ich hatte einen ECMO, die erste gesehen habe ich glaube ich nach drei Wochen. Da war ich ja aber noch nicht so weit die zu betreuen. Da habe ich das so erklärt bekommen. |
| EinarbeitungskonzeptionInhalt | Nr. 10, Befragte-r B | 31 | Umgang untereinander | Und grade auch so die Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen, also mit den Ärzten oder den Therapeuten, oder sowas, das kommt ja irgendwie auch noch dazu, das dann auch immer noch aufregend immer noch, dass dann Personen, die man alle nicht kennt und das hat man einfach bei allen die Chance gehabt, dass quasi in diesen sechs Wochen zu lernen, weil man das. Ja also es geht nicht nur um die tatsächlich theoretischen Sachen, irgendwie, am Patienten, sondern das ganze Drumherum, die ganzen Stationsablauf und Strukturen und sowas. Das wurde mir irgendwie alles halt gezeigt. |
| EinarbeitungskonzeptionAufbau | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 11 | keine feste Struktur | keine richtigen, richtige Einarbeitungskonzept, beziehungsweise eine Struktur |
| EinarbeitungskonzeptionAufbau | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 11 | Individuelle Gestaltung | Ich hab persönlich immer so Punkte gehabt, nach denen ich dann Leute eingearbeitet hab. |
| EinarbeitungskonzeptionAufbau | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 19 | Rücksicht | Rücksicht genommen wird vom Team in der Auswahl der Patienten, oder in der Patientenauswahl, von der Schwere-Grade her |
| EinarbeitungskonzeptionAufbau | Nr. 3, Befragte-r A | 10 | Dienstplan | Vorwege ist es ja schon recht zeitig bekannt, in der Regel, wenn sie kommen wird der Dienstplan dementsprechend |
| EinarbeitungskonzeptionAufbau | Nr. 3, Befragte-r A | 10 | Dienstplan | Wir schreiben dann eben einen Dienstplan. Dort teilen wir uns als Praxisanleiter ein aber auch alle anderen Kollegen. |
| EinarbeitungskonzeptionAufbau | Nr. 3, Befragte-r A | 12 | Erste Tag patientenfern | wenn es Personell möglich ist, dass der erste Tag weg vom Bett ist |
| EinarbeitungskonzeptionAufbau | Nr. 3, Befragte-r A | 22 | Mitlaufen | Zum Anfang ist es so, dass wir vielleicht einen Patienten betreuen. Später zusammen immer zwei Patienten betreuen. Das sollte dann, wenn es machbar ist auf jeden Fall den ersten Monat durch so gehen, dass man dann keine weiteren Patienten betreut. Vielleicht sogar am zweiten Monat |
| EinarbeitungskonzeptionAufbau | Nr. 3, Befragte-r A | 22 | Übernahme von eigenen Patienten | Nachher im dritten Monat, je nachdem wie weit eben der Kollege ist, find ich, dann versuchen wir das immer lockerer zu sehen, dass wir den neuen Kollegen immer mehr alleine lassen. Dass wir immer noch die Ansprechperson da ist, die immer mit rüber kuckt, aber dann schon seine, die eigenen Patienten betreut. Also jeder vielleicht sogar schon nachher seine zwei Patienten also je nachdem, also zum Schluss ist unser Ziel ja, dass der Kollege zwei Patienten selbstständig |

| | | | | |
|--|-----------------------------|----|--------------------------------------|---|
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 3, Befragte-r A | 22 | Betreuung nach der Einarbeitungszeit | Aber es sollte in diesen drei Monaten immer noch der Kollege da sein, der immer zu fragen da ist und immer mal rüber guckt, ob wirklich auch alles optimal versorgt wurde. |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 4 Teil 1, Befragte-r A | 8 | Einarbeitungskonzept | quasi ein Einarbeitungskonzept |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r A | 5 | Auswahl Patientengut | Also dass wir erst Patienten übernehmen, also die quasi eben IMC Patienten sind, spontanatmende Patienten. Patienten die NIV-Beatmung machen und dann gehen wir weiter bei mit Patienten wo, also die, sage ich mal, Langlieger sind. Also die trachetomiert sind. |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r A | 5 | Auswahl Patientengut | am Ende kommen dann halt wirklich die Schwerstkranken mit IABP, mit offenen Thorax, mit ECMO, mit was es halt so an Gerätemedizin gibt. |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 8, Teil 1, Befragte-r A | 12 | externe Praxisbegleitung | ohne Intensivverfahren kommen mindestens fünf Mal in der Praxis begleiten. |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 8, Teil 1, Befragte-r A | 14 | externe Schulungen | Die kriegen noch Beatmungstage, die kriegen mit uns auch nochmal am Ende der acht Wochen vier Seminartage. |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 8, Teil 2, Befragte-r A | 6 | externe Schulungen | Theorietagen machen nochmal am Ende dieser acht Wochen, also das kriegen auch nur die Mitarbeiter, die ohne Erfahrung kommen |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 2, Befragte B | 19 | Leitfaden | Also ich hab natürlich meinen schriftlichen Leitfaden gehabt, in dem ich mich selber natürlich drum kümmern musste, ne, wie ich, ja was ich noch brauche an Informationen brauch, was ich noch eingearbeitet werden muss... Dann musste ich mich eigentlich schon eher selber drum kümmern |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 5, Befragte-r B | 23 | Struktur Patientenauswahl | aber wir sind da jetzt nicht richtig nach einem festen Plan gegangen, sondern (...) ich durfte halt immer aussuchen, welche Patienten wir machen. Und (...) ja, halt so viel wie möglich in denen drei Monaten mitnehmen, was irgendwie geht. |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 5, Befragte-r B | 37 | externe Schulungen | Beatmungsbildung, die ja auch über, ich weiß gar nicht, zwei drei Tage geht, |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 11 | Erste Tag patientenfern | hatte ich an meinem ersten Arbeitstag mehr oder weniger, ich würde sagen keine richtige Einarbeitung, sondern das war mehr so ein Ankommentag mit der Stationsleitung nochmal die Station besichtigt, nochmal alle Kollegen kennen gelernt. Das ganze Haus besichtigt, alle möglichen Daten eingepflegt, Schlüssel und so weiter erhalten und PC vor allem erstmal angeschaut, was sind hier die Programme und dann am zweiten Tag meiner Berufstätigkeit hier im Haus ist es einfach erst losgegangen, dass ich wirklich auch im Dienst mitgelaufen bin und eingearbeitet wurde. Die Einarbeitung offiziell begann. So. Von daher. |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 19 | Struktur | die Struktur war schon und durch das Einarbeitungsbuch irgendwie schon da aber auch wieder nicht |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 9, Befragte-r B | 13 | Einarbeitungskonzeption | Also wir haben ein richtiges Konzept hier, was wir auch schriftlich halt kriegen |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau Instrumente | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 11 | Einarbeitungsmappe | Einarbeitungsmappe |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau Instrumente | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 33 | Feedback | wöchentlich so eine Feedback Runde, |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau Instrumente | Nr. 3, Befragte-r A | 18 | Tätigkeitskatalog | Genau, eine Handzeichenliste, wo wir alles abkürzen können, was gemacht wurde. |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau Instrumente | Nr. 3, Befragte-r A | 18 | Einarbeitungsmappe | Einarbeitungsheftes, aber es wurde nicht genutzt und deswegen haben wir so einen kleinen Zettel jetzt ausgearbeitet, in der Hoffnung, dass das besser funktioniert. Und auf der Rückseite von diesem Zettel haben wir bestimmte Themen raufgeschrieben und auch bestimmte Medikamente die in den drei Monaten durchgearbeitet, durchgenommen werden. Schon mal so als Hilfestellung für alle Kollegen. Wo dann eben abgekürzt werden kann, dass diese Themen durchgesprochen sind. 9:02:7 |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau Instrumente | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r A | 13 | Gespräche | Feedback-Gespräche. Und also wir machen ein Erstgespräch, dann ein Zwischengespräch und auf jeden Fall auch noch ein Endgespräch. Und oft ist dann auch noch so, dass zwischendurch auch die Stationsleitung ein Gespräch führen, einfach nur: Wie geht's dir hier bei uns. Also gar nicht so um diese Einarbeitung sondern das fachliche, sondern einfach nur zu hören, wie geht es dem neuen Mitarbeiter |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau | Nr. 3, Befragte-r A | 16 | Gesprächsprotokolle | Gesprächsprotokolle |

| | | | | |
|---|-----------------------------|----|-------------------|---|
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau Instrumente | Nr. 3, Befragte-r A | 16 | Tätigkeitskatalog | Wo jeder Kollege der mit dem Kollegen zusammen lief einträgt, was er gemacht hat. Sodass man weiß, dass der nächste Kollege eben einmal nachlesen kann, Mensch, das und das wurde schon gemacht. Da muss ich jetzt nicht nochmal einen Schwerpunkt setzen oder Mensch, das wurde schon mal angesprochen hier vielleicht nochmal mehr nachfragen oder so. Also das, wir haben zwar ein eine, wie nennt sich das, ein großes Heft, hier so ein Heft, wo lauter Informationen drin stehen, über die Station und so, das haben wir. Wo wir dann auch so eine Kürzliste haben, wie nennt sich das? |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau Instrumente | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r A | 15 | Fachliteratur | Fachliteratur |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau Instrumente | Nr. 6, Befragte-r A | 9 | Checkliste | Checklisten und anhand dessen man auch schon den Stand entsprechend abfragen kann |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau Instrumente | Nr. 11, Befragte-r A | 50 | Standard | Standard |
| Einarbeitungskonzeption/Aufbau Instrumente | Nr. 2, Befragte B | 15 | Leitfaden | schriftlich einen Leitfaden |
| Einarbeitungskonzeption | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 29 | Erwartungshaltung | die Erwartungshaltung ist halt natürlich hoch |
| Einarbeitungskonzeption/Erwartungen an den Einzuarbeitenden | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 39 | Entwicklung | immer auf denjenigen kommt es immer drauf an, möchte er dies oder möchte er das halt nicht, ne. Es gibt auch natürlich Leute, die machen einen riesen Sprung innerhalb der ersten sechs Monate, eignen sich diese Basics an aber dann ist dann halt Stopp und sie entwickeln sich halt nicht weiter. |

K2 Herausforderungen für die Mitarbeiter

Definition: Herausforderung, denen sich die Beteiligten der Einarbeitung stellen müssen, die nicht mit der direkten Einarbeitung in die Handlungen zu tun hat.
Kodierregeln: Alle Aussagen und Inhalte, die die definierten Themen betreffen werden codiert.

| Code | Dokumentname | Absatz | Paraphrase | Segment |
|---------------------------------------|----------------------------|--------|--|---|
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 31 | Integrationsproblematik | Und es ist denke ich, wie gesagt einfach so aus persönlicher Erfahrung, es ist einfach schwierig sich in diesem Bereich halt wirklich Fuß zu fassen, und da ist die Einarbeitung für mich einfach elementar |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 47 | Fremdmeinungen | Wenn n Mitarbeiter eingearbeitet wird und in kürzester Zeit halt feststellt, dass im ganzen Team gesagt wird: Oh Gott, wer hat dich eingearbeitet, Oh Gott, wieso kannst du das noch nicht... Ist dieser Mitarbeiter schon demotiviert und überlegt sich dann: Verdammt, was ist bei mir schief gelaufen? Möchte ich mir das jetzt wirklich antun, denn wenn der erste Start halt... gewissermaßen muss sich ja halt einen Namen machen, beziehungsweise ein Standing hier aufbauen, wenn das von Anfang an so bisschen zerrüttet ist, ist es sehr, sehr schwierig sich da wieder hier zu etablieren, |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 3, Befragte-r A | 10 | Anpassung | dass immer jeder Kollege Eigenarten an sich hat, die er gerne sehen will und als neuer Kollege muss man sich diesen Eigenarten ganz oft anpassen. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 3, Befragte-r A | 10 | Sich beweisne müssen | der hatte dann im dritten Monat eben doch mehr Rotationen auch gehabt und er sagte, das war für ihn/sie auch schon anstrengend. Sich jedes Mal neu zu bewiesen zu |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 3, Befragte-r A | 28 | Umgang miteinander | enn man dann, man muss dann eben gucken, je nach Person wie man dann auf Fehler aufmerksam macht. Es gibt Kollegen, die gerne, die da kein Problem damit haben, die sagen: sag mir das was ich falsch mache, dann kann ich es besser machen. Es gibt aber auch Kollegen, die (...) die anfangen zu weinen vielleicht, oder so. Also da muss man doch schon sehr individuell kucken, wie man dann mit Kritik auch umgeht. Weil Kritik muss ja geäußert werden und man sollte auch dann drauf achten, dass man auch mal auch positive Kritik zwischendurch äußert. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 3, Befragte-r A | 60 | Eignung | dass der Kollege das selber erkennt, dass es nichts für ihn ist. Also das versuche ich im Gespräch und dann selber sagt, es wird nichts mehr. Bevor wir sagen, du musst gehen. Ich denke das ist für den Kollegen besser, wenn er das selber entscheiden kann, als wenn er später sozusagen, er muss ja woanders arbeiten. Und dann zu sagen, ja, ich, man hat mich, hat gesagt, ich bin nicht dafür, für eine Intensivstation tauglich, ist natürlich für so einen Kollegen nicht besonders schön und dann so soll er dann lieber sagen, ich habe selbst festgestellt, die Intensivstation ist |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 5 | Berührungsängste | Berührungsängste groß sind bei beatmenden Patienten. Also grade bei so frisch examinierten, die noch nie mit Beatmung was zu tun hatten, |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 13 | Umgang miteinander | Und das ist ja auch, es kommt ja vor, dass es menschlich schwierig ist. Dass der Einarbeiter, also dass da irgendwie die Chemie nicht hinhaut, ne. Also das hat es auch gegeben. Dass manchmal nochmal umgewechselt werden musste, das geht einfach nicht oder das, es sind auch schon mal, dass die Leute dann sagen, ne ich habe so eine Angst vor |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 35 | Kompensation bei erhöhten Arbeitsaufkommen | Also wenn jetzt zum Beispiel eine absoluter Personalausfall ist und ich habe jemanden, der wird eingearbeitet, dann muss ich halt gucken. Dann arbeiten wir nach Prioritätenliste. Also dann wird wirklich runtergefahren. Also weil dann kann man halt nicht das was man sonst alles macht erfüllen. Dann werden die Patienten halt nicht komplett gewaschen. Dann wird wirklich nur Medikamente gegeben, abgesaugt, ne. Überwacht. Also das ist dann so. Und das ist aber auch ein wichtiger Bestandteil der Einarbeitung, dass man nicht so, ne, sage ich muss meine Checkliste im Kopf abhaken und wenn ich jetzt nicht alles erreicht hab, dann bin ich abends unglücklich, nach dem Spätdienst. Und daran, da haben auch sehr viele mit zu kämpfen, so dieses, oh, ich habe meine Arbeit nicht geschafft. Da muss man auch sagen, ja die konntest du auch nicht schaffen. Ich hätte die auch nicht geschafft. Also das ist dann so. Ne, 20:38:0 |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 37 | Prioritätenliste | das ist von der PDL so, also vom Oberarzt, also wir haben da richtig festgelegte Prioritätenliste. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 51 | Angst | Dass dieses Angst haben total ok ist. Also das man auch sagen kann, dass man Angst hat |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 6, Befragte-r A | 9 | Arbeitsweise | die Struktur am Bett muss jeder für sich selber so ein bisschen finden, |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 11, Befragte-r A | 12 | Berührungsängste | dann anfangen mit der Pflege des Patienten, dass man sich mal traut einen Patienten auch mal anzufassen, der |

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|----|-------------------------|--|
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 11, Befragte-r A | 22 | Arbeitsweise | Dass man eben halt zwei verschiedene Handhabungen sieht, wie man das macht. Um an das gleiche Ziel zu kommen, weil jeder hat doch ein bisschen eine eigene |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 2, Befragte B | 29 | Sich beweisen müssen | also immer dieselbe Person am Anfang an der Seite zu haben. Weil man grade am Anfang, (...) wenn man mit einer anderen Person dann wieder zusammenarbeitet, die fragt, was hast du denn schon, was weißt du denn schon? Und dann muss man sich so wiederholen und wenn man die, ich finde grad die ersten eins, zwei Wochen wenn man dann wirklich einen Ansprechpartner hat oder an der Hand hat, ist es auf jeden Fall sehr hilfreich. Dass die einem wirklich (5) an |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 2, Befragte B | 37 | Selbstzweifel | man schon eigenständig gearbeitet hat auf anderen Stationen und sich eigentlich schon selbstbewusst war und als ich hier angefangen hab hatte ich das Gefühl, ich weiß gar nichts. Also das ich wirklich keine Ahnung von allem hab und quasi bei null, wie ein Schüler angefangen hab. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 5, Befragte-r B | 35 | Rollenfindung | Man fängt hier halt an wie eine Schülerin. Man steht irgendwie und denkt, ich habe drei Jahre fast gar nichts gelernt in der Ausbildung. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 5, Befragte-r B | 53 | Umgang miteinander | Und wenn es dann hier noch so ein stressiger Dienst ist, wo dann alle anderen auch gestresst sind und du dann auch nicht ständig alle nerven willst und so. Ja. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 25 | Rollenfindung | grade fertig mit dem Examen. Mensch, jetzt hast du es geschafft so und dann geht es wieder von vorne los, so als wenn ein Reset Knopf gedrückt wurde. Das Reset und bitte nochmal von vorne. So, ich meine ich konnte schon aufbauen auf dem was ich natürlich in der Ausbildung gelernt |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 27 | Angst | weil einfach weil ich teilweise auch Angst hatte einfach was falsch zu machen oder so in dem entscheidenden Moment. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 29 | Umgebungswechsel | Also dass ich einen Umgebungswechsel hatte komplett. Also nicht nur Arbeit sondern auch privat. Dass ich umgezogen bin und einen komplett neuen Freundeskreis mir mehr oder weniger aufbauen musste. Ich komme aus Lüneburg. Ist jetzt nicht so weit weg aber trotzdem ist es gleich was ganz anderes. Man muss sich erstmal orientieren wo ist denn hier jetzt was, wo kaufe ich ein und so ein Kram. Das läuft dann auch noch nebenher. Also vielleicht, also ich meine ich hatte vielleicht einen Monat vorher war ich hergezogen. Da war das schon langsam okay was das anging. Zwar immer noch ungewohnt, aber dann kam halt die Arbeit obendrauf. Vielleicht war das auch so ein Faktor, der |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 35 | Teamkonflikte | Das höre ich immer wieder und das wird auch immer wieder aufgebracht das Thema, |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 37 | Fremdmeinungen | ich hab die Bemerkungen schon durchaus wahrgenommen, dass die einen die anderen schlechter finden und dass ich ja jetzt von einem eingearbeitet werde der schlechter ist sozusagen. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 37 | Integrationsproblematik | Also das war so der Schwerpunkt im Team dann irgendwo anzukommen ohne jetzt zwischen die Fronten zu geraten war wirklich schwierig. So und ja als Neuer und frisch Examinierter ist man natürlich dann auch immer nochmal ein bisschen ja, belächelt. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 49 | Rollenfindung | as Gefühl dabei erstmal man muss jetzt selbstständig arbeiten. Man muss ja irgendwie, man muss ja keinem mehr Rechenschaft ablegen. Das ist ja immer noch so womit man aus der Schülerzeit einfach kommt. Das man immer noch jemanden hat, du ich hab das und das gemacht. War das in Ordnung. So. Das ist nicht mehr. Das musste ich mir in der Einarbeitungszeit auch echt abgewöhnen, dass ich das immer weitergegeben hab was ich gerade getan habe. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 51 | Integrationsproblematik | sagt ich betreue heute den Patienten mit meinem Einarbeiter zusammen. War für die Ärzte vielleicht, naja komm. Man wird halt erstmal übergegangen manchmal. Die erste Woche glaube ich war das besonders, dass irgendwie ich nicht wirklich wahrgenommen wurde. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 51 | Unerfahrene Kollegen | Wir haben immer einen chirurgischen Arzt in der Anästhesie bei uns der immer seine Ausbildung dann macht immer, als im Rahmen seiner Anästhesie Ausbildung |

| | | | | |
|---|-----------------------------|----|----------------------------------|--|
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 2, Befragte-r | 7 | Veränderte Rahmenbedingungen | das war irgendwie so schade ich kannte das auch meinem Haus, zack stand der Neurologe schon auf der Schwelle, weil auch Neurologie in meinem Haus, in dem ich gelernt habe sehr ausgeprägt war, also vor allem auch eine tolle Chefärztin war, die da sehr hinterher war, auch das alle fachlich auf dem neusten Stand sind und ständig irgendwelche Fortbildungen da liefen und das ist halt hier nicht so und das dann erstmal einer angerufen werden muss zum Konsil bestellt werden muss und alle den Krams, ich meine, ok dass das einfach auch seine Zeit dauert das ist irgendwie ganz ungewohnt gewesen am Anfang, dass das irgendwie so fehlt wo ich dann dachte, mhm ok das aber schade, dass das jetzt nicht so schnell geht. 4:11:4 Interviewerin: also so andere Rahmenbedingungen einfach. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 7, Teil 2, Befragte-r | 17 | Vergleichsdruck | also ich hatte noch keinen Vergleichspartner, ich war alleine und das fand ich auch ganz gut wenn ich dann noch zum Vergleichen jemand gehabt hätte, ich glaube ich wär untergegangen vom Druck. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 9, Befragte-r B | 42 | Erfahrungen von Grenzsituationen | Und die erzählen einem dann auch Geschichten und irgendwie so was denen mal passiert ist und wie sie das am Anfang empfunden haben und man kriegt eben auch Geschichten von Patienten die früher da waren. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 9, Befragte-r B | 52 | Grenzsituationen | Aber der Patient ist da förmlich ausgeblutet. Da war ich so von diesem Bild alleine schockiert, irgendwie sodass ich da auch nicht so viele Infos aufgenommen hat. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 5, Befragte-r B | 11 | Angst | Aber ich hatte natürlich vorher auch ziemlich Angst hier anzufangen |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter/ Gefühle/Befürchtungen zu Beginn | Nr. 5, Befragte-r B | 11 | Input | Nach zwei Tagen, Probetagen, ist das einfach alles noch viel zu viel und deswegen. (...) Ja, vielleicht war es auch gar nicht schlecht so. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter | Nr. 5, Befragte-r B | 17 | Selbstzweifel | Aber ja, und ich wusste nicht, wie ich das alles schaffen soll, aber inzwischen klappt es |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter/ Gefühle/Befürchtungen zu Beginn | Nr. 5, Befragte-r B | 49 | Stress, Druck | Also ich stand auf jeden Fall unter ziemlich großen Stress, als ich hier angefangen hab. Und ich glaube die zwei, ich habe mit zwei anderen zu dem Zeitpunkt gleichzeitig angefangen, denen ging es auch nicht viel anders. |
| Herausforderungen für die Mitarbeiter/ Gefühle/Befürchtungen zu Beginn | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 37 | Fremdmeinungen | Ich weiß, man fühlte sich wie so ein Reh im Scheinwerferlicht so. Ist ja auch aufregend, alle neu uh, wie ist sie denn so und ich hab dann ja auch erlebt, als die neuen Kollegen kamen, also nach mir kamen zwei Monate nach mir kamen nochmal zwei neue Kollegen auch frisch examiniert also in einer ähnlichen Situation wie ich damals und dann habe ich mitbekommen, wie über diese Kollegen gesprochen wurde, beziehungsweise dann immer irgendwie so erzählt wurde dann habe ich auch irgendwie so gedacht, okay, war das bei mir auch so? Finde ich nicht schön. So aber das dann den Kollegen so zu sagen habe ich mich bisher immer noch nicht getraut, muss ich ehrlich sagen. Aber irgendwann muss ich das nochmal tun, weil das ist |

K3 Auswirkungen auf die Berufseinsteiger

Definition: Die Auswirkungen beinhalten alle Aspekte, die auf die Berufseinsteiger im Rahmen der Einarbeitung in das Handlungsfeld während der Eingewöhnungszeit einwirken.

Kodierregeln: Alle Aussagen und Inhalte, die die definierten Themen betreffen, werden codiert.

| Code | Dokumentname | Absa | Paraphrase | Ankerbeispiel |
|---|-----------------------------|------|----------------------------|--|
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 3, Befragte-r A | 30 | Ankommen | Umso besser sie eingearbeitet sind, umso wohler, umso schneller fühlen sie sich auch wohl. Fassen schneller Fuß, umso besser glaube ich stehen sie im Team dann dar. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 3, Befragte-r A | 30 | Ankommen | umso besser glaube ich stehen sie im Team dann dar. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 51 | Rollenfindung | ich finde das auch vollkommen in Ordnung, wenn man irgendwie so eine Einarbeitung, die dauert drei Monate, durchlaufen hat und man fängt dann selbst an zu arbeiten, |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 6, Befragte-r A | 19 | Selbstreflexion | sich nach der Einarbeitung auch selbstbewusst hinstellen und zu sagen also jetzt hier bin ich grade überfordert oder jetzt brauche Hilfe, auch diese Hilfe dann anzufordern, ne. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 11, Befragte-r A | 36 | Stress | Und ein nicht Erfahrener ist (6), die sind erstmal, ja, wie soll ich das sagen, völlig begeistert von, von dem was es eigentlich gibt grade wenn sie auch als Schüler nicht auf einer Intensivstation waren, also was man alles machen kann, und sind aber auch nach vier Tagen komplett erschlagen. Von der Masse, die an an Eindrücken und Information auf die einschlägt. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 2, Befragte B | 23 | Stress | Also ich fand die Menge, was ich eigentlich lernen sollte, in dem Zeitraum zu viel. Also grade so was spezielle Krankheitsbilder angeht und sowas... Da hätte man wirklich Doppelschichten schieben müssen zuhause noch. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 2, Befragte B | 25 | Input | Also für mich war das sehr, sehr viel Input und Stress so. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 5, Befragte-r B | 13 | Verantwortung | wahnsinnig viel Verantwortung ist |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 5, Befragte-r B | 15 | persönliche Entwicklung | Also ich glaube, wenn man in so einem Bereich anfängt zu arbeiten, dann wächst man auch nochmal und wird ein Stück erwachsener, grade, gut, ich bin jetzt auch schon ein bisschen älter, aber. Dadurch dass man dann auch die große Verantwortung hier hat, ich glaube da nimmt man schon ein bisschen was mit. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 5, Befragte-r B | 17 | Input | der auch wirklich den ganzen Tag erzählt und einem so viel Input gibt, dass man gar nicht mehr weiß wohin. Und ich habe wirklich, die ersten drei Tage bin ich hier mit einem dicken Schädel rausgegangen. Weil es einfach wahnsinnig viel war. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 19 | Literatur | Dann hat mir mein Kollege, der mich eingearbeitet hat, wirklich noch viel Literatur noch mit an die Hand gegeben, die ich auch lesen kann. Aber ich muss ehrlich zugeben, die habe ich jetzt ein Jahr später immer noch nicht ganz durch. Und das ist einfach auch sehr viel Input und momentan ist |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 20 | Eigeninitiative | inhaltlich gesehen, also fachlich, pflegefachlich gesehen, intensiv Pflege speziell haben Sie das meiste dann zuhause privat machen müssen. Das heißt, was dann in der Einarbeitung hier gelaufen ist war Umgebung kennen lernen, Geräte kennen lernen, Räume kennen lernen, all sowas? Befragtefr B: Ja, irgendwo schon, ja. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 23 | Routine | Und jetzt so ein Jahr später würde ich sagen, das letzte halbe Jahr war so ein bisschen okay und jetzt läuft es langsam. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 9, Befragte-r B | 40 | Verantwortung | ich hab eigentlich die Zeit nach der Einarbeitung als am Schlimmsten empfunden. So einfach so Verantwortungstechnisch. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 9, Befragte-r B | 46 | Prioritätenpflege | Manchmal schafft man halt nicht alles an Arbeit was es gibt. Ich habe am Anfang auch immer versucht wirklich alles 100 Prozentig zu schaffen. Und jetzt sage ich mir halt im Spätdienst mal, ja. Der ist grade schlecht. Jetzt muss ich hier bleiben und dann schaffe ich die Wechsel halt nicht. Das ist dann halt so. Und dafür erstmal eine Akzeptanz zu bekommen, das ist aber auch ja auch nicht so einfach. Und ich glaube der ein oder andere fühlt sich mehr unter Druck gesetzt. Von außen sicherlich auch und dass der Ablauf hier |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger | Nr. 9, Befragte-r B | 50 | Priorisierung | Und in der Einarbeitung geht man ja schon so danach, bei den die Patienten auch alles immer wirklich zu schaffen. Einfach weil ich auch Zeitmanagement üben musste. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerEntwicklungsunterstützung | Nr. 5, Befragte-r B | 51 | Routine | Einfach dass man, je mehr Zeit man hier verbracht hat, desto unspektakulärer ist es dann alles so langsam. Und genau, je mehr Routine man hat desto besser wird es dann. |

| | | | | |
|---|---------------------------|----|---------------------------|--|
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerEntwicklungsunterstützung | Nr. 5, Befragte-r B | 59 | Unterstützung vom Team | also es sind wirklich andauernd alle zu mir gekommen und haben gefragt, ob alles in Ordnung ist, ob sie irgendetwas helfen können und also das Team hier ist schon gut und ich glaube die sind auch grad wenn jemand neu und frisch anfängt, unterstützen die einen schon sehr. Doch, kann ich schon sagen. Interviewerin: Und das hat das dann so ein bisschen Befragte/r B: Ja, hat mich auf jeden Fall über die erste Zeit gebracht. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerEntwicklungsunterstützung | Nr. 7, Teil 2, Befragte-r | 15 | Reflexion | die Gespräche die dann über das halbe Jahr am Anfang geführt wurden, haben auch schon dazu beigetragen, denke ich dass man darüber überhaupt erstmal nachgedacht hat, was man für eine Entwicklung gemacht hat, in der Zeit, |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerEntwicklungsunterstützung | Nr. 9, Befragte-r B | 13 | Planung | es ist auch ganz nett wenn man sich das so durchliest, was in der ersten Woche von einem verlangt wird, dann denkt man okay, das kriege ich grad noch hin, das ist alles nicht so schlimm. Das ist, das wird nicht so hoch gesteckt. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerEntwicklungsunterstützung Sicherheit | Nr. 2, Befragte B | 35 | Sicherheit | Also, ich hab, also immer zum Schluss weiter immer mehr Sicherheit gekriegt und dann auch wirklich das Gefühl gehabt, so jetzt kann ich auch mal alleine, also ich hatte dann irgendwann das Gefühl, jetzt will ich auch alleine |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerEntwicklungsunterstützung Sicherheit | Nr. 6, Befragte-r A | 35 | Ängste nehmen | Aber klar, dieses Ranführen, die Ängste zu nehmen, dass ist sicherlich auf alle Fälle Aufgabe mit in der Einarbeitung da dran zu arbeiten und dem Kollegen das zu nehmen dass er da schnell Sicherheit bekommt. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerEntwicklungsunterstützung Sicherheit | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r | 27 | Ansprechpartner | Also ich meine auch unter anderem, dass die Kollegen immer da waren. Dass die Kollegen auch wirklich und die Ärzte teilweise ja auch viele Fragen beantwortet haben, die ich so hatte. Und wenn ich am Bett gestanden hab mit „Hallo, Hilfe.“ war auch immer einer gleich da. Also von daher. War das eigentlich ja, auch was was Sicherheit gab |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerGesundheit | Nr. 3, Befragte-r A | 28 | Beurteilung | dass er uns doch wieder verlassen hat. Er war ein Kollege der sehr schnell hektisch wurde, panisch. Also man hat es ihm angesehen, er wurde rot, hat hektische Flecken gekriegt, nervös und hat in solchen Situationen nicht dann besser gearbeitet, sondern deutlich schlechter gearbeitet. Wenn er dann eben wirklich, ich hatte das Gefühl gehabt, er steht psychisch unter Druck. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerGesundheit | Nr. 3, Befragte-r A | 28 | Druck | Weil es gibt wirklich Kollegen, die haben grad zum Anfang sind, stehen sie doll unter Druck, |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerGesundheit | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 51 | Krankheit | Burn-Out |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerGesundheit | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 51 | Krankheit | Also dass Menschen durch Überforderung, Überbelastung dann irgendwann physisch, psychisch krank werden. Also in dem Fall ja psychisch, aber das hat ja auch physische Auswirkung und in dem Menschen gut eingearbeitet sind, also so eine gewisse Sicherheit bekommen, also diese Ängste dann auch genommen werden |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerGesundheit | Nr. 6, Befragte-r A | 35 | großer Input | Auf psychische schon, weil dafür ist der Intensivbereich zu speziell. Und was ich vorher schon mal sagte so, diese Distanz zu dem Ganzen, ne. Weil viele werden die erste Zeit massiv erschlagen genauso auch wie die Auszubildenden wenn die halt herkommen. Die wissen zwar so Intensiv Intensiv, aber wenn sie dann richtig rangeführt werden ist es schon so, dass sie dann auch so gewisse Ängste vor sichen so ein bisschen abbauen. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerGesundheit | Nr. 6, Befragte-r A | 35 | Stress | meisten sage ich mal psychisch doch schon so die physischen Auswirkungen mit dem Schweißperlen auf der Stirn. Also da hatte ich letztes Jahr irgendwann wirkliche einen Kollegen gehabt, der hat wirklich dicke Schweißtropfen erstmal gehabt die ersten ein, zwei Male, aber das bauen die dann einfach im Rahmen dessen nach, wo ich auch sage klar, die Routine fehlt, aber je mehr sie es mache, je routinierter wird's, umso mehr können sie auch |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerGesundheit | Nr. 2, Befragte B | 43 | Selbstzweifel | das dann chaotisch und die Einarbeitung schlecht läuft, dann nimmt man das mit nach Hause, finde ich doch. Man kriegt Selbstzweifel, ob das das richtige war, ja ein schlechtes Gefühl kriegt man dann schon, wenn die Einarbeitung nicht gut läuft. Dann hat man das Gefühl, man packt es nicht. Denke ich schon und das belastet |

| | | | | |
|---|-----------------------------|----|--------------------------------------|---|
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerGesundheit | Nr. 3, Befragte-r B | 62 | Stressbewältigung | Ich hab extrem viel Sport gemacht. Weil ich einfach echt einen hohen Stresslevel hatte und dann hab ich einfach die Erfahrung gemacht, ich bin abends ins Bett gegangen und ticker ticker, mein Kopf hat nicht abgeschaltet. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerVerlassensgedanken | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 47 | Rollenfindung | Es ist ein junger Mensch, der fängt erst an, damit kann der im Grunde genommen, damit kann er so viel anrichten, dass er sagt, ich kann den Beruf nicht machen. Ich habe mir das ganz anders vorgestellt. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerVerlassensgedanken | Nr. 3, Befragte-r B | 40 | eigenes Pflegeverständnis | Es ist ja furchtbar. Das ist gar nicht das was ich mir unter Pflege vorgestellt hab |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerWidersprüchliche Anforderungen | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 31 | Unterschiedliche Arbeitstechniken | wenn jemand dir das anders zeigt, frag einfach warum es so ist. Kann man dir das adäquat erklären oder logisch erklären, dann ne, kann man gerne drüber reden. Denn es gibt viele Möglichkeiten, wie man Sachen machen kann, |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerWidersprüchliche Anforderungen | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 43 | fehlende Einheit | Das haben wir zehn mal umgeschmissen, als ich in der Einarbeitung war. Das war das irgendwie, ne, wir schreiben das jetzt so und so und da kam ständig was Neues wo ich dann gedacht hab, Hallo, was ist hier los. Irgendwo muss doch hier ein Standart hinterlegt sein, wie ihr das macht. So und in der Einarbeitung kam das dann bei manchen Dingen doch durch, dass es noch keine richtigen Standards gibt. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerWidersprüchliche Anforderungen | Nr. 10, Befragte-r B | 39 | Standards | Also, beziehungsweise, ne ich würde sagen nicht, das liegt bestimmt auch mit daran, dass ich hier ganz viel mit Standards gearbeitet wird, was ich auch als total hilfreich empfunden hab, und auch immer noch empfinde und klar, macht der eine das vielleicht so und er andere so und das wird aber immer von den Einarbeitern, wird immer betont, ich mache das so, ein anderer macht das vielleicht so, und du musst dann am Ende nachher selber rauskriegen, wie man |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die | Nr. 3, Befragte-r B | 40 | Grenzsituationen | wenn hier jemand tachykard wird oder totale starke Rhythmusstörung kriegt da war mein Adrenalinpegel aber sowas von hoch am Anfang. Oder wenn die sich die Luft weggepresst haben, da nichts mehr reingeht, der Blutdruck runter rauscht, da habe ich hier auch irgendwann man angefangen zu heulen. Aber wirklich volles Rohr, nachdem das direkt gut war dann haben mich erstmal alle begöckelt |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die Berufseinsteiger Arbeitszufriedenheit | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 31 | Integration ins Team | Also ob man sich jetzt gut aufgenommen fühlt in einem Team, oder überhaupt von dem Kollegen gut eingeführt, wenn man selber geht natürlich schon mit einer gewissen Art in so ein Team rein und versucht irgendwie so seinen |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerEntwicklungsunterstützung Sicherheit | Nr. 10, Befragte-r B | 27 | Übernahme der Verantwortung | sondern da aus der Verantwortungsgeschichte bin ich glaube ich noch so ein bisschen rausgezogen worden, ja sondern, dass die hat der Mentor irgendwie. Ja. Interviewerin: Was war das für ein Gefühl? 08:54:7 Befragte/r B: Ein gutes. Also hat mir Sicherheit gegeben. |
| Wirkung der Einarbeitung Auswirkungen auf die BerufseinsteigerEntwicklungsunterstützung Sicherheit | Nr. 10, Befragte-r B | 45 | Übung | dass ich es immer einmal gesehen habe, also wenn mir das jemand theoretisch erklärt, dann bringt mir das immer nicht so viel, als wenn ich das praktisch auch irgendwie drei, vier Mal gesehen habe, dann fühl ich mich einfach viel sicherer, |

K4 Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team

Definition: Die Auswirkungen beinhalten alle Aspekte, die auf die Berufsgruppen, die ebenfalls auf dieser Station arbeiten, in der Eingewöhnungszeit von Berufseinsteigern, einwirken.

die Inhalte, die Ziele und die Erwartungen an die Einuarbeitenden.

Kodierregeln: Alle Aussagen und Inhalte, die die definierten Themen betreffen, werden codiert.

| Code | Dokumentname | Absatz | Paraphrase | Ankerbeispiel |
|---|----------------------------|--------|-----------------------------------|--|
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team | Nr. 3, Befragte-r A | 36 | Beteiligung aller Kollegen | Sie müssen natürlich auch an die Einarbeitung mit zugezogen werden. Es gibt davon Kollegen die das mit gerne machen. Es gibt aber auch Kollegen, die sagen, sie sind überfordert oder die das überhaupt nicht gerne machen. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 43 | Beteiligung der Ärzte | Also unsere Ärzte beteiligen sich auch daran. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 45 | Beteiligung der Ärzte | dass ich dann dem Arzt sage, so, wenn du jetzt den PA ziehst, dann sag bitte Bescheid, damit der Kollege, die Kollegin, halt das sehen kann und dann auch mal sieht, wie so ein PA aussieht und dann erklären die auch total gerne. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team | Nr. 11, Befragte-r A | 68 | Mehrarbeit für das Team | Also es kommt vor, dass das Team mehr arbeiten muss, weil man einarbeitet. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team | Nr. 11, Befragte-r A | 68 | Transparenz | dass das Team natürlich mitbekommt, das ein anderer Kollege da heranwächst, der uns unterstützt. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden | Nr. 3, Befragte-r A | 42 | mehr Zeit | Manchmal denke ich, ich könnte noch mehr Zeit investieren |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden | Nr. 3, Befragte-r A | 42 | mehrere Begleitungen gleichzeitig | Es gibt ja manchmal Tage, wo wir zwei drei neue Kollegen haben. Wir haben Weiterbildende, wir haben jetzt Schüler und da habe ich das Gefühl ich vergesse irgendwann zwischendurch. Also dass es mir manchmal dann doch zu viel wird und ich das Gefühl hab, ich bin nicht hundert |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden | Nr. 3, Befragte-r A | 48 | Desozialisierung | Wo ich aber als Nachteil ganz oft, wir haben so eine, zum Beispiel wenn ich Frühdienst hab und wir haben über, haben eine Überlappungszeit, da sitzen vielleicht die Kollegen und Klönen und ich habe in der Zeit noch diverse andere Aufgaben, die ich dann erledige. Weil ich mach das ganz oft erst erledige, wenn ich meine Patienten abgegeben habe und das ist dann schon, wo ich denke: Mensch, ich könnte ja auch, ich krieg dann gar nicht mehr mit, was die Kollegen so |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden | Nr. 3, Befragte-r A | 50 | fehlende Anerkennung | Ich glaube die meisten Kollegen sehen das nicht. Was man noch so nebenbei macht. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 25 | Belastung | Also es kann manchmal zur Belastung werden |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 25 | Aufwand | es kostet auch Energie |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 25 | Dauerhaft Einarbeitungen | Also das ist so und dann, das ist so eine, also man ist nie fertig. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 31 | zusätzliche Belastungen | Also wenn es irgendwelche fachliche Fragen gibt, dann kommen die meistens zu mir. Also ich werde ständig irgendwas gefragt und das zeigt mir ja schon, dass man irgendwie, also das ist ja auch eine Wertschätzung. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 33 | zusätzliche Belastungen | Weil man ja dann, dadurch auch mal, also man ist immer greifbar. Also man, es ist ganz selten so, das ich eigentlich nur meine eigentliche Arbeit mache. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden | Nr. 11, Befragte-r A | 42 | Verantwortungsübernahme | wenn ein Fehler passiert oder so, dass ich dafür dann grade stehe, oder den, den eingestehe und dann losgehe und sage, dass da was gewesen ist, weil, ja wie sagen wir da, der neue Kollege steht da unter Welpenschutz |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 31 | Spaß Wissensvermittlung | weil es mir sehr viel Spaß gebracht hat, ich gerne viel erzählt habe, mein Wissen auch geteilt habe oder teile, mir das umso mehr Spaß bringt, wenn ich weiß, jemand möchte sich an meinem Wissen bereichern, dies halt abfragt und ich dann natürlich bei der Gegenkontrolle merke, der- oder diejenige behält das oder hat das wirklich so eins zu eins umgesetzt. Es ist für mich einfach, ja, ne Freude zu sagen, mensch super, er hat Interesse und kann sich mit meinem Wissen an dieser, an diesem Bereich dann halt etablieren |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 35 | berufliche Weiterentwicklung | bin ich eigentlich ständig immer dabei mich weiter zu entwickeln, weil viele Sachen die macht man dann und irgendwann vergisst man diese Zusammenhänge und muss sich dann immer neu belesen wenn man das dann halt regelmäßig macht, dann muss man ja auch zwangsläufig sich mal auch zuhause hinsetzen und dann mal Sachen nachlesen und daher ist es doch eine schon eine |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen | Nr. 3, Befragte-r A | 40 | Motivation | ich möchte da was verändern und möchte nicht immer nur drüber schimpfen. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen | Nr. 3, Befragte-r A | 48 | Vorteil | kannst du Praxisanleitertreffen, gleich zweimal im Jahr. Was immer ganz nett ist, mal raus zu kommen. Es ist ja auch Arbeitszeit. Oder hier im Haus dann mal zum Praxisanleitertreffen. |

| | | | | |
|--|----------------------------|----|--|---|
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen | Nr. 3, Befragte-r A | 48 | Motivation | kümmere mich mal um was anderes |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen | Nr. 3, Befragte-r A | 54 | Motivation | der Kontakt mit den anderen Menschen. Also in der Zeit bin ich ja dann nicht immer alleine am Bett und mache so mein Ding, so wie die anderen Kollegen. Ich bin mit einer weiteren Person am Bett, kann mich austauschen. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 25 | Weiterentwicklung | Also es verändert sich auch ständig was und es ist auch so, dass ich auch jedes Mal was mitnehme. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen | Nr. 8, Teil 1, Befragte-r | 28 | Wissenserweiterung | Sie gibt mir auf jeden Fall den Grund immer wieder Sachen auch nachzulesen und nachzuarbeiten. Also ich muss selber immer, ja, ich muss viel Literatur lesen. Ich muss mich zu verschiedenen Themen, dadurch dass wir ja wirklich auf allen Stationen sind. Ja, muss ich viel für mich tun, damit ich auch auf dem Wissensstand bin. Was macht das noch mit |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen Anerkennung | Nr. 3, Befragte-r A | 38 | Anerkennung | Also ich krieg von manchen Kollegen eben zu hören, Mensch du, schön, dass du das so und so, dass du das so und so gut machst. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen Anerkennung | Nr. 6, Befragte-r A | 27 | Vergütung | 35 brutto jeden Monat laut Tarifvertrag |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen | Nr. 11, Befragte-r A | 60 | Wertigkeit | im Team ist die Wertigkeit ein bisschen höher angesetzt, vielleicht. Geld krieg ich nicht mehr. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Motivation Einarbeitung durchzuführen Anerkennung | Nr. 10, Befragte-r B | 63 | Rücksicht | das ist wirklich bei allen, wie ich vorhin sagte irgendwie bei der Einteilung morgens, oder bei, zu welchem Dienstbeginn einfach Einarbeitung hat wirklich bei allen Vorrang und es wird zu 100 Prozent akzeptiert und unterstützt |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 11 | fehlende Einheit | was ja das größte Problem immer ist: Jeder macht das ja nach bestem Wissen und Gewissen, |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 19 | erschwerte Dienstplung | ist es doch schon relativ schwierig, das im Nachhinein hinauszuzögern, weil die Dienstpläne werden zum 15., beziehungsweise zum 20. geschrieben werden. Da dann nochmal zu sagen, wir müssen alles umstellen, weil der oder die eine dann jetzt noch mitlaufen soll und da da jetzt halt Arbeit kriegen soll. Das ist jetzt halt sehr sehr mühsam. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 23 | Zeit | das nimmt halt sehr viel Zeit, die wir dann nicht haben. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 37 | Rückrad | Man muss das gewisse Standing haben, |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 3, Befragte-r A | 22 | Ablauf entgegen des Plans | aber Personalmangel, wir kennen es, kann mal schnell passieren und schon hat man drei Patienten zu dritt zu versorgen und ähm ist natürlich nicht das optimalste. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 3, Befragte-r A | 36 | Einmischen | Es gibt eben Kollegen, die sich einmischen bei einer Einarbeitung, trotz dass sie eigentlich gar nichts mit zu tun haben, immer ihren Kommentar dazu geben müssen, |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 13 | Generationsunterschiede | Es ist ja auch eine Generationssache |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 19 | Individualität | man muss den Menschen ja auch immer da abholen, wo er gerade ist. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 33 | zusätzliche Belastungen | Also ich bin zusätzlich, dann auch fast immer wenn ich da bin, in Schichtleitung. Und # |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 35 | ablauf entgegen des Plans Belastung | Oder manchmal ist es so, wenn wir Personell schlecht besetzt sind, und wir können nicht nur zwei Patienten versorgen in der Einarbeitung, sondern drei und der neue Mitarbeiter ist aber noch gar nicht so weit. Also das überfordert ihn und überfordert mich. |
| Auswirkungen auf das multiprofessionelle Team Auswirkung auf die Einarbeitenden Schwierigkeiten bei der Durchführung | Nr. 6, Befragte-r A | 13 | seltene Therapien | weil das ist wirklich dann Zufall wenn genau an dem oder am Ende der sechs Wochen, wenn derjenige sicher ist zu sagen, das Gerät dann aufgerüstet wird, weil meistens hat man selber dann zu tun, wie war das jetzt nochmal, weil das ist eben immer halt die Frage, wie man da Routine reinkriegt u |

K5 Personalmanagement

Definition: Die Auswirkungen beinhalten alle Aspekte, die auf die Berufseinsteiger im Rahmen der Einarbeitung in das Handlungsfeld während der Eingewöhnungszeit einwirken. Diese Aspekte beziehen sich auf die Themen des Personalmanagements.

Kodierregeln: Alle Aussagen und Inhalte, die die definierten Themen betreffen, werden codiert.

| Code | Dokumentname | Absatz | Paraphrase | Ankerbeispiel |
|--|---------------------------|--------|-----------------------------|---|
| Personalmanagement\Einfluss auf Fluktuation\ Fluktuationsgründe | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r | 49 | Fluktuationsgründe | Persönliche Weiterbildung, Studium, ähm... (5) Kinder, also sprich Schwangere, Schichtdienstbelastung, sowie Wechseldienst und Wochenenddienst. Das sind eigentlich so diese Hauptsachen. Und wenn natürlich Leute sich weiterentwickeln möchten oder im Bereich Cardiochirurgie, Neurochirurgie, dass man da halt weiter sich entwickeln beziehungsweise woanders Arbeitgeber sucht. |
| Personalmanagement\Einfluss auf Fluktuation\ Fluktuationsgründe | Nr. 3, Befragte-r A | 60 | Fluktuationsgründe | Es sind eher persönlich Probleme oder eher, es gibt hier Kollegen, die unsere Station verlassen, weil sie mit der Arbeitsweise vielleicht nicht mehr zufrieden sind. Die sich weiterentwickeln wollen. |
| Personalmanagement\ Einfluss auf | Nr. 3, Befragte-r A | 60 | Unabhängig von Einarbeitung | In der Regel verlassen so frisch eingearbeitete Kollegen unsere Station nicht. |
| Personalmanagement\Einfluss auf Fluktuation\ Fluktuationsgründe | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 25 | Wohnortwechsel | aus allen möglichen Gebieten Leute und die bleiben dann vielleicht ein, zwei Jahre und dann gehen sie wieder woanders hin. Das ist normal. Also das darf man dann auch nicht persönlich nehmen. |
| Personalmanagement\Einfluss auf Fluktuation\ Fluktuationsgründe | Nr. 4, Teil 2, Befragte-r | 53 | Fluktuationsgründe | Ganz unterschiedliche Gründe. (4) Persönliche Gründe. Es, ähm, wir haben auch viele Mitarbeiter, die irgendwie aus anderen Städten kommen, die dann zurück wieder in die Heimat wollen. Was weiß ich, die sagen, ich will jetzt aber in eine andere Stadt, ich war jetzt lange genug in Hamburg. Gründe dass die sagen, mir ist das auch hier zu viel Arbeit. Also es ist einfach zu heftig. Oder die sagen, ich will mal ein anderes Fachgebiet sehen. Herzchirurgie ist mir zu speziell. Also alles Mögliche. Oder die sagen, also Intensiv habe ich mir anders vorgestellt. Aber das ist, das ist Querbeet. Also da gibt es ganz viele Gründe. Oder es gibt auch, wir hatten auch schon Mitarbeiter, die dann im Team zerstritten waren, wo es dann erst Freundschaft dann Feindschaft gab, wo das nicht |
| Personalmanagement\Einfluss auf Fluktuation\ Fluktuationsgründe | Nr. 6, Befragte-r A | 39 | Unabhängig von Einarbeitung | aufgrund der Liebe in eine andere Stadt zieht. Hatten wir jetzt eine Kollegin grade. Die halt in den Süddeutschen Raum gezogen ist. Aber die Letzten die genannten sind waren eigentlich nicht unbedingt jetzt weil die Einarbeitung schlecht war. Das waren eher dann persönliche Gründe die im Laufe der Zeit sich entwickelt haben auf Station oder private Veränderungen, die das dann mit sich gezogen haben, aber mir ist nicht bekannt, dass einer sagte die Einarbeitung war jetzt so ungesund, dass ich da mich vom Acker machen |
| Personalmanagement\Einfluss auf Fluktuation\ Fluktuationsgründe | Nr. 8, Teil 3, Befragte-r | 21 | Weiterempfehlung | Auch in hohem Maße. Also auch das denke ich ist, Fluktuation, es gibt natürlich immer die die sagen mein Freund geht nach da und da und da geh ich mit. Aber auch das gehört zu diesem Punkt, denke ich. Denn ein Mitarbeiter der zufrieden ist, der sich strukturiert eingearbeitet fühlt und der das Gefühl hat, es lässt sich auch jemand Zeit und er kann auch daran in Ruhe wachsen, der ist natürlich zufriedener und auch sicherer in seinem Job. Und hat vielleicht auch eher nochmal Luft sich weiterzubilden. |
| Personalmanagement\Einfluss auf Fluktuation\ Fluktuationsgründe | Nr. 11, Befragte-r A | 74 | Fluktuationsgründe | Befragte/r A: Generell, ja einige möchten was anderes sehen, die noch keine andere Intensivstation gesehen haben die nämlich hier waren die können dann gerne mal wechseln, dann gibt's welche wieder die ziehen weg, dass die dann wechseln, für manche ist der Arbeitsaufwand zu hoch und sagen sie sehen weg. (9) Ja das sind eigentlich so Sachen. |
| Personalmanagement\Einfluss auf Fluktuation\ Fluktuationsgründe | Nr. 2, Befragte B | 77 | Personalmangel | Also Personalmangel, dass man tatsächlich unterbesetzt hier arbeitet, was ich in grade in der Abteilung schlimm finde und ich das auch merke, dass das körperlich und geistig ein bisschen anstrengender ist, ob man nun hier unterbesetzt ist, oder auf einer anderen Station und (4) ja, das Patientenklientel ändert sich doch ziemlich stark in dieser Station wo man sagt, dafür wollte ich jetzt nicht auf Intensiv gehen ne, so ja. Das denke ich. Also () ja |

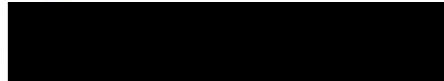
| | | | | |
|--|----------------------------|----|--|---|
| Personalmanagement Einfluss auf Fluktuation Fluktuationsgründe | Nr. 7, Teil 2, Befragte-r | 21 | Fluktuationsgründe | der Schichtdienst mein Privatleben irgendwo frisst. |
| Personalmanagement Einfluss auf Fluktuation Fluktuationsgründe | Nr. 9, Befragte-r B | 50 | Fluktuationsgründe | weil Leute sich wieder entschließen, oh ich geh doch noch studieren oder ich geh ins Ausland oder ja, ich brauch einfach nochmal was anderes. Ich kann hier nicht für den Rest meines Lebens bleiben und und und. Was es nicht alles für Gründe gibt. |
| Personalmanagement Einfluss auf Fluktuation Fluktuationsgründe | Nr. 9, Befragte-r B | 54 | Integration ins Team | Wenn das Team nicht gut wär, wär ich längst weg. |
| Personalmanagement Einfluss auf Fluktuation Fluktuationsgründe | Nr. 9, Befragte-r B | 58 | unzufriedenstellende Einarbeitung | Befragte/r B: (...) Mit Sicherheit. Also wenn die Einarbeitung schlecht läuft, ich wär hier nach drei Monaten weg gewesen. Wenn ich danach nicht gedacht hätte ich könnte das. Am Anfang hätte ich wirklich nicht gedacht, dass das gehen würde. Ich hab gedacht, ich guck mir das jetzt an und mir wurde aber auch im Vorstellungsgespräch gesagt, wenn das dann nicht geht, dann gucken wir weiter und dann kriegst du hier einen anderen Job. Also wenn ich nach den drei Monaten nicht soweit gewesen wäre, dass ich schon irgendwie so viel wissen hatte, dass ich dass ich mir das so zugetraut hätte dass ich schon davon ausgegangen bin, dass die Patienten mich überlegen sozusagen, wenn man das jetzt mal so krass ausdrückt. Dann wäre ich hier definitiv nicht geblieben und in der Zeit wächst man ja so auch ins Team rein, dass man eben man ist auch ganz klar, ich war relativ lange in dieser Schülerrolle. Zumindest habe ich mich da empfunden. Jetzt auch, das hat nicht mit der Einarbeitung aufgehört, ich hab danach ja noch lange fragen müssen. Und bis man dann so im Team ankommt auf der gleichen Augenhöhe. Das hat zumindest für ich recht lange gedauert. |
| Personalmanagement Einfluss auf Fluktuation Fluktuationsgründe | Nr. 10, Befragte-r B | 59 | Art der Einarbeitung | eben zum Beispiel bei uns auf der IMC Station, das sind, also im Prinzip ist es eine Station, und wir haben aber zwei Teams, also das heißt, die Leute von der IMC Station arbeiten nicht auf der Intensivseite aber andersrum schon. Und auf der Intensiv, auf der IMC Seite haben wir eine unglaublich hohe Fluktuation, also die Leute kommen und gehen echt wie es Brötchen backen, fast, und da ist eben dann eine ganz, ganz schwierige Einarbeitungszeit möglich nur, das heißt auch ganz junge Kollegen, also was heißt junge Kollegen, die halt relativ frisch hier selber angefangen haben, müssen sofort auch wieder neue Leute einarbeiten und deshalb sinkt meiner Meinung nach die Qualität von der Einarbeitung und das macht mit Sicherheit eine Unzufriedenheit und deshalb entscheiden die Leute, ne ich |
| Personalmanagement Mitarbeiterbindung | Nr. 3, Befragte-r A | 32 | Zukunftsperspektiven Fluktuationsgründe | Ob man dann im Unternehmen bleibt, das glaube ich nicht. Das kommt immer darauf an, was für Zukunftsperspektiven man vielleicht noch hat. Also je nachdem. Also wir hatten vielleicht auch eine Kollegin gehabt, die haben wir hier eingearbeitet. Da gab es auch keine Probleme, die kam von einer anderen Intensivstation und sie ist wieder irgendwann später zurück zu ihrer alten Intensivstation gegangen, weil sie einfach sagte, das ist nicht ihr, ihre Arbeitsweise, wie sie hier gern arbeiten würde. Weil Krankheitsbilder und so. Sie möchte wieder zurückgehen. Also das ist finde ich, das kann man dann nicht, finde ich, auf die Einarbeitung zurück schließen, das hat dann eher was Individuelles zu tun. |
| Personalmanagement Mitarbeiterbindung | Nr. 7, Teil 2, Befragte-r | 11 | Integration ins Team | Mitarbeiterbindung würd ich sagen, mhm, die Bindung kommt ja erst, wenn man im Team angekommen ist und die Einarbeitung trägt zwar dazu bei dass man irgendwie in einem Team sich findet, aber, ich finde dafür war die Einarbeitungszeit einfach zu kurz um wirklich in so einem Team anzukommen und seinen Platz zu finden das war wirklich das erste halbe Jahr würd ich sagen wo das erst sich festigte so würd ich sagen da ist die Bindung ein Stück weit stärker geworden, am Anfang war sie sehr lose für mich |
| Personalmanagement Mitarbeiterentwicklung | Nr. 1 Teil 1, Befragte-r A | 39 | Entwicklung | immer auf denjenigen kommt es immer drauf an, möchte er dies oder möchte er das halt nicht, ne. Es gibt auch natürlich Leute, die machen einen riesen Sprung innerhalb der ersten sechs Monate, eignen sich diese Basics an aber dann ist dann halt Stopp und sie entwickeln sich halt nicht weiter. Und das kriegt man dann halt, was weiß ich, an Übergaben oder an Erklärung so, wo man denkt „naja, gut, dass weiß ich aber diese Wortwahl, diese Krankheitsbedeutung...“ Das es sind nur so Kleinigkeiten wo man dann merkt, er oder sie hat sich einfach nicht mehr weiterentwickelt nach diesen sechs |
| Personalmanagement Mitarbeitergewinnung | Nr. 6, Befragte-r A | 37 | Weiterempfehlung | Freundeskreis irgendwie auch Leute sind oder vor allem bei Auszubildenden oder Facharbeiterzubildenden die das auch in andere Häuser entsprechend, och da im Haus A war das doch ganz toll und ganz nett gewesen irgendwie. |

| | | | | |
|--|-----------------------------|----|--------------|--|
| Personalmanagement/Mitarbeitergewinnung | Nr. 11, Befragte-r A | 81 | Information | Interviewerin: Und in dem Rahmen wird dann auch das Einarbeitungskonzept vorgestellt, das derjenige weiß, worauf er sich einlassen kann? Befragte/r A: //Genau, genau, genau.// Und, ja, Doch. Und meistens ist, dass die gehen oftmals auch auf die andere Intensiv und gucken sich dann beide an zu, also wird immer vorgeschlagen von der Pflegedienstleitung und dann kommt noch drauf an, wie gut man auf der Hospitation geführt wird, das ist dann meistens aber so dass sie dann hier, hierher dann kommen. Wie gesagt und es geht dann die Intensivwelt ist klein. |
| Personalmanagement/Mitarbeitergewinnung | Nr. 7, Teil 2, Befragte-r | 13 | Entscheidung | Gewinnung, (...) Ja, wie gesagt das hatten wir ja schon (...) ja war schon ein Argument ein Plus in meiner Liste die ich mir geschrieben habe, wo ich dann gesagt hab, gut ok die haben eine längere Einarbeitungszeit, also war schon ein Punkt der dann dazu geführt hat dass ich eher gewonnen wurde, als Mitarbeiterin, so das war für mich auf jeden Fall ein Punkt. |
| Personalmanagement/Mitarbeitergewinnung/ Info vor Einarbeitung | Nr. 11, Befragte-r A | 80 | Hospitation | Wir machen ja so Hospitationstage |
| Personalmanagement/Mitarbeitergewinnung/ Info vor Einarbeitung | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 13 | Information | Also als ich mich beworben hab, ja gut, es liegt schon alles so ein bisschen zurück, da muss ich jetzt nochmal wühlen in meinem Kopf. Doch also ich hab während des Bewerbungsgesprächs, also erstmal das Gespräch gehabt und dann sind wir auch nochmal schon über die Station gegangen und ich durfte schon recht viel sehen von der Station und wurde auch aufgeklärt, wie eingearbeitet wird. Also dass es eine vierwöchige Einarbeitung ist und dass man dann immer einen Kollegen an seiner Seite hat |
| Personalmanagement/Mitarbeitergewinnung/ Info vor Einarbeitung/ Entscheidungsbeeinflussung durch Einarbeitung | Nr. 7, Teil 1, Befragte-r B | 13 | Entscheidung | War ja für mich auch wichtig, weil ich war ja frisch examiniert und wo ich dann gesagt hab, ok, hä, Intensiv und dann gleich alleine wär schlecht und von daher war das für mich auch so ein Kriterium wo ich gesagt hab, es gab Stationen wo ich mich beworben hab, wo es noch weniger Zeit war oder sehr lockere Verhältnisse, wo ich dann gesagt hab, das ist mir zu wenig. Und von daher war das mit so ein Kriterium auch. Muss ich sagen. |
| Personalmanagement/Mitarbeitergewinnung/ Info vor Einarbeitung/ Entscheidungsbeeinflussung durch Einarbeitung | Nr. 9, Befragte-r B | 11 | Entscheidung | dass man drei Monate erstmal hat, hat mich schon sehr beruhigt. Dass das jetzt, weil sonst hätte ich das gar nicht machen können. |

9 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Wedel, den 07.09.2015



Birte Vehlow