

Pflegewissenschaft

www.pflege-wissenschaft.info

**SONDERAUSGABE:
DIE CORONA-PANDEMIE**



Interdisziplinäre Aspekte der Corona-Pandemie und
deren Implikationen für Pflege und Gesellschaft

COVID 19 – Ohn- und Deutungsmacht in der Krise

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir sind in einer Krise mit kaum absehbaren Folgen für die Gesundheitsversorgung, die Daseinsorge, die Bildung, das soziale Miteinander, die Wirtschaft und das eigene Leben. Eine unklare Datenlage und ein großer Interpretationsspielraum in der Bewertung der SARS-CoV2-/Covid-19-Datenlage führen nicht nur zu persönlichen Unsicherheiten (Was wird noch kommen?), sondern auch zu einem Ringen um die Deutungshoheit. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler müssen sich der Begrenztheit der Daten bewusst sein und kritisch die Konsequenzen von daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen reflektieren. Denn in der Prognose zu Verbreitung, Verlaufsformen und Mortalität von COVID-19 bewegen wir uns derzeit (Stand April 2020) im Stadium von Modellrechnungen, die mit statistischen Unsicherheiten behaftet sind und die je nach konservativer oder progressiver Auslegung der unterschiedlichen Konsequenzen haben, die stets (ethische) Dilemmata nach sich ziehen. Prominent sind dabei die Abwägungen „Bewegungsfreiheit junger Menschen vs. Gesundheitsschutz der Älteren“, die Triage im Fall begrenzter Beatmungsmöglichkeiten oder das Dilemma „Lebensqualität vs. Gesundheitsschutz in Altenpflegeeinrichtung“. Egal für was man sich entscheidet, irgendjemand wird immer leiden – was die Tragik der Situation ausmacht. Hierzu ist ein breiter gesellschaftlicher Diskurs und eine professionsübergreifende Zusammenarbeit notwendig. Dies fehlt aber derzeit (noch).

In dieser unsicheren Welt sind Phasen wechselnder Deutungshoheiten festzustellen. Zunächst waren die Virologen bestimmend, dann die Epidemiologen, dann die Intensivmediziner. Der Verlauf lässt sich an der medialen Präsenz, aber auch an laufenden Forschungsförderlinien und laufender Forschung festmachen. Wo bleibt die Pflegewissenschaft? Sie (die Lehrenden, die Fachbereiche und die Fakultäten) funktionieren in der Bewältigung der Krise, in dem Versuch Lehre sicherzustellen und Pflegestudierende im Spannungsfeld von Praxis und Studium zu begleiten und doch sind sie öffentlich kaum wahrnehmbar. Im öffentlichen Diskurs, wie er sich in Zeitungen oder Talkshows entfaltet, sind andere Professionen im Vordergrund. Die vermeintlich gesellschaftliche Anerkennung in Form abendlicher Klatschsalven (siehe den Beitrag von Fischer et al. in dieser Ausgabe) findet keine Entsprechung in der Anerkennung als wissenschaftlichen Disziplin in der Öffentlichkeit. Die Deutungsmacht obliegt anderen Professionen – noch – denn es ist absehbar, dass nach einer Phase der Reduktion professionellen und wissenschaftlichen Handelns auf die Gesundheit als oberste Maxime nun zunehmend auch ethische, soziale, psychologische und eben auch pflegerische Aspekte in den Blick kommen. Mit wachsender Kenntnis über Verlaufsformen, Mortalitätsraten und mögliche Therapien werden – das ist jedenfalls zu hoffen – vermehrt Fragen zur Versorgungs- und Verteilungsgerechtigkeit, der Lebensqualität in allen Bereichen des Gesundheitswesens, inkl. der häuslichen Umgebung und den Pflegeeinrichtungen aufkommen. „Wie überleben wir?“ wird durch die Leitfrage „Wie gestalten wir unsere Gesellschaft?“ verdrängt werden.

Das forsche und forschende Vorgehen anderer Fachdisziplinen war wesentliches Motiv für diese Sonderausgabe, denn es gilt inmitten des derzeitigen epidemiologisch und medizinischen Diskurses auch die pflegerischen und pflegewissenschaftlichen Dinge zu beleuchten und sich in den öffentlichen Diskurs einzumischen. Die große Resonanz beim Call for Papers verdeutlicht, dass es für die Pflege und aus der Pflege einiges mitzuteilen gibt. An einer ersten Videokonferenz zur Themensammlung nahmen 74 Personen aus Wissenschaft und Praxis teil, letztlich schafften 44 Beiträge den Weg durch die „fast-track“-Begutachtung.

Die Beiträge sind eine Anthologie von Positionspapieren, theoretischen Erörterung und ersten empirischen Befunden zu Beginn der Krise.

Ein großer Teil der Artikel beschreibt die derzeitigen **Problemlagen und die Versorgungswirklichkeiten** (1). Erste **Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis** mit Hinweisen und Empfehlungen zur Neu- und Umgestaltung der Gesundheitsversorgung sind eingegangen (2). Dabei werden neben der stationären Versorgung im Krankenhaus auch die wichtigen Bereiche der Langzeitversorgung und der ambulanten Versorgung aufgegriffen (3). Sechs Beiträge beleuchten die derzeitigen und drohenden **rechtlichen und ethischen Problemfelder** sowie die Verantwortung von Pflege und Gesellschaft in der Krise (4). Beiträge aus der Physiotherapie und dem Hebammenwesen tragen dem interprofessionellen Anspruch dieser Ausgabe Rechnung (5). Den Implikationen für den **Bildungsbereich** ist ein eigener Abschnitt gewidmet. Durch COVID-19 und die dadurch bedingten Einschränkungen hat auch die Digitalisierung im Bereich der Lehre einen Schub erfahren (6).

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach

CareLit[®]

hpsmedia

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

CORONA-SPECIAL

Nutzen Sie die Zeit Zuhause –
wir öffnen unsere ansonsten kosten-
pflichtige CareLit-Datenbank für Sie!

Sie erhalten Zugriff auf unsere exklusive
Corona-Literaturliste und auf mehr als
180.000 weitere Gesundheitsfachartikel!

www.carelit.de/corona.php

Sie suchen, wir finden.
www.carelit.de

Inhaltsverzeichnis

- 02 Editorial
Prof. Dr. Bernd Reuschenbach

Einführung in die Thematik

- 08 Einblick in die Geschichtsschreibung einer Pandemie – Beiträge zur Spanischen Grippe
Dr. phil. Felicitas Söhner
- 10 Einbindung von Pflegefachwissen im Rahmen der Pandemie
Pflegerische Selbstverwaltungen sollten dringend Teil der Krisenstäbe sein
Daniele Hunlede, M.A.; Cristina Thole, M.A.; Nora Wehrstedt, M.S.M.; Anja Wiedermann, Dipl. Pflegepäd. (FH)
- 15 Sorge oder Carearbeit in Zeiten von Corona
Prof. Dr. Barbara Hellige
- 18 Datenbasis verbessern.
Prävention gezielt weiterentwickeln.
Bürgerrechte wahren.
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Hedwig François-Kettner, Dr. med. Matthias Gruhl, Franz Knieps, Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske
- 21 Solidarität und Sozialität gegen Kontrolle und Aufrüstung
Kriegsanalogien in der Corona-Pandemie verstellen den Blick auf relevante Diskurse um Verletzlichkeit, Gerechtigkeit und Fürsorge in und durch die Pflege
Prof. Dr. Sandro Bliemetsrieder, Prof. Dr. Gabriele Fischer

- 27 Die Covid 19-Strategie – gesundheitliche und soziale Auswirkungen
Andrea Gundolf, M.Ed.

- 33 COVID-19 Pflege Studie
Erfahrungen von Pflegenden während der Pandemie – erste Teilergebnisse
Anke Begerow, M.Sc.; Uta Gaidys, PhD

Pflegepraxis & klinische Konzepte

- 38 COVID-19: Allgemeine Handlungsempfehlungen kurz zusammengefasst
Sabrina Pelz, M.Sc., APN; Arnold Kaltwasser, B.Sc.; Rolf Dubb, B.Sc. M.A.
- 41 Praxisbericht: Pflegerischer Alltag auf einer infektiologischen Normalstation im Krankenhaus vor dem Hintergrund der Pandemie durch die Coronaviruserkrankung (COVID-19)
Ilja Petkovic, B.Sc. Pflege, cand. M.Sc. ANP

- 44 Vorbereitung eines wirksamen COVID-19-Ausbruchsmanagements in stationären Pflegeeinrichtungen
Tobias Immenroth, M.A.

- 47 Umsetzung einer Empfehlung des Robert-Koch-Institutes im Kontext der Corona-Pandemie in die Strukturen und Prozesse eines Krankenhauses - Ein Praxisbericht
Patrick Roigk, M.A.; Prof. Dr. med. Clemens Becker

- 49 Die Zerstäubung von ätherischen Ölen in der Raumluft zur Prävention und/oder Behandlung von Infektionen der Atemwege
Erste Ergebnisse einer Literaturrecherche
Regina Stolz, M.A., RbP; Birgit Kröger, B.A.; Prof. Dr. Stefanie Joos, Prof. Dr. Cornelia Mahler, M.A., RbPmed.

- 53 Angst vor Corona – Bedrohung der Pflege durch die Logik eines Affekts
PD Dr. Till Jansen.

- 57 Psychische Gesundheit bei Gesundheitsfachpersonen während einer Pandemie – Auswirkungen und Bewältigung
Dr. sc. nat. Jutta Ernst, Dr. phil. Diana Staudacher, Gabi Brenner, Prof. Dr. phil. Heidi Petry

- 60 Covid-19 aus pflegediagnostischer Perspektive
Prof. Dr. Anke Helmbold, Andreas Schäfer, B.Sc.

Heimversorgung & Langzeitpflege

- 68 Positionspapier zu Covid-19/Corona in Pflegeheimen – ein besonderer Notfall
Birgit Hartleb M.A., Dipl. Pflegewirtin (FH), Prof. Dr. Martina Hasseler

- 72 Stay at [nursing] home! – Versorgungspotentiale erkennen & nutzen
Christina Manietta, MSc., RN; Mike Rommerskirch, BSc., RN; Rebecca Palm, PhD., RN; Prof.in Dr.in Martina Roes, RN

- 76 Das gegenwärtige Ausgangs- und Besuchsverbot in Pflegeheimen in Deutschland – eine kritische Reflektion aus der Perspektive der Angehörigen und der Gesundheitswissenschaften
Prof. Dr. Frauke Koppelin

- 79 Versorgung von außerstationär beatmeten Menschen in Zeiten der Corona-Pandemie – Ein Interview mit Maria-Cristina Hallwachs
Hanna Klingshirn

- 82 Der ältere Mensch und „Corona“ – aus der Sicht der Psychologie/Psychotherapie
Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer

Inhaltsverzeichnis

- 85** Care Work zu Hause
Die Versorgung von älteren Menschen durch osteuropäische Arbeitsmigrant_innen
*Prof.in Dr.in Olivia Dibelius,
Prof.in Dr.in Gudrun Piechotta-Henze*
- 87** Gefährdet die Covid-19-Pandemie die Stabilität häuslicher Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz? – eine Reflektion
*Kerstin Köhler, Jan Dreyer, Iris Hochgraeber,
Christiane Pinkert, Bernhard Holle*
- 91** Positionspapier: Schutz chronisch kranker Menschen vor COVID-19 – eine Aufgabe für mehr als ein paar Monate!
Dr. Daniela Schmitz, Manfred Fiedler
- 95** Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierte Gewalt
Erstversorgung unter Bedingungen der Sars-CoV-2-Pandemie
Laurette Rasch, Lena Plamp, Hürrem Tezcan-Güntekin

Ethik, Recht & Professionsfragen

- 100** Zeitlich begrenzte heilberufrechtliche Ausnahmევorschriften bei einer epidemischen Lage mit nationaler Tragweite: Pflegefachberufe dürfen den Ärzten vorbehaltene heilkundliche Tätigkeiten ausüben
Prof. Dr. iur. Gerhard Igl
- 103** Menschenrechte in der Pflege angesichts Covid 19 – und das Recht Pflegenden, sich im Arbeitsalltag nicht schuldig zu machen oder schuldig zu fühlen
Prof. Dr. Constanze Giese
- 106** Moralische Probleme und Dilemmata in der Corona-Krise
In Pandemiezeiten verändern sich die ethischen Fragestellungen im Sozial- und Gesundheitswesen
Carola Fromm, M.A.
- 109** Vertrauens- und kompetenzbasiertes Delegationsmodell in Zeiten von Corona
*Prof. Dr. Martina Hasseler; Stephanie Krebs, M.Sc.;
Anna Larina Lietz, M.Sc.*
- 112** Applaus, Applaus für Dein stilles Dulden... Variationen über das Thema „Anerkennung“
*Prof. Dr. Gabriele Fischer,
Prof. Dr. rer. cur. Maik H.-J. Winter,
Prof. Dr. rer. soc. Karin Reiber*
- 116** COVID-19 und die Rolle der Pflege(wissenschaft)
*Renate Stemmer, Erika Sirsch, Christa Bükler,
Bernhard Holle, Sasche Köpke*

- 118** Wenn nicht jetzt, wann dann?
Dr. Lena Marie Wirth, Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler
- 121** Solidarität – mehr als ein Schlagwort
Dr. Julia Inthorn
- 123** „Wer weiß, in welchem Labor das gezüchtet wurde...“
Mythen- und Verschwörungsbildung in Zeiten einer Pandemie aus Sicht der Pflege
Dr. phil. Sabine Wöhlke, Michael Hartwig

Therapie- & Hebammenwissenschaften

- 126** Wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten die interprofessionelle Behandlung von kritisch Kranken mit COVID-19 auf der Intensivstation unterstützen können
*Sabrina Grossenbacher-Eggmann, Isabelle Lehmann,
Joachim Schmidt, Martin L Verra*
- 132** Innovative Kommunikationswege in der Krise: Digitale Hebammenhilfe in Zeiten der Corona-Pandemie
Andrea Komlew, M.Sc.

Bildung, Didaktik & Schulungskonzepte

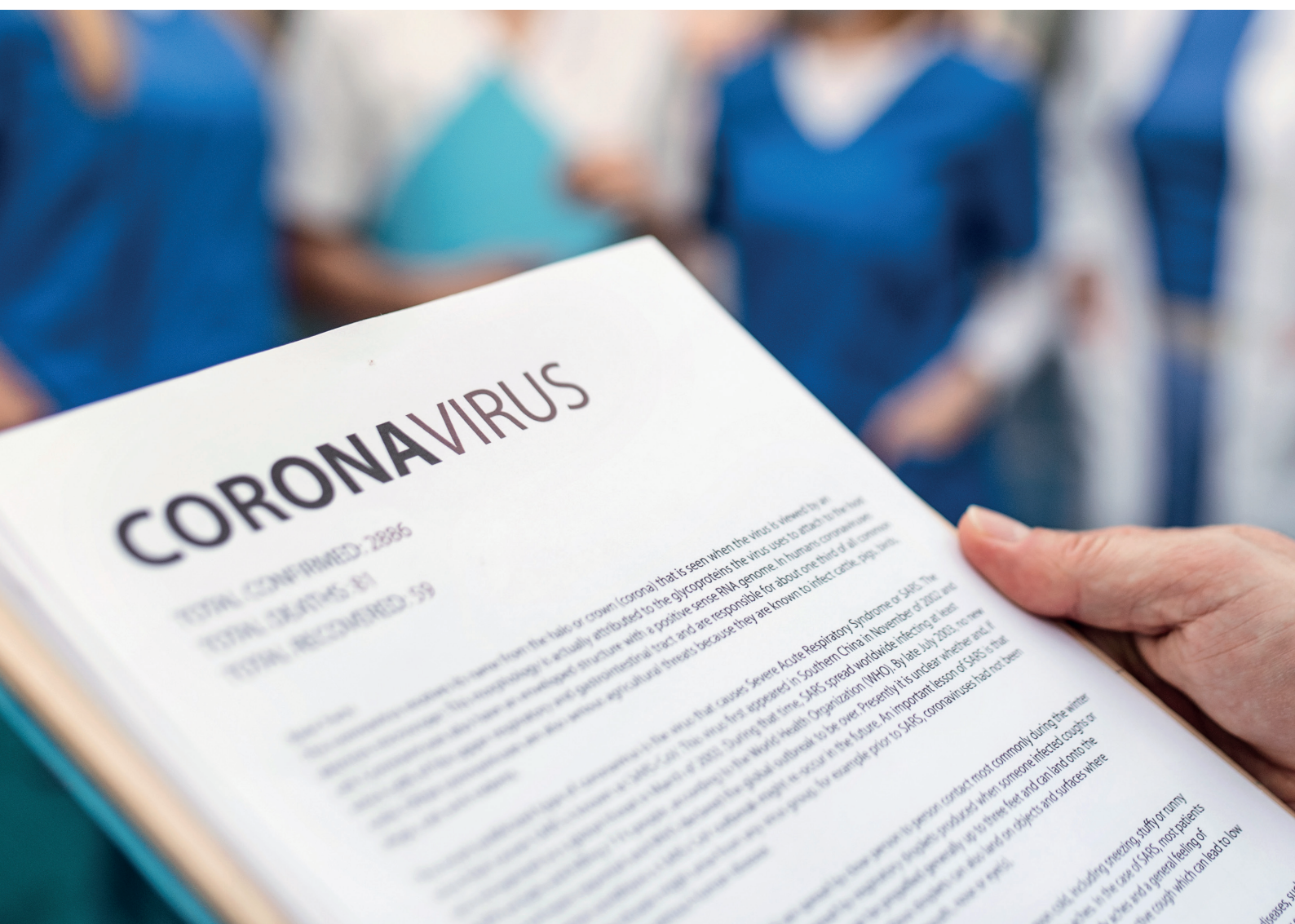
- 135** Plötzlich digital!?
Mit E-Portfolios eine reflexive und kooperative Praxis anleiten und begleiten
Prof. Dr. phil. Mechthild Löwenstein, Dr. Gerd Bräuer
- 143** Händehygiene zur Infektionsprävention
Schulungskonzept für Pflegenden aus der ambulanten Pflege und praktische Umsetzung
Ursula Jung, M.Sc.
- 146** Online-Lehre zu Zeiten von Corona: Ein Studienbrief zum Modul „Kompetenzorientiert unterrichten“ im Masterstudiengang Bildungswissenschaften
Prof.in Dr. Uta Oelke
- 149** Problem Based Learning als digitale Lernform – Rückblick und Ausschau
Iris Ludwig, Odette Haefeli
- 151** Erfahrungen und Herausforderungen in der Corona-Krise – Sichtweisen von Pflege-Lehrenden in Österreich
Mag.a Susanne Fesl, M.Sc.
- 154** Positionspapier zum Bildungsmanagement des Gesundheitssystems – ein Diskussionsbeitrag am Beispiel der Covid-19-Pandemie
Dr. Sylvia Kaap-Fröhlich, MBA

Inhaltsverzeichnis

- 156 Der Applaus für die (Für)Sorge fordert die
Protektion der Selbst(für)sorge
Prof. Dr. phil. habil. Annette Riedel, M.Sc.;
Prof. Dr. phil. habil. Thomas Heidenreich, Dipl.Psych
- 163 Schulschließung in Zeiten der Pandemie von
Covid-19: ein Schlaglicht auf die Sicht der
Pflegelehrenden
Christiane Wissing, Daniel Flemming, Andrea Kerres
- 165 Schulentwicklung in Zeiten der Pandemie: Wie
eine Berufsfachschule für den Rettungsdienst die
Krise als Chance zur Weiterentwicklung nutzt
Dominik Hahnen, M.Ed.; Peter Reichartz;
Christina Heßling; Stefan Markus
- 170 Korrespondenzadressen
- 173 Impressum

Einführung in die Thematik

Pflegewissenschaft | Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie | hpsmedia, Hungen | April 2020



Einblick in die Geschichtsschreibung einer Pandemie – Beiträge zur Spanischen Grippe

Dr. phil. Felicitas Söhner

Neben wenigen Arbeiten zur „Russischen Grippe“ (1889-1892) wird die Grippe-Geschichtsschreibung dominiert durch die „Spanische Grippe“ (1918-1920). Zwischen August 1918 und März 1919 verbreitete sich die spanische Influenza weltweit und forderte über 25 Millionen Todesopfer – mehr Menschen als bei den Kämpfen im Ersten Weltkrieg ums Leben kamen. In Deutschland forderte sie mindestens 300.000 Menschenleben. Die Pandemie der Spanischen Grippe war bis vor kurzem jedoch weitgehend vergessen.

Die Ausbreitung der Krankheit verlief an den meisten Erdteilen in drei Wellen. Die erste Welle begann im Frühsommer 1918, eine zweite und heftigere Welle kam im Herbst 1918. Die dritte Welle folgte im Frühling 1919. Die Forschung geht von der These aus, dass es in den USA zu den ersten Ausbrüchen kam. Von dort sei das Virus durch Truppenbewegungen zunächst nach Frankreich, dann weltweit verbreitet worden. Im Oktober 1918 erreichte die Grippesterblichkeit ihren Höhepunkt.

Die sozioökonomischen Auswirkungen der Pandemie waren für Nordamerika und Europa drastisch. Sowohl im privaten wie öffentlichen Sektor gab es einschneidende Beeinträchtigungen: Schulen waren geschlossen, sowohl Postlieferungen wie die öffentlichen Verkehrsmittel kamen ins Stocken, in einigen Unternehmen hatten sich über drei Viertel der Belegschaft mit der Grippe angesteckt. Insbesondere im medizinischen Sektor waren die Auswirkungen merklich: Überarbeitete Ärzte und Pflegekräfte waren von der Krankheit selbst betroffen oder starben selbst an der Grippe.

Zahlreiche sozialhistorische Beiträge zu Verlauf, Auswirkungen und Deutungen der Spanischen Grippe sind im englisch- und deutschsprachigen Raum erschienen. Einzelne, die sich insbesondere auch mit der Rolle des Pflegepersonals in der Pandemie beschäftigen, werden im Folgenden exemplarisch herausgegriffen.

Einen Überblick über die Entwicklung der Historiographie zur Spanischen Grippe bietet *Howard Philipps, The Reappearing Shadow of 1918. Trends in the Historiography of the 1918-1919 Influenza Pandemic*, in: *Canadian Bulletin of Medical History* 21 (2004), S. 121- 134.

Als Standardwerk zur Spanischen Grippe ist die Monografie von Alfred W. Crosby aus dem Jahr 1976 anzusehen, die mehrfach neu aufgelegt wurde. Durch diesen Band hat die sozialhistorische orientierte Beschäftigung mit der Geschichte von Pandemien entscheidende Impulse bekommen. In einer lebendigen Erzählung erzählt Alfred W. Crosby den Verlauf der Pandemie in den panischen Monaten 1918 und 1919, misst ihre Auswirkungen auf die

amerikanische Gesellschaft und untersucht den merkwürdigen Verlust des nationalen Gedächtnisses dieses katastrophalen Ereignisses. Diese Ausgabe von 2003 enthält ein Vorwort, in dem die jüngsten Ausbrüche von Krankheiten, einschließlich der asiatischen Grippe und der SARS-Epidemie, erörtert werden.

(Crosby Alfred (2003) *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*, Cambridge University Press)

Gerade als die Wirren des Ersten Weltkrieges nachließen, waren Millionen von Menschen von einer Influenza-Epidemie betroffen, die den Krieg als tragischen Mittelpunkt des Alltags verdrängte. Die Krankheit war als Spanische Grippe bekannt und galt als Pandemie. Da die Epidemie den Fähigkeiten der vorherrschenden Medizin widersprach, war eine gute Pflege der beste Prädiktor für das Ergebnis. Pflegekräfte trugen zur Bewältigung der Krise bei, indem sie lange, hart und unermüdlich arbeiteten. Ein wesentliches Resultat der Epidemie war die allgemeine Anerkennung des Krankenpflegedienstes und der gesamten Krankenpflege als wertvoller und wesentlicher gemeinnütziger Dienst.

(Robinson KR (1990) *The role of nursing in the influenza epidemic of 1918 - 1919*, in: *Nurs Forum*. 25(2): 19 - 26)

Im Mittelpunkt der Arbeit von Wilfried Witte steht neben der Erörterung der gesundheitspolitischen Herausforderung, die die Seuche darstellte, die systematische Ausarbeitung der zeitgenössischen Theorie und Praxis der Medizin in Bezug auf die Grippe. Dies wird kontrastiert mit der heutigen, virologischen Auffassung der Infektionskrankheit. Der Blick auf die Grippe in Deutschland insgesamt geht dabei aus von der Darstellung der Ereignisse um die Influenza in Baden im Besonderen. Darüber hinaus wird die Encephalitis lethargica-Epidemie der 20er Jahre, die mit der Grippe in Bezug stand, erörtert. Auf die Grippe bezogen konstatiert Witte, dass sowohl die Politik als auch die westliche Medizin, die mit ihr konfrontiert waren, versagt haben. Versagt hätten sie in erster Linie nicht, weil sie keine Gewissheiten hätten bieten können, mit deren Hilfe man ihrer Herr hätte werden können, sondern weil sie im Bewusstsein größter Gewissheit Zweifel an ihrer Position, die keine suffizienten Antworten zu Tage förderte, nur marginal zugelassen hätten.

(Witte, Wilfried (2002) *Erklärungsnotstand. Die Grippe-Epidemie 1918 - 1920 in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung Badens*, Dissertation Universität Heidelberg)

Manfred Vasold erzählt in diesem Band nicht nur die globale Geschichte der Spanischen Grippe, sondern analysiert immer wieder die Wechselwirkung von Krieg und Seuche. Vasold beschäftigt sich nach einem Sittenbild der Lage der Bevölkerung im Krieg mit der drei Wellen der Grippe im

Sommer und Herbst 1918, Dazu schildert er äußerst plastisch, wie sich die Pandemie in Nordamerika und Europa abspielte. In diesem Band werden die sozioökonomischen und politischen Belastungen aufgezeigt, die mit der Pandemie in Zusammenhang gebracht werden können. (Vasold, Manfred (2009) *Die Spanische Grippe. Die Seuche und der Erste Weltkrieg*, Primus, Darmstadt)

Ryan Davis richtet seinen Blick auf die spanische Grippe-epidemie von 1918 als einer der verheerendsten Krankheitsausbrüche in der Geschichte. In kulturhistorischem Blick rekonstruiert Davis die Erfahrung der Spanier mit der Gruppe und zeichnet die Entstehung verschiedener konkurrierender Erzählungen nach, die als Reaktion auf das Versagen der Bakteriologie entstanden sind, die Ausbreitung der Krankheit zu erklären und einzudämmen. (Davis, Ryan (2013) *The Spanish Flu: Narrative and Cultural Identity in Spain, 1918*, Palgrave, New York)

Arlene Keeling befasst sich mit der Rolle von Pflegekräften in den Häusern der Kranken in einer extremen Phase während des Ausbruchs der "Spanischen Grippe". An ihrem Beispiel zeigt Keeling die systemrelevante Bedeutung von Gemeinde- bzw. häuslicher Pflege (district nursing) in einer Zeit, in welcher akuter Pflegekräftemangel vorherrschte. Keeling verweist auf eine deutlich erschwerte Arbeitssituation, die gleichzeitig zu einer Aufwertung der gesellschaftlichen Anerkennung von Pflegeberufen bedeutete. (Keeling, Arlene (2009) "The Ghetto was a Hotbed of Influenza and Pneumonia": District Nursing during the Influenza Epidemic, 1918–1919, in: Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hg.) *Alltag in der Krankenpflege: Geschichte und Gegenwart*. Steiner, Stuttgart)

Der Beitrag von Barbra Wall und Arlene Keeling untersucht, wie Pflegekräfte im Laufe der vergangenen und des gegenwärtigen Jahrhunderts auf Katastrophen reagiert haben. Der Band ist mehr als eine einfache Erzählung. Er bietet private Erfahrungen aus erster Hand – über Briefe, Memoiren, mündliche Berichte und Zeitungsartikel – von Mitarbeitenden des Gesundheitswesens, Überlebenden sowie bürgerlichen und privaten Organisationen, die über den Möglichkeiten von Einzelkräften und Institutionen während einer Katastrophe nachdenken. Der Beitrag zeigt, wie Krankenschwestern in einer chaotischen Phase sich bemühten, die Stabilität zu erhalten und analysiert die Rolle von Pflegekräften in gesellschaftlichen Prozessen. (Wall, Barbra, Keeling Arlene W. (2010) *Nurses on the Front Line. When Disaster Strikes 1878 – 2010*, Springer, New York)

Interessierte Lesende, die sich mit der Thematik eingehender beschäftigen wollen, können sich in folgende Beiträge weiter online vertiefen.

- Morrissey, Carla R. "The Influenza Epidemic of 1918." *Navy Medicine* 77, no. 3 (May-June 1986): 11-17.
- Armstrong, James F. "Philadelphia, Nurses, and the Spanish Influenza Pandemic of 1918." *Navy Medicine* 92, no. 2 (March-April 2001): 16-20.
- Michels, Eckard "Die Spanische Grippe" 1918/19. Verlauf, Folgen und Deutungen in Deutschland im Kontext des Ersten Weltkriegs." *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte*, Jg. 58(2010): 1 – 33.

Dr. phil. Felicitas Söhner

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
D-40225 Düsseldorf
felicitas.soehner@hhu.de

Einbindung von Pflegefachwissen im Rahmen der Pandemie

Pflegerische Selbstverwaltungen sollten dringend Teil der Krisenstäbe sein

Daniele Hunlede¹, M.A.; Cristina Thole², M.A.; Nora Wehrstedt³, M.S.M.; Anja Wiedermann⁴, Dipl. Pflegepäd. (FH)

¹ Referentin Ressort Pflege, Pflegekammer Niedersachsen KdöR

² Leitung Ressort Qualität, Pflegekammer Niedersachsen KdöR

³ Stellvertretende Präsidentin, Pflegekammer Niedersachsen KdöR

⁴ Referentin Ressort Bildung, Pflegekammer Niedersachsen KdöR

EINLEITUNG

In der aktuellen Situation rund um die Covid-19-Pandemie werden die Versäumnisse der letzten Jahrzehnte in der Gesundheits- und Pflegepolitik deutlich. Pflegerische Interessensvertretungen wiesen kontinuierlich auf Missstände hin, ohne dass sie hinlängliche Maßnahmen zur Optimierung der Rahmenbedingungen für die pflegerische Leistungserbringung bewirken konnten.

Die aktuelle Pandemie zeigt auf, dass wir trotz eines hochentwickelten Gesundheitssystems in Deutschland nicht ausreichend auf solch ein pandemisches Geschehen vorbereitet sind. Dies betrifft in besonderem Maße auch die pflegerische Versorgung. Bei der Entwicklung von Lösungsansätzen für das Krisenmanagement wird allzu oft die pflegerische Dimension vernachlässigt. Zu einer funktionsfähigen Infrastruktur werden ausreichend, gut ausgebildete Pflegefachpersonen benötigt.

Die Pflegekammer Niedersachsen vertritt den Standpunkt, dass die pflegerische Selbstverwaltung Teil der Krisenstäbe, die Einfluss auf die pflegerische Versorgung haben, sein sollte. Dies ist wichtig, um bei Entscheidungen im Krisenmanagement mitzuwirken.

HINTERGRUND

Bei politischen Entscheidungen, die im Zusammenhang mit der Covid-19 Situation getroffen werden, erscheint es häufig so, dass durch mangelnde Einbeziehung pflegerischer Perspektive die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gefährdet wird. So betraf das unter anderem die Entscheidung zur Kinderbetreuung in Niedersachsen. Zunächst gab es die Vorgabe, dass beide Elternteile in sogenannten kritischen Infrastrukturen wie Gesundheits- oder Rettungsdienst tätig sein müssen, um eine Betreuung in Anspruch nehmen zu können (Nds. MSGG 2020a). Dies war angesichts der Tatsache des hohen Anteils an Frauen und der ebenso hohen Teilzeitquote nachteilig für die Pflegefachpersonen. Die Pflegekammer hat sich diesbezüglich klar positioniert. Letztlich wurde diese Regelung angepasst, so dass auch bei nur einem Elternteil in einem Beruf der kri-

tischen Infrastruktur insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung die Notbetreuung in Anspruch genommen werden kann (Nds. MSGG 2020b).

Ein weiterer schwieriger Aspekt ist die Lockerung der Quarantänebedingungen für Beschäftigte in Alten- und Pflegeeinrichtungen (RKI 2020a). Auch wenn es um konkurrierende Problemstellungen geht, ist der Schutz der Beschäftigten und somit der zu pflegenden Personen unerlässlich.

Auch bei der Verteilung der Schutzausrüstung werden pflegerische Versorgungssettings nicht ausreichend bedacht. So wurden mit den begrenzten Mitteln als erstes die Arztpraxen sowie die Krankenhäuser versorgt. Jedoch wurden die Bereiche, in denen die pflegebedürftige Bevölkerung als erstes geschützt werden müsste, um nicht in die Krankenhäuser zu kommen – die ambulante Pflege und die Langzeitpflege – nicht bedacht. Pflegefachpersonen haben auch hier frühzeitig versucht zu intervenieren, um die Krankenhäuser nicht zu überstrapazieren. Leider mit wenig Erfolg.

In diesem Zusammenhang geht auch der Erlass für die Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen, in welchem gefordert wird, so wenig Kontakt zu den Menschen wie möglich zu halten, an der Pflege Realität vorbei (Nds. MSGG 2020c).

Eine Möglichkeit, die pflegefachliche Perspektive einzubinden, wäre die Beteiligung von Pflegekammern an den Krisenstäben der Bundesländer. Das spezifische pflegefachliche Wissen und auch die Expertise zu pflegerischen Versorgungssettings, sind gerade in Krisenzeiten, die das Gesundheitssystem herausfordern, unabdingbar.

Im Folgenden wird erörtert, wie das Management von Pandemien in der Europäischen Union und die Zusammensetzung von Krisenstäben in Deutschland ausgestaltet sind. Ergänzend hierzu folgt eine Einordnung der Beteiligung der pflegerischen Selbstverwaltungen in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

Abschließend wird dargelegt, welche Relevanz die pflegerische Expertise für das Krisenmanagement bei Pandemien hat und welche Position die Pflegekammer Niedersachsen in diesem Zusammenhang vertritt.

MANAGEMENT VON PANDEMIEN INNERHALB DER EUROPÄISCHEN UNION

Das Gesamtkonzept der Europäischen Union zur inneren Sicherheit ist umfassend und bezieht sich auch auf die Gefahren und Bedrohungen der Gesundheit in der Bevölkerung. Eine Zusammenarbeit u.a. im Gesundheits- und Sozialwesen sowie des Katastrophenschutzes wird aus Sicht Europas als unerlässlich angesehen. Das europäische Sicherheitsmodell stützt sich auf die Grundsätze und Werte der Union: Achtung der Menschenrechte und Grundfreiheiten, Rechtsstaatlichkeit, Demokratie, Dialog, Toleranz, Transparenz und Solidarität (EU 2010).

Neben der europäischen Union befasst sich insbesondere die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Management bei Pandemieausbrüchen. Die WHO als Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen empfiehlt beispielsweise den angeschlossenen Staaten eigene Pandemiepläne zur Eindämmung der Influenzagrippe vorzuhalten (WHO 2017). Die Bundesrepublik Deutschland hat daher mit dem Robert Koch-Institut einen nationalen Pandemieplan erstellt. Dieser nationale Plan wird in den Bundesländern in eigenen Pandemieplänen umgesetzt. Im Zuge der neuen Pandemie durch das Virus SARS-CoV-2 verweist die Bundesregierung auf den nationalen Pandemieplan (BMI 2020). Der Pandemieplan regelt auch die Einrichtung eines Krisenstabes.

KRISENSTAB UND NATIONALER PANDEMIEPLAN

Das Hilfeleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland orientiert sich grundsätzlich am europäischen Sicherheitsmodell. Die Bekämpfung der Verbreitung von Pandemien oder Seuchen ist Teil des Katastrophenschutzes, der durch die Länder getragen und durch den Bund bei großflächigen Schadenslagen oder solchen von nationaler Bedeutung unterstützt wird. Bei länderübergreifenden Schadenslagen werden die unterschiedlichen Führungs- und Kommunikationsstrukturen auf Bundes- und Landesebene zu einem gesamtstaatlichen Krisenmanagement zusammengeführt (BMI 2015).

Der Krisenstab ist auf europäischer Ebene in die entsprechenden Gremien und Schnellwarnsystem der EU eingebunden. Im Fall einer Pandemie beruft das jeweils fachlich überwiegend zuständige Ressort den Krisenstab ein bzw. wird ein gemeinsamer Krisenstab dadurch eingerichtet.

Am 27.02.2020 wurde der Krisenstab der Bundesregierung federführend durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einberufen. Das BMG wird durch das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) unterstützt. Ziel des Krisenstabes ist es, Informationen zu

bündeln sowie „die Entwicklung von Strategien zur Bewältigung der gesundheitlichen Schadenslage sicherzustellen“ (RKI 2019, S. 35). Darüber hinaus wird dieser Krisenstab in „nationale und internationale Strukturen“ (RKI 2019, S. 34) eingebunden, um die Eindämmung einer pandemischen Ausbreitung von Krankheitserregern zu fokussieren. Der Krisenstab ist zusammen mit den Geschäftsbereichen des Robert Koch-Instituts (RKI) in entsprechende „Gremien und Schnellwarnsysteme der EU, der WHO und der Global Health Security Initiative (GHSI) eingebunden“ (RKI 2019, S. 35). Der Krisenstab der Bundesregierung wird unter anderem durch das RKI und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beraten (RKI 2019). Die Leitung von Krisenstäben wird zumeist von einem Krisenbeauftragten übernommen. Dies kann der zuständige Staatssekretär oder ein Außenminister sein (ARD 2020).

Der Krisenstab des Bundes hat u.a. die außerordentliche Dringlichkeit für die Beschaffung medizinischer Schutzausrüstung festgestellt. Das BMG und das BMI beschaffen in der Corona-Krise zentral für Arztpraxen, Krankenhäuser sowie Bundesbehörden Desinfektionsmittel und Schutzausrüstung (BMI 2020).

Nicht erwähnt wird hingegen, wie die Beschaffung von Schutzausrüstung oder Desinfektionsmittel für die stationären und ambulanten pflegerischen Einrichtungen im SGB XI unterstützt wird.

KRISENSTAB UND PANDEMIEPLAN IN NIEDERSACHSEN

Die Regelungen in Niedersachsen zur Bewältigung von größeren Schadensereignissen sind u.a. in Brandschutz- und Feuerwehrgesetze oder beispielsweise im niedersächsischen Katastrophenschutzgesetz (NKatSG) geregelt. Die kreisfreien Städte, Landkreise und Kommunen unterhalten Katastrophenschutzbehörden. Das Landesministerium für Inneres ist die oberste Fachaufsicht.

In Niedersachsen wurde bis Stand 06.04.2020 kein Katastrophenfall wegen der Corona-Krise ausgerufen. Es liegt jedoch die operative Eindämmung von Covid-19 in der Zuständigkeit der Länder.

Die Landesregierung Niedersachsen hat unter Leitung des Staatssekretärs im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) und mit Unterstützung des Innenministeriums einen landeseigenen Krisenstab am 11.03.2020 zur Koordination der Corona-Krise eingesetzt (Rundblick 2020).

Die Kommunikation mit der Bundesebene erfolgt über die etablierten Strukturen der Gesundheitsministerkonferenz. Es ist das Gremium für die gemeinsamen Maßnahmen zur Bewältigung einer Pandemie. Zudem findet die fachliche Abstimmung zwischen Bund und Ländern durch das RKI mit den Mitgliedern der AG Infektionsschutz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) statt (RKI 2017).

Der Niedersächsische Influenza Pandemieplan sieht eine Einrichtung von Krisenstäben bei den Landkreisen und kreisfreien Städte vor. Die Bevölkerung wird durch das

Ministerium, das niedersächsische Landesgesundheitsamt, die Landkreise und kreisfreien Städte informiert. Spezifische Informationen an die Ärzteschaft erfolgen über die Landkreise und kreisfreien Städte (Nds. MSGG 20026).

Nach Aussage des niedersächsischen Ministeriums wurden am 29. Januar 2020 die Ärztekammer, der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Kassenärztliche Vereinigung, die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft sowie das für den Rettungsdienst zuständige Innenministerium gemeinsam über die Lage und das Vorgehen zu Meldungen zum Corona Vorkommen in Wuhan, China informiert (NLT 2020).

Ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen sowie die Pflegekammer Niedersachsen wurden nicht erwähnt, so dass davon auszugehen ist, dass diese nicht direkt über das MS oder ihre angeschlossenen Behörden über die Lage in Wuhan, China Ende Januar informiert wurden.

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ist durch den engen Austausch mit ihrem Ministerium in die Arbeit der Krisenstäbe eingebunden. Eine direkte Beteiligung als Mitglied des Krisenstabes existiert auch hier nicht. Deutlich wird allerdings im Vergleich der Pflegekammern in Niedersachsen und Rheinland-Pfalz, dass die Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz durch einen regen Dialog mit dem Ministerium in Verbindung steht. Ein schnelles Agieren ist dadurch möglich, da ein kontinuierlicher Austausch vorhanden ist. Sie haben einen ähnlichen Stand wie beispielsweise der Selbstverwaltungspartner Krankenhausgesellschaft.

Derzeit werden in Niedersachsen für den Krisenstab unterschiedliche Verbände und Institutionen in einer wöchentlichen Telefonkonferenz gehört. Informationen werden im Rahmen dessen in Kreisen von Arbeitgebern oder Verbänden der Pflege ausgetauscht. Eine feste Teilnahme durch eine pflegevertretende Institution im Krisenstab für die Covid-19-Pandemie bleibt aber aus. Die Perspektive der Pflegefachpersonen des Bundeslandes können dementsprechend nicht gehört werden.

Hinweise an Pflegeheime in Niedersachsen erfolgen derzeit durch das MS über die Landesarbeitsgemeinschaften der Freien Wohlfahrtspflege (LAG FW) und der privaten Anbieter (LAG PPN). Das MS weist auch darauf hin, dass der Arbeitgeber ausreichend Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel vorhalten muss bzw. es sind diese zu beschaffen (Nds MSGG 2020d).

Ärztinnen und Ärzte werden über die Ärztekammern oder über die KV Niedersachsen informiert. Die persönliche Schutzausrüstung kann über das eigene Portal bei der KV Niedersachsen bestellt werden¹.

NOTWENDIGKEIT DER EINBEZIEHUNG PFLEGERISCHER EXPERTISE IN DIE KRISENSTÄBE BEI PANDEMIE

Pflegefachpersonen bilden die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen und tragen einen bedeutsamen Teil zur

Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung bei. Aus diesem Grund ist es wichtig, diese Berufsgruppe in das Krisenmanagement im Rahmen von Pandemien einzubinden.

Hierzu gehören nicht nur die pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern, sondern auch Einrichtungen der Langzeitpflege. Insbesondere in diesem ausschließlich durch Pflegefachpersonen verantworteten Bereich ist die Anbindung pflegerischer Expertise dringend erforderlich.

Während Krankenhäuser besser auf die Krise vorbereitet erscheinen, weil sie zum Beispiel auf eigene Hygieneexperten zurückgreifen können, geraten andere Einrichtungen, in denen vulnerable Pflegebedürftige versorgt werden, aus dem Fokus.

Solche Szenarien finden sich aktuell in Niedersachsen. Einige Pflegeeinrichtungen melden, dass sie sich überfordert fühlen, da sie auch nach Aufforderung an das Gesundheitsamt nicht die Unterstützung erfahren, die sie in der aktuellen Situation benötigen. Auch die ambulante Pflege, die Menschen mit Pflegebedarf in der eigenen Häuslichkeit versorgt, wird trotz der Importanz in Bezug auf Aufklärung und Prävention hinsichtlich dieses Personenkreises, nicht ausreichend gewürdigt.

Wäre eine Einbindung von Pflegefachpersonen durch eine Institution wie die Kammer bereits von Beginn an erfolgt, hätten Kompetenzen anders genutzt und Risiken eher verdeutlicht werden können. Vor Risiken und Problemstellungen, die sich aus der Pflegerealität heraus ergeben, hätte von Beginn an gewarnt werden können. Wir bezweifeln, dass Teile der Krisenstäbe, die tägliche Pflegewirklichkeit in Einrichtungen der Langzeitpflege, ambulanten Pflegediensten, Rehakliniken oder Krankenhäusern in Gänze kennen, abschätzen und widerspiegeln können.

Auch der Blick in andere Länder lohnt sich. Neben der Pflegekammer *Nursing & Midwifery Council* (NMC) wird in Großbritannien die Perspektive der Pflegefachpersonen ebenfalls durch das Amt eines Chief Nursing Officer (CNO) in den vier Regierungen der jeweiligen Landesteile repräsentiert. Das Amt soll insbesondere die berufsspezifische Expertise bei fachlichen Angelegenheiten der Regierungsgeschäfte wahrnehmen. Es existiert parallel zum Amt des Chief Medical Officer, der die Expertise der Ärzte für die Landesteile stellt. Es ist nicht vergleichbar mit dem Beauftragten der Pflege für die Bundesregierung, der sowohl die Perspektive der zu Pflegenden, der Pflegeversicherungen wie auch der Pflegekräfte wahrnimmt. Die amtierende CNO von England *Ruth May* wird mit ihren Kolleginnen gerade in der Coronakrise als Sprecherin für die Pflegefachpersonen wahrgenommen. Ihre strategischen Ziele im Gesundheitsministerium sind neben der Sicherung einer zukunftsfähigen Belegschaft, die Erneuerung eines traditionellen Bewusstseins für den Beruf und eine starke Stimme für das gesamte Kollektiv der beruflich Pflegenden (NHS 2020). Auch in Österreich existiert das Amt eines

¹ https://www.kvn.de/Information+zum+Coronavirus+%28SARS_CoV2+COVID+19%29-p-6072.html, abgerufen am 06.04.2020

CNO im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (PP 2016) und ebenso hält auf oberster Führungsebene der WHO eine Pflegefachfrau das Amt einer CNO inne.

Die WHO hat schon lange erkannt, dass die Pflegefachpersonen der Schlüssel sind, um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung zu erreichen und die Vorbereitungen für Notsituationen oder Interventionen nach Katastrophen zu unterstützen (Krankenpflege 2020). Probleme, die sich aus unterschiedlichen, zwingend notwendigen Maßnahmen ergeben, können durch die Einbindung von Pflegefachpersonen vorgesehen oder mindestens eher erkannt werden. Nachbesserungen – insbesondere in Krisenzeiten – können dadurch schneller in die Wege geleitet werden.

REGISTRIERUNG FREIWilliger PFLEGEFACHPERSONEN UND ZUSAMMENARBEIT MIT KRISENSTÄBEN

Pflegekammern sind nicht nur durch die pflegefachliche Expertise, sondern auch aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 36 PflegeKG verpflichtet, Meldungen an andere Behörden zur Datenweitergabe im Katastrophenfall und in der Lage im Krisenfall zu unterstützen.

Die Pflegekammer Niedersachsen ruft über unterschiedliche Kanäle dazu auf, sich als freiwillige Pflegefachperson zu melden, um dort zu unterstützen, wo ausgebildetes Personal in der Pflege fehlt. Diese Daten werden über die Krisenstäbe, bzw. die Gesundheitsämter an die jeweiligen Arbeitgeber weitergeleitet.

Auch die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein unterstützen ebenfalls bei der Rekrutierung der „stillen Reserve“, um Unterversorgungen in der Pflege zu vermeiden und Engpässe beim Personal zu überbrücken.

WEITERE FORDERUNGEN DER PFLEGEKAMMER NIEDERSACHSEN ÜBER DIE KRISENZEIT HINAUS

Durch die Umsetzung unterschiedlicher Maßnahmen in dieser Krisensituation kann es möglich sein, die sogenannte „stille Reserve“ in den Pflegeberuf zurückzuholen und dort zu halten. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass dem Ausstieg aus der Pflege – dem sogenannten „Pflexit“ – individuelle Gründe vorangehen. So können dies gesundheitliche Einschränkungen sein. Häufig sind die Ursachen in der mangelnden Wertschätzung und den prekären sowie ethisch zum Teil sehr bedenklichen Arbeitsbedingungen begründet.

Es sind daher Sofortmaßnahmen zu ergreifen, um in der aktuellen Situation handlungsfähig bleiben zu können und das Gesundheitssystem vor einem gänzlichen Kollaps zu bewahren.

Alle Pflegefachpersonen, unabhängig davon, ob diese kontinuierlich in ihrem Beruf gearbeitet haben oder als „stille Reserve“ wiedergewonnen werden konnten, müssen zwingend eine Gefahrenzulage in Höhe von monatlich 500€ brutto erhalten. Durch den Mangel an Schutzausrüstung sind Pflegenden tagtäglich einer immensen Gefahr für ihre eigene Gesundheit ausgesetzt. Dass der Mangel an Schutzausrüstung so ausgeprägt ist, dass Pflegefachpersonen sich Masken selber nähen oder medizinische Schutzausrüstung im eigenen Haushalt auskochen, kritisieren wir aufs Schärfste. Zukünftig muss eine Reserve an Schutzausrüstung für den Pandemie- oder Krisenfall vorrätig sein. Eine Beschaffung dieser medizinischen Produkte nach dem just in time Modell ist absolut nicht zielführend. Mindestens das sollte als Resümee aus der aktuellen Lage erkennbar sein. Für die Reserve an Schutzausrüstung sollten nicht die einzelnen Arbeitgeber, sondern die Bundesregierung sorgen. Pflegefachpersonen in der direkten Versorgung sollten sich regelmäßigen Corona-Tests unterziehen, um die zu versorgenden Menschen zu schützen.

Für pflegeferne Tätigkeiten sollten zwingend Hilfspersonen gewonnen werden, die Pflegenden in ihrem Alltag unterstützen. Pflegefachpersonen besitzen ein hohes Maß an Kompetenzen, die sie für ihre pflegerischen Aufgaben einsetzen sollen und nicht für Tätigkeiten fernab jeder pflegerischen Handlung.

Die im Folgenden aufgeführten Maßnahmen sollen langfristig das System und insbesondere auch die Pflegefachpersonen schützen:

Es ist unerlässlich langfristig das Gehalt von Pflegefachpersonen auf 4.000€ brutto anzuheben, unabhängig von zu zahlenden Gefahrenzulagen. Notwendig sind dafür Möglichkeiten der Refinanzierung über Steuermittel oder aus den Töpfen der Sozialversicherungen, um Arbeitgeber nicht alleine zu lassen.

Auch ein flächendeckender Tarifvertrag für Pflegenden ist notwendig, um solide Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen zu etablieren.

Die pflegerische Versorgung ist immanenter Bestandteil im Gesundheitssystem. Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen erfordert den Einsatz von Pflegefachpersonen rund um die Uhr ohne Ausnahme von Wochenenden und Feiertagen. Dienstpläne müssen daher verlässlich sein und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf möglich machen. Sollte es dennoch so sein, dass Pflegenden an ihrem freien Tag oder aus dem Urlaub einspringen, ist ein Belohnungssystem zu etablieren. Jedes Einspringen muss extra vergütet werden. Diese Vergütung muss für die Arbeitgeber refinanzierbar sein.

Daniele Hunlede, M.A.

Pflegekammer Niedersachsen KdÖR

Hans-Böckler-Allee 9

D-30173 Hannover

daniele.hunlede@pflegekammer-nds.de

LITERATUR

- ARD (2020). Tagesschau vom 28.01.2020. So arbeitet der Krisenstab der Regierung. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/inland/krisenstab-bundesregierung-101.html> am 04.04.2020
- BMI (2020). Bundeministerium des Innern für Bau und Heimat. Coronavirus: Fragen und Antworten. <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/faqs/DE/themen/bevoelkerungsschutz/coronavirus/coronavirus-faqs.html>, abgerufen am 03.04.2020
- BMI (2015). Bundeministerium des Innern für Bau und Heimat. System des Krisenmanagements in Deutschland. Abgerufen von <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/bevoelkerungsschutz/krisenmanagement-in-deutschland.html> am 03.04.2020
- EU (2010). Europäischen Union. Generalsekretariat des Rates Strategie für die innere Sicherheit der Europäischen Union: Auf dem Weg zu einem europäischen Sicherheitsmodell.
- Abgerufen von <http://www.consilium.europa.eu/media/30736/qc3010313dec.pdf> am 05.04.2020
- Nds MSGG (2006). Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Niedersächsischer Influenza-Pandemieplan. Abgerufen von https://www.gpk.de/downloadp/Influenza-pandemieplan_200610_Niedersachsen.pdf am 05.04.2020
- Nds MSGG (2020a). Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. COVID 19 (Coronavirus SARS-CoV-2) Einstellung des Betriebs von Gemeinschaftseinrichtungen i.S.v. § 33IfSG vom 13.03.2020. Abgerufen von <https://www.mk.niedersachsen.de/download/153097> am 03.04.2020
- Nds MSGG (2020b). Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) Einstellung des Betriebs von Gemeinschaftseinrichtungen i.S.v. § 33 IfSG. Abgerufen von https://www.niedersachsen.de/download/153332/Hinweise_des_Niedersaechsischen_Gesundheitsministeriums_zur_Notbetreuung_von_Kinder_und_Jugendlichen_vom_19.03.2020.pdf am 03.04.2020
- Nds MSGG (2020c). Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) Maßnahmen nach § 28 Abs. 1 IfSG, Beschränkung von sozialen Kontakten im öffentlichen Bereich angesichts der Corona-Epidemie; Schutz der Bevölkerung vor der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2. Abgerufen von https://www.niedersachsen.de/download/153171/Erlass_des_Niedersaechsischen_Gesundheitsministeriums_zur_Beschaenkung_von_sozialen_Kontakten_im_oeffentlichen_Bereich_Handeln-Freizeit-Kultur_vom_16.03.2020.pdf am 04.04.2020
- Nds MSGG (2020d). Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Hinweise für Pflegeheime: Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung. Abgerufen am https://www.niedersachsen.de/download/153198/Hinweise_fuer_Pflegeheime_Massnahmen_zur_Sicherstellung_der_Versorgung.pdf am 06.04.2020
- NHS (2020). Chief Nursing Officer for England. Abgerufen von <https://www.england.nhs.uk/nursingmidwifery/chief-nursing-officer-for-england/> am 07.04.2020
- NLT (2020). Niedersächsischer Landtag. Stenografischer Bericht 69. Sitzung. Hannover, den 30. Januar 2020. Abgerufen von https://www.landtag-niedersachsen.de/stenografische_berichte/ am 06.04.2020
- PP (2016). Pflege Professionell. Chief Nursing Officer in Österreich. Abgerufen von <https://pflege-professionell.at/chief-nursing-officer-in-oesterreich> am 07.04.2020
- RKI (2017). Robert Koch-Institut. Nationaler Pandemieplan Teil I. Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Pandemieplanung_Node.html am 05.04.2020
- RKI (2019). Robert Koch-Institut. Epidemisch bedeutsame Lagen erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen. Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Preparedness_Response/Rahmenkonzept_Epidemische_bedeutsame_Lagen.pdf?__blob=publicationFile am 04.04.2020
- RKI (2020a). Robert Koch Institut. Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal von Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel. Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Personal_Pflege.html?nn=13490888 am 06.04.2020
- Rundblick (2020). Exklusiv: Lagezentrum im Innenministerium soll Corona-Koordination übernehmen. Abgerufen von <https://www.rundblick-niedersachsen.de/exklusiv-lagezentrum-im-innenministerium-soll-corona-koordination-uebernehmen/> am 06.04.2020
- WHO (2017). Pandemic Influenza Risk Management. Abgerufen von <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259893/1/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-eng.pdf> am 06.04.2020

Sorge oder Carearbeit in Zeiten von Corona

Prof. Dr. Barbara Hellige

Durch die Corona-Krise zeigt sich, wie bedeutsam gelebte Care-Praktiken sind und wie aktuell das Care Verständnis von J. Tronto ist.

Trontos Verständnis fußt auf einer feministischen, moralischen und politischen Perspektive. Sie bietet Lösungsansätze für ein heutiges, zukünftig noch sichtbarer Problem westlicher Gesellschaften: Der wachsende Anteil alter Menschen und Menschen mit Handicap benötigt Sorgearbeit, damit einher geht eine stärkere Nachfrage nach Menschen, die diese Sorgeleistungen erbringen wollen und können. Es geht schon heute, aber in Zukunft noch drängender nicht nur um Fragen der Vereinbarkeit von Kindern mit Berufsarbeit, sondern auch um die Vereinbarkeit von Sorgearbeit für behinderte und pflegebedürftige Menschen mit beruflicher Arbeit.

Für Tronto sind Sorge und policy nicht zu trennen. Ihr Sorgebegriff (Tronto 2000, 2013) hat zwei Perspektiven: Sorge als Aktivität und Sorge als Disposition. Care als Aktivität ist ein Prozess von fünf miteinander verbundenen Phasen:

1. "caring about" meint, aufmerksam zu sein für Situationen, in denen Sorgearbeit benötigt wird;
2. "caring for" meint, Verantwortung zu übernehmen;
3. "care-giving" meint die praktische Aufmerksamkeit für den zu erfüllenden Bedarf;
4. "care-receiving" meint die Resonanz auf die wahrgenommene Aufmerksamkeit und Sorge und
5. "caring with" meint die moralischen Aspekte Solidarität und Vertrauen in einer sorgenden Gesellschaft.

Folgt man Tronto, wird man Demokratie als aktive Bereitstellung von Sorgeverantwortlichkeiten denken. Sorgearbeit bildet die Basis, den Anteil empathischer Menschen für andere und die Umwelt sowie die Sorge um sich selbst (Selbstsorge) zu erhöhen. Sorgepraktik ist eine Form demokratischer Praxis, weil wir durch Sorgearbeit wahrnehmen können, wie unterschiedlich die Menschen sind. Demokratisches Leben verlangt Menschen, die tolerant sind und auch anerkennen, wie verwundbar sie selbst und andere Menschen, aber auch Gesellschaften in ihrem (demokratischen) Gefüge sind. Werte wie Respekt, Vertrauen, Kommunikation und Vielfältigkeit sind sowohl Aspekte eines demokratischen Verständnisses als auch von (pflegerischer) Sorgearbeit.

Sorgearbeit ist die Basisarbeit in der Gesellschaft, auf der alle andere Arbeit aufbaut.

In Zeiten von Corona wird der Zusammenhang von Sorge und ‚policy‘ besonders deutlich.

In Krisenzeiten sind auf einmal wieder die Frauen systemrelevant. Banker, Unternehmensberater, Influencer, Modefabrikanten, Autobauer sind jetzt wirklich nicht wichtig. Nein, es sind die so genannten „Frauenberufe“, die sich

mit der „dummen Tatsache Leib“ (Ostner, Beck-Gernsheim, 1996) beschäftigen. Die Pflegeberufe wurden im 19. Jahrhundert explizit als so genannte Frauenberufe zur Entlastung und Ergänzung der männlichen Medizin entwickelt. Sie erledigen das Besondere („Also, das könnte ich nicht“), das Mindere (ungehemmter Abbau von Stellen in der Pflege seit den späten 90er-Jahren), das Andere (komplementär zur Arbeit nach industrieller Logik). Sie folgen nicht der naturwissenschaftlichen Logik, sondern einem humanistischen, interaktionistischen, systemischen, entwicklungspsychologischen, bindungstheoretischen... Verständnis.

Der menschliche Leib lässt eben nicht in Zeiten von Corona fernwarten wie ein Computer. Er erlebt Situationen aus einer subjektiven Perspektive mit einer Eigenzeit, einem Eigensinn und einer Eigentätigkeit.

Gerade Mütter im Home-Office, pflegende Angehörige und beruflich tätig Pflegende erleben bis über die Belastungsgrenze hinaus, dass ihre fürsorgliche Haltung und ihre Kompetenz gefordert ist und auch zur Überforderung führen kann.

Eigenzeit: Ich weiß als Mutter nicht, wann ein Kind, was sonst im Kindergarten, in der Schule normierten Zeiten folgt, traurig ist, Angst hat, verzweifelt ist, Hunger hat, ein aufmunterndes Gespräch braucht. Ich soll jetzt die Rolle der Lehrerin übernehmen und gleichzeitig die Rolle der liebenden Mutter und weil die Politik es so wollte, die Rolle der in Vollzeit Tätigen (Home-Office)Beschäftigten – ein vorprogrammierter Rollenkonflikt.

In den Gesundheitseinrichtungen weiß man nicht, wieviele Patient*innen, in welcher Zeit mit welchen Schweregraden zu versorgen sind. Individuelle Pflege, die Einfühlungsvermögen und einer fürsorglichen Haltung bedarf, um im Verständnis von Tronto „caring about“ leisten zu können, ist ggf. gar nicht möglich, weil zu viele Patient*innen gleichzeitig auf zu wenig Personal treffen und diese Haltung untergraben.

Dem Eigensinn des Gegenüber, sei es ein Kind, sei es eine zu pflegende Mutter, ist nicht mit standardisierter Arbeit zu begegnen. Je nach Alter, Geschlecht, Lebenswelt, kulturellem Hintergrund... muss individuell überlegt werden, ob und wie unterstützt werden kann. In Zeiten von Corona lassen sich diese Verantwortungen aufgrund von zu vielen unterschiedlichen Rollenanforderungen kaum erfüllen, z.B. bezogen auf Pflegebedürftige in Heimen. Angehörigen wird explizit verwehrt, ihre Verantwortung zu übernehmen bzw. Verantwortung heißt jetzt, sich nicht kümmern, um die körperliche Unversehrtheit zu gewährleisten. Die leibliche Fürsorge wird somit zugunsten einer auf Satt-Sauber-Nicht-Corona infiziert-Sorge negiert.

Die Eigentätigkeit verweist darauf, dass die als notwendig erachtete Unterstützung ausgehandelt werden muss mit dem Gegenüber, sei es ein gesundes (Klein)kind oder eine zu pflegende erwachsene Person.

Da wären wir auch bei Trontos 2., 3. und 4. Phase. Ich muss mich als Mutter oder Pflegefachkraft verantwortlich fühlen und ich benötige die Kompetenz, unterstützen zu können. Des Weiteren muss das Gegenüber die Hilfe auch annehmen wollen, was bei kleinen Kindern nicht immer so ist.

Mütter (und Väter) klagen darüber, dass sie mit der Lehrer*innenrolle überfordert sind. Kinder akzeptieren die neuen Lehrmethoden nur begrenzt oder gar nicht (Phase 4).

Die sowieso schon überlasteten Pflegefachkräfte werden nun in Schnellkursen zu „Intensivpflegekräften“ geschult. Jede/r, der/die schon mal im Intensivbereich gearbeitet hat, weiß, was es bedeutet, für 3-4 beatmete Patient*innen verantwortlich zu sein und eine Hilfskraft an der Seite zu haben. Nicht auszudenken, was es bedeutet, nach einer minimalen Einarbeitungsphase eigenverantwortlich Beatmungspatient*innen zu betreuen, mit (oder nicht vorhandener) Schutzkleidung eine Keimübertragung zu vermeiden, was in den gängigen Mehrbettzimmern im Intensivbereich schon in „normalen“ Zeiten eine Herausforderung darstellt. Im schlimmsten Falle heißt das für Patient*innen, dass sie Angst haben müssen, überhaupt angemessen versorgt zu werden bzw. der Triage zum Opfer fallen.

Zum Schluss möchte ich auf die 5. Phase von Trontos Caring Verständnis eingehen „Caring with“.

Dass wir keine Gesellschaft von Egoist*innen sind, erfahren jetzt viele Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind. Im privaten Bereich gibt es sehr viele Initiativen, allein lebende und/oder pflegebedürftige Menschen zu unterstützen. Einkaufsinitiativen, Vorleseangebote etc. Es werden Mundschutze genäht für Arztpraxen.

Und wie sieht es auf der Metaebene aus? Es wird deutlich, dass die Politik jahrzehntelang einem neoliberalen Verständnis folgend Gesundheit bzw. Bewältigung von Krankheit und Leben mit Pflegebedürftigkeit zunehmend der kapitalistischen Logik untergeordnet hat. Mit Einführung der DRG's wurden Krankenhäuser mehr und mehr privatisiert. Der Kostenfaktor Pflege führte zu einem deutlichen Personalabbau in der Pflege, während der „wertschöpfende“ Bereich der Medizin immer weiter ausgebaut wurde.

„Während 2010 in Deutschland 100 Krankenhauspatienten von lediglich 12,3 Pflegekräften versorgt wurden, waren es beispielsweise in England 22,5 Pflegekräfte, in der Schweiz 29,5 Pflegekräfte, in den Niederlanden 29,8 und in Norwegen sogar 42,9 Pflegekräfte“ (Simon 2015, <https://deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/Simon-2015-Unterbesetzung-und-Personalmehrbedarf-im-Pflegedienst-2.pdf>, Zugriff 5.04.2020). Der ärztliche Dienst wurde hingegen kräftig aufgestockt. Ähnlich unterbesetzt mit qualifiziertem Personal ist der Langzeitpflegereich

und die ambulante Pflege. Mit der Investition in Altenheime lässt sich eine gute Rendite erzielen, was auf Kosten von Personal und qualitativ hochwertigem Essen etc. geht (vgl. Klie 2014).

Und in Zeiten von Corona wird deutlich, dass diese Kommerzialisierungsstrategie, die nicht unbedingt fragt, was benötigen Menschen, um mit bedingter Gesundheit zu leben, sondern schaut, wie sich mit Krankheit Profite erwirtschaften lassen, eine Fehlentwicklung ist und Menschenleben gefährdet. Ich zitiere hier einen OP-Pfleger, den ich vor Jahren interviewte: „Wir machen hier kassenfinanzierte Exekution“ oder einen Verwaltungsleiter: „Wir haben uns eben entschieden, dass Patient*innen verdursten dürfen, Hauptsache die OP war erfolgreich“. Die Shareholder sind wichtiger als die Patient*innen.

Da fragt Heribert Prantl zurecht: „Wo bleibt hier die Daseinsvorsorge, zu der der Staat verpflichtet ist, wenn Angebot und Nachfrage der Rentabilität angepasst werden...“ (Prantl, 2020, Südt. Z. 28./29.03.20, S. 5).

Jetzt wird deutlich, dass es der Markt nicht richtet. Jetzt ist die Zeit des Rufes nach dem starken Staat. Jetzt ist die Zeit der Expert*innenherrschaft, vor allem der Virolog*innen, also Mediziner*innen. Der Gesellschaftskörper muss notfalls auch gezwungen werden, sich überwachen zu lassen. Das O-Risikodenken der Medizin feiert fröhliche Urständ. Die Menschen folgen der Einschränkung ihrer Grundrechte bisher weitgehend ohne Widerstand, wenn doch das Versprechen des wenn auch noch nicht ewigem Lebens aber doch eines immer länger währenden Lebens durch die Hochleistungsmedizin der Lohn ist. Der Gesundheitsreligion wird auch das Leibverständnis geopfert. Menschen sind vor allen Dingen gefährdete Körper. Der soziale Tod durch Vereinsamung und Isolation scheint weniger relevant.

Demokratische Gesellschaften benötigen aber mehr als Virenfreiheit. Sie benötigen einen sorgenden Staat, der vorausschauend denkt. Der fragt, was müssen wir tun, damit die Menschen auch morgen noch gut leben können?

Dazu gehört auch ein Überdenken der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Dazu gehört Globalisierung, d.h. das vorausschauende Wirtschaften und die Produktion von lebensnotwendigen Gütern vor Ort (Medikamente, Lebensmittel, Schutzkleidung...). Dazu gehört die Integration von Care in das volkswirtschaftliche Denken. Dazu gehört die Betonung des Sinnstiftenden von Care-Arbeit und nicht nur der Belastungsdiskurs. Dazu gehört eine Aufwertung dieser Arbeit, sei sie beruflich oder privat erbracht. Dazu gehört auch das Schaffen von Räumen und Zeiten, um diese Tätigkeiten bedürfnisgerecht ausführen zu können.

Prof. Dr. Barbara Hellige

Hochschule Hannover

Blumhardtstr. 2

D-30625 Hannover

barbara.hellige@hs-hannover.de

LITERATUR

- Klie, Th. (2014). *Wen kümmern die Alten. Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft*. Pattloch Verlag, München.
- Ostner, I., Beck-Gernsheim (1996). *Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege*. Frankfurt/Main: Campus
- Prantl, H. (2020). *Staat, Hilf!* In: *Süddeutsche Zeitung*, Nr. 74, 28./29.03. 2020, S. 5
- Tronto J. (2000). *Demokratie als fürsorgliche Praxis*: In: *Feministische Studien, Extraheft Fürsorge – Anerkennung – Arbeit*, Jg. 18 Heft 3, S. 25 –42.
- Tronto S. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. NYU Press, New York.

Datenbasis verbessern. Prävention gezielt weiterentwickeln. Bürgerrechte wahren.

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe¹, Hedwig François-Kettner², Dr. med. Matthias Gruhl³, Franz Knieps⁴, Prof. Dr. phil. Holger Pfaff⁵, Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske⁶

¹ Universität Köln, ehem. Stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit

² Pflegemanagerin und Beraterin, ehem. Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin

³ Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen, Hamburg/Bremen

⁴ Jurist und Vorstand eines Krankenkassenverbands, Berlin

⁵ Universität Köln, Zentrum für Versorgungsforschung, ehem. Vorsitzender des Expertenbeirats des Innovationsfonds

⁶ Universität Bremen, SOCIUM Public Health, ehem. Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit

Die Bedrohung durch SARS-CoV-2/Covid-19 macht ein Zusammenwirken von Politik und Wissenschaft notwendig. Eine sinnvolle Beratung der politischen Entscheidungsträger muss mehrere wissenschaftliche Fachdisziplinen umfassen, wobei die diagnostischen Fächer (hier: Virologie), die klinischen Fächer (hier: Infektiologie, Intensivmedizin) und die Pflege ganz im Vordergrund stehen sollten. Da eine Epidemie jedoch nie allein ein medizinisch-pflegerisches Problem darstellt, sondern immer auf die aktuelle Verfasstheit der gesamten Gesellschaft einwirkt und auch nur im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Anstrengung zu bewältigen ist, erscheint zusätzlich eine Mitwirkung von Vertretern der Sozialwissenschaften, Public Health, Ethik, Ökonomie, Rechtswissenschaft und Politikwissenschaft unverzichtbar. Entscheidend ist hierbei die Einsicht, dass notwendige Verhaltensveränderungen auf Ebene der Bevölkerung und in den Institutionen (denen bei Covid-19 besondere Bedeutung zukommt) nie allein durch eindimensionale Einzelinterventionen (z. B. gesetzliche Vorschriften), sondern nur durch Mehrfach- bzw. Mehrebeneninterventionen erreicht werden können, zu denen eben auch psychologische, soziale, ökonomische und politische Maßnahmen zählen.

Im Einzelnen nimmt dieses Thesenpapier zu den drei Themenbereichen Epidemiologie, Prävention und gesellschaftspolitische Relevanz Stellung.

EPIDEMIOLOGIE

SARS-CoV-2/Covid-19 wird durch Tröpfchen-Infektion übertragen. Eine Infektion durch asymptomatische Virus-träger ist möglich und epidemiologisch höchst relevant. Das epidemiologische Muster ist durch Risikogruppen (hohes Alter, Multimorbidität), die nosokomiale Übertragung im institutionellen Rahmen (Pflegeheime, Betreuungseinrichtungen, Krankenhäuser) und das spontane Auftreten von Clustern charakterisiert. Zur Diagnose dient der Nachweis von genetischem Material durch die PCR-Reaktion, welche jedoch nicht zwangsläufig eine gegebene Infektiosität bedeutet. Durch die mangelnde Verfügbarkeit wird das Testverfahren meist nur bei Symptomen oder gegebenem Kontakt zu Infizierten durchgeführt, populationsbezogene Daten sind daher kaum vorhanden.

These 1: Die zur Verfügung stehenden epidemiologischen Daten (gemeldete Infektionen, Letalität) sind nicht hinreichend, die Ausbreitung und das Ausbreitungsmuster der SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie zu beschreiben, und können daher nur eingeschränkt zur Absicherung weitreichender Entscheidungen dienen.

These 1.1. **Die Zahl der gemeldeten Infektionen** hat nur eine geringe Aussagekraft, da kein populationsbezogener Ansatz gewählt wurde, die Messung auf einen zurückliegenden Zeitpunkt verweist und eine hohe Rate nicht getesteter (v. a. asymptomatischer) Infizierter anzunehmen ist.

1. Die Zahl der täglich beim RKI gemeldeten Fälle wird in hohem Maße durch die *Testverfügbarkeit und Anwendungshäufigkeit* beeinflusst.
2. Unter Berücksichtigung dieser anlassbezogenen Teststrategie ist es nicht sinnvoll, von einer sog. *Verdopplungszeit* zu sprechen und von dieser Maßzahl politische Entscheidungen abhängig zu machen.
3. Die Darstellung in exponentiell ansteigenden Kurven der kumulativen Häufigkeit führt zu einer *überzeichneten Wahrnehmung*, sie sollte um die Gesamtzahl der asymptomatischen Träger und Genesenen korrigiert werden.
4. Die Zahl der gemeldeten Fälle an Tag X stellt keine Aussage über die Situation an diesem Tag dar, sondern bezieht sich auf einen *Zeitpunkt in der Vergangenheit*.
5. Ungefähr zwei Drittel der Infizierten werden zu diesem Zeitpunkt *nicht erfasst*.
6. Überlegungen zu *populationsbezogenen Stichproben* (Nationale Kohorte) müssen intensiviert werden.

These 1.2. Die Zahlen zur **Sterblichkeit (Case Fatality Rate)** überschätzen derzeit das Problem und können nicht valide interpretiert werden.

1. *Mangelnde Abgrenzung* der Grundgesamtheit: Es ist derzeit nicht bekannt, auf wie viele infizierte Personen die Zahl der gestorbenen Patienten zu beziehen ist;
2. *Fehlende Berücksichtigung der attributable mortality*: Es ist nicht klar, inwieweit die beobachtete Letalität tatsächlich auf die Infektion mit SARS-CoV-2 zurückzuführen und nicht durch die Komorbidität oder den natürlichen Verlauf zu erklären ist;
3. *Fehlender Periodenvergleich* über mehrere Jahre in gleichen Patientenkollektiven vergleichbarer Morbidität: Es gibt keine Erkenntnisse über die *excess-mortality* im Vergleich zu einer Alters-, Komorbiditäts- und Jahreszeit-gematchten Population in den zurückliegenden Jahren.

These 1.3. SARS-CoV-2 kann als **nosokomiale Infektion** in Krankenhäusern und Pflege- bzw. Betreuungseinrichtungen auf andere Patienten und Mitarbeiter übertragen werden.

Dieser Ausbreitungstyp stellt mittlerweile den dominierenden Verbreitungsmodus dar. Der Aufenthalt in Risikogebieten und der individuelle Kontakt wird an Bedeutung abnehmen.

These 1.4. Covid-19 ist durch ein **lokales Herdgeschehen (Cluster)** mit nicht vorhersehbarem Muster des Auftretens gekennzeichnet.

SARS-CoV-2/Covid-19 stellt keine homogene, eine ganze Bevölkerung einheitlich betreffende Epidemie dar, sondern breitet sich inhomogen über *lokal begrenzte Cluster* (z.B. Heinsberg, Würzburg, Wolfsburg) aus, die in Lokalisierung und Ausdehnung *nicht vorhersehbar* sind (komplexes System).

PRÄVENTIONSSTRATEGIEN

These 2: Die allgemeinen Präventionsmaßnahmen (z.B. *social distancing*) sind theoretisch schlecht abgesichert, ihre Wirksamkeit ist beschränkt und zudem paradox (je wirksamer, desto größer ist die Gefahr einer „zweiten Welle“) und sie sind hinsichtlich ihrer Kollateralschäden nicht effizient. Analog zu anderen Epidemien (z.B. HIV) müssen sie daher ergänzt und allmählich ersetzt werden durch zielgruppen-orientierte Maßnahmen, die sich auf die vier Risikogruppen hohes Alter, Multimorbidität, institutioneller Kontakt und Zugehörigkeit zu einem lokalen Cluster beziehen.

Diese vier Risikofaktoren sind voneinander abhängig: Während betagte Personen ohne Multimorbidität kaum ein erhöhtes Risiko haben, steigt ihr Risiko mit zunehmender Multimorbidität rapide an, erhöht sich weiter bei Kontakt zu Krankenversorgungs- und/oder Pflegeeinrichtungen und „explodiert“ geradezu bei Auftreten spontan entstehender lokaler Herde. Für die Fortentwicklung der Präventionsstrategien sind u.a. folgende Empfehlungen zu geben:

- Ergänzung der allgemeinen Präventionsmaßnahmen (Eindämmung, *containment*) durch spezifische Präventionskonzepte,

- Entwicklung eines einfachen Risikoscores auf der Basis der o.g. vier Risikokonstellationen, das auf Einzelpersonen und Personengruppen anwendbar ist,
- Trennung der Betreuungs- und Behandlungsprozesse der Infizierten bzw. Nicht-Infizierten im institutionellen Rahmen (Entwicklung von Vorgaben) und
- zentrale Etablierung einer *Hochrisiko-Task Force*, die auf spontan entstehende Herde (Cluster) reagieren kann.

GESELLSCHAFTLICHE ASPEKTE

These 3: Entstehung und Bekämpfung einer Pandemie sind in gesellschaftliche Prozesse eingebettet. Die derzeit angewandte allgemeine Präventionsstrategie (partieller *shutdown*) kann anfangs in einer unübersichtlichen Situation das richtige Mittel gewesen sein, birgt aber die Gefahr, die soziale Ungleichheit und andere Konflikte zu verstärken. Es besteht weiterhin das Risiko eines Konfliktes mit den normativen und juristischen Grundlagen der Gesellschaft. Demokratische Grundsätze und Bürgerrechte dürfen nicht gegen Gesundheit ausgespielt werden. Die Einbeziehung von Experten aus Wissenschaft und Praxis muss in einer Breite erfolgen, die einer solchen Entwicklung entgegenwirkt.

Obwohl Solidarität und Verbundenheit eingefordert wird, ist davon auszugehen, dass die SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie und die bisherigen allgemeinen Präventionsmaßnahmen auf gesellschaftliche Prozesse einwirken und bestehende Konfliktlinien vertiefen. In erster Linie trifft dies auf die Problematik der sozialen Ungleichheit zu, denn allein die Bevölkerungs-bezogenen Maßnahmen treffen Personen mit niedrigem Einkommen und Selbstständige deutlich stärker als Personen mit größerem finanziellen Spielraum. In zweiter Linie wird die derzeitige Legitimationskrise des demokratischen Systems verschärft, denn erneut wird die Alternativlosigkeit des exekutiven Handelns dem demokratischen Diskurs gegenübergestellt (z.B. Reduktion der parlamentarischen Kontrolle). Die beiden letztgenannten Punkte werden verstärkt durch – drittens – ökonomische Risiken, die mit dem Fortbestehen und den eventuellen Verschärfungen in der Einschränkung von Freizügigkeit und Berufsausübung verbunden sind. Viertens besteht die Gefahr, dass unter Verweis auf den unaufschiebbaren Handlungsbedarf autoritäre Elemente des Staatsverständnisses aus Ländern mit totalitären Gesellschaftssystemen in das deutsche Staats- und Rechtssystem übernommen werden (z.B. individuelle Handyortung). Es muss klargestellt werden und klargestellt bleiben, dass es keinen *trade-off* zwischen der demokratischen Verfasstheit und den Bürgerrechten auf der einen Seite und den Anforderungen der Seuchenbekämpfung auf der anderen Seite geben darf. Insbesondere dürfen die normativen Grundlagen des Rechtsstaates nicht relativiert werden.

Hedwig François-Kettner

Sarntaler Weg 40

D-12209 Berlin

francois-kettner@progewi.de

LITERATUR

- Abele-Brehm, A., Dreier, H., Fuest, C., Grimm, V., Kräusslich, H.-G., Krause, G., Leonhard, M., Lohse, A.W., Lohse, M.J., Mansky, T., Peichl, A., Schmid, R.M., Wess, G., Wooten, C.: Die Bekämpfung der Coronavirus-Pandemie tragfähig gestalten. Empfehlungen für eine flexible, risikoadaptierte Strategie. 2. April 2020
- An der Heiden, M., Buchholz, U.: Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020 in Deutschland. Robert-Koch-Institut DOI 10.25646/6571.2
- Bhatraju, P.K., Ghassemieh, B.J., Nichols, M., Kim, R., Jerome, K.R., Nalla, A.K., Greninger, A.L., Pipavath, S., Wurfel, M.M., Evans, L., Kritek, P.M., Eoin West, T., Luks, A., Gerbino, A., Dale, G.R., Goldman, J.D., O'Mahony, S., Mikacenic, C.: Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region – Case Series. N. Engl. J. Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2004500
- Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. FAZ 30.3.2020
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Covid-19: wo ist die Evidenz? Stellungnahme 23.3.2020. <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/covid-19>, Zugriff 31.3.2020
- Gerlach, F.: Wir brauchen eine Exit-Strategie. Gerechte Gesundheit, 30.3.2020, <https://www.gerechte-gesundheit.de/debatte/interviews/uebersicht/detail/interview/76.html>, Zugriff 31.3.2020
- Göckenjan, G.: Das Pest-Regiment. Zu welchem Zweck Seuchen über die Menschen kommen. In: Kursbuch 94 „Die Seuche“, Rotbuch-Verlag Berlin, 1998, S. 68-88
- Habermas, J.: Moralischer Universalismus in Zeiten politischer Regression. Jürgen Habermas im Gespräch über die Gegenwart und sein Lebenswerk. Leviathan 48, 1/2020, 7-28, DOI: 10.5771/0340-0425-2020-1-7
- Ioannidis, J.: A fiasco in the making? As the coronavirus pandemic takes hold, we are making decisions without reliable data. Stat, <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/> und Perspectives on the Pandemic, Interview, Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=d6MZy-2fcBw&list=TLPQMzEwMzlwMjCvyZ1rpColtA&index=1>, Zugriff 31.3.2020
- Kingreen, T.: Verfassungsrechtlich fragwürdige Zentrallisierung. Gerechte Gesundheit, 31.3.2020, <https://www.gerechte-gesundheit.de/debatte/interviews/uebersicht/detail/interview/78.html>
- Konrad, K.A., Thum, M.: Corona und der Tunnelblick FAZ 31.3.2020
- Krott, M., Böcher, M.: Wissenschaft im Praxistest. Die Bekämpfung der Pandemie fordert die praktische Kompetenz der Wissenschaft heraus wie nie zuvor. FAZ 1.4.2020
- Meyerhöfer, W.: Auch eine Krise der mathematischen Bildung. Wer rechnen kann und ein Zahlenverständnis hat, ist dem Schwindel der Statistik nicht wehrlos ausgesetzt. FAZ 2.4.2020
- Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., Goisis, G., Bonacina, D., Fazzi, F., Naspro, R., Longhi, L., Cereda, M., Montaguti, C.: At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. N. Engl. J. Med. DOI: 10.1056/CAT.20.0080
- Onder, G., Rezza, G., Brusaferro, S.: Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA March 23, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4683
- Papier, H.-J.: Dann hat der liberale Rechtsstaat abgedankt. SZ 2.4.2020
- Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Keppros, J., Goeschel, C.: An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. N. Engl. J. Med. 355, 2006, 2725-32
- RKI Robert-Koch-Institut: SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), Stand: 3.4.2020. www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText8
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Die gesamtwirtschaftliche Lage angesichts der Corona-Pandemie. Sondergutachten, 22.3.2020, <https://www.sachverständigenrat-wirtschaft.de/sondergutachten-2020.html>, Zugriff 31.3.2020
- Schrappe, M.: APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018
- Slack, P.: Die Pest. Übers. Blank-Sangmeister, U., unter Mitarb. von Raupach, A., Reclam-Verlag, Stuttgart 2015
- Straubhaar, T.: Thomas Straubhaar: die öffentliche Meinung wird kippen. Capital, 22.3.2020
- Streeck, H.: Wir brauchen nicht auf Dauer extreme Beschränkungen, FAZ 2.4.2020, außerdem Interview in Sendung Markus Lanz, ZDF, 31.3.2020 22:45
- Volkmann, U.: Das höchste Gut. Nicht das Leben als solches will unsere politische Gemeinschaft um jeden Preis schützen, sondern das Leben in Würde. FAZ 1.4.2020

Solidarität und Sozialität gegen Kontrolle und Aufrüstung

Kriegsanalogien in der Corona-Pandemie verstellen den Blick auf relevante Diskurse um Verletzlichkeit, Gerechtigkeit und Fürsorge in und durch die Pflege

Prof. Dr. Sandro Bliemetsrieder, Prof. Dr. Gabriele Fischer

„We're at war with COVID-19, we're at war with terrorists, and we are at war with the drug cartels... We're the United States military and we will defend our country.“ (General Mark Milley, Chairman of the Joint Chiefs) Dieses Zitat des Generalstabschefs schickte das Weiße Haus am 2.4.2020 über Twitter und brachte damit einmal mehr eine Rhetorik zum Ausdruck, die sich Regierungen in der aktuellen Pandemie-Situation zu Eigen gemacht haben. Der Versuch, die Pandemie zu kontrollieren, Gesundheit zu schützen und Leben zu retten wird immer wieder mit Kriegsmetaphern untermalt. Diese Kriegsmetaphern sollen offensichtlich eine Wehrhaftigkeit zum Ausdruck bringen, die angesichts der Unsichtbarkeit und der potentiellen Allgegenwart des Virus nicht so einfach herstellbar ist. Trump bezeichnet sich mittlerweile selbst als „president of war“, greift auf Kriegsgesetzgebung zurück, mit der er General Motors dazu zwingt, Beatmungsgeräte zu produzieren, schickt riesige Lazarettschiffe zur Unterstützung nach San Diego und New York und lässt Reservist*innen einziehen, die Feldlazarette aufbauen. Begleitet sind diese Maßnahmen von Bildern, die Macht inszenieren und demonstrieren sollen. Die Entsendung des Lazarettschiffes wird nicht am Rednerpult des Weißen Hauses verkündet, sondern direkt vom Hafen, wo Soldaten in Kampfanzügen verhältnismäßig klein vor dem riesig anmutenden Lazarett-Schiff stehen, mit einem entsprechend riesigen roten Kreuz versehen und salutieren. Der Betrachter*in wird vermittelt: Ja, es ist Krieg. Und der oben zitierte Tweet macht deutlich, dieser Krieg richtet sich nicht nur gegen den Virus, sondern die aktuelle Situation wird als eine grundlegende Anforderung an Landesverteidigung interpretiert.

In Europa zeigen sich ähnliche Dynamiken. Auch Emmanuel Macron nutzte relativ schnell das Bild des Krieges für sein Vorgehen im Kontext der Corona-Pandemie und der französische Finanzminister Bruno Le Maire griff diese Metapher bereits am 17.3.2020 auf, um sie – ähnlich wie der Generalstabschef der USA – auf andere Bereiche auszudehnen: „Es handelt sich auch um einen wirtschaftlichen und finanziellen Krieg, der lang und heftig sein wird“ (Schubert, 2020). Es klingt wie eine Warnung.

In Deutschland lässt sich diese medienwirksame Rhetorik zwar nicht in dieser Form beobachten, aber auch hier werden Kriegsmetaphern bemüht. In einem Fernseh-Interview

beschreibt Bayerns Ministerpräsident Söder seine Perspektive auf die momentane Situation und sein Abwägen für seine Entscheidungen. Er unterstreicht, Politiker*innen seiner Generation hätten bisher vor allem gestaltet und das, was er jetzt erlebe, das tägliche Beobachten von Todeszahlen, stelle man sich eher im Krieg vor.

Teresa Koloma Beck (2020), die sich als Soziologin mit dem Herstellen von Alltag in Kriegsgebieten beschäftigt, greift in einem Artikel für die Süddeutsche Zeitung diese Kriegsmetaphorik auf und kommt zu dem Schluss, diese Analogien würden vor allem deswegen benutzt, um „Narrative der Disruption zu unterstützen“, also des Abbrechens und Unterbrechens gewohnter Alltagsstrukturen verbunden mit der Anforderung, sich in dieser speziellen Situation neue Alltagsroutinen zu suchen oder bewährte Handlungsmuster an die neue Situation anzupassen.

Es zeigt sich jedoch, dass das Sprechen in Kriegsanalogien nicht nur Rhetorik, sondern konkrete politische Praxis ist. Das zeigt die Mobilisierung der Armee in den USA ebenso wie die Mobilisierung der Bundeswehr in Deutschland. 15.000 Soldat*innen sollen in Deutschland eingesetzt werden, davon offensichtlich auch 6000 Soldat*innen für die Unterstützung der Polizei bei der Umsetzung ordnungspolitischer Maßnahmen. Die gesetzliche Grundlage für einen exekutiven Einsatz der Bundeswehr ist höchst umstritten (Kirsch, 2020).

Ursula von der Leyen reiste Anfang März in einem Militärhubschrauber an die griechisch-türkische Grenze, um dem griechischen Militär bei der bewaffneten Grenzsicherung gegen Geflüchtete ihre „Solidarität und Unterstützung“ zu zeigen. Sie bedankte sich bei Griechenland dafür, der „europäische Schild“ zu sein (WeLT Nachrichtensender KLARER Standpunkt, 2020). Mittlerweile sind sowohl Infektions- als auch Todesfälle in den völlig überfüllten Lagern für Geflüchtete in Griechenland, vor allem auf den griechischen Inseln zu verzeichnen. Es wird in dem Zusammenhang von einer „tickenden Zeitbombe“ gesprochen (tagesschau.de, 02.04.2020), was eher Assoziationen von Terrorgefahr ausgehend von den Menschen in den Lagern nahelegt, als auf die massive Gefährdungslage für deren Leben hinzuweisen und entsprechenden Handlungsdruck auszulösen.

WESSEN LEBEN IST GEFÄHRDET? – SCHUTZ VON LEBEN UND GESUNDHEIT GILT NICHT FÜR ALLE

Auch wenn die Kriegsanalogien zunächst als Krieg gegen den Virus verstanden werden können, wird in Verbindung mit den politischen Maßnahmen sehr schnell deutlich, dass sich in dieser Kriegsführung auch Kriegsparteien entwickeln, die nicht mit gleichen Waffen kämpfen – um in der Bildsprache zu bleiben. Grenzen werden geschlossen, Zugänge zu hygienischen Lebensverhältnissen und zu Gesundheitsversorgung werden damit kontrolliert und verschärft. Der „Krieg gegen den unsichtbaren Virus“, wie es Trump nennt, wird im jeweiligen Inneren geführt – und das im doppelten Wortsinn. Auch dies wird in der Bildsprache deutlich: Außengrenzen schließende und kontrollierende uniformierte Polizeibeamte, leere Straßen, leere Plätze. Das Zuhause, das Private, wird zum Hort des Schutzes konstruiert, verbunden mit einem Rück(be)zug auf die bürgerliche Kleinfamilie und der Annahme sie würde in einem Haushalt zusammenleben.

Nationalstaatliche Politik bezieht sich auf ein wieder erstarktes Innen, die ‚eigene‘ Gesellschaft, die als Ganzes, deren Gesundheit und deren Zukunft mit entsprechenden Hilfspaketen als erstes geschützt werden soll. Es verwundert nicht, wenn vor dem Hintergrund dieser Dynamik Marine Le Pen, Vorsitzende des rechtsextremen Front National, als mögliche „Kriegsgewinnerin“ (Wiegel, 2020) beschrieben wird, indem sie die von Macron beschworene „nationale Union“ aufgreift und der französischen Regierung vorwirft, nicht genug zu deren Schutz getan zu haben. Vor ähnlichen politischen Interventionen der Rechtsextremen warnt aktuell auch der Präsident des Bundesverfassungsschutzes Thomas Haldenwang (tagesschau.de, 01.04.2020).

Der Krieg gegen den Virus wird somit also zu einem Krieg zum Schutz der als ‚eigen‘ konstruierten Gesellschaft.

In ihrer Analyse einer ‚realen‘ militärischen Auseinandersetzung verweist die Philosophin Judith Butler auf die unterschiedliche Betrauerbarkeit von Leben, die sich in Kriegssituationen zeigt (Butler, 2010). In kriegerischen Auseinandersetzungen werden Leben der als Gegner wahrgenommenen Gesellschaft riskiert und der Tod für den Schutz der als ‚eigen‘ konstruierten Gesellschaft in Kauf genommen bzw. explizit herbeigeführt. Während das verlorene Leben der ‚eigenen‘ Gesellschaft betrauert wird, geschieht dies bei den Toten des Gegners nicht in gleicher Weise. Diese unterschiedliche Wahrnehmung der Betrauerbarkeit von Leben stellt Butler in Zusammenhang mit unterschiedlicher Anerkennbarkeit von Leben. Dies erscheint ihr aus philosophischer Perspektive ein grundlegendes Problem. Denn um Leben zu verstehen, müsse von seinem konstitutiven Gefährdetsein von Leben an sich ausgegangen werden und nicht von einzelnen Leben. Gefährdetsein des Lebens impliziert, dass unser Leben „in gewissem Sinn immer schon in der Hand des Anderen liegt“ (Butler, 2010, 21), was heißt, dass unser Leben durch Dritte geschützt, aber auch durch die Abhängigkeit von Anderen eingeschränkt werden kann. Die Anerkennung des Gefährdetseins als Bedingung menschlichen Lebens und der Angewiesenheit auf Andere führt Butler zu folgendem Gedanken: „In nor-

mativen Begriffen bedeutet das ein Plädoyer für eine umfassendere und egalitäre Art und Weise der Anerkennung des Gefährdetseins, die sich wiederum politisch zu konkretisieren hätte in Fragen wie der Gewährung von Zuflucht, in Fragen der Arbeitsmöglichkeiten, der Ernährung, der medizinischen Versorgung und des entsprechenden Rechtsstatus“ (Butler, 2010, 20). Dieses grundlegende Gefährdetsein des Lebens, unsere Verletzlichkeit, wird aktuell in der Corona-Pandemie besonders sichtbar. Theoretisch können alle Menschen infiziert werden. Slavoj Žižek zieht Mitte März in einem Gastkommentar in der NZZ aus der momentanen Pandemie folgenden Schluss: „Der Mensch ist viel weniger souverän, als er denkt. Er trägt weiter, was ihm zugetragen wird“ (Žižek, 2020). Letzteres bezieht er auf den Virus, der von Mensch zu Mensch übertragen wird. Vor dem Hintergrund dieses Gedankens scheint die Kriegsanalogie und das Herbeirufen eines kriegsähnlichen Ausnahmezustands fast absurd. Vom Gefährdetsein des Lebens auszugehen, Unsicherheit und aufeinander Angewiesensein als konstitutiv für Leben anzunehmen und anzuerkennen, stellt gerade in der momentanen Situation eine wichtige Denkfigur dar. Dies wird zu einer fundamentalen Erfahrung in der aktuellen Situation. Die Bedeutung des Sozialen, des aufeinander Angewiesenseins wird genau jetzt sichtbar, wenn vieles davon nur noch schwer oder nicht mehr möglich ist. Existenziell sind Vulnerabilität und die Relevanz des aufeinander Angewiesenseins momentan, aber auch schon immer in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

PFLEGE IN DER ÖKONOMISIERUNG WIRD ALS KAMPF BESCHRIEBEN – SCHON VOR CORONA

In starkem Kontrast zu den Kriegsnarrativen und mächtigen Kriegsbildern steht das Bild der Pflegefachkräfte, die im Anschluss an ihren Dienst selbst Schutzmasken nähen, weil für ihre Einrichtung nicht genügend vorhanden sind – wie es vor einigen Tagen in der Tagesschau zu sehen war. Schutzlosigkeit kann deutlicher kaum zum Ausdruck gebracht werden. Pflegefachkräfte werden momentan als Held*innen der Krise gefeiert – jeder Krieg braucht seine Helden. Jeden Abend um 21 Uhr wird ihnen als Wertschätzung von Balkonen applaudiert, selbst im Bundestag applaudierten die Abgeordneten stehend. Bereits 2015 wurden die geflüchteten Menschen beklatscht, die an den Bahnhöfen ankamen. Was bedeutet dieser Applaus, der vor allem die Applaudierenden in Szene setzt? Applaus bringt Billigung und Zustimmung zum Ausdruck, so die lexikalische Definition. Zustimmung und Wertschätzung für diejenigen, die im Moment in einem Gesundheitssystem arbeiten, das schon im ‚regulären‘ Betrieb als krisenhaft bezeichnet werden kann und die jetzt einer noch größeren Belastung zum Teil schutzlos ausgesetzt sind. Mit den Bundestagsabgeordneten applaudieren diejenigen, die mit dafür verantwortlich sind. Wenig erstaunlich, dass Pflegekräfte diesen Applaus, diese symbolische Wertschätzung als zynisch erleben (ZEIT Online, 25.03.2020) und lieber ihre seit Jahren vorgetragenen Forderungen nach mehr Geld und besseren Arbeitsbedingungen umgesetzt sähen.

In einer noch laufenden Studie zum Thema Fachkräftebedarf in der Pflege des Zentrums für angewandte Forschung ZAFH care4 care wurden Pflegefachkräften in stationären Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege nach deren Perspektive auf den Fachkräftebedarf befragt. Interessanterweise wurden bereits zu diesem Zeitpunkt von den Pflegefachkräften selbst Metaphern des Kampfes und Krieges benutzt, um ihren beruflichen Alltag zu beschreiben. Die Rede ist von „Soldaten an der Front“, die die Folgen der ökonomisierten Gesundheitspolitik erleben und auszugleichen versuchen und die sich angesichts der Personalknappheit „herumgeschoben fühlen wie Männchen auf einem Spielfeld“ (Riedlinger et al, i. E.). Dass Pflegefachkräfte schon vor Corona das Arbeiten in einer Situation von Personalknappheit als Kampf beschreiben, verweist auch sprachlich auf eine gewisse Brutalität, die dem Gesundheitssystem momentan innewohnt. Von den Pflegekräften immer wieder formulierte Kritik daran wird auch innerhalb der Berufsgruppe als „Jammern“ diffamiert und verkindlicht. Damit scheint Kritik als nicht legitim und vielmehr als eine zu geringe Leidensfähigkeit der Pflegekräfte eingeordnet zu werden (Riedlinger et al, i.E.). Im Moment wird jedoch die überlebenswichtige Bedeutung der Gesundheitsberufe und die Problematik der gezielten Herbeiführung von Prekaritäten in diesem Bereich mehr als deutlich: Fehlende Schutzmasken, fehlende Schutzkleidung, fehlendes Personal in den stationären Einrichtungen in Deutschland führen dazu, dass Menschen nicht ausreichend versorgt werden können bzw. diejenigen, die sie versorgen, nicht immer adäquat geschützt werden. In Spanien und Italien starben Menschen wegen fehlender Beatmungsgeräte. Ein Effekt der von der EU auferlegten Sparpolitik nach der Finanzkrise 2008, zu der die Bundesregierung einen wesentlichen Beitrag geleistet hat. 300.000 Haushalte stehen gerade vor der Frage, wie sie ihre pflegebedürftigen Angehörigen versorgen können, weil 24-Stunden-Kräfte aus den osteuropäischen Nachbarländern aufgrund der geschlossenen Grenzen bzw. der mittlerweile völlig übersteuerten Fahrtkosten nicht mehr einreisen können (Lübbe, 2020). Diesen Frauen – es sind überwiegend Frauen – fehlt zudem Einkommen. Die Situation könnte ganz anders aussehen, hätten diese Frauen eine sozialversicherte Tätigkeit, mit Vertrag, Aufenthaltsgenehmigung und geregelten Arbeitszeiten.

Eine Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung zeigt, dass die jetzt als systemrelevant eingeordneten Berufe bislang unterdurchschnittlich sozial wertgeschätzt wurden und der Verdienst bis zu 20 % unter dem Durchschnitt liegt – und sie werden überwiegend von Frauen ausgeübt (Koebe et al, 2020). Auf die konstitutive Bedeutung der Care-Berufe und deren vergleichsweise geringe Anerkennung und Bezahlung haben Forscherinnen der Geschlechterforschung immer wieder aufmerksam gemacht. Bereits jetzt stellen sich Verbandsvertreter*innen und Pflegefachkräfte die Frage, ob sich nach der Krise noch jemand an die Systemrelevanz erinnern wird, wenn es darum geht, die Forderungen nach mehr Bezahlung und besseren Arbeitsbedingungen umzusetzen (Szymanowski, 2020).

Die Corona-Pandemie macht wie ein Brennglas die zentrale Bedeutung von Pflege-Tätigkeiten sichtbar. Letztendlich geht es in der momentanen Situation darum, den Virus medizinisch über einen Impfstoff oder ein Medikament zu „bekämpfen“ und in Krankenhäusern sowie Pflegeeinrichtungen wird um das Leben und Genesen von infizierten Patient*innen gerungen. Letzteres lässt sich nicht auf Beatmungsgeräte reduzieren¹. Gesundheitsversorgung und Pflege sind professionelle Begegnungen in Organisationsstrukturen und -kulturen, die sich – anders als es die Gesundheitspolitik der letzten 15 Jahre versuchte – nicht kommodifizieren und standardisieren lassen (z. B. Aulenbacher et al, 2014; Soiland, 2017).

DER SCHEIN DES KONTROLLIERBAREN

Die Corona-Krise kann aber auch als Ende eines solchen souveränen Subjektes gelesen werden, welches sich nur an Evidenzen und Standards orientieren müsse. Tragischerweise tritt in diesem Verschwinden des souveränen Subjektes die ganze Härte kapitalistischer und machtvoll-diskriminierender Ungleichheitsstrukturen weiter in den Vordergrund. So wurde sehr schnell ein Exportstopp für Schutzkleidung auf den Weg gebracht. Leitende und gesellschaftsgestaltende Akteur*innen präsentieren sich nicht selten als entdemokratisierende Krisenmanager*innen, Rechte und Grundrechte werden dabei in den Hintergrund gedrängt. Der Zweck scheint die Mittel zu heiligen. Anstelle aushandlungsorientierter und einbeziehender Vorgehensweise regieren zunehmend „Taskforces“ das aktuelle Tagesgeschehen. Auch das unternehmerische Subjekt taucht wieder verstärkt auf – Pflegefachkräfte und Einrichtungen müssen selbst für Schutzkleidung sorgen. Wie gestaltet sich in dieser Situation Beziehung, die ja bisher auf die Begegnung von Angesicht zu Angesicht aufgebaut war, hinter Schutzmasken und standardisierten Sicherheitsanzügen? Wie gestaltet sich eine Sterbebegleitung ohne Angehörige? Gibt es ein virtuelles Sterben?

Und was ist, wenn es plötzlich keine oder zu wenig Evidenzen im Umgang mit einer neuen Pandemie gibt, wenn plötzlich die Ideologie der immer fortwährenden Wiederholbarkeit scheitert, weil ein Fall eintritt, der so noch nicht der Fall war? Ein Krieg ohne Drehbuch, aber mit immer lauter werdenden Verschwörungstheorien, einem Hintergrundrauschen und damit einhergehendem Antisemitismus und Rassismen unter anderem wieder auf der Suche nach Letztbegründungen, nach Schuldigen. Bis hin dass Ideen die Runde machen, dass jeder einmal dann sterben muss, wenn er an der Reihe wäre (wie es Brasiliens Präsident Bolsonaro äußerte). Damit wird wieder – selbst in als säkularisiert geltenden Gesellschaften – der strafende Gott mit seinem übermächtigen Willen, dem sich jede/r und alles zu unterwerfen hätte, als höhere Gewalt konstruiert.

¹ Ein Anästhesist beschreibt eindrücklich, was künstliche Beatmung im Klinikalltag bedeutet: <http://marc-hanefeld.de/beatmung-ein-beispiel/>

Aber: Gesetz, Handlung, Freiheit, Selbst, Geschichte, Natur usw. können seit dem ‚Tode Gottes‘ auf keinerlei Letztbegründung hin zurückgeführt werden. Dies ist für Gerhard Gamm nicht Ausdruck eines Mangels, sondern vielmehr konstruktiver Ausgangspunkt für ein Kritischsein, ein Anerkennen der Verletzlichkeit des Anderen und der Notwendigkeit unterstützender (institutioneller) Solidarität in die offene Zukunft hinein: „Als weithin akzeptiertes Resultat kann danach gelten, dass die Unabgeschlossenheit unserer Interpretationen nicht Zeichen eines Bestimmtheitsmangels ist, sondern unvordenkliche Startbedingung möglichen Gelingens; dass ›Missverstehen‹ nicht Anzeige kollabierender Kommunikation, sondern Medium des Verstehens ist; dass das Abgeschottetsein des Horizonts Sprechen und Handeln nicht verdüstert, sondern hinsichtlich ihrer gegenständlichen Bestimmtheit allererst hervorbringt; dass die Unbestimmtheit in Form der Unausdeutbarkeit des Selbst ein einziges kritisches und normatives Potential enthält – das einzige womöglich, aus dem in unseren Tagen eine nichtdogmatische ethische Orientierung geschöpft werden kann“ (Gamm, 2000, 159). Der Mensch bleibt vor dem Hintergrund dieser Ausführungen unausdeutbar, nicht festlegbar. Die Unbestimmtheit ist – und daran ändern auch Diskurse um Wehrhaftigkeit und Kontrolle nichts – der Ausgangspunkt gemeinsamer Verantwortung. Das bedeutet nicht, dass es in einer Pandemie keinerlei Bestimmbares, Erfahrenes, Erinnertes, Standardisierbares mehr gäbe. Standardisierbares und Unbestimmbares überkreuzen sich vielmehr in einer widersprüchlichen Einheit. Wir können nicht anders als die Unbestimmtheit in bestimmte Begriffe und Erfahrungen zu fassen. Die gleichzeitige Unsicherheit und die Unmöglichkeit vollständiger Kontrolle anzuerkennen stellt die Frage nach Verantwortung, Gerechtigkeit und damit grundlegende Fragen nach einer Ethik für die Pflege, aber auch für den grundsätzlichen Umgang mit der Verletzbarkeit von Menschen. Dafür erscheinen die Ausführungen von Emmanuel Levinas inspirierend.

DER VERLETZBARE UND UNAUSDEUTBARE ANDERE: ETHIK UND GERECHTIGKEIT ALS PERSPEKTIVE FÜR DIE ZUKUNFT VON PFLEGE

Emmanuel Lévinas sieht das Antlitz des Anderen in der konkreten Begegnung als eine Anrufung, dem Anderen nicht zu schaden, ihm Abhängigkeitsbeziehungen zu ersparen und ihn in seinem Sterben nicht alleine zu lassen. In seinem Antlitz zeigt sich der verwundbare Mensch. Eine Unverwechselbarkeit des Anderen, eine Unausdeutbarkeit – auch hinter dem Mund- und Nasenschutz. Es sind gerade die Augen des anderen, die einen anblicken, die sagen, „jetzt kein Wenn und Aber, du stehst in meinem Dienst, egal, was aus mir wird“ (Heisterkamp et al., 2009). Diese Begegnung mit einem Anderen, den ich nicht erwählt habe, der mir plötzlich anvertraut wird, ist eine Begegnung in Freiheit – auch in der Quarantäne, durch Glasscheiben oder zwischen Balkon und Straße. Diese Beziehung ist nicht symmetrisch, sie ist eine Beziehung des Gastgebens, des sich Unterwerfens. Wir sind auch ohne Schuld verantwortlich (Pelluchon, 2019). Corine Pelluchon drückt dies so aus:

„Für Lévinas war der Krieg der entscheidende Grund, so zu denken. Ich möchte diese Gedanken weiterführen: Für uns Heutige sind es die Erosion des Politischen in den Demokratien und die ökologische Gefahr, die Gewalt gegenüber dem nichtmenschlichen Leben, die uns vor die Frage stellen, wer sich um wen kümmert, wie wir uns für den Anderen öffnen, wer sich um das Lebendige sorgt und die Bedürftigkeit anerkennt, wenn die politischen Institutionen dazu nicht in der Lage sind oder sich verschließen“ (Pelluchon, 2019).

Diese Begegnung bedeutet jedoch immer auch ein Überfordert-Werden. Der Andere stört. Er beunruhigt uns, weil er bedürftig ist, und unsere Hilfe, unserer Ressourcen und seine Rechte braucht. Gerade in der Corona-Pandemie bringt der infizierte Andere Strukturen durcheinander, stellt bisherige Routinen in Frage, deckt Ungleichheitsphänomene auf oder verstärkt sie, er bringt die Fachkräfte in Situationen radikaler Ungewissheit. Der Andere braucht Hilfe und ist dennoch selbst infektiös. Wir werden so ganz anders als bisher am Anderen mit unserer eigenen Verletzlichkeit konfrontiert. Und was ist mit den Infizierten, welche die Fernsten sind, die in Flüchtlingslagern leiden? Die, die globale Ungleichheiten wieder neu sichtbar werden lassen? Sie werden mittels Überforderungsnarrativen wegsimuliert.

Das Leiden von Anderen kann nur durch Anerkennung ihrer Verletzbarkeit verstanden werden, so wie ich mir Schmerzen nur erzählen lassen oder sehen kann. Jede Standardisierung von Schmerzempfinden ist eine Unmöglichkeit. Pelluchon plädiert dafür eine Ethik vom Anderen her zu entwickeln, welche einen Gegenentwurf zu de-demokratisierenden Prozessen darstellen könnte, welche sich im Angesicht von radikalen Unsicherheiten und Ungewissheiten in eine offene Zukunft hinein zunehmend etablieren. „Ich meine, dass wir in der ungewissen Welt der Gegenwart unsere eigene Schutzlosigkeit auf bedrohliche Weise spüren und unsere Sterblichkeit fürchten“ (Pelluchon, 2019). Die eigene Sterblichkeit, die alles Leben verbindet, sieht sie als Antrieb einer Alteritätsethik gegen die Allmachtsphantasien spätmoderner Gesellschaften mit ihren ethischen Standards. Eine solche ethische Orientierung zeigt sich dann vor allem in einer induktiven Ethik – einer Ethik vom Anderen her. Eine Alteritätsethik der Sorge und der Verantwortung nimmt die passiven Seiten des Menschen in den Blick. Moralische Subjekte (Fachkräfte und Bewohner*innen) sind eben nicht unabhängig und entkörperlicht (unverletzlich), welche in symmetrischen (herrschaftsarmen) Beziehungen Argumente und Rechtfertigungen austauschen, sondern sie sind gleichfalls konkrete körperliche Menschen, mit Wünschen, Bedürfnissen, Emotionen und das in verletzlicher Weise (Dungs, 2019, 449). Damit ist einer Kriegsrhetorik das Wort entzogen. Denn im Krieg bleibt der (zu bekämpfende) Andere immer abstrakt – Alteritätsethisch ist es nicht mehr möglich im Angesicht des (unausdeutbaren) Anderen, ihn zu töten oder ihn in seinem Sterben alleine zu lassen. Das knüpft an Judith Butler an, auf die wir weiter oben eingegangen sind. Wenn Leben gleichermaßen als gefährdet anerkannt wird, gilt es im Sterben auch als gleichermaßen betrauerbar und damit schützenswert.

Diese Anrufungen und die Verantwortung zu antworten dürfen nicht in die Fachkräfte hineingelegt werden. Es braucht darüber hinaus eine institutionelle Solidarität als Gerechtigkeitsidee, wenn Gerechtigkeit und Verantwortung zusammen finden wollen.

Wenn ein solches fürsorgliches Denken vom Anderen her mit Gerechtigkeitsvorstellungen koalieren könnte, wäre das eine konstruktive Möglichkeit des Zusammendenkens von Verantwortung und Solidarität in der aktuellen Krise. Denn eine Ethik vom Anderen her nimmt zwar alles Lebendige gleichermaßen in den Blick, beantwortet jedoch nicht Fragen der gesellschaftlichen Anerkennung von Pflegenden und stellt keine Fragen zur Pfl egetätigkeit als vorrangige Tätigkeiten von Frauen. Vielleicht würde eine solche Alteritätsethik diese Dynamik sogar noch verstärken. Es braucht daher zusätzlich neue Diskurse über Sozialität und Solidarität über die individuelle Ebene der konkreten oder abstrakten Begegnungen hinaus.

SOZIALITÄT UND SOLIDARITÄT FÜR EINE GEMEINSAME BEWÄLTIGUNG DER CORONA-KRISE

Sozialität meint im Französischen „den selbstsicheren Umgang mit schwierigen und feindseligen Situationen“ (Sennett, 2012, 59), in einer dialogischen Verbindung in (gemeinsamen) durchlittenen, schwierigen Erlebnissen. Sozialität baut auf reziprokes Wahrnehmen und empathisches Einlassen auf das Gegenüber auf und sie ermöglicht Begleitung in die Ungewissheit hinein (Sennett, 2012, 59). Diese Idee von Sozialität macht nicht Halt an Eingangstüren, an Stadttoren oder Landesgrenzen. Es braucht eine globale Sozialität.

Für Richard Sennett bedeutet Solidarität Bindungskräfte zwischen Organisationen und Institutionen, die durch Kooperationen mit Sinn und Zweck gefüllt werden können. Solidarische Organisationen machen sich für das Gemeinwohl, für die Daseinsfürsorge, für ihre Anvertrauten nützlich: Sinn und Zweck eines Altenheimes ist ja nicht nur die Abschirmung der Bewohner*innen. Vergnügliche Geselligkeiten müssen auch in den schwierigen Verhältnissen weitergehen. Es wird in den Einrichtungen weiter gelitten, gelacht, gelebt und getrauert werden, es müssen Fenster und Balkone geöffnet werden, damit wartende Angehörige sichtbar werden. Solidarität geht jedoch für Sennett weit über Geselligkeit hinaus und ist auch komplexer als eine Idee guten gemeinschaftlichen Zusammenlebens (Sennett, 2012, 57f). Solidarische Verbundenheit stellt sich über Sympathie her, welche bereits jeder Hilfe- und Unterstützungsleistungen sinnlogisch vorausgeht. Das meint eine Sympathie unter Vertrauten und Unvertrauten, eine zwischen Organisationen und Institutionen und zwischen Staaten zugleich. In der Solidarität geht es um ein wechselseitiges Geöffnetsein für die Not des Anderen (Sennett, 2012, 61): mit dem Elsass, mit Italien, mit Wintersportzentren und mit geflüchteten Personen an der griechisch-türkischen Grenze, in den Lagern auf den griechischen Inseln oder mit den Tagelöhner*innen in Indien oder in Brasilien.

Ziel wäre eine umfassende globale Solidarität der Schicksalsgemeinschaft Menschheit. Hier könnten sich Staaten global nützlich machen und nicht wie bisher ausbeutend voneinander profitieren. Gerecht ist doch das, was Menschen sich wechselseitig schulden (Assheuer, 2011).

Die aktuelle Corona-Kriegsrhetorik vernebelt die Beziehung zum Anderen. In Kriegsmetaphern werden Beziehungen ‚flüchtig‘, es werden Unterschiede konstruiert und Solidarität droht zu einer Solidarität nur unter Gleichgesinnten zu werden – mit vermutlich negativen gesellschaftlichen Folgen für die Zeit nach der Corona-Krise. Management-sprache und Logik sowie Standardisierungen werden zu Ausdrucksweisen des Bedürfnisses nach ‚Absicherung‘ und Kontrolle, die Werte in den Konzepten zu eigenen Werten (Dungs, 2019, 443). Besonders in der zusätzlichen Quarantänesituation der Altenhilfeeinrichtungen zeigen sich die Nachteile sozialer Isolation und Separation in sehr zugespitzter Weise. Wichtig wäre es in der aktuellen Situation, Solidarität und Gerechtigkeit als zentrale Aspekte von Sorge und Fürsorge ernst zu nehmen und diese auch für zukünftige Diskurse der Pflege oder für Diskurse um die Pflege der Zukunft relevant zu machen.

Prof. Dr. Gabriele Fischer

Hochschule München
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
Am Stadtpark 20
D-81243 München
gabriele.fischer@hm.edu

Prof. Dr. Sandro Bliemetsrieder

Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstraße 101
D-73732 Esslingen
Sandro-Thomas.Bliemetsrieder@hs-esslingen.de

LITERATUR

- Assheuer, T. (2011). Gerechtigkeit: Alles, was gerecht ist. Kleine Kulturgeschichte einer großen Idee. ZEIT Online, 15.12.2011. Abgerufen von <http://www.zeit.de/2011/51/Begriffsgeschichte-Gerechtigkeit> am 20.10.2015.
- Aulenbacher, B., Riegraf, B., & Theobald, H. (2014). „Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime, Care: Work, Relations Regimes“. Soziale Welt, 20, Sonderband.
- Beck T K (2020). Gastbeitrag. Krise als Alltag. Süddeutsche Zeitung. de, 29.03.2020. Abgerufen von <https://www.sueddeutsche.de/kultur/gastbeitrag-krise-als-alltag-1.4860609> am 03.04.2020.
- Butler, J. (2010). Gefährdetes Leben, betrauerbares Leben. In dies. (Hrsg.), Raster des Krieges. Warum wir nicht jedes Leid beklagen (pp. 9-38). Frankfurt am Main/New York: Suhrkamp.
- Dungs, S. (2019). Ethische Aspekte der An- und Zugehörigkeitsarbeit. In R. Likar, O. Kada, G. Pinter, H. Janig, W. Schippinger, K. Cernic & C. Sieber (Hrsg.), Ethische Herausforderungen des Alters. Ein interdisziplinäres, fallorientiertes Praxisbuch für Medizin, Pflege und Gesundheitsberufe (pp. 443 - 450). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Gamm, G. (2000). Nicht nichts. Studien zu einer Semantik des Unbestimmten. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Heisterkamp, J. & Föller-Mancini, A. im Gespräch mit Klaus Dörner (2009). „Der Andere ist immer jemand, der absolut ist“. GESTALT ZEITUNG 2009. Abgerufen von <http://www.jens-heisterkamp.de/der-andere-ist-immer-jemand-der-absolut-ist/> am 07.04.2020.
- Kirsch, M. (2020). An der Grenze der Verfassung und darüber hinaus. Bundeswehr mobilisiert 15.000 Soldat*innen für Corona-Einsatz im Inland. Informationsstelle Militarisation e.V., IMI-Analyse 2020/18. Abgerufen von <http://www.imi-online.de/2020/03/30/an-den-grenze-der-verfassung-und-darueber-hinaus/> am 03.04.2020.
- Koebe, J., Samtleben, C., Schrenker, A. & Zucco, A. (2020). Systemrelevant und dennoch kaum anerkannt: Das Lohn- und Prestigeniveau unverzichtbarer Berufe in Zeiten von Corona. DIW aktuell, 28, 1-7. Abgerufen von https://www.diw.de/de/diw_01.c.743872.de/publikationen/diw_aktuell/2020_0028/systemrelevant_und_dennoch_kaum_anerkannt__das_lohn-_und_prestigeniveau_unverzichtbarer_berufe_in_zeiten_von_corona.html am 04.04.2020.
- Lübke, S. (2020). Polnische Pflegekräfte. Frau K. kann nicht rein. ZEIT Online, 30.03.2020. Abgerufen von <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-03/polnische-pflegekraefte-coronavirus-grenze-osteuropa-betreuung> am 04.04.2020.
- Pelluchon, C. (2019). Emmanuel Lévinas. Worüber denken Sie gerade nach, Corine Pelluchon? ZEIT Online, 07.08.2019. Abgerufen von <https://www.zeit.de/2019/33/emmanuel-levinas-andersartigkeit-verwundbarkeit-sterblichkeit-philosophie> am 07.04.2020.
- Riedlinger, I.; Fischer, G. & Höß, T. (i.E.). Pflegeberufe und Arbeitskampf – ein Widerspruch? In I. Artus; Henniger, A. (Hrsg.), Arbeitskonflikte und Gender. Reihe Arbeit und Geschlecht. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Schubert, C. (2020). Paris im Ausnahmezustand. Ausgangssperre wegen Corona. FAZ.net, 17.03.2020. Abgerufen von <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/ausgangssperre-wegen-coronavirus-paris-im-ausnahmezustand-16683004.html> am 03.04.2020.
- Sennett, R. (2012). Zusammenarbeit: was unsere Gesellschaft zusammenhält. New York: Random House.
- Soiland, T. (2017). Landnahme der individuellen und sozialen Reproduktion: eine feministische Perspektive auf die Transformation des Sozialen. Abgerufen von <http://www.theoriekritik.ch/?p=3180>. theoriekritik.ch (blog) am 07.04.2020.
- Szymanowski, G. (2020). Fachkräftemangel in der Coronakrise. Corona-Krise: Pflegekräfte fordern mehr als Applaus. Abgerufen von <https://www.dw.com/de/corona-krise-pflegekr%C3%A4fte-fordern-mehr-als-applaus/a-52983411> am 03.04.2020.
- tagesschau.de (01.04.2020). Verfassungsschutz. Rechtsextreme nutzen Corona-Krise. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/inland/verfassungsschutz-rechtsextreme-corona-101.html> am 03.04.2020.
- tagesschau.de (02.04.2020). Coronavirus in Griechenland. Flüchtlingslager unter Quarantäne. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/ausland/corona-ritsona-101.html> am 03.04.2020.
- WeLT Nachrichtensender KLARER Standpunkt (2020). URSULA VON DER LEYEN: „Europa ist solidarisch und unterstützt Griechenland“. Abgerufen von https://www.youtube.com/watch?v=1CxQ1_KypRE am 03.04.2020.
- Wiegel, M. (2020). Coronavirus in Frankreich. Krisengewinnerin Le Pen? FAZ.net, 31.03.2020. Abgerufen von <https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/wie-marine-le-pen-die-corona-krise-zur-profilierung-nutzt-16702021.html> am 03.04.2020.
- ZEIT Online (25.03.2020). Pflegekräfte. „Dieses Klatschen ist fast zynisch“. Abgerufen von <https://www.zeit.de/wirtschaft/2020-03/pflegekraefte-systemrelevante-berufe-unterbezahlung-corona-krise-ungerechtigkeit> am 04.04.2020.
- Zentrum für angewandte Forschung ZAFH care4 care. Abgerufen von <https://www.zafh-care4care.de/> am 08.04.2020.
- Žižek, S. (2020). Der Mensch wird nicht mehr derselbe gewesen sein: Das ist die Lektion, die das Coronavirus für uns bereithält. NZZ.ch, 13.03.2020. Abgerufen von <https://www.nzz.ch/feuilleton/coronavirus-der-mensch-wird-nie-mehr-derselbe-gewesen-sein-ld.1546253> am 04.04.2020.

Die Covid 19-Strategie – gesundheitliche und soziale Auswirkungen

Andrea Gundolf, M.Ed.

EINLEITUNG

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) berichtet im Februar 2020 erstmals von einer in Europa aufgetretenen Lungenerkrankung Covid-19 (Englisch: Corona Virus Disease 2019), die durch ein Coronavirus verursacht wird. Seither kursieren global und über die Medien Bilder von Covid-19-PatientInnen und -Todesfällen sowie völlig überlasteten Gesundheitssystemen. Der Erreger bzw. das "neuartige" Coronavirus, das bisher vorläufig als 2019-nCoV bezeichnet wird, erhält gleichzeitig den Namen: Sars-CoV-2. Seither kursieren global und über die Medien Bilder von Covid-19-PatientInnen und -Todesfällen sowie völlig überlasteten Gesundheitssystemen.

Die Corona-Pandemie bewirkt einiges Positives und sehr viel Leid. Vor allem aber viel Unsicherheit.

Sind alle Todesfälle tatsächlich auf Covid-19 zurückzuführen oder sind vor allem ältere Menschen und PatientInnen mit Vorerkrankungen mit und nicht am Virus selbst gestorben?

Die gesundheitlichen, psychologischen, sozialen und ökonomischen Folgen der Corona-Maßnahmen betreffen letztendlich die Gesundheit aller Altersgruppen, meint Martin Sprenger, Public-Health-Experte an der Med-Uni Graz (Spenger 2020).

FORSCHUNGSFRAGE UND METHODE

Die Forschungsfrage lautete: Welche sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen verursacht das Corona-Maßnahmenpaket im deutschsprachigen Raum?

Methode und Ziel: Literaturrecherchen hatten zum Ziel, die gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen bzw. Auswirkungen der Handlungs- und Bewältigungsstrategien rund um Covid-19 aufzuzeigen. Aufgrund der Aktualität des Themas wurden bei der Recherche hauptsächlich Publikationen des Jahres 2020 verwendet.

WIE GEFÄHRLICH IST CORONA?

Bislang deutet alles darauf hin, dass sich das neue Corona-Virus besser an menschliche Zellen anpasst als andere Corona-Virus-Typen. Dies fanden ForscherInnen um Daniel Wrapp von der University of Texas heraus. „Überraschenderweise bindet der ACE2-Rezeptor mit zehn- bis 20-fach höherer Affinität“ an die entsprechende Binde-stelle des neuen Corona-Virus als bei verwandten Erregern.

Das könnte erklären, warum sich dieses Virus so leicht von Mensch zu Mensch überträgt.

Die Ansteckungsgefahr und die Sterblichkeit sind beim Corona-Virus nach ExpertInnen-Einschätzung etwa gleich hoch wie bei einer Influenza, meint Chefarzt Clemens Wendtner von der Klinik für Infektiologie in der Münchener Klinik Schwabing (DE) im Februar 2020. Sieben von zwölf infizierten Personen werden von ihm hier behandelt. Wendtner geht allerdings wie seine KollegInnen von der Charité in Berlin und dem Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr davon aus, dass Covid-19-PatientInnen auch bei sehr schwachen Symptomen ansteckend sein können. Dass Virus wird seiner Meinung nach in Europa weniger Epidemieartig verbreitet wie in China, denn in Deutschland z. B. besteht ein sehr gutes Gesundheitssystem, um früh entgegen wirken zu können (Wendtner 2020).

Der Virologe Hendrik Streeck konnte nachweisen, dass sich das Virus ausschließlich über eine Tröpfcheninfektion, nicht aber über eine Schmierinfektion überträgt. Das bedeutet, dass keine Übertragung über den Kontakt mit Gebrauchsgegenständen, sehr wohl jedoch über Tröpfchen und Aerosole (Nasensekret, Sputum etc.) erfolgt. Er schließt aus, dass eine Ansteckung über kurze Zeitdauer z. B. beim Einkaufen geschieht, wohl aber bei längeren Zusammenkünften von bereits infizierten Menschen (Streeck, zit. nach Schamann 2020).

Bei den Corona-Zahlen stehen alle im Dunkeln, denn die Daten zu Corona-Infektionen, Todesfällen und die Daten zur Ausbreitung der Virusinfektion sind bisher durchwegs unzuverlässig, kritisieren ExpertInnen.

Die Politik befindet sich in einem Dilemma, denn sie muss auf Basis solcher Zahlen handeln.

Die Frage ist, werden es 20.000 oder 30.000 vom Virus betroffene Menschen sein, wie in einer heftigen Grippe-saison, oder eher 100.000 oder mehr, wie Medien berichten und welche gesundheitlichen Konsequenzen hätte im Gegenzug ein langfristiger Shutdown (die Stilllegung des Gesellschaftssystems)? Von den aktuellen Schutzmaßnahmen sind deutlich mehr Menschen betroffen als von der direkten Bedrohung des Coronaviruses (Antest, zit. nach Merlot 2020). John Ioannidis, Epidemiologe an der US-amerikanischen Stanford Medical School meint dazu, die Sterblichkeitsrate bzgl. Covid-19 liegt unter einem Prozent. Inwieweit die Sterberate tatsächlich darunter liegt, hängt von der Dunkelziffer ab, schreibt Ioannidis in einer Analyse, sie könnte sogar nur 0,05 Prozent betragen. Die

österreichische Politik stellt fest, dass der Wert unter ein Prozent bleiben muss, sonst droht Österreich ein Ausmaß von rund 10.000 zusätzlichen Todesfällen und ein Zusammenbruch des Gesundheitssystems (Ioannidis, zit. nach Langbein 2020).

Den Grund für mögliche Szenarien sehen die WissenschaftlerInnen in der begrenzten Verfügbarkeit von Intensivbetten und Beatmungsgeräten. Sobald sich 125.000 Personen gleichzeitig mit dem Virus infizieren, sind die Kapazitäten ausgelastet. Österreich ist glücklicherweise weit davon entfernt. Anfang April 2020 sind nach Angabe der Universität Wien 245 der Intensivbetten ausgelastet (Matzenberger 2020).

EpidemiologInnen geben an, dass alles darauf hindeutet, dass ungefähr drei Prozent, geschätzt werden es am Ende etwa 130.000 Menschen sein, im Verlauf von Covid-19 eine derart schwere Lungenentzündung haben, dass sie von selbst zu schwach sind, um zu atmen. Und die einzige, bisher bekannte Therapie eines solchen Verlaufs ist die Beatmung durch Maschinen. Diese Massnahmen erfolgen so lange, bis das Immunsystem des Körpers genug Viren getötet hat, dass die Entzündung abklingt. Anderenfalls stirbt die/der PatientIn, aufgrund eines zu schwachen Immunsystems (Pichlbauer 2020).

ÄrztInnen und PflegerInnen in Deutschland warnen indes im Zuge der Corona-Krise vor einer Zwangsarbeit.

In Nordrhein-Westfalen wollen politische EntscheidungsträgerInnen per Gesetz ÄrztInnen und Pflegekräfte zum Dienst verpflichten. Die Frage steht im Raum, ob dies verfassungswidrig ist. Der Widerstand von Seiten der Gesundheitsberufe ist groß (Biermann, Gutensohn 2020).

WELCHE HANDLUNGSSTRATEGIE IST RICHTIG?

Als Ende Februar die ersten österreichischen Corona-Fälle auftreten, beherzigte das Team um Gesundheitsminister Rudolf Anschober (Grüne) die Lehren aus den dramatischen Ereignissen in Italien.

Am 5. März 2020 informierten die isländischen Gesundheitsbehörden ihre österreichischen KollegInnen von einem Infektionsherd in Ischgl, wo Abend für Abend tausende Touristen dicht gedrängt Après-Ski feierten. Am selben Tag reisten mehr als 100.000 Urlauber aus den Tiroler Wintersportgebieten ab (Langbein 2020). Dramatische Meldungen über Epidemien folgten über UrlauberInnen aus Norwegen, Dänemark, Schweden und Island. Tirol war der Infektionsherd für große Teile Europas. Daraufhin beschloss die österreichische Regierung eine Quarantäne über einige Wintersportorte. Deutschlands PolitikerInnen verzichteten zunächst auf Ausgangssperren (Langbein 2020). Auch der Virologe Alexander Kekulé meint: Wenn die Sonne scheint, sollten Leute rausgehen, denn die Viren lieben Innenräume und wer die Menschen einsperrt, macht genau das Falsche aus psychologischer und sozialer Sicht (Kekulé, zit. nach Langbein 2020).

Auf Basis seiner bestehenden Expertise drängte der österreichische Bundeskanzler Sebastian Kurz (ÖVP) ab 6. April 2020 auf eine Atemschutzmaskenpflicht (Nasen-Mund-Schutz) für alle Bediensteten und KonsumentInnen in Supermärkten. Kritik gab es dazu von Sprenger, der meint, diese sei aus Sicht von Pflegeberufen etwas befremdlich, da es auch hier noch in einigen Bereichen an Schutzausrüstung mangelt (Sprenger 2020). Die Wirksamkeit eines Nasen-Mund-Schutzes ist ExpertInnenmeinungen nach zu hinterfragen. Eine unsachgemäße Verwendung von Atemschutzmasken kann mehr Schaden als Nutzen verursachen (Lungenärzte im Netz 2020).

Taiwan hat trotz der Nähe zu China einen nonkonformistischen Weg beschritten: Taiwan denkt nicht an Ausgangssperren, hat jetzt bereits 40 Neuinfektionen am Tag, sagt Kekulé. Wesentlich sei, Covid-19 Erkrankte und ihre Kontaktpersonen zu identifizieren. Taiwan und Singapur, die bereits mit der SARS-Epidemie Erfahrungen sammeln mussten, scheuten nicht davor zurück, über Handydaten die Quarantäne zu überwachen. Dort nutzten viele BürgerInnen eigene Apps, die ihre Handys bei Begegnungen mit anderen koppeln und aufzeichnen. So konnte jede infizierte Person alle warnen, zu denen ein Kontakt bestand (Langbein 2020).

Epidemiologen wie John Ioannidis von der US-amerikanischen Stanford Medical School bezweifeln die Sinnhaftigkeit von totalen Ausgangssperren. Denn diese Maßnahmen könnten ein Desaster des Jahrhunderts auslösen, warnt der Medizinstatistiker aus Stanford in der Zeitschrift Stat+. Es gäbe zu wenige präzise Daten über die Gefährlichkeit der neuen Viren. Bis heute gibt es keine Studie, die die Verteilung des Virus in der Normalbevölkerung und den Krankheitsverlauf misst.

Im Zuge des Zeitdrucks werden meist nur erkennbare Erkrankte getestet, das führt zu einer Überschätzung des Risikos. Ioannidis zweifelt daran, dass die Todesursache bei den Verstorbenen immer Covid-19 ist, da oft Schwerkranken positiv getestet werden, die jedoch an ihren Grunderkrankungen sterben.

Nach Besichtigung der Datenlage aus dem wegen Corona-Fällen isolierten Kreuzfahrtschiff "Diamond Princess" schätzt Ioannidis das Sterberisiko auf 0,05 bis 0,5 Prozent. Das gleicht in etwa den Grippewellen der vergangenen Jahrzehnte. Auch damals spielten Coronaviren eine Rolle (Ioannidis zit. nach Langbein 2020).

PatientInnenanwalt Bachinger befürwortet grundsätzlich die Pandemiestrategie der Regierung, dennoch sollten mehrere ExpertInnenmeinungen zulässig sein. Er nennt beispielsweise jene 3.000 Menschen, die in Österreich jährlich an Spitalsinfektionen sterben, obwohl diese mit verstärkten Hygienemaßnahmen verhindert werden könnten. Noch wenige Wochen vor Corona wurde auf dieses Problem hingewiesen, doch damals hat das niemanden interessiert. Es sei daher nicht ganz nachvollziehbar, warum bei diesem Virus jetzt so stark reagiert wird und warum dafür das gewohnte gesellschaftliche Leben aufgegeben wird. Obwohl VirologInnen immer wieder davor gewarnt haben, dass eine Pandemie auf die Menschheit zukommen werde und das Gesundheitssystem dafür

vorbereitet werden sollte, habe diese Warnungen nie jemand ernst genommen. Eine große Herausforderung für unser Gesundheitssystem wird die Zeit nach der Krise sein (Bachinger, zit. nach Redl 2020).

Jetzt gilt es, wissenschaftlich zu entscheiden, ab wann und in welcher Region unter welchen Voraussetzungen die Kindergärten und Volksschulen wieder öffnen, Unternehmen die Produktion wieder hochfahren, Berufsgruppen wieder ohne und mit bestimmten Auflagen arbeiten gehen können und soziale Begegnungen, Feiern, Freizeitaktivitäten, Theater- und Gasthausbesuche wieder möglich sind. Nur so könne der derzeit permanent entstehende Schaden durch die Maßnahmen minimiert werden, ohne dass eine wesentliche Steigerung der Gesamtsterblichkeit stattfindet und die österreichische Krankenversorgung versagt. Bisher wurde das System nur ungenügend gut bewältigt und diese Krise wird uns besonders auf die Defizite im Gesundheitsbereich hinweisen. Es fehlt uns derzeit vor allem an Zeit. Denn chronisch kranke Menschen mit Diabetes, Krebs, Herzkrankheiten oder COPD brauchen Gespräche und persönliche Zuwendung, um Motivation und Gesundheitskompetenz aufzubauen.

Martin Sprenger, auch Mitglied des ExpertInnenstabs des Corona Taskforce im österreichischen Gesundheitsministerium fordert zudem EU-weite Regeln, wer als Covid-Toter gezählt wird. Denn nicht jeder Corona-Tote muss ursächlich am Virus verstorben sein. Das Durchschnittsalter jener Menschen, die bisher in Österreich durch das Coronavirus oder mit ihm verstorben sind, ist 80 Jahre (Spenger 2020).

In der Region Wuhan wurden innerhalb von drei Wochen über 320.000 Testungen durchgeführt, die das Virus schon während der Inkubationszeit anzeigen. Die Zahl der unerkannten Infektionen ging daraufhin stark zurück: Statt 86 Prozent blieben laut einer Studie nach dem 24. Jänner nur noch 35 Prozent der Infektionen unerkannt. Diese Erkenntnisse könnten von anderen Ländern genutzt werden.

Österreich weist derzeit eine eher geringe Testrate auf. Getestet wird nach wie vor nur bei vorliegenden Symptomen und wenn die betroffene Person in einem Risikogebiet war und laut Anordnung eines Arztes, meint Clemens Martin Auer vom Gesundheitsministerium. In Italien, wo mittlerweile mehr Covid-19-Infizierte gestorben sind als in China, hat Ende vergangener Woche seine Teststrategie umgestellt. Die neuen Schnelltests screenen das Umfeld von Infizierten, Ergebnisse gibt es nach einer Stunde. 80 Prozent der infizierten Personen ohne Symptome sind die eigentliche Gefahr. Sie wissen nicht, dass sie VerbreiterInnen sind, meint Andrea Crisanti von der Uni Padua. Alle in Quarantäne zu bringen, verhindere nur unzureichend weitere Ansteckungen. In Veneto werden jeden Tag 13.000 von fünf Millionen EinwohnerInnen getestet. Im Gegensatz zu den bislang verfügbaren erkennen die neuen Schnelltests auch die Virus-DNA und nicht nur die Reaktion des Körpers darauf (Langbein 2020).

Bruce Aylward aus der WHO-Generaldirektion fasste in einem Interview für den New Scientist eine Handlungsempfehlung zusammen:

- schnelle Tests bei geringstem Verdacht
- rasche Isolation der Infizierten
- minutiöses Tracking und Quarantäne aller Kontaktpersonen (Aylward, zit. nach Langbein 2020)

DER SHUTDOWN UND DIE PSYCHOSOZIALEN BZW. GESUNDHEITLICHEN FOLGEN

Das Runterfahren des Gesellschaftssystems im Zuge der Covid-19 Krise hat auch gesundheitliche Folgen. Public-Health-ExpertInnen warnen davor, weiterhin möglichst viele Ressourcen hauptsächlich für die Versorgung von Menschen mit SARS-CoV-2 aufzubringen. Denn anderswo kommen PatientInnen zu kurz. Nämlich jene Menschen, die chronisch oder psychisch krank sind und derzeit Arzttermine nicht wahrnehmen können, deren Operationen verschoben werden oder deren psychische Gesundheit durch die Maßnahmen leidet. Mit Sicherheit kommt es schon jetzt zu zahlreichen gefährlichen Verläufen und Todesfällen, die unter Normalbedingungen vermeidbar wären. Die Entleerung der Krankenhäuser, striktere Aufnahmekriterien, weniger direkte PatientInnenkontakte in der hausärztlichen Praxis, die erschwerte Zugänglichkeit zu FachärztInnen, vor allem zu bildgebenden Verfahren und zu TherapeutInnen sowie durch Einschränkungen bei Betreuung und Pflege. Alle gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Kollateralschäden, die Folgeschäden der resultierenden Covid-Maßnahmen sollten dabei bedacht werden. Handlungsstrategien von Seiten der Regierung zum Thema sollten auf Basis von evidenzbasierten Datenerhebungen und -bewertungen unabhängiger Institutionen erfolgen. Expertisen von unabhängigen WissenschaftlerInnen erfolgen und ihre Meinungen sollten dabei gehört und nicht abgewertet werden (Sprenger, zit. nach Redl 2020).

Sylke Andreas gibt zu bedenken, „je länger die soziale Isolation und Krise andauert, desto problematischer sind auch die psychischen Auswirkungen“. Für psychisch labile Menschen sind das Zusammenbrechen gewohnter Alltagsstrukturen und eine sich täglich ändernde, völlig ungewisse Situation schwerer zu ertragen als für psychisch Gesunde. Wobei eine soziale Isolation die psychischen Krankheitsbilder weiter verstärkt. Ohne stabilisierende Routinen und zu viel Zeit zum Nachdenken, erhöht sich die Gefahr, bedrückende und beängstigende Gedanken zu stärken (Andreas, zit. nach Griessner 2020).

ISOLATIONS- BZW. QUARANTÄNEMASSNAHMEN UND PSYCHOSOZIALE FOLGEN

Eine Quarantäne schwächt das Immunsystem, sagt Gesundheitspsychologin Roman Braun. In Italien wurden Menschen per Dekret aufgefordert, ihre Wohnungen nur im Notfall zu verlassen. Auch in Österreich wurden Schritte zur Reduktion der Sozialkontakte gesetzt und per Erlass Menschenansammlungen verboten, bei denen mehr als 500 Personen im Freien sowie mehr als 100 Personen in geschlossenen Räumen zusammenkommen. Darüber hinaus könne soziale Isolation aufgrund von Quarantäne zu Schlafstörungen führen. Bei weniger als sieben Stunden gesundem Schlaf, lassen sich am nächsten Tag um 30 Prozent weniger T-Lymphozyten feststellen, wodurch die Infektanfälligkeit ebenfalls steigt, meint Braun. Denn T-Lymphozyten dienen der Immunabwehr.

Wichtig wäre daher nicht nur, im Vorfeld über mögliche Symptome zu sprechen, sondern vor allem auch, der Quarantäne einen zeitlichen Horizont zu geben. Es gehe um die zentrale Frage: Ist die soziale Isolation das neue Normale oder wird sie wieder vorübergehen?

Im Gefangenenlager Guantánamo auf Kuba hat die CIA beispielsweise den Gefangenen absichtlich nicht gesagt, wie lange sie inhaftiert sind – als bewusst gesetzte Form der Strafverschärfung.

Das Wissen um ein absehbares Ende einer Quarantäne ist auch insofern enorm wichtig, wenn man diese nicht komplett sozial isoliert, sondern gemeinsam mit seine/r/m PartnerIn und/oder den Kindern durchlebt.

Ein „Lagerkoller“ entsteht, weil man immer mit den gleichen Leuten zu tun hat. Dieser kann sich zum Beispiel in Angst, Wut, Verzweiflung, Überaktivität oder depressiven Zuständen äußern. Familie kann jedoch eine Chance sein, den Symptomen der Isolation zu entkommen (Braun 2020).

Aus der Trauma-Forschung weiß man mittlerweile, dass Menschen in Krisensituationen oft sehr gefasst reagieren und Fähigkeiten mobilisieren, um durch die Extremsituation zu kommen. Einige Symptome zeigen sich jedoch erst nach Ende des traumatischen Ereignisses, wenn die emotionale Verarbeitung beginnt.

Auswirkungen von Krisensituationen und traumatischen Ereignissen können nach Andreas sein:

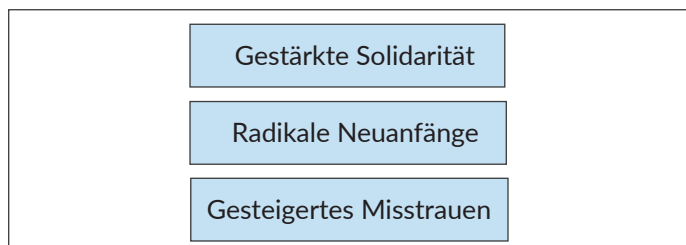


Abbildung 1: Auswirkungen von Krisensituationen und traumatischen Ereignissen nach Andreas

Psychisch kranke Menschen sind diesbezüglich eine übersehene Risikogruppe. Die soziale Isolation aufgrund des Infektionsrisikos und das Aussetzen von Routinen während der Corona-Krise bedeuten für psychisch kranke und instabile Personen eine besondere Herausforderung (Andreas zit. nach Griesser 2020).

WIE KÖNNEN WIR UNS STÄRKEN?

Was kann man selber tun, um in diesen Zeiten ein psychisches Gleichgewicht zu bewahren? Wir benötigen derzeit ganz besonders die emotionale Nähe zu FreundInnen und Familie, damit uns zu Hause nicht die Decke auf den Kopf fällt. In dieser Situation sollten Telefon und soziale Medien intensiver als in normalen Zeiten genutzt werden, obwohl eine Umarmung damit nicht ersetzbar ist.

Auch andere Menschen zu unterstützen, ein prosoziales Verhalten bringt Bestätigung und Dankbarkeit und ist nicht

nur für andere Menschen heilsam. Wo mehrere Menschen in einer Wohnung zusammengesperrt viel Zeit miteinander verbringen müssen, steigt auch die Gewaltanfälligkeit. Freiräume und Rückzugsmöglichkeiten sollten daher geschaffen werden. Auch ein Boxsack in der Wohnung kann helfen, aufsteigende Aggressionen zu kanalisieren. Menschen nach einem Trauma oder einer schweren Erkrankung entwickeln oft Kräfte, die sie innerlich wachsen lassen (Resilienzfähigkeit). Sie reifen durch die belastenden Erfahrungen in ihrer Persönlichkeit und setzen sich oft neue Lebensziele. Menschen haben in der Corona-Krise mehr Zeit zur Selbstreflexion als je zuvor (Andreas zit. nach Griesser 2020).

Wenn man jemanden für 20 Sekunden umarmt, steigt der Serotoninspiegel nachweislich und Endorphine (Glückshormone) werden ausgeschüttet. Körper- und Hautkontakt sollen aufgrund der Übertragungsgefahr des Virus vermieden oder sogar unterlassen werden. Der Kontakt mit der Natur ist hier sehr hilfreich. Gärtnern wirkt sich beispielsweise positiv aus. Um die Schlafqualität zu verbessern, kann Meditation helfen. Digitale Freunde und der Blickkontakt über Skype werden mehr an Bedeutung gewinnen (Braun 2020).

Die Tagesroutine beizubehalten und der Kontakt mit den Mitmenschen über die Entfernung ist ebenso wichtig. Des Weiteren sollten Menschen ihren Hobbys nachgehen, sich entspannen, sich regelmäßig bewegen und gesund ernähren. Die persönliche Belastungsgrenze ist individuell und hängt auch davon ab, ob man weiterhin arbeitet, ob man Kinderbetreuungspflichten hat und über einen Garten verfügt oder auf dem Land oder in der Stadt lebt (Till, zit nach Redl 2020). Auch Patrick Fassbind, Leiter der Basler Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB, warnt vor zusätzlichen Herausforderungen, wenn zu engen Wohnverhältnissen noch Existenzängste dazukämen. Familien sind krisenanfälliger. Fachleute gehen daher davon aus, dass die häusliche Gewalt in der Corona-Krise zunimmt. Da wird die Lage schnell prekär und kann eskalieren. Weil Familien derzeit isoliert sind, finden die Krisen nun im Verborgenen statt (Fassbind 2020). Der Leiter der Volksschulen Basel Dieter Baur meint dazu, dass beide Organisationen, die JuAr wie auch die KESB, den Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen suchen, um Eskalationen frühzeitig verhindern zu können. Das Lehrpersonal steht auch online im Kontakt mit den SchülerInnen und ist bzgl. dessen sensibilisiert (Baur 2020).

Abschließend einige empfohlene Maßnahmen, um die eigene Widerstandskraft zu stärken:

Serotoninspiegel anheben

- Umarmung mind. 20 Sekunden am Tag (Menschen im gemeinsamen Haushalt, Partner, Kinder...)
- Kontakt zur Natur
- Sonnenlicht, Vitamin D
- Meditation, Musik
- Gedankenhygiene
- Nähe zu Familie und FreundInnen
- andere Menschen unterstützen

Immunabwehr stärken

- nicht rauchen
- Alkohol nur in Maßen konsumieren
- normales Gewicht halten
- sich regelmäßig bewegen, frische Luft
- sich ausgewogen ernähren
- gesunder Schlaf
- Rückzugsmöglichkeiten schaffen
- Aggressionen kanalisieren (z. B. Sport, Boxsack ...)

Tabelle 1: Empfohlene Maßnahmen zur Stärkung der eigenen Widerstandskraft

DISKUSSION

Die Ergebnisse zeigen Möglichkeiten auf, wie zukünftig weitere Maßnahmen gesetzt werden können, um einerseits die Viruseindämmung zu bewältigen und gleichzeitig die Folgeschäden zu minimieren. Derzeit noch lückenhaft existierende Erkenntnisse über das SARS-Cov-2 Virus machen es schwer, sichere Handlungsschritte vor auszuplanen, daher ist es nach Meinung der Autorin besonders wichtig, ExpertInnen aus unterschiedlichen Bereichen zusammenzuführen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Die Handlungsstrategie muss im Gesamten betrachtet werden. Das Privatleben der Gesellschaft ist derzeit drastisch reglementiert. Ganze Existenzen sind wirtschaftlich vernichtet. Auch staatlich beschlossene Notförderungen können die Spätfolgen nicht abdecken. EpidemiologInnen wissen, dass Arbeitslosigkeit, Armut und Perspektivlosigkeit krank machen und die Sterblichkeit erhöhen. Etliche ExpertInnen schließen sich mittlerweile der Meinung des Schweizer Infektiologen Pietro Vernazza an: Der relative Erfolg des Shutdowns muss genutzt werden, um die Risikogruppen effektiv durch gut betreuten "Hausarrest" zu schützen. Gleichzeitig ist jungen, kaum gefährdeten Menschen der Zugang zu Erholung und Arbeit wieder zu erlauben. "Testing und Tracking" können die Virusverbreitung in Grenzen halten. Erfolgen diese Maßnahmen nicht, kann jedes Lockern der Zwangsmaßnahmen dem Virus wieder gefährliche Verbreitungsmöglichkeiten bieten (Langbein 2020). In diesem Beitrag lag der Fokus ausschließlich auf den sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen der Covid-Strategie. Die ökonomische Sichtweise wäre ebenso interessant, jedoch zu umfassend gewesen.

FAZIT

Erfahrungen anderer Länder haben gezeigt, wie gefährlich einerseits das Covid-19 Virus sein kann und dass andererseits solch eine Krisensituation mit einem schlecht ausgestatteten Gesundheitssystem keinesfalls bewältigbar ist. Noch ist die Corona-Datenlage in europäischen Ländern und international völlig unklar. Es fehlen evidenzbasierte Daten bzgl. der Covid-19 Sterblichkeitsrate und des Krankheitsverlaufs. Derzeit wird noch jeder Todesfall, egal wie und ob der Mensch mit oder auch ohne Vorerkrankung stirbt, sobald er das Virus in sich trägt, als Covid-19 Todesfall gerechnet. Bei Maßnahmenpaketen rund um das Corona-Virus, wie bspw. Isolations- und Quarantänemaßnahmen,

Tragen von Mund- und Nasenschutz, Einschränkung des Berufs- und Gesellschaftslebens sollten, neben VirologInnen, PsychologInnen, SoziologInnen, ÖkonomInnen etc. auch Public-Health-ExpertInnenmeinungen gehört werden. Diese verknüpfen das Wissen bzgl. sozialen, psychologischen, ökonomischen und gesundheitlichen Folgen und können wertvolle Perspektiven und Lösungsmöglichkeiten anbieten. Deutschsprachige Länder verfügen über ein gut ausgebautes Gesundheitssystem, daher sind aus heutiger Sicht keine derart dramatischen Situationen im Hinblick auf Covid-19 wie in China, Italien etc. zu erwarten. Bedenklich sind aus Sicht von Public Health ExpertInnen jedoch die oben genannten Folgeschäden für die Gesellschaft.

Andrea Gundolf, M.Ed.

Lehrerin für Gesundheitsberufe
Akad. Gesundheits- und Pflegemanagerin
St. Margarethenweg 5
A-9081 Reifnitz am Wörthersee
andrea@gundolf.at

LITERATUR

- Baur, Dieter (2020). Mehr Betreuung durch Schule ist nicht möglich. Online: <https://www.srf.ch/news/regional/basel-baselland/jugendliche-unter-druck-die-corona-massnahmen-treffen-junge-menschen-besonders-hart> Zugriff am 7.4.2020
- Biermann, Kai, Gutensohn, David (2020). Ärzte und Pfleger warnen vor Zwangsarbeit. Online: <https://www.zeit.de/arbeit/2020-04/corona-krise-aerzte-pflegekraefte-arbeit-verpflichtung-armin-laschet> Zugriff am 3.4.2020
- Braun, Roman (2020). "Quarantäne kann das Immunsystem schwächen". Online: <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2054061-Quarantaene-schwaecht-das-Immunsystem.html> Zugriff am 4.4.2020
- Fassbind, Patrick (2020). Explosive Mischung: Häusliche Gewalt wird steigen. Online: <https://www.srf.ch/news/regional/basel-baselland/jugendliche-unter-druck-die-corona-massnahmen-treffen-junge-menschen-besonders-hart> Zugriff am 7.4.2020
- Griessner, Doris (2020). Coronavirus: Psychisch kranke Menschen sind übersehene Risikogruppe. Online: <https://www.derstandard.at/story/2000116114485/coronavirus-psychisch-krank-menschen-sind-uebersehene-risikogruppe> Zugriff am 4.4.2020
- Langbein, Kurt (2020). Die infizierte Vernunft. Die Politik legt Wirtschaft und Gesellschaft still, um den Medizinbetrieb und Menschenleben zu retten. Andere Länder zeigen vor: Es gäbe bessere Lösungen als Ausgangssperren für alle. Online: https://www.falter.at/zeitung/20200325/die-infizierte-vernunft/_b124d480e0?fbclid=IwAR36O1oZcgwNAHFrG-d6SLPI3rD9fUY7zwDnvMm49PCavkMtD3aRr487jFGY Zugriff am 4.4.2020
- Lungenärzte im Netz (2020). Covid-19: Hygiene- und andere Schutzmaßnahmen
- Matzenberger, Michael (2020): Coronakrise. Bei den Corona-Zahlen stehen alle im Dunkeln. Online: <https://www.derstandard.at/story/2000116399653/bei-den-corona-zahlen-stehen-alle-im-dunkeln>. Zugriff am 12.4.2020
- Merlot, Julia (2020). "Die Zahlen sind vollkommen unzuverlässig". Online: <https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/coronavirus-die-zahlen-sind-vollkommen-unzuverlaessig-a-7535b78f-ad68-4fa9-9533-06a224cc9250> Zugriff am 6.4.2020
- Pichlbauer, Ernest (2020). COVID19 – Testen, Testen, Testen heißt Daten, Daten, Daten! Online: <https://www.rezeptblog.at/> Zugriff am 7.4.2020
- Redl, Bernadette (2020). Die Kollateralschäden bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie. Online: https://www.derstandard.at/story/2000116235266/die-kollateralschaeden-bei-der-bekaempfung-der-corona-pandemie?fbclid=IwAR3pXC3nV4u7NyqRCMXjcY-yrJDH3v5B7gjKGJL8U0TxBUPoDWI3QG_xsTY Zugriff am 4.4.2020
- Schamann, Simone (2020). CORONA-ÜBERTRAGUNG „Es gibt keine Gefahr, jemanden beim Einkaufen zu infizieren“ Online: <https://www.nordkurier.de/ratgeber/es-gibt-keine-gefahr-jemandem-beim-einkaufen-zu-infizieren-0238940804.html> Zugriff am 7.4.2020
- Schutz vor Ansteckung. Online: <https://www.lungenaerzte-im-netz.de/krankheiten/covid-19/schutz-vor-ansteckung/> Zugriff am 5.4.2020
- Sprenger, Martin (2020). Durch Covid-19 Verstorbene in Österreich waren im Schnitt 80 Jahre alt. Online: https://www.kleinezeitung.at/lebensart/gesundheit/5793717/Durch-Covid19_Verstorbene-in-Oesterreich-waren-im-Schnitt-80-Jahre-alt Zugriff am 7.4.2020
- Wendtner, Clemens (2020). Arzt: „Corona auf keinen Fall gefährlicher als Influenza“. Online: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/krankheiten-muenchen-arzt-corona-auf-keinen-fall-gefaehrlicher-als-influenza-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200206-99-796653> Zugriff am 4.4.2020

COVID-19 Pflege Studie

Erfahrungen von Pflegenden während der Pandemie – erste Teilergebnisse

Anke Begerow¹, M.Sc.; Uta Gaidys¹, PhD

¹ Department Pflege und Management, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

HINTERGRUND

Die COVID-19 Situation ist für alle Menschen in Deutschland eine Ausnahmesituation. Für die Pflegenden ist sie allerdings sowohl professionell als auch persönlich eine Extremsituation. Die Pflege und die Situation der Pflegenden wird aktuell jeden Tag in den Medien thematisiert. Allerdings werden widersprüchliche Signale an die Pflegenden gesendet. Einerseits wird ein scheinbar großer Dank Aller an diese Berufsgruppe ausgedrückt (vgl. die Website <https://1min.care>, #wecare4care, #caringissharing), sie wird als systemrelevant bezeichnet und im Vergleich zu anderen dreijährigen Ausbildungsberufen mit einem hohen Stundenlohn vergütet (Statistisches Bundesamt, 2020). Andererseits gibt es die Empfehlung des RKI, dass Pflegenden nach Kontakt mit einem COVID-Infizierten nicht mehr so lange in Quarantäne bräuchten, wie andere Personen, oder dass Schutzkleidung länger benutzt werden könnte (Robert Koch Institut, 2020). Trotz der relativ hohen Vergütung, gilt die Pflege als ein niedrig bezahlter Beruf mit geringen Aufstiegsmöglichkeiten (Die Bundesregierung, 2019). Auch deshalb wird über eine einmalige Bonuszahlung an die Pflegenden diskutiert (BGV, 2020; ZDF, 2020).

In der aktuellen Literatur finden sich bisher keine Erkenntnisse über die Erfahrungen von Pflegenden und ihre Situation in dieser jetzigen unerwarteten Krise.

ZIELSETZUNG

Ziel der seit Ende April laufenden Studie ist, die momentanen Erfahrungen, Eindrücke und Sichtweisen der Pflegenden in und auf ihren Beruf, wie auch die subjektiv gedeuteten emotionalen, körperlichen und psychischen sowohl Ermächtigungs- als auch Belastungssituationen zu explizieren. Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen, Schlussfolgerungen für die Entwicklung der Pflege als Profession und die zukünftige Verbesserung der pflegerischen Versorgung zu ziehen. Zudem ist diese Studie ein Angebot an Pflegenden, ihre Erlebnisse zu adressieren und somit die Situation für sich selbst zu reflektieren.

METHODE

Die COVID-19 Pflege Studie ist unmittelbar und niedrigschwellig angelegt, um möglichst zeitnah die aktuelle Situation der Pflegenden unterschiedlichster Versorgungss-

settings abbilden zu können. Pflegenden werden eingeladen, Narrative zu offen gestellten Impulsfragen zu formulieren. Die Pflegenden schildern ihre Erfahrungen und Sichtweisen zu ihrer aktuellen Berufssituation anhand eines webbasierten Leitfadens mittels Freitext. Die Auswertung der laufenden Studie verfolgt eine Verknüpfung von qualitativen und quantitativen Ansätzen der Datenanalyse. Da sich die berichtete Situation der Pflegenden durch die Veränderung der objektiven COVID-19 Versorgungssituation fortlaufend ändern kann, werden die Berichte wochenweise analysiert. Wahrscheinlich ist also eine zeitabhängige Auswertung der Narrative. Die hier berichteten ersten Ergebnisse sind Resultate der qualitativen Datenauswertung, die durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse von Mayring (2015) generiert wurden. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse erfolgt in acht Schritten (Bestimmung der Analyseeinheiten, Paraphrasierung, Generalisierung der Paraphrasen, Reduktion durch Selektion, Reduktion durch Bündelung, Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem, Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial) und ist für die Verarbeitung von großen Datenmengen, wie sie durch die Narrative generiert werden, besonders geeignet. Die Datenmenge wird auf ein überschaubares Maß reduziert, wobei die prägnanten Aussagen und Inhalte des Ausgangsmaterials erhalten bleiben (Mayring, 2015). Die Kategoriebildung erfolgt induktiv, die Aussagen der Teilnehmenden werden als Validierung der Kategorien verwendet.

ZWISCHENERGEBNISSE

Die hier vorliegende Studie wurde webbasiert angelegt und konnte innerhalb eines kurzen Zeitraums (5 Tage) bereits erste Tendenzen und Zwischenergebnisse anhand der Berichte von n=172 Pflegenden aus diversen Handlungsfeldern generieren. Diese deuten darauf hin, dass erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den Arbeitsalltag Pflegenden bestehen. Nachfolgend werden die Zwischenergebnisse mit exemplarischen Auszügen aus den Berichten der Teilnehmenden dargestellt.

Hohe Unterschiedlichkeit in der Arbeitsbelastung

Einerseits beschreiben Teilnehmende keine spürbaren Auswirkungen oder sogar ein verringertes Arbeitsaufkommen beispielweise aufgrund reduzierter medizinischer Dia-

agnostik und elektiver Eingriffe sowie durch Vorsorgemaßnahmen. Aufgrund eines erwarteten hohen Aufkommens von an COVID-19 Erkrankten: „Zur Zeit Ruhe vor dem Sturm! Betten werden freigehalten!“ (TN:1.87). Die Pflegenden berichten über Zwangsurlaub und/oder Angst vor Arbeitslosigkeit. Auf der anderen Seite beschreiben Teilnehmende, Arbeitszeitverlängerungen – „Arbeitszeiten Änderung: von 8 auf 13 Stunden!“ (TN:1.143) – Arbeitsverpflichtungen, nicht planbare Dienstzeiten, Zusammenlegung von Fachgebieten, außerordentlich belastende Zustände (die vor allem durch strikte Hygienemaßnahmen wie das dauerhafte Tragen von Schutzkleidung) und einen drastischen Anstieg des Versorgungsbedarfs der Patient*innen, was dazu führt, dass sie an ihre Belastungsgrenze stoßen. „Anstrengend und belastend ist der Dienst in einem Covid Zimmer nach 4 Std in der Schutzkleidung, die Hände sind aufgeweicht, das Gesicht klebt und die Striemen der Maske sind abends noch sichtbar. Häufig kann dieses Auslösungs Intervall nicht eingehalten werden, Kollegen waren bis zu 7 Std ununterbrochen und demnach ohne Trinken im Zimmer. Das geht an die körperlichen Belastungsgrenzen. Zudem sind die Covid Patienten höchst instabil. Dies wiederum zerrt an der psychischen Verfassung. Insgesamt eine sehr belastende Zeit für uns alle.“ (TN:1.113)

Die starke berufliche Belastung, nicht nur von Intensivpflegenden sondern von Pflegenden in allen Versorgungssettings, wird von einem Gefühl der Angst und Unsicherheit begleitet. „Das erste Mal mit Angst arbeiten, belastet mich auch in der Freizeit. Kein zur Ruhe kommen.“ (TN:1.108) Ursächlich dafür sind beispielsweise die Ungewissheit der zukünftigen Versorgungssituation oder der bereits bestehende Mangel an Schutzausrüstung „Mundschutz, Handschuhe, Schutzkleidung, alles ist weggeschlossen und abgezählt. Die ständige Angst, jeder Patient mit Fieber und husten könnte eine potentielle Gefahr darstellen, spielt immer mit.“ (TN:1.38) Eine andere Pflegefachkraft fasst ihre Zustände und Arbeitsbedingungen wie folgt zusammen: „Statt FFP2 reicht nun bei MRGN 3und4 nun plötzlich wieder ein Mund-Nasen-Schutz. Schutzmasken sind keine Einwegartikel mehr und sollen den ganzen Dienst halten. Nach dem Dienst werden diese gesammelt, um sie aufzubereiten. Nochmal zur Erinnerung, es handelt sich um Einmalartikel. Auch Einmalschutzkitel werden wieder verwendet für eine gesamte Schicht. Desinfektionsmittel werden gestohlen, so daß an öffentlichen Stellen keines mehr aufgefüllt wird. Leere Desinfektionsmittel werden aufgehoben, um sie mit selbst hergestelltem Desinfektionsmittel zu befüllen. Viele andere Artikel werden auch nicht mehr geliefert, BeatmungsfILTER, Blutentnahmespritzen,.... Alte aussortierte Beatmungsgeräte müssen wieder genutzt werden, in die keiner eingewiesen ist. Patienten vereinsamen auf Station, weil keiner sie mehr besuchen darf [...]“ (TN:1.107)

Außerdem wird der Wechsel in neue Einsatzbereiche als schwer belastend erlebt: „Die tägliche Ungewissheit, auf welcher Station ich eingesetzt werde ist schwer zu ertragen und macht körperliche Symptome.“ (TN:1.42) Besonders häufig werden Gefahr und Sorge, sich selbst, die eigenen An- und Zugehörigen, aber auch Patient*innen zu infizieren beschrieben. „Ich habe weniger Angst davor mich anzustecken, mehr aber, dass ich jemanden anderen anstecken könnte, der das alles nicht so gut wegsteckt.“ (TN:1.52) Auch der fol-

gende Ausschnitt verdeutlicht die Angst der Pflegenden: „Neben dem zeitlichen Druck waren wir psychisch am Limit, da jeder zuhause Alte oder Kranke hat, die es zu schützen gilt. Man ist sich nicht sicher, ob die Maßnahmen ausreichen bzw. ob man dem Stress und der Hektik, die man aus Bildern von Italien und Spanien kennt, gewachsen ist. Manche machten ihr Testament und haben auf der Arbeit geweint. Im Team versucht man sich Mut zu machen.“ (TN:1.146)

Umgang mit Informationen

Zudem führen Informationsdefizite zur weiteren Verunsicherung. „Eigentlich sind wir allein, sollen nur funktionieren es gibt kaum Info an die, die direkt am Pat[ienten] sind. Alles erfolgt über Dritte, ungleiche Infos an Arzt und Pflege.“ (TN:1.56) Einige Teilnehmende beschreiben widersprüchliche Handlungsanweisungen und Aussagen ihrer Arbeitgeber bezüglich der aktuellen Situation. Allerdings scheint dies institutionsabhängig zu sein, denn es gibt auch positive Stimmen von Pflegenden, die sich von Arbeitgeberseite aus sehr gut informiert fühlen. „Wir werden nahezu täglich über die Lage im Unternehmen informiert.“ (TN:1.21) Wiederrum werden Konflikte zwischen der beruflichen Rolle der Pflegenden und ihrer Rolle als Privatperson beschrieben, die sich auf die Quarantänezeit bei direktem Kontakt mit infizierten Personen beziehen. „[...] weil ich als unverzichtbare Mitarbeiterin geltend als K1 Kontakt dienstlich angeordnet von der Krankenhaushygiene nicht in Quarantäne durfte, aber als Privatperson vom Gesundheitsamt die Auflage hatte häusliche Quarantäne einzuhalten! Drei direkte Kollegen, die inzwischen an Corona erkrankt sind und keinen leichten Krankheitsverlauf haben.“ (TN:1.1)

Teilnehmende berichteten, dass sie sich durch gegensätzliche Informationen seitens des RKI, der Gesundheitsbehörden und des allgemeinen Managements verärgert und/oder alleingelassen fühlen. Nachfolgend einige Auszüge aus den Berichten von Pflegenden: „Man fühlt sich allein gelassen und verarscht. Als wenn man ein Mensch zweiter Klasse ist. Der nicht so lange zu Hause bleiben muss, wenn er krank ist, der Schutzkleidung mehrfach verwenden soll, obwohl es gegen die Herstellerrichtlinien spricht.“ (TN:1.111), „[...] von Feuerwehrleuten würde auch niemand erwarten/verlangen, dass sie ohne Atemschutzgerät und stattdessen mit einem MNS in ein brennendes Haus laufen.“ (TN:1.91), „Das RKI und deren Empfehlungen sind eine Schande. Wir, als die Helden gegen den Virus, werden behandelt wie Kanonfutter. Wir werden quasi geopfert. Da hilft auch kein Danke oder Klat-schen.“ (TN:1.113)

Pflege in der Öffentlichkeit

Auch die Zunahme des öffentlichen Interesses an den Pflegenden wird unterschiedlich wahrgenommen. Fühlen sich einige der Teilnehmenden dadurch gestärkt, fühlen sich andere dagegen vorgeführt. „Das Lob und den Beifall empfinde ich als Zynismus – nachdem wir Jahrzehnte kaputt-gespart und mit Füßen getreten wurden!“ (TN:1.157). Einige Teilnehmenden fühlen sich falsch verstanden: „Wir wollen leider gar keine Helden sein. Wir haben uns den Beruf nicht mit ausschließlich altruistischen Gedankengut ausgesucht. Wir wollen für die Arbeit, die wir leisten angemessen entlohnt und gewürdigt werden. Dass aktuell besondere Zeiten sind, ist ver-

ständig, aber ein Held will trotzdem wohl niemand sein oder so wahrgenommen werden. Dabei wird man aus der Pflicht herausgehoben, für das was wir tun angemessen entlohnt zu werden.“ (TN:1.162)

In den Berichten wird ein Schwanken zwischen der Hoffnung, dass sich die Arbeitsbedingungen nachhaltig ändern „Ich hoffe, dass die Pflegekräfte und Ärzte auch nach der Krise/Pandemie weiter wertgeschätzt und unterstützt werden.“ (TN:1.134), und der Wut über den fehlenden Effekt der Aufmerksamkeit deutlich. „In der Gesellschaft wird man auf einmal als wichtig empfunden und als Held gefeiert. Hinter den Kulissen wird man vom Arbeitgeber schlechter behandelt als zuvor, es werden nicht genügend Schutzmaßnahmen getroffen, Urlaub wird gestrichen, in der Hoffnung dass das Personal Minusstunden macht um in Zeiten der Krise mehr arbeiten zu können, Personaluntergrenzen sind egal, man fühlt sich mit Füßen getreten.“ (TN:1.60)

Neben den oben genannten Veränderungen und der Zunahme physischer sowie psychischer Belastungen erfuhren einige der Teilnehmenden aufgrund ihrer höheren COVID-19-Exposition soziale Isolation „Das ich meine sozialen Kontakte weiter einschränken muss als jeder andere, weil ich an der Keimquelle sitze und man schief angeguckt wird. Immer ein schlechtes Gewissen zu haben deswegen.“ (TN:1.107) und Stigmatisierung „Kollegen werden von Wohngemeinschaften ausgeschlossen“ (TN:1.20); eine Pflegefachkraft aus der ambulanten Altenpflege beschreibt: „Man wird von Außenstehenden beschimpft“ (TN:1.30). Beifolgend finden für einige Pflegenden sozialen Kontakte nur in ihrem beruflichen Umfeld statt „Im Frei fürchte ich mich vor der sozialen Isolation.“ (TN:1.63)

Patientenversorgung

Des Weiteren werden dramatische Auswirkungen auf die Patientenversorgung thematisiert, die einen scharfen Kontrast zum eigenen Berufsethos bilden. „Die Langzeitpatienten haben keinen Kontakt zu den Angehörigen. Sterbende können nicht begleitet werden. Weniger Zeit für normale Patienten.“ (TN:1.72) Ebenfalls steht der eingeschränkte Schutz aller Patient*innen im Vordergrund, der z. B. auf mangelnder Schutzkleidung „dass ich bisherige VRE Patienten auf einmal nicht mehr isolieren muss, da das Material für Isolation zu knapp ist“ (TN:1.140) und geringen Desinfektionsmittelvorräten beruht. „Verzicht auf bislang notwendige Hygienemaßnahmen. z. B. nur noch Sprühdeseinfektion vom Shunt. Bislang war die Wisch- und Sprühdeseinfektion notwendig.“ (TN:1.24).

Auch das ständige Aushandeln von Distanz und Nähe „Wie soll ich zwei Meter Abstand halten bei jemandem der nicht mal ohne meine Hilfe aus dem Bett kann? Wie soll ich geistig Behinderten beibringen mir nicht ins Gesicht zu niesen, wenn sie nicht mal die Hand heben können oder Gesichtsmasken akzeptieren? Wie erkläre ich es den alten Eltern, dass sie nicht ihr Kind besuchen sollen, obwohl es vielleicht ein letztes Mal ist? Wie erkläre ich, dass ich nicht umarmt werden möchte, wenn man gerade traurig ist, aber man einen körperbezogenen Menschen hat, der nur so reagiert?“ (TN:1.129) sowie Kommunikationshürden „eingeschränkte Kommunikation (Mimik) mit Patienten durch das dauerhafte Tragen von Mund- und Nasenschutz“ (TN:1.83) haben enorme Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung.

Motivation Pflegender

Obwohl in den ersten Ergebnissen eine Vielzahl emotionaler Belastungen in Form von Angst, Wut und Enttäuschung oder auch Unsicherheit zum Ausdruck gebracht werden, gibt es ebenso positive Perspektiven. In erster Linie fühlen sich Teilnehmende durch die Möglichkeit zu helfen „[Während der COVID19-Situation motiviert mich, dass] ich Betroffenen helfen kann“ (TN:1.17), ihr Fachwissen einzubringen „[...] motiviert mich, dass] ich mein Wissen und meine intensivpflegerischen Kompetenzen einsetzen kann, um positiv auf den Behandlungsverlauf einzuwirken“ (TN:1.90) und ihre Teamzugehörigkeit „[...] motiviert mich, dass] ich ein tolles Team habe und jede für jeden kämpft“ (TN:1.102) motiviert, in dieser Ausnahmesituation zu bestehen und an den Herausforderungen zu wachsen.

ZWISCHENFAZIT

Aufgrund der großen Teilnahme an der Studie in den ersten fünf Tagen und der beeindruckenden Schilderungen der Pflegenden über ihre beruflichen Erfahrungen während einer Phase der COVID-19 Krise, werden die zusätzlichen physischen, psychischen, emotionalen und sozialen Herausforderungen und Belastungen deutlich. Dabei hat die Pandemie Auswirkungen auf alle Bereiche der Pflege, wobei die Schwere durch den Kontext beeinflusst wird, in dem diese Pflegenden tätig sind.

AUSBLICK

Mit der über den unbestimmbaren Zeitraum der COVID-19-Krise laufenden Studie soll die Situation aus Sicht der Pflegenden dargestellt und systematisch analysiert werden, damit Veränderungen für die Praxis nicht auf Folgerungen anekdotischer und mutmaßlicher Beobachtungen erfolgen, sondern auf empirischen Forschungsdaten und somit aus den Berichten der Pflegenden selbst. Dabei kommen nicht nur die Pflegenden zu Wort, die unmittelbar COVID-19 Patient*innen versorgen, sondern alle Pflegenden, die in der gesundheitlichen Versorgung arbeiten.

Die Teilnahme an der Studie ist möglich unter:
<https://www.surveymonkey.de/r/C2FNMWR>

Prof. Dr. phil. Uta Gaidys

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
 Department Pflege und Management
 Alexanderstraße 1
 D-20099 Hamburg
Uta.Gaidys@haw-hamburg.de

LITERATUR

- BGV (2020). Informationen zum aktuellen Stand COVID-19 in Hamburg. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg. <https://www.hamburg.de/coronavirus/13788476/2020-04-03-coronavirus-aktueller-stand/> abgerufen am 8.4.2020.
- Die Bundesregierung (2019). Gute Pflege verdient gute Bezahlung - Bessere Löhne in der Pflegebranche. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bessere-pflegeloeohne-1638750>. abgerufen am 1.4.2020.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Robert Koch Institut (2020). Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal bei Personalmangel. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html 2020 abgerufen am 1.4.2020.
- Statistisches Bundesamt (2020). Pressemitteilung Nr. N 015 vom 27. März 2020. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/03/PD20_N015_623.html abgerufen am 1.4.2020.
- ZDF (2020). Corona-Bonus für Pflegekräfte - Dankesprämie-Debatte: Wer bekommt wie viel? <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/coronavirus-pflegekraefte-sonderzahlungen-100.html> abgerufen am 8.4.2020.

Pflegepraxis & klinische Konzepte

Pflegewissenschaft | Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie | hpsmedia, Hungen | April 2020



COVID-19: Allgemeine Handlungsempfehlungen kurz zusammengefasst

Sabrina Pelz¹, M.Sc., APN; Arnold Kaltwasser², B.Sc.; Rolf Dubb², B.Sc. M.A.

¹ Hamburg

² Akademie der Kreiskliniken Reutlingen, Reutlingen

Etwa 10 % aller infizierten Covid-19 Patienten werden auf einer Intensiv- oder Überwachungsstation aufgenommen. Daher ist es erforderlich frühzeitig angemessene Sicherheitsmaßnahmen für das Personal zu treffen, um das Risiko einer Virusausbreitung in allen Phasen der Therapie zu verhindern oder wenigstens einzudämmen. Es ist zu bedenken, dass etwa 15% der mit Covid-19 Infizierten, Mitarbeiter der Gesundheitsfachberufe sind [10, 14].

Eine sehr hohe Anzahl von Patienten, die intensivmedizinisch laut dem italienischen Pflegefachverband Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (Aniarti) [10, 14] behandelt wurden, hatten fast alle ausschließlich ein schweres hypoxämisches Atemversagen. Dieses ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) verschlechterte sich rasant, zum Teil massiv innerhalb von 48 Stunden. Die einzige Therapieoption bestand in einer invasiven mechanischen Beatmung, verbunden mit der Bauchlagerung [2] des Patienten. In einigen Fällen kamen auch extracorporale Verfahren zum Einsatz. Durch diese bedeutsamen praktischen Erfahrungen können wir Zeit gewinnen und unsere intensivfachpflegerische Versorgung und Betreuung darauf ausrichten.

Daher sind im Folgenden die praktischen Erfahrungen aus Italien [10], China [6] und Frankreich [12] zusammengestellt und an die deutsche intensivpflegerische Versorgung und Betreuung adaptiert.

ORGANISATORISCHE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Organisation (oder Stärkung) eines nationalen Intensivnetzwerks über z. B. die bekannten Netzwerke der DIVI, DGF, Deutsches Netzwerk Frühmobilisierung, Deutsches Delirnetzwerk und das Deutsche Netzwerk ANP & APN.
- Weitere Definition und Überprüfung von Notfallplänen für Pandemien (mit Überprüfung der Organisatorischen Versorgung und Unterstützungsgeräten, der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) und einer dazugehörigen möglichst umfassenden Schulung)
- Einrichtung geeigneter Rapid Triage-Protokolle auf dem Areal und vor den Notaufnahmen, um Patienten zu identifizieren und in spezielle logistische und klinische Pfade einzufügen (Trennung von infizierten und nicht infizierten Personen)
- Schulung (Simulationen) zum An-/Ablegen und Entsorgen der persönlichen Schutzausrüstung (PSA)
- Teilnahme an der Identifizierung der Krankenhäuser, die COVID-19-Patienten aufnehmen sollen, dies erfolgt zurzeit über die Länder und dem DIVI Intensivregister [13]

- Trennung der Behandlungsbereiche (jeder Intensitätsstufe) für Personen mit COVID-19 sowie ihrer Durchgangs- und Transportwege, einschließlich der Bereiche für die radiologische Diagnostik

PERSONALPLANUNGS- UND VORBEREITUNGSEMPFEHLUNGEN

- Tägliches evaluieren und definieren der notwendigen Anzahl der Intensivfachpflegenden mit intensivpflegerischer Erfahrung und -kenntnissen unter Berücksichtigung eines Arbeitsmodells mit einer Patienten-Intensivpflegefachperson-Ratio von 1:1 und bei Verfahren mit hoher Arbeitsbelastung [10,14] 1:2 und extracorporalen Verfahren.
- Die Arbeitsbelastung wird aufgrund der physiologischen Stresssituation, die das Tragen von PSA mit sich bringt, erheblich erhöht.
- Organisieren der Schichten, dass eine Pflegefachperson oder ein Pflegeassistent außerhalb des Bereichs, in dem PSA verwendet werden sollen, zu jeder Zeit nicht kontaminiert bleibt.
- Pflegekräfte ohne direkten Patientenbezug sollten als Unterstützung zur Verfügung stehen
- Erhöhung der Bettenanzahl auf der Intensiv- und Überwachungsstation mit vorrangiger Rekrutierung bereits erfahrener Intensivfachpflegenden.
- Das Training und die Integration von nicht mit der Intensivtherapie vertrauten Pflegefachpersonen auf der Intensivstation ist nicht zu empfehlen und sollte, wenn nicht anders möglich, einer der letzten Eskalationsstufen sein.
- Erwarten Sie einen erhöhten Personalbedarf und Arbeitsbelastung aufgrund des hohen Bauchlagerungs- und Positionierungsbedarfs [2]. Hinzukommend bedeutet das gehäufte An- und Ablegen der PSA einen erhöhten Zeitaufwand.
- Vorausschauend sollten mögliche Situationen analysiert und Pflegeinterventionen integriert werden, um die Patientenkontaktzeit zu verkürzen und angemessene Intervallzeiten ohne PSA zu ermöglichen.
- Bei COVID-19-Patienten müssen Schichten so geplant werden, dass Intensivpflegende nicht länger als 3 Stunden (max. 4 Stunden) PSA tragen und geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um druckbedingte Verletzungen im Zusammenhang mit PSA (Hydrokolloide zum Schutz der Haut an den Kontaktpunkten der partikelfiltrierenden Masken) zu vermeiden.
- Vorausschauend besteht die Notwendigkeit, die Schichten aufgrund der Arbeitsbelastung zu verlängern, aber

- auch Meldungen möglicher Zunahme der Krankheitsausfälle beim Pflegepersonal. Eine Verlängerung von z. B. von 8 auf 12 Stunden Schichten muss aus Sicht der Ressource Mitarbeiter und Patientensicherheit gründlich vorab geprüft werden [3, 4].
- Stärkung der Anzahl der Mitarbeiter, die die logistischen Erfordernisse im Zusammenhang der Dekontamination und Unterstützung von allgemeinen Pflegeutensilien und Hilfsgeräten organisieren
 - Sorgfältige Überwachung der täglichen Einhaltung der hygienischen Verhaltensmaßnahmen des eingesetzten Personals auf der Intensivstation. Regelmäßige Reinigung gemeinsamer vielfach verwendeter Kontaktflächen wie z. B. Tastaturen, PCs, Telefone, Schalter, Türgriffe und persönliche Mobiltelefone.
 - Es muss die Möglichkeit einer psychologischen Unterstützung für Intensivtherapieteams in Betracht gezogen werden. In diesen extremen arbeitsbedingten Stresssituationen besteht das Risiko eines Burn-outs, welches im Zusammenhang dieser länger andauernden gesundheitlichen Notlage, des Gefühls von Isolation und der eigenen Angst (auch im Zusammenhang ihrer persönlichen Gesundheit) steht.

VERHALTENSEMPFEHLUNGEN IM HANDLUNGSAUTONOMIEBEREICH

Besonders hohe Aufmerksamkeit sollte der Aktualisierung der internen Verhaltensvorschriften gewidmet werden, um die Verbreitung von kontaminiertem Material, die SARS-Cov 2-Viren enthalten, zu begrenzen, insbesondere bei gefährdeten Verfahren.

- Umstellung der Luftversorgung der Intensivzimmer auf Unterdruck [12]
- Endotracheale Intubation (bevorzugt mit Subglottischer Absaugung, Videolaryngoskop ist zu empfehlen [6, 10, 11, 14] mit transparenten Folienabdeckung [11] oder entsprechendem Sichtschutz)
- Bettseitige Tracheostomie nur durch erfahrene Anästhesisten bzw. Intensivmediziner [11]
- Endotracheale Absaugung (geschlossene Absaugung obligat vgl. RKI [5, 6, 10, 11, 14])
- Eingrenzen der möglichen Sauerstoff- und Beatmungsmethoden, mit denen die Möglichkeit der Verneblung besteht.
- Nutzen Sie, wenn möglich, eine aktive Atemgasklimatisierung [6]
- Aerosoltherapie (vorausschauende Evaluierung von allen Materialien der bevorstehenden Therapien beim Zusammenstecken des notwendigen Beatmungssystems zum Zeitpunkt der Intubation des Patienten)
- Vermeiden Sie eine versehentliche Diskonnektion des Beatmungssystems
- Verwenden Sie die Funktionen der Reduktion bzw. des Aussetzens des In- und Expirationsflows in Kombination des Verschließens (Tubus Abklemmung) [11] des Endotrachealtubus bei geplanter Diskonnektion des Beatmungssystems (Aerosolbildung)
- Vermeiden Sie die Verwendung von Beatmungssystemen mit erhöhter Aerosolbildung (High- Flow System (nasal), nicht-invasive Beatmung mit Gesichtsmaske, CPAP).
- Erwägung der Verwendung eines Beatmungshelms für die Sauerstofftherapie oder CPAP [6, 7] und setzen sie zusätzlich einen HEPA-Filter (High Efficiency Particle Air) auf die Expirationsleitung
- Nach invasiven Maßnahmen (Bronchoskopie, Intubation) sollte das Zimmer 3 Stunden nicht betreten werden (Aerosole); eine intensivmedizinisch bzw. – pflegerisch fachkompetente Person bleibt im Zimmer mit FFP3 Maske [12] bei max. PSA. Die Verteilung der notwendigen Interventionen obliegt dem eingeteilten interdisziplinärem Team
- Setzen Sie einen HEPA-Filter auf die Expirationsventile der Beatmungsgeräte an der Seite, wo das ausgeatmete Gas in die Atmosphäre entweicht
- Setzen Sie einen HEPA-Filter auf manuelle Beatmungsgerät bzw. Beatmungsbeutel
- Zur Spontanisierung des Patienten wird das geschlossene Absaugsystem belassen und ein Virenschutz Filter (i.d.R. HME) seitlich hinzugefügt
- Bevorzugen Sie die Verwendung von Einwegbronchoskopen
- Im Falle einer MET-Aktivierung (Medical Emergency Team) bzw. Reanimationsteam für Reanimations- und Notfallmaßnahmen muss das Notfallteam in Krankenhäusern den unbekannten Patienten als potenziell infiziert betrachten und für Covid-19 Patienten, die bereitgestellten PSA verwenden (Notfallrucksäcke mit vollständigen PSA-Kits für mindestens 2 Personen ausstatten).
- Sofortige Benachrichtigung jeglicher Störung bei unsachgemäßer Anwendung der PSA oder unbeabsichtigten Verhaltens und Unterbrechung der hygienischen Verhaltensmaßnahmen
- Vorübergehende Einschränkung von Patientenbesuchen in allen Bereichen des Krankenhauses mit absolutem Zugangsverbot für Personen mit respiratorischen Symptomen. Bereitstellung alternativer Kommunikationsstrategien für Familienangehörige (z.B. Skype, Videoanrufe, E-Mail usw. unter Beachtung der Hinweise der Gerätehersteller bzw. BfarM) [8]
- Die Intensivpflegefachperson fungiert als Ansprechpartner und Vermittler zwischen dem Patienten und der Außenwelt (beim wachen Patienten). Diese Rolle ist nicht neu. Sie ist bereits Bestandteil bei isolierten immunsupprimierten Patienten (z.B. Transplantation, maligne hämatologische Pathologien, bei Knochenmarkaplasien ...).
- Die sonstigen aktuellen Empfehlungen bezüglich Behandlung von (respiratorisch erkrankten) Intensivpatienten gelten selbstverständlich weiter [9].

Es ist wichtig zu bedenken, dass die rasche Entwicklung von Infektionsclustern in sehr kurzer Zeit zu einer Not-situation führen kann, ohne dass Zeit für die Umsetzung geeigneter Eindämmungsmaßnahmen bleibt. Aus diesem Grund werden Antizipation und Planung zum Schlüssel der Bewältigung dieser Pandemie.

Dieses Papier ist eine aktuelle Ergänzung (Stand 03.04.2020) zur Arbeitshilfe der step-up Qualifizierungen und des step-up Personaleinsatzes von Müller-Wolff und van den Hooven [1].

Der Text stellt Inhalte der übersetzten, gekürzten, ergänzten und an die aktuellen deutschen Verhältnisse angepassten überarbeiteten Version des COVID-19 anarti to efcna Papiers der Associazione nazionale infermieri di area critica (Italien) an die European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa) dar [10, 14].

Sabrina Pelz, M.Sc., APN
pelz.sabrina@t-online.de

LITERATUR

- [1] Müller-Wolff, T.; van den Hooven, T. (2020). Arbeitshilfe zu step-up Qualifizierungen und step-up Personaleinsatz bei erhöhtem Erkrankungsaufkommen im Rahmen der SARS-CoV-2 Herausforderungen und Covid19 Erkrankungen in den Kliniken - Empfehlungen der Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität. In: DIVI: DIVI Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität.
- [2] Dubb, R.; Müller-Wolff, T.; Kaltwasser, A. (2020). COVID-19: Handlungsempfehlung Bauchlagerung Empfehlungen der Sektion Pflegeforschung und Pflegequalität. In: www.divi.de
- [3] Stimpfel, AW.; Sloane, D.M.; Aiken, L.H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Aff (Millwood)* 2012; 31: 2501-2509. doi:10.1377/hlthaff.2011.1377
- [4] Rogers, A.E.; Hwang, W.T.; Scott, L.D. et al. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23: 202-212. doi:10.1377/hlthaff.23.4.202
- [5] KRINKO (2013). Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2013; 56: 1578-1590. doi:10.1007/s00103-013-1846-7
- [6] Editor-in-Chief P, Yu L. (2020). *Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment*
- [7] SCCM (2019). *Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*
- [8] Kaltwasser, A.; Dubb, R.; Storm, A. (2018). Soft- und Hardware: Der Umgang will gelernt sein. *Pflegezeitschrift* 2018; 71: 50-53
- [9] Kumpf, O.; Braun, J.P.; Brinkmann, A. et al. (2017). Quality indicators in intensive care medicine for Germany - third edition. *Ger Med Sci* 2017; 15: Doc10. doi:10.3205/000251
- [10] Sede Legale -Via Passo Moglia, 2-16167Genova (GE) -Cod. Fisc. 98005920172 -Part. IVA 01263930305Cell uf f icio soci 340-4045367 e-mail:aniarti@aniarti. it, Cell amm.ne 340-4045317 e-mail:amministrazione@aniarti.it <https://www.efccna.org/news>, abgerufen am 24.03.2020
- [11] Empfehlungen von DGAI und BDA zu Besonderheiten des Atemwegsmanagements bei Patienten mit vermuteter oder gesicherter COVID-19 Erkrankung und bei Patienten ohne Infektion während der Corona Pandemie Stand 03.04.2020 <https://www.dgai.de/aktuelles/coronavirus-covid-19/medizinische-informationen.html> abgerufen am 03.04.2020
- [12] Deutsches Institut für Katastrophenmedizin (24.03.2020). SARS-CoV2 Lage in Straßburg am 23.03.2020 - Aktueller Bericht, abgerufen am 26.03.2020
- [13] DIVI Intensivregister <https://www.divi.de/register/intensivregister>, abgerufen am 30.03.2020
- [14] COVID-19 aniarti to efcna freie Übersetzung S. Pelz, A. Kaltwasser, R. Dubb 28.03.2020 <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1542-28-03-20-covid-19-aniarti-to-efccna-inkl-dt-uebersetzung/file>

Praxisbericht: Pflegerischer Alltag auf einer infektiologischen Normalstation im Krankenhaus vor dem Hintergrund der Pandemie durch die Coronaviruserkrankung (COVID-19)

Ilja Petkovic, B.Sc. Pflege, cand. M.Sc. ANP

Der Verfasser des vorliegenden Praxisberichts ist als Gesundheits- und Krankenpfleger auf der infektiologischen und tropenmedizinischen Normalstation eines Großkrankenhauses tätig. In diesem Bericht wird die Situation vor, zu Beginn und während der COVID-19-Pandemie aus pflegerischer Sicht geschildert.

Die Infektiologie und Tropenmedizin ist in einem separaten Gebäude auf dem Klinikgelände angesiedelt und bietet in 15 Doppelzimmern mit Schleusen Platz für maximal 30 Patientinnen und Patienten. 6 Zimmer verfügen über eine spezielle Unterdruck- und Belüftungsanlage, um der Keimverschleppung nach außen hin vorzubeugen. Aufgrund des Personalschlüssels sind derzeit regulär bis zu 22 Betten belegbar. Das Behandlungsspektrum umfasst alle Aspekte infektiologischer Erkrankungen für den Schwerpunkt Infektions- und Tropenmedizin. Die meisten der hier stationär behandelten Patientinnen und Patienten sind aufgrund einer infektiösen Erkrankung isolierungspflichtig. Das Personal benötigt ein dementsprechendes Wissen hinsichtlich Isolation und Hygiene, sowohl generell als auch erkrankungsspezifisch.

Die durch SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie hat die interdisziplinäre Arbeit auf der Infektiologie und Tropenmedizin erheblich beeinflusst. Aus Sicht des Verfassers sind im Zeitraum von Beginn der Epidemie bis hin zur weltweiten Pandemie 3 Phasen im stationären Kontext erkennbar. Diese Phasen sollen im vorliegenden Praxisbericht aus der pflegerischen Perspektive unter unterschiedlichen Aspekten geschildert und verglichen werden.

PHASE 1

Phase 1 ist gekennzeichnet durch die Neuartigkeit der Erkrankung. Anfangs existieren kaum Erfahrungswerte für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19. In den ersten Wochen werden im interdisziplinären Team gemeinsam mit internen und externen Entscheidungsträgern Handlungsvorgaben entwickelt und regelmäßig angepasst. Patientinnen und Patienten mit anderen infektiologischen Erkrankungen werden zunehmend auf Nachbarstationen verlegt.

Die Patientinnen und Patienten haben kaum Erkrankungssymptome und sind selbstständig. Lediglich 2 Patienten entwickeln Pneumonien. Durch die stationäre Behandlung verbessert sich ihr Zustand und auch sie können nach Erreichen der definierten Entlassungskriterien des

Robert-Koch-Instituts (RKI) entlassen werden. Täglich werden SARS-CoV-2-Proben (Sputum, Stuhl, Urin, Blut, Nasen- und Rachenabstriche) abgenommen und zur Testung an externe Kooperationspartner versendet (vgl. Wölfel et al. 2020). Die Labortestung nimmt anfangs mehrere Tage in Anspruch. Die an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten dürfen aufgrund der Infektiosität der Erkrankung keinen Besuch bekommen. Die wichtigsten pflegerischen Aufgaben umfassen die Vitalzeichenkontrolle, das Versorgen der Patientinnen und Patienten in der Isolation, das Assistieren bei der ärztlichen Diagnostik sowie die Koordination der Neuaufnahmen, Entlassungen und der Isolierungsmaßnahmen. Zudem lässt sich eine Zunahme von aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine Coronavirusinfektion verzeichnen, die nach negativem Befund wieder entlassen werden können. Die nicht bestätigten Verdachtsfälle werden in den dargestellten Statistiken nicht berücksichtigt. Die Behandlungsdaten der Patientinnen und Patienten werden nachfolgend zusammengefasst dargestellt.

Anzahl der Patientinnen und Patienten: 9

Altersdurchschnitt: 41 Jahre

Durchschnittsverweildauer: 19 Tage

Anzahl (Anteil):

Frauen	Männer	Leichte Verläufe	Schwere Verläufe
2 (22 %)	7 (78 %)	7 (78 %)	2 (22 %)

Tabelle 1: Anzahl (Anteil) in Phase 1

Entlassungen (Anteil):

Genesen	Häusliche Quarantäne	Intensivverlegungen	Tode
8 (89 %)	1 (11 %)	0	0

Tabelle 2: Entlassungen (Anteil) in Phase 1

Die Durchschnittsverweildauer bezieht sich auf die Tage auf der infektiologischen Station und bei Verlegungen auf die Intensivstation zusätzlich auf die Verweildauer dort. Die Verweildauer von anderen Normalstationen (davor oder danach) wird nicht berücksichtigt. Die Durchschnittsverweildauer ist in dieser Phase noch relativ hoch, da die Ent-

lassungskriterien erst durch die Erfahrungen während der stationären Behandlung festgelegt werden (siehe unten).

Schwere Verläufe der Coronaviruserkrankung gehen einher mit einer Pneumonie (viral und/oder bakteriell), einer bakteriellen Superinfektion (Verdacht oder bestätigt) und/oder weiteren Komplikationen (z.B. Nierenversagen, Perimyokarditis). Leichte Verläufe sind unkomplizierte Verläufe einhergehend mit typischen Symptomen von COVID-19, z.B. Husten, Fieber, Sinusitis, Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns, in einzelnen Fällen auch asymptomatische Verläufe.

Das RKI hat am 13.02.2020 gemeinsam mit den Gesundheitsbehörden der Länder Vorgaben zur Entlassung aus dem Krankenhaus festgelegt, die der Klinik so mitgeteilt wurden. Bei folgenden Voraussetzungen gelten die Patientinnen und Patienten als genesen und können ohne Auflagen entlassen werden:

- Seit Symptombeginn sind mindestens 10 Tage vergangen.
- Die Patientinnen und Patienten sind seit mindestens 48 Stunden symptomfrei.
- Es liegen im Abstand von 24 Stunden zwei negative SARS-CoV-2-PCR-Untersuchungen aus oro-/nasopharyngealen Abstrichen vor. (vgl. RKI 2020).

In die häusliche Quarantäne werden Patientinnen und Patienten entlassen, die möglicherweise noch infektiös sind, aufgrund ihrer Erkrankung jedoch keiner stationären Krankenhausbehandlung mehr bedürfen. Die Entscheidung wird vom behandelnden ärztlichen Personal in Abstimmung mit den lokalen Gesundheitsbehörden bzw. nach letztendlicher Freigabe durch die Behörden getroffen. Die Patientinnen und Patienten erhalten ein Formular für die korrekte Verhaltensweise bezogen auf die häusliche Quarantäne. Vor Entlassung unterschreiben Sie eine diesbezügliche Einverständniserklärung. Die Dauer der häuslichen Quarantäne kann je nach Schwere der Erkrankung noch bis zu zwei Wochen betragen.

PHASE 2

In der Woche zwischen Phase 1 und Phase 2 werden erneut andere Infektionskrankheiten behandelt. Eine neue Phase beginnt, als sich weitere Personen durch internationale Kontakte und während Reisen (z. SARS-CoV-2 B. Italien, Österreich) mit COVID-19 infizieren. Innerhalb von zwei Tagen werden 15 Patientinnen und Patienten mit bestätigter Coronaviruserkrankung aufgenommen. Hinzu kommen viele nicht bestätigte Verdachtsfälle. Alle weiteren Patientinnen und Patienten, die nicht an COVID-19 erkrankt sind, werden soweit möglich entlassen oder verlegt.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit schweren Verläufen steigt, meist aufgrund Begleitpneumonien. Nachdem das RKI Anfang März Hinweise für das ambulante Management von leicht erkrankten Patientinnen und Patienten veröffentlicht hat, werden in der Folge viele milde COVID-19-Fälle in die häusliche Quarantäne entlassen. Dies erklärt die im Vergleich zu Phase 1 gesunkene Durchschnittsverweildauer und den hohen Anteil der Ent-

lassungen in die häusliche Quarantäne. Die Pflegekräfte konzentrieren sich nach wie vor überwiegend auf die Koordination der Aufnahmen, Entlassungen und der Isolierungsmaßnahmen. Der gleichbleibende Altersdurchschnitt lässt erkennen, dass die meisten der Patientinnen und Patienten selbstständig sind und nur wenig grundpflegerische Unterstützung benötigen. Dagegen führt die höhere Anzahl an schweren Verläufen zu einem erhöhten pflegerischen Aufwand. Patientinnen und Patienten mit respiratorischer Insuffizienz benötigen zunehmend Sauerstoffzufuhr. In diesen Fällen ist eine engmaschige Kontrolle der Vitalzeichen notwendig. Es kommt zu den ersten Verlegungen auf die Intensivstation. Das diagnostische Procedere ändert sich hinsichtlich des Nachweisverfahrens dahingehend, dass ausschließlich bei Aufnahme ein Nasen-/Rachen-Abstrich auf COVID-19 durchgeführt wird. Die Laboruntersuchungen finden zu diesem Zeitpunkt bereits innerhalb der Klinik statt.

Anzahl der Patientinnen und Patienten: 34

Altersdurchschnitt: 41 Jahre

Durchschnittsverweildauer: 8 Tage

Anzahl (Anteil):

Frauen	Männer	Leichte Verläufe	Schwere Verläufe
16 (47 %)	18 (53 %)	24 (71 %)	10 (29 %)

Tabelle 3: Anzahl (Anteil) in Phase 2

Entlassungen (Anteil):

Genesen	Häusliche Quarantäne	Intensivverlegungen	Tode
3 (9 %)	30 (88 %)	1 (3 %)	0

Tabelle 4: Entlassungen (Anteil) in Phase 2

Für die Berechnung der Durchschnittsverweildauer wurden lediglich die Daten von 33 Patientinnen und Patienten berücksichtigt, da ein Patient sich noch immer auf der Intensivstation befindet. Drei weitere Patienten wurden während ihrer stationären Behandlung ebenfalls auf die Intensivstation verlegt, konnten nach kurzer Zeit aber auf Normalstation zurückkehren und wurden in der Folge nach Hause entlassen.

PHASE 3

In dieser Phase werden keine Verdachtsfälle, sondern nur noch Patientinnen und Patienten mit bestätigtem Befund aufgenommen. Aufgrund der erhöhten Anzahl an Patientinnen und Patienten wird die Bettenanzahl der infektiologischen Station auf 26 erhöht. Hierfür wird zusätzliches pflegerisches und ärztliches Personal von anderen Stationen rekrutiert. Der Altersdurchschnitt der stationär behandelten Patientinnen und Patienten steigt auffallend. Die Patientinnen und Patienten benötigen in diesem Zusammenhang zunehmend mehr Unterstützung bei grundpfle-

gerischen Tätigkeiten. Die kurze Verweildauer täuscht möglicherweise, da sich 17 Patientinnen und Patienten derzeit noch in Behandlung befinden. Diese Fälle sind demnach nicht in die Berechnung des Durchschnitts eingeflossen.

In Phase 3 kommt es zu einem massiven Anstieg von schwereren Krankheitsverläufen. Dies liegt unter anderem daran, dass nun annähernd nur noch Erkrankte mit schwerwiegender Symptomatik bzw. mit Nebendiagnosen aufgenommen werden. Der gestiegene Altersdurchschnitt könnte diesen Aspekt ebenfalls beeinflussen. Die Verlegungen auf die Intensivstation nehmen zu diesem Zeitpunkt ebenfalls zu. Lediglich ein Patient konnte zurück auf die infektiologische Station verlegt und in der Folge entlassen werden. 6 Patienten sind aufgrund ihres kritischen Zustands weiterhin intensivpflichtig, 4 davon intubiert und beatmet. Ein Patient ist auf der Intensivstation an Multiorganversagen bei septischem Schock verstorben. Alle Patienten, die bisher von der infektiologischen Station auf die Intensivstation verlegt wurden, sind männlichen Geschlechts.

Anzahl der Patientinnen und Patienten: 46

Altersdurchschnitt: 65 Jahre

Durchschnittsverweildauer: 7 Tage

Anzahl (Anteil):

Frauen	Männer	Leichte Verläufe	Schwere Verläufe
18 (39 %)	28 (61 %)	14 (30 %)	32 (70 %)

Tabelle 5: Anzahl (Anteil) in Phase 3

Entlassungen (Anteil):

Genesen	Häusliche Quarantäne	Intensivverlegungen	Tode
0	26 (74 %)	7 (20 %)	2 (6 %)

Tabelle 6: Entlassungen (Anteil) in Phase 2

Der vorliegende Praxisbericht gibt anhand von Behandlungsdaten eine Übersicht über den Verlauf der COVID-19-Pandemie auf einer infektiologischen Station. Aus pflegerischer Sicht wird der dynamische Verlauf der Pandemie sichtbar. Die Klinik des Verfassers erweitert derzeit unter anderem ihre strukturellen und personellen Intensiv- und Intermediate Care-Kapazitäten für eine bedarfsgerechte Versorgung der erwarteten steigenden Fallzahlen.

Ilja Petkovic, , B.Sc. Pflege, cand. M.Sc. ANP
Hochschule München
Infektiologie und Tropenmedizin
Westendstraße 119
D-80339 München
petkovic@hm.edu

LITERATUR

- RKI (2020). COVID-19: Kriterien zur Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. aus der häuslichen Isolierung. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Entlassmanagement.html am 06.04.2020.
- Wölfel, Roman; Corman, Victor M.; Guggemos, Wolfgang; Seilmaier, Michael; Zange, Sabine; Müller, Marcel A.; Niemeyer, Daniela; Jones, Terry C.; Vollmar, Patrick; Rothe, Camilla; Hoelscher, Michael; Bleicker, Tobias; Brünink, Sebastian; Schneider, Julia; Ehmann, Rosina; Zwirgmaier, Katrin; Drosten, Christian & Wendtner, Clemens (2020). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>

Vorbereitung eines wirksamen COVID-19-Ausbruchsmanagements in stationären Pflegeeinrichtungen

Tobias Immenroth, M.A.

AUSGANGSLAGE

Aus dem Hanns-Lilje-Heim in Wolfsburg, in welchem rund 50 % der 165 demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohner SARS-CoV-2 positiv getestet wurden und inzwischen mehr als 25 von ihnen verstorben sind, berichtete der Leiter des örtlichen Gesundheitsamts, dass ein Teil der Verstorbenen unmittelbar vor dem Tod keine Symptome gezeigt haben. Dieser Fallbericht erfordert die uneingeschränkte Aufmerksamkeit aller Verantwortlichen auf allen Ebenen.^{1,2}

In stationären Pflegeeinrichtungen leben ausnahmslos Menschen mit einem oder mehreren Risikopotentialen für einen schweren Verlauf einer möglichen COVID-19-Erkrankung.³ Leider sind nicht alle Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen in der Lage, auf eine wirksame Kontaktreduktion innerhalb der Einrichtung zu achten.

In Niedersachsen besteht für stationäre Pflegeeinrichtungen seit dem 16.03.2020 ein Besuchs- und Betretungsverbot⁴ sowie seit dem 20.03.2020 auch ein Aufnahmestopp⁵. Gleichwohl ist der Eintrag von SARS-CoV-2 in stationäre Pflegeeinrichtungen über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch weiterhin nicht auszuschließen.

Hinreichend valide Testverfahren, die auch bei Personen ohne Erkrankungszeichen sichere Ergebnisse liefern, stehen derzeit noch nicht zur Verfügung.⁶

Die Erfahrungs- und Datengrundlage für das Entlassungsmanagement von Patienten mit SARS-CoV-2-Infektion ist in Deutschland momentan noch beschränkt.⁷ Folglich orientieren sich viele Ärzte derzeit an den Erfahrungen und Empfehlungen aus China, Italien, Spanien und Frankreich. Die aktuellen Empfehlungen für das Behandlungsregime von COVID-19-Erkrankten sehen vor, dass diese aus der stationären Krankenhausbehandlung entlassen werden können, wenn Normofebrilität für mindestens 72 Stunden nachgewiesen wurde, die Betroffenen maximal 1-2 Liter O²-Inhalation/Min. benötigen, eine klinische Besserung der respiratorischen Symptome und in der Bildgebung vorliegen und keine Komorbiditäten oder Komplikationen, die eine weitere Hospitalisation erfordern, bestehen.⁸ Im Anschluss an einen Covid-19-bedingten stationären Aufenthalt wird eine 14-tägige Quarantäne empfohlen.⁹ Die Rekonvaleszenzzeit wird derzeit sehr unterschiedlich mit bis zu mehreren Wochen (sic!) angegeben.¹⁰

Derzeit werden in Niedersachsen lokal sehr unterschiedliche Versorgungsstrukturen für COVID-19-Patienten etabliert. In Braunschweig will man im Städtischen Klinikum (Maximalversorger) rund 200 vollstationäre Betten freimachen, indem man Nicht-COVID-19-Patienten in ein dafür extra vorbereitetes Hotel verlegt. Dafür möchte man alle COVID-19-Patienten in den Krankenhäusern versorgen. Diese Strategie dürfte bislang einzigartig in Deutschland sein.¹¹ In Wolfsburg, Hannover und Nienburg beispielsweise werden Behelfsbehandlungseinrichtungen unterschiedlichen Typs geschaffen (Hotel, Messehallen, Turnhalle). In diesen sollen überwiegend COVID-19-Patienten mit leichtem und mittelschwerem Krankheitsverlauf oder nach ihrer Intensivbehandlung versorgt werden.^{12,13,14}

Das zeigt, dass es auch sehr unterschiedliche lokale/regionale Protokolle geben wird, nach denen die Patienten dann wieder in die häusliche Versorgung oder die Versorgung im Pflegeheim zurückgeführt werden. Einerseits werden die Möglichkeiten, bettlägerige Pflegebedürftige in Messehallen, Turnhallen oder Hotels angemessen medizinisch-pflegerisch zu versorgen nur ausgesprochen begrenzt sein. Andererseits wird man pflegebedürftige Rekonvaleszenten

¹ Vgl. <https://www.wolfsburg.de/newsroom/2020/02/26/13/41/coronavirus>; [letzter Zugriff: 2020-04-06; 14:40]

² Vgl. <https://www.haz.de/Nachrichten/Der-Norden/Covid-19-12-Corona-Tote-in-Demenzheim-in-Wolfsburg-Wie-konnte-es-dazu-kommen>; [letzter Zugriff: 2020-04-06; 14:45]

³ Vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText1; [letzter Zugriff: 2020-04-06; 14:40]

⁴ Vgl. Runderlass des MS vom 16.03.2020; AZ: 401.41609-11-3

⁵ Vgl. Runderlass des MS vom 20.03.2020; AZ: 401.41609-11-3

⁶ Vgl. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste.html; Stand: 2020-03-25; [letzter Zugriff: 2020-04-06; 15:00]

⁷ Vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf?__blob=publicationFile; [letzter Zugriff: 2020-04-06; 15:30]

⁸ Vgl. <https://m4mvscovid.de/de/normalstation/entlassung-verlegung/>; [letzter Zugriff: 2020-06-04; 16:30]

⁹ Vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Entlassmanagement.html; [letzter Zugriff: 2020-04-06; 16:15]

¹⁰ Vgl. <https://m4mvscovid.de/de/normalstation/entlassung-verlegung/>; [letzter Zugriff: 2020-06-04; 16:30]

¹¹ Vgl. <https://www.braunschweiger-zeitung.de/braunschweig/article228846181/Braunschweiger-Krankenhaeuser-koordinieren-sich.html>; [letzter Zugriff: 2020-04-06; 16:30]

¹² Vgl. <https://www.braunschweiger-zeitung.de/wolfsburg/article228853221/Krankenhaus-Aufbau-in-Wolfsburg-Reservisten-helfen.html>; [letzter Zugriff: 2020-04-06; 16:40]

¹³ Vgl. https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/hannover_weser-leinegebiet/Behelfsklinik-auf-Messegeleende-mit-500-Betten,behelfsklinik128.html; [letzter Zugriff: 2020-04-06; 16:40]

¹⁴ Vgl. <https://www.blickpunkt-nienburg.de/nienburg/landkreis-nienburg-bereitet-behelfskrankenhaus-corona-faelle-bbs-sporthalle-13639817.html>; [letzter Zugriff: 2020-04-06; 16:45]

allein aus Kapazitätsgründen schnellstmöglich wieder in die vorversorgenden Strukturen zurückverlegen. Berichte aus Frankreich machen deutlich, dass bei einem massiven Versorgungsengpass auch von einem gänzlichen Verbleib der COVID-19-Erkrankten in der stationären Pflegeeinrichtung mit dem Ziel einer palliativen Versorgung ausgegangen werden muss.¹⁵

ZIEL

Ziel muss es sein, dass alle stationären Pflegeeinrichtungen „vor die Lage“ kommen. Hierzu sind umfassende Maßnahmen erforderlich, die aufgrund ihres hohen Komplexitätsgrades nicht von jedem Heimträger ohne externe Unterstützung erbracht werden können. Daher muss das Land Niedersachsen schnellstmöglich koordinierend und unterstützend tätig werden. Zu diesem Zweck hat die Pflegekammer Niedersachsen die folgenden Empfehlungen zusammengestellt.

EMPFEHLUNGEN

- Derzeit stehen den Pflegefachpersonen und Heimträgern Informationen und Dokumente unterschiedlicher Behörden, Institutionen und Fachgesellschaften zur Verfügung. Die bereitgestellten Informationen verändern sich aufgrund der dynamischen Lage ständig. Es bedarf daher dringend EINES zentralen, virtuellen Zugriffsorts, an welchem sich die Pflegefachpersonen und Heimträger verlässlich und aktuell informieren können. Wir regen an, einen solchen Zugriffsort bei der Pflegekammer Niedersachsen anzusiedeln.
- Das Land Niedersachsen muss schnellstmöglich zentral Ressourcen für dringend erforderliche fachliche Beratungen (auch per Telefon oder Video) – im Idealfall 24/7 durch Hygienefachkräfte organisieren und etablieren. Hierbei kann die Pflegekammer Niedersachsen auf Daten aus dem Pflegeberuferegister zurückgreifen, um die in Niedersachsen tätigen Hygienefachkräfte anzusprechen und einzubinden.
- Die Beschaffung von erforderlicher Schutzkleidung (Vollschutzanzug, FFP2/3-Masken, Schutzbrillen, Gesichtsviere) gestaltet sich momentan für alle Bereiche extrem schwierig. Kleinere Einrichtungen sind mit dem Beschaffungsmanagement regelmäßig überfordert. Die Beschaffungsbemühungen verzehren einen Großteil personeller Ressourcen, die eigentlich für andere wichtige Aufgaben benötigt werden. Dabei muss der Beschaffung von persönlicher Schutzausstattung (Vollschutzanzug, FFP2/3-Masken, Schutzbrillen, Gesichtsviere) für die Pflegekräfte in den stationären Pflegeeinrichtungen – gleichrangig mit Krankenhäusern, Arztpraxen, Rettungsdiensten und ambulanten Pflegediensten – höchste Bedeutung zugeordnet werden. Diese sollte daher mit allen verfügbaren Mitteln auch seitens des Landes Niedersachsen vorangebracht werden. Es sollte schnellstmöglich eine verwendungsnahe Produktion aufgebaut werden.
- Am 04.03.2020 hat das RKI eine „Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung“ vorgelegt. Allerdings enthält auch dieses Dokument wiederum keine Checklisten für stationäre Pflegeeinrichtungen. Die derzeit zur Verfügung stehenden Unterlagen des RKI sind für eine konkrete Operationalisierung in stationären Pflegeeinrichtungen viel zu oberflächlich und allgemein! Wir empfehlen daher, ergänzend zu den Unterlagen des RKI landesweit einheitliche Checklisten zu entwickeln und schnellstmöglich zu veröffentlichen, sodass die Einrichtungen diese schnell und unkompliziert abarbeiten können.
- Alle Pflegeheime müssen – sofern noch nicht geschehen – unverzüglich ein umfassendes Ausbruchsmanagement etablieren.
- Der Bericht über die symptomlos verstorbenen SARS-CoV-2 positiv-getesteten Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Wolfsburger Hanns-Lilje-Heim ist besonders beunruhigend. Es ist unklar, ob es sich hierbei um eine bisher noch nicht in medizinischen Journals berichtete Verlaufsform der COVID-19-Erkrankung handelt oder ob, aufgrund der Gesamtsituation in dem betreffenden Pflegeheim ggf. die Krankenbeobachtung nicht ausreichend differenziert und sensitiv stattgefunden hat. Unabhängig davon ist es u.E. aufgrund dieses Fallberichts erforderlich, ab sofort ALLE Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen engmaschig und regelmäßig zu überwachen (Temperaturkontrollen; Atemfrequenz, Pulsfrequenz, Pulsoximetrie) und die Werte entsprechend zu dokumentieren. Hierzu bedarf es u.E. dringend eine mit der Ärztekammer Niedersachsen abgestimmte Empfehlung für „Indikator-Werte“, ab wann in einem Pflegeheim von einem „COVID-19-Erkrankungsverdacht“ auszugehen ist.
- Es ist erforderlich, dass das notwendige Management im Falle eines solchen „COVID-19-Erkrankungsverdacht“ ebenfalls mit der Ärztekammer Niedersachsen bzw. der KVN, dem jeweiligen ärztlichen Leiter Rettungsdienst, den ärztlichen Leitungen der Krankenhäuser vor Ort sowie dem zuständigen Gesundheitsamt bereits jetzt (also vor einem solchen Ausbruchsverdacht) abgestimmt ist. Aufgrund des föderalen Aufbaus divergieren die Empfehlungen und Anordnungen der Gesundheitsämter in Nds. derzeit. Wir fordern hier dringend eine Angleichung der Empfehlungen auf Landesebene.
- Die Heime müssen unverzüglich die für die (notfallmäßige) Einweisung in eine Krankenhausbehandlung erforderlichen COVID-19-relevanten Informationen für jeden Bewohner zusammentragen. Die Informationen der regulären „Pflegeüberleitung“ sind in diesen Fällen von nachrangiger Bedeutung. Da die Ärzte im Krankenhaus ggf. sehr schnell entscheiden müssen, wie es dort mit dem Patienten weitergehen soll (Stichworte: „Triage“; Beatmung ja oder nein, Intensivstation ja oder nein...; ggf. Management knapper Ressourcen), müssen die hierfür erforderlichen Informationen über den Patienten mit dem Patienten eingeliefert werden. Ein Muster für ein solches Überleitungsdokument steht unter "https://www.pflegekammer-nds.de/files/images/Corona/PKNDS_Patientendokumentation_Übergabe_Pandemie-Fall.pdf" zur Verfügung.

¹⁵ Vgl. <https://www.dgai.de/alle-docman-dokumente/aktuelles/1283-difkm-sars-cov-2-erfahrungen-aus-f-bericht-und-empfehlungen-finale-version-pdf.html>; [letzter Zugriff: 2020-04-06: 17.00]

- In den Einrichtungen muss eine Kohortierung der Bewohnerinnen und Bewohner vorbereitet werden (Planung jetzt – bevor es zu einem Ausbruch kommt!). Dazu gehört auch eine strikte schwarz/weiß-Trennung der gesamten Einrichtung. Hierfür sind neben organisatorischen häufig auch bauseitige Maßnahmen erforderlich! Dies braucht einen gewissen zeitlichen Vorlauf!
- Es muss sichergestellt werden, dass in jeder stationären Pflegeeinrichtung die Möglichkeit besteht, Bewohner (ggf. auch übergangsweise im Notfall/bis zur Übernahme durch den Rettungsdienst) mit einer Sauerstoff-Inhalation zu versorgen. Es muss darüber hinaus sichergestellt werden, dass die Atemwege der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner ggf. auch durch eine Absaugung freigehalten werden können.
- Die Mitarbeitenden in den Pflegeheimen müssen darauf vorbereitet werden, Vollschutzanzüge und FFP2/3-Masken, Schutzbrillen und Schutzvisiere für einen (gem. DGUV Regel 112-190 empfohlenen) Zeitraum von 75-120 Min. ununterbrochen zu tragen. Das bedeutet für die Pflegefachpersonen u.a. völlig neue, ungewohnte Arbeitsabläufe, große Einschränkungen beim persönlichen Komfort (das Personal trägt z.B. Windelhosen (sic!)), um sich während des Aufenthalts im Schwarz-Bereich nicht wegen eines Toilettengangs komplett auskleiden, ausschleusen, einkleiden und wieder einschleusen zu müssen (allein dieser Vorgang dauert ca. 20-30 Min. - sic!). Das An- und Ausziehen soll im Buddy-Verfahren erfolgen (wie im OP), damit keine ungewollte Kontamination erfolgt. Eine Beschreibung der standardisierten Prozeduren für die persönliche Schutzausrüstung in Anlehnung an die Empfehlungen des RKI stellt die Pflegekammer Niedersachsen zur Verfügung: "https://www.pflegekammer-nds.de/files/images/Corona/Standardisierte%20Prozeduren%20für%20die%20persönliche%20Schutzausrüstung_COVID-19.pdf".
- Um den korrekten Umgang mit der Schutzausrüstung trainieren zu können müssten schnellstmöglich sog. „Trainings-Kits“ zusammengestellt werden. Diese müssten aus einem Onlinetutorial (Video) sowie mind. einem (wiederverwendbaren) Set zum Üben des Anund Auskleidens (also Stoffkittel, Stoffmundschutz, z.B. Radfahrerbrille, ... – hier ist derzeit Improvisation gefragt!) bestehen.
- Der Personalschlüssel muss daher in diesen Bereichen um den Faktor 4 (sic!) erhöht werden. Es braucht daher im Ausbruchsfall auch völlig neue Arbeitszeitmodelle.
- Die ohnehin schon sehr hohe psychische Belastung der Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen nimmt durch die SARS-CoV-2-bedingten Maßnahmen weiter zu. Sollte es tatsächlich zu einem Ausbruch kommen, wird neben den pflegerisch, medizinisch und hygienisch erforderlichen Maßnahmen selbstverständlich auch eine systematische und strukturierte psychologische Betreuung der Pflegekräfte (i.S.e. Critical Incident Stress Management) erforderlich sein. Die Vorbereitungen hierfür sollten jetzt bereits erfolgen.
- Sobald ein geeignetes Testverfahren (Erregernachweis durch RT-PCR und/oder Antikörpernachweis) zur Verfügung steht, müssen unverzüglich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie alle Bewohnerinnen und Bewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen getestet werden.
- Von nachgelagerter Bedeutung – aber für die längerfristige Aufrechterhaltung des Besuchsverbots in den Pflegeheimen unabdingbar – ist es, dass es in jedem Pflegeheim ein freies WLAN gibt, welches von den Bewohnern (Video-Kontakt zu den Angehörigen) und den Mitarbeitenden (Informationen/Kommunikation) sowie für die ärztliche Versorgung (Telemedizin!) genutzt werden kann. Hier könnte ein schnellstmöglich aufzulegender „Digitalpakt Pflege“ sinnvoll eingesetzt werden!

Das RKI veröffentlichte nach Redaktionsschluss am 14.04.2020 ‚Empfehlungen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen sowie für den öffentlichen Gesundheitsdienst‘.

Dieses Dokument ist im Internet abrufbar:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile

Tobias Immenroth, M.A.

Vorsitzender des Ausschusses
Qualitätsentwicklung und –sicherung
Pflegekammer Niedersachsen KdöR
Hans-Böckler-Allee 9
D-38173 Hannover
tobias.immenroth@pflegekammer-nds.de

Umsetzung einer Empfehlung des Robert-Koch-Institutes im Kontext der Corona-Pandemie in die Strukturen und Prozesse eines Krankenhauses - Ein Praxisbericht

Patrick Roigk¹, M.A.; Prof. Dr. med. Clemens Becker¹

¹ Klinik für Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus

In der aktuell weltweit stattfindenden Corona-Pandemie besteht die Aufgabe staatlicher Behörden und Einrichtungen des Gesundheitswesens unter anderem darin, das Auftreten des Virus in den jeweiligen Regionen Deutschlands zu erkennen und seine Ausbreitung zu bekämpfen. Die zuständige oberste staatliche Einrichtung der Bundesregierung in Deutschland ist das Robert-Koch-Institut (RKI). Die Legitimation erhält das RKI durch § 2 des Gesetzes über Nachfolgeeinrichtungen des Bundesgesundheitsamtes (BGA-Nachfolgegesetz – BGA-NachfG). Das RKI stellt Fachinformationen auf seiner Homepage (RKI, 2020a) für Einrichtungen im Gesundheitssystem (bspw. für Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste) aber auch für die breite Öffentlichkeit zur Verfügung. Für Gesundheitseinrichtungen sind dies bspw. Fachinformationen zur Epidemiologie und Fallzahlen, zur Diagnostik, zu Infektionsschutzmaßnahmen oder zum Kontaktpersonenmanagement. Die Umsetzung dieser Empfehlungen bedarf jedoch vor Ort einer „Umsetzungshilfe“. Im Rahmen eines internen Qualitätsmanagementsystems gelten hierfür Verfahrensanweisungen (VA) als

Mittel der ersten Wahl (Pfitzinger, 2011). Eine VA dient dazu, die Empfehlungen in die Strukturen und Prozesse von Gesundheitseinrichtungen zu integrieren und dem Personal Zuständigkeiten zuzuweisen. Im Nachfolgenden wird überblicksartig dargestellt, wie die Empfehlung des RKI zur „SARS-CoV-2 Kontaktpersonennachverfolgung für medizinisches Personal in Arztpraxis und Krankenhaus bei ausreichender Personalkapazität“ (RKI, 2020b; Stand 13.04.2020) in die Strukturen und Prozesse des Robert-Bosch-Krankenhauses überführt wurde. Formal müssen für die Erstellung einer VA Personen benannt sein, die für die Bearbeitung, Prüfung und Freigabe des im Dokument beschriebenen Verfahrens verantwortlich sind. In jedem Fall ist es empfehlenswert, dass eine VA interdisziplinär erarbeitet wird. Die beispielhafte Umsetzung dieser Empfehlung des RKI in eine VA wurde auch deshalb gewählt, weil Führungspersonen in der aktuellen Lage effizient und effektiv im Fall einer potenziellen Infektion von Mitarbeiter*innen handeln müssen, um andere Mitarbeitende und Patient*innen vor dem Risiko einer Ansteckung zu schützen (siehe Tabelle 1).

Definierte Prozessschritte des RKI	Individuell anzupassende Struktur- und Prozessschritte in einer Verfahrensanweisung	Zuständigkeiten	Weitere Verfahrensanweisungen/ Dokumente, die erstellt/ verwendet werden müssen
1. Kontakt Bei Kontaktperson handelt es sich um einen bestätigten COVID-19-Fall	A) Informationsfluss zwischen Labor und zuständigen Arzt B) Informationsfluss zwischen zuständigen Arzt und Mitarbeitende der Station C) Ergreifung von Schutz- und Hygienemaßnahmen	- Labor - zuständiger Arzt (bspw. Stationsarzt/ Oberarzt/Chefarzt) - pflegerische-, therapeutische- und Service-Mitarbeitende	- Krankenhausinformationssystem (KiS) - Labordiagnostik bei SARS-CoV-2 - Schutz- und Hygienemaßnahmen bei SARS-CoV-2
2. Art des Kontaktes - Kategorie Ia (hohes Expositionsrisiko) - Kategorie Ib (begrenztes Expositionsrisiko) - Kategorie III (nicht definiert)	A) Definition der zugehörigen Personen des Leitungsteams* Aufgaben des Leitungsteams: B) Identifikation von potenziell infizierten Mitarbeitenden und ggfs. weiteren Personen (Patient*innen und Besuchern) C) Befragung der potenziell infizierten Mitarbeitenden D) Kategorisierung der potenziell infizierten Mitarbeitenden nach Art des Kontaktes - Kategorie Ia - Kategorie Ib - Kategorie III	*Leitungsteam - Oberarzt/Chefarzt - Stationsleitung - Therapieleitung (Ergo-/Physiotherapie) - Serviceleitung (Hauswirtschaft) - Krankenhaushygiene	Verfahrensanweisungen - Schutz- und Hygienemaßnahmen bei SARS-CoV-2 - SARS-CoV-2 Testung und Einsatzmöglichkeiten von Mitarbeitern Programme/Dokumente - Dienstplanungsprogramm - Kontaktpersonenliste Personal - Tagebuch von Kontaktpersonen

3. Meldeverfahren nach Art des Kontaktes ▪ Gesundheitsamt ▪ Hygienefachkraft im Krankenhaus	A) Kontakt und Meldung kategorisierter Mitarbeitender und ggfs. weiterer Personen B) Beratung der betroffenen Mitarbeitenden zum Führen eines Tagebuchs und zur täglichen Symptomkontrolle C) Umgang bei Auftreten einer Symptomatik (bspw. Quarantäne, Abstrich) D) Einbindung weiterer Stellen	▪ Leitungsteam und jeweilige Mitarbeitende ▪ Gesundheitsamt ▪ Geschäftsführung	Programme/Dokumente ▪ Kontaktpersonenliste Personal (bspw. Fax an Gesundheitsamt)
4. Konsequenzen ▪ Umgang mit SARS-CoV-2-positives medizinisches Personal	A) Umgang mit positiv getesteten Personal mit und ohne Symptomen B) Klärung der Voraussetzungen für Wiederaufnahme der Arbeit	▪ Leitungsteam und jeweilige Mitarbeitende ▪ Gesundheitsamt ▪ Geschäftsführung ▪ Hygienefachkraft im Krankenhaus	Verfahrensanweisungen ▪ Labordiagnostik bei SARS CoV-2

Tabelle 1: Beispielhafte Umsetzung der Empfehlung „SARS-CoV-2 Kontaktpersonennachverfolgung für medizinisches Personal in Arztpraxis und Krankenhaus bei ausreichender Personalkapazität“ des RKI in die Strukturen und Prozesse eines Krankenhauses

Fallbeispiel

Eine Patientin befindet sich seit 5 Tagen auf einer Geriatriischen Station in einem Einbettzimmer. Bei ihr liegen weder ein Verdacht noch Symptome einer COVID-19 Erkrankung vor. Die Entlassung ist in wenigen Tagen in eine Pflegeeinrichtung geplant. Die Pflegeeinrichtung bittet vor Entlassung um den Nachweis eines negativen SARS-CoV-2-Abstrichs. Es wird vom Krankenhauspersonal ein Abstrich vorgenommen. Das Ergebnis des Abstrichs ist positiv. Mitarbeitende aus verschiedenen Bereichen (Pflege, Medizin, Therapie, Service) hatten mit der Patientin aktuell und in den vergangenen Tagen Kontakt.

LITERATUR

- Robert-Koch-Institut (RKI). COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2). Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html am 13.04.2020 (a)
- Robert-Koch-Institut (RKI). Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (auch bei Personalmanagement) in Arztpraxen und Krankenhäusern. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html am 13.04.2020 (b)
- Pfitzinger, Elmar (2011). Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001 im Gesundheitswesen - Mit Excel Tabellen zur Selbsteinschätzung. DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.) Berlin, Wien, Zürich: Beuth Verlag

DISKUSSION

Eine Verfahrensanweisung kann dazu beitragen, Prozesse zielgenau auszurichten und Entscheidungen zügig herbei zu führen. Auch unterstützt sie dabei, den Beteiligten Sicherheit im Verfahren zu vermitteln. Im Rahmen eines internen Qualitätsmanagementsystems eines Krankenhauses ist es darüber hinaus wichtig, Kenngrößen zu definieren, die den Erfolg des beschriebenen Vorgehens bewerten. Diese helfen, den Prozess kontinuierlich zu verbessern.

Patrick Roigk, M.A.

Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik für Geriatrie und Geriatriische Rehabilitation
Auerbachstraße 110
D-70376 Stuttgart
Patrick.Roigk@rbk.de

Die Zerstäubung von ätherischen Ölen in der Raumluft zur Prävention und/oder Behandlung von Infektionen der Atemwege

Erste Ergebnisse einer Literaturrecherche

Regina Stolz¹, M.A., RbP; Birgit Kröger¹, B.A.; Prof. Dr. Stefanie Joos¹, Prof. Dr. Cornelia Mahler², M.A., RbP

¹ Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung

² Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Pflegewissenschaft

HINTERGRUND

Der Einsatz ätherischer Öle im Rahmen von Aromatherapie und -pflege wird heutzutage den komplementären Verfahren zugeordnet, die nur vereinzelt in Kliniken, schon eher in der ambulanten Pflege oder der stationären Altenpflege Anwendung finden. Meist dort, wo sich engagierte Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikation in komplementärer Pflege dafür einsetzen. Häufig auch in Bereichen, in denen erweiterte Pflegekompetenzen einen hohen Stellenwert haben und eine interprofessionelle Kultur vorherrscht.

Kräuter und die aus ihnen gewonnenen ätherischen Öle werden seit Jahrtausenden nicht nur zur Parfümierung oder Zubereitung von Speisen, sondern aufgrund ihrer mikrobiellen Eigenschaften auch zur Prävention und Behandlung von Krankheiten eingesetzt. Hinweise zur Bestätigung des Erfahrungswissens finden sich in zahlreichen Studien zur Wirkung von ätherischen Ölen, wobei in den letzten fünf Jahren eine steigende Anzahl von Publikationen zur Aromatherapie zu verzeichnen ist. Wissenschaftlich nachgewiesen werden konnten beispielsweise antivirale, antibakterielle, fungizide, schmerzstillende, antioxidative, antitumorale und entzündungshemmende Eigenschaften [1–3, 9, 10, 14, 16, 17, 20, 21]. Studien aus der Grundlagenforschung zeigen das viruzide Potenzial von ätherischen Ölen und ihren Inhaltsstoffen, auch wenn klinische Studien noch fehlen [18]. Die antivirale Wirkung ist noch nicht vollständig aufgeklärt. Es wird vermutet, dass Komponenten der Öle in die Matrix der Viren eingebaut werden und dies zur Inaktivierung der Viren führt [6].

Viele der bisher vorliegenden Forschungsergebnisse sind nur sehr begrenzt auf die realen Umweltbedingungen anwendbar, denn sie beruhen auf in vitro-Studien und/oder wurden unter Laborbedingungen abgehalten. Darauf weisen die österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Aromatherapie und Aromapflege sowie Forum Essentia (Verein für Förderung, Schutz und Verbreitung der Aromatherapie, Aromapflege und Aromakultur e. V.) ausdrücklich hin und distanzieren sich von unseriösen Empfehlungen zur Anwendung ätherischer Öle [8, 19].

Weitere Forschung zum Einsatz ätherischer Öle unter Realbedingungen scheint dringend erforderlich zu sein.

In der Literatur werden die ätherischen Öle von Eukalyptus, Ingwer, Melisse, Myrrhe, Niaouli, Pfeffer schwarz,

Ravintsara, Salbei, Teebaum, Thymian, Zitrone, Zimt sowie Zypresse beispielsweise als Öle mit antiviralen Eigenschaften genannt, einige von ihnen werden auch zum Einsatz bei Influenza empfohlen [15]. Studien zur Wirkung auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) fehlen aktuell.

Eine Art der Anwendung ätherischer Öle, neben innerlicher oder topischer Anwendung, ist die Zerstäubung der Öle mittels Diffusoren. Je nach Auswahl der eingesetzten ätherischen Öle, ist das Ziel, die Konzentration der Mikroorganismen in der Raumluft und auf den Oberflächen zu senken oder auch präventiv, gesundheitsförderlich und therapeutisch unterstützend auf Atemwegserkrankungen zu wirken [6].

Da es Hinweise darauf gibt, dass das Coronavirus nicht nur über Tröpfchen, sondern auch über die Raumluft übertragen wird, sollte auch der Einsatz ätherischer Öle zur Raumluftdesinfektion untersucht werden [5,13].

Es kann vermutet werden, dass die Akzeptanz durch das Pflegepersonal für diese Methode hoch ist, da viele Pflegenden insgesamt eine positive Einstellung zur Anwendung von komplementären Pflegemethoden haben [11]. Eine explorative Befragung von drei Stationsleitungen einer Akutklinik mit vier Stationen, zur Einschätzung, ob die Verneblung ätherischer Öle im Rahmen der aktuellen Situation einer Gefahr durch Covid-19 durchgeführt werden soll, ergab eine überwiegend positive Einschätzung. Zitate: „Es würde mich freuen, wenn auf diese Weise auch etwas für die Mitarbeiter gemacht wird“, „Sicher eine positive Wirkung, auch durch den Duft“, „Probieren!“, „Alles was hilft, können wir brauchen.“

Das Ziel dieser Arbeit ist es, erste Ergebnisse einer Literaturrecherche zur Evidenz der Zerstäubung ätherischer Öle in der Raumluft zur Prävention und Behandlung von Infektionen vorzustellen.

FRAGESTELLUNGEN

1. Gibt es Studien zur Prävention und/oder Behandlung von Infektionen der Atemwege mittels Zerstäubung ätherischer Öle?
2. Welche Öle werden in den Studien verwendet?

METHODIK

Es wurde eine explorative Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und Cinahl durchgeführt. Zur Suche wurden die folgenden englische Schlagworte verwendet: air disinfection, influenza, essential oils. Zudem wurde in den Referenzlisten der gefundenen Artikel und in grauer Literatur gesucht und das Schneeballverfahren angewandt.

ERGEBNISSE

Es wurden drei relevante Studien identifiziert, die im Folgenden zusammenfassend beschrieben werden.

Lanzerstorfer et. al untersuchten die Reduktion von Bakterien und Pilzen in der Raumluft eines Zimmers einer Palliativstation und eines Zimmers in einer Neurologie. Sie konnten nachweisen, dass die Keimzahl mit Hilfe der ätherischen Ölen Weisstanne und Zitrone während und zwei Stunden nach der Raumluftbeduftung gesunken ist [12].

Blanchard überprüfte in einer Vorher-Nachher Studie die Hypothese, dass die Diffusion von Ravintsara, ein ätherisches Öl mit antiviralen und immunstimulierenden Eigenschaften, die Anzahl nosokomialer Infektionen senkt. Im Vergleich zum Kontrollzeitraum von 12 Monaten ohne Diffusion, hatten die Patienten während der 12 Monate mit Diffusion weniger nosokomiale Infektionen (15 versus 9) [4].

In der Studie von Gelmini et al. konnten durch die Diffusion von ätherischen Ölen die Arzneimittelverschreibungen, vornehmlich gegen Infektionen und Atemwegsprobleme, sowie die Dauer der erforderlichen Einnahme um 80 % bzw. 86 % im Vergleich zur Kontroll-Etage gesenkt werden. Unerwünschte Wirkungen, wie allergische Reaktionen auf das Aromaöl traten bei keinem der Patienten auf [9].

Die Ergebnisse der Studien sind in Tabelle 1 dargestellt.

DISKUSSION

Die gefundenen Ergebnisse geben erste Hinweise darauf, dass der Einsatz von Diffusoren mit ätherischen Ölen eine positive Wirkung auf Infektionen der Atemwege haben könnte. Zum Einsatz kamen dabei ätherische Öle aus Weisstanne, Zitrone, Ravintsara oder Ölgemische. Der Einsatz von Diffusoren kann als ist eine passive, nicht zeitintensive Methode betrachtet werden. In den bisher identifizierten Studien gab es keine Hinweise auf Kontraindikationen oder Nebenwirkungen durch den Einsatz der Diffusoren.

Bei den beschriebenen Studien wurde hauptsächlich der Rückgang mikrobieller Keime und Pilze untersucht, jedoch keine Reduktion von Viren. In der Literatur werden derzeit Studien zur antiviralen Wirkung von ätherischen Ölen auf Herpes und Influenza aufgezeigt, jedoch sind diese auf in vitro-Studien beschränkt und keine Humanstudien.

Die unterschiedlichen Designs und Umsetzungen der Studien erschweren die Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse in die Versorgung unter realen Bedingungen. Zudem ist das Angebot an ätherischen Ölen und Materialien, die verwendet werden können, vielfältig und von sehr unterschiedlicher Qualität. Weiter gibt es in Hinblick der Diffusoren bisher kein Medizinprodukt.

Bei der Auswahl der ätherischen Öle sollten die Präferenzen der Patienten und Personal beachtet werden. Hierbei kann auf Studien zur Präferenz von Patienten bei der Anwendung von Aromasticks zurückgegriffen werden. Lavandula angustifolia und C. limon wurden beispielsweise in einer Studie mit Krebspatienten von den Probanden präferiert [7,11,12].

IMPLIKATIONEN / AUSBLICK

Wenngleich keine Studie zur Wirksamkeit der Raumluftdesinfektion mittels ätherischer Öle auf Viren bzw. das Corona Virus gefunden werden konnte und die Übertragbarkeit der Ergebnisse der identifizierten Studien fraglich ist, sollten aufgrund der hohen Relevanz von SARS-CoV-2 für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, weitere Anstrengungen unternommen werden, um zu untersuchen, unter welchen Bedingungen diese „einfache“ nicht-medikamentöse Intervention geeignet ist.

Denkbar wäre zunächst eine Pilotstudie, um grundlegende Informationen zur Machbarkeit und zur Identifikation von Verfahrensweisen sowie Messgrößen für eine weiterführende Studie zu generieren. Möglich wäre dann z.B. eine Studie im Setting Pflegeheim oder in der häuslichen Versorgung, mit der Fragestellung, wie und ob sich durch den Einsatz der Diffusoren Erkrankungen nach Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 positiv beeinflussen lassen können.

Unabhängig davon, ob eine Studie durchgeführt wird oder nicht, ist anzunehmen, dass komplementäre Pflegemethoden ihre Anwendung in der Praxis finden werden. Wichtig zu beachten ist, dass bei der Durchführung dieser Anwendungen alle Beteiligten (Personal, Patienten, Angehörige und Besucher) weiterhin alle hygienischen Regeln einhalten.

Regina Stolz, M.A., RbP

Universitätsklinikum Tübingen
Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung
Osianderstr. 5
D-72076 Tübingen
regina.stolz@med.uni-tuebingen.de

Autor Jahr Land	Titel	Fragestellung	Design	Population	Ergebnisse	Hinweise auf Kontra- indikationen	Limitationen
Lanzerstorfer et al. 2019 Österreich	The influence of air- dispersed essential oils from lemon (Citrus limon) and silver fir (Abies alba) on airborne bacteria and fungi in hospital rooms	Das Ziel dieser Arbeit war die Bewertung der Wirksamkeit von ausgewählten verflüchtigten EOs zur Reduzierung der mikrobiellen Kontamination in den Patientenzimmern eines Akutkrankenhauses.	Experimentelle Studie Diffusoren befüllt mit 10ml destilliertem Wasser und 3 Tropfen ätherischem Öl (2 Tr. Weißtanne und 1 Tr. Zitronen) Anwendung 30 Minuten an 5 aufeinander- folgenden Tagen	Palliativstation/ Tagespflege 15m ² Raum Neurologische Station/ Tagespflege 25m ² Raum	Verringerung der Bakterien um 40% direkt nach der Verneblung. Auch nach 3 Stunden noch Verringerung um 10 %, Verringerung von Pilzkulturen auf der Neurologie um ca. 60 %, auf der Palliativstation ca. 30%, Geringe Reduktion an Messpunkt C in der Nähe der Tür.	Keine	Genannte Produkte von Fafalla, die jedoch ausführlich beschrieben wurden.
J.-M. Blanchard, 2007 Frankreich	Cinnamomum camphora a 'cine' ole (ravintsara), une plante au service de la prevention des infections nosocomiales en milieu hospitalier?	Kann die Inzidenz nosokomialer Infektionen durch Immunstimulanz mittels Diffusion von ätherischem Öl reduziert werden?	Vorstudie mit Vorher-Nachher Design. Intervention: 12 Monate. Diffusion von 10 ml Ravintsara pro Tag und Doppelzimmer (ca. 70m ³), 15 min, alle zwei Stunden.	Patienten auf Intensivstation. Interventionsgruppe: 302, davon 52 mit Beatmung. Kontrollgruppe: 336, davon 53 mit Beatmung.	Deutliche niedrigere Anzahl an nosokomialen Infektionen in der Interventionsgruppe (I= 9, K= 15), trotz höherer Anzahl an Beatmungstagen (I=270 d, K= 191 d).	Keine	Keine statistischen Berechnungen und Analysen. Keine Aussage zu Signifikanz möglich.
F. Gelmini et al. 2016 Italien	Air dispersed essential oils combined with standard sanitization procedures for environmental microbiota control in nosocomial hospitalization rooms	Ziel dieser Arbeit war, die Wirksamkeit von flüchtigen Bestandteilen ausgewählter ätherischer Öle in Kombination mit einem Standardreinigungsprotokoll zu bewerten, um die mikrobielle Kontamination zu reduzieren.	Experimentelles Design über 150 Tage mit 5 Messpunkten (alle 30 Tage) Wasser 500ml mit ätherischem Öl Gemisch (0,02 %)	114 Betten Pflegeheim, Verneblung von 2 Räumen im Erdgeschoss mit je 32 Patienten, Vernebelt wurde 8 Stunden in der Nacht, Kontrollraum auf der 2. Ebene	Deutliche Verringerung der Keimlast an den Probenentnahmestellen Medikationsrückgang um 86 %	Keine	Das Ölgemisch wurde mit den chemischen Eigenschaften beschrieben, aber kein ätherisches Öl benannt

Tabelle 1: Zusammenfassung der Ergebnisse der Studien zur Zerstäubung ätherischer Öle in der Raumluft

LITERATUR

- [1] Armaka, M., Papanikolaou, E., Sivropoulou, A. et al. (1999). Antiviral properties of isoborneol, a potent inhibitor of herpes simplex virus type 1. *Antiviral Research* 43(2): 79–92
- [2] Astani, A., Reichling, J., Schnitzler, P. (2011). Screening for antiviral activities of isolated compounds from essential oils. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011: 253643
- [3] Benencia, F., Courrges, M. C. (2000). In vitro and in vivo activity of eugenol on human herpesvirus. *Phytother. Res.* 14(7): 495–500
- [4] Blanchard, J. M. (2007). *Cinnamomum camphora* à cinéole (ravintsara), une plante au service de la prévention des infections nosocomiales en milieu hospitalier ? *Phytothérapie* 5(1): 15–20
- [5] Chia, P. Y., Coleman, K. K., Tan, Y. K. et al. (2020). Detection of Air and Surface Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in Hospital Rooms of Infected Patients
- [6] Dietrich, W., Beier, C., Hrsg. *Aromatherapie*, 2. Aufl. Urban & Fischer Verlag
- [7] Dyer, J., Cleary, L., Ragsdale-Lowe, M. et al. (2014). The use of aromasticks at a cancer centre: a retrospective audit. *Complement Ther Clin Pract* 20(4): 203–206
- [8] FORUM ESSENZIA e.V. (2020). Einsatz ätherischer Öle bei COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2). https://www.forum-essenzia.org/assets/downloads/2020_stellungnahme-von-forum-essenzia-zum-einsatz-a.pdf
- [9] Gelmini, F., Belotti, L., Vecchi, S. et al. (2016). Air dispersed essential oils combined with standard sanitization procedures for environmental microbiota control in nosocomial hospitalization rooms. *Complement Ther Med* 25: 113–119
- [10] Hayashi, K., Hayashi, T., Ujita, K. et al. (1996). Characterization of antiviral activity of a sesquiterpene, triptofordin C-2. *J Antimicrob Chemother* 37(4): 759–768
- [11] Hesmert, D., Joos, S., Hübner, K. et al. (2018). *Komplementäre und Integrative Medizin an Universitätskliniken in Baden-Württemberg – Eine Befragung von Ärzten und Pflegefachkräften zu Einstellungen, Kenntnissen und Bedürfnissen*. German Medical Science GMS Publishing House
- [12] Lanzerstorfer, A., Hackl, M., Schlömer, M. et al. (2019). The influence of air-dispersed essential oils from lemon (*Citrus limon*) and silver fir (*Abies alba*) on airborne bacteria and fungi in hospital rooms. *J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng* 54(3): 256–260
- [13] Leung, N. H. L., Chu, D. K. W., Shiu, E. Y. C. et al. (2020). Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nat Med* 21: 274
- [14] Pourghanbari, G., Nili, H., Moattari, A. et al. (2016). Antiviral activity of the oseltamivir and *Melissa officinalis* L. essential oil against avian influenza A virus (H9N2). *Virusdisease* 27(2): 170–178
- [15] Price, S., Price, L., Hrsg. *Aromatherapie*, 2. Aufl. Huber, Bern
- [16] Pusztai, R., Hohmann, J., Rédei, D. et al. (2008). Inhibition of human cytomegalovirus IE gene expression by dihydro-beta-agarofuran sesquiterpenes isolated from *Euonymus* species. *In Vivo* 22(6): 787–792
- [17] Schnitzler, P., Schön, K., Reichling, J. (2001). Antiviral activity of Australian tea tree oil and eucalyptus oil against herpes simplex virus in cell culture. *Pharmazie* 56(4): 343–347
- [18] Steflitsch, W. Covid-19-Viren und ätherische Öle. https://oegwa.at/?wysija-page=1&controller=email&action=view&email_id=44&wysijap=subscriptions&user_id=788. Zugriff am 7.4.2020
- [19] Steflitsch, W. (2020). *Influenza, Corona und Co.* <https://oegwa.at/influenza-corona-und-co/>. Zugriff am 8.4.2020
- [20] Swamy, M. K., Akhtar, M. S., Sinniah, U. R. (2016). Antimicrobial Properties of Plant Essential Oils against Human Pathogens and Their Mode of Action: An Updated Review. *Evid Based Complement Alternat Med* 2016: 3012462
- [21] Wińska, K., Mączka, W., Łyczko, J. et al. (2019). Essential Oils as Antimicrobial Agents-Myth or Real Alternative? *Molecules* 24(11)

Angst vor Corona – Bedrohung der Pflege durch die Logik eines Affekts

PD Dr. Till Jansen¹

DIE CORONA-KRISE

Die Herausforderung, die Corona an die Pflege stellt, ist nicht nur das neue Krankheitsbild – vielleicht ist das sogar der bei weitem kleinste Teil. Es sind vielmehr die mit der Pandemie einhergehende Arbeitslast, das Infektionsrisiko sowie die Knappheit an Material. Die Letalität ist höher als gedacht. Therapie- und Pflegestandards sind nicht etabliert. Medikation gibt es nicht. Schutzmasken, Desinfektionsmittel, Schutzkleidung – das alles fehlt. Hinzu kommen die Personalknappheit und die Überarbeitung. Es ließe sich noch weiteres anführen, etwa die atypischen Verläufe, die soziale Isolation, der Bruch in den alltäglichen Routinen – bis hin zu Ausgrenzung und Stigmatisierung (Gutenson, 2020). Corona schafft auf vielen Ebenen eine reale Bedrohungslage für Beschäftigte in pflegerischen und therapeutischen Berufen.

Die gesellschaftliche Antwort ist ein Versuch der personellen Entlastung durch die Einstellung von Hilfs- und Unterstützungskräften oder Bemühungen um eine bessere materielle Versorgung von politischer Seite. Aber auch eher symbolische Aktionen zur Unterstützung und Solidarität werden gestartet, angefangen von Zusatzzahlungen an Pflegenden bis hin zu öffentlichen Aktionen für die „Helden des Alltags.“

Die Botschaft all dieser Aktionen lautet: Es wird etwas getan! Die Krise wird zu einer pragmatischen Herausforderung, die sich bewältigen lässt. Man kann etwas tun. Man fühlt sich nicht hilflos. Die Situation wird verbessert.

Dennoch finden sich Pflegenden in der Krise mit einer außergewöhnlichen Lage konfrontiert, die mehr ist als ein praktisches Problem. Fachliche Überforderung, emotionale Überlastung, Überarbeitung – das führt nicht selten zu einem Gefühl der Angst. Angst, zu versagen, Angst, sich anzustecken, Angst, das Falsche zu tun, Angst, dass es kein Ende findet. Wenn dieses Gefühl sich ausweitet und von anderen aufgenommen wird, droht Angst als Grundstimmung zu einer geteilten Orientierung zu werden, welche die Praxis zu unterwandern beginnt.² Eine pflegerische Praxis aber, die zunehmend von Angst geprägt ist, vermag nur ansatzweise das zu leisten, was in der aktuellen Krise erforderlich, sinnvoll und richtig wäre. Denn gerade in Ausnahmesituationen werden Flexibilität und Selbstorganisation, die Fähigkeit zur Kreativität und zur Entwicklung unkonventioneller Antworten benötigt. Angst jedoch führt zur Fixierung auf bewährte Praxen, zu einer starren Orientierung an Hierarchien, zum Konventionalismus, zum Wegducken, Weggucken und zum Blame-Game (Gill & Burrow, 2018; Keegan, 2016). Letztlich kann aus ihr eine Abwärtsspirale für ganze Organisationen resultieren.

Pflege und die Pflegewissenschaft sollten sich dieses Problems bewusst zu sein. Denn aus einer soziologisch-organisationswissenschaftlichen Perspektive kann die Konsequenz eines von Angst geprägten organisationalen Klimas deutlich schlimmer sein als der Mangel an Ressourcen. Für die Praxis heißt das, gerade wegen der gegebenen Überbelastung, ein zusätzliches Augenmerk auf die Zusammenarbeit und die Organisationskultur zu werfen. Daran anschließend stellt sich für die Pflegewissenschaft die empirische Frage, unter welchen Bedingungen es der Pflege gelingt, die Angst in Zeiten der Pandemie angemessen zu bewältigen, ohne dabei die reale Bedrohungslage zu bagatellisieren. Darauf aufbauend bedarf es eines Diskurses darüber, wie sich in unerwarteten Fällen mit Angst umgehen lässt, damit eben jene Flexibilität und Kreativität, die Möglichkeit zur Selbstorganisation und zur Improvisationen stärker gefördert wird, als in regulären Alltagssituationen.

AFFEKTLOGIK DER ANGST

Freud (2000) hat vor bald hundert Jahren den Terminus der Realangst geprägt. Als Realangst bezeichnet er jene Angst, die als Reaktion auf eine tatsächlich bestehende Bedrohung entsteht. Realangst ist also eine rational begründete Reaktion auf ein bestehendes Problem. Sie ist keine Phobie, nicht Ausdruck einer Angststörung, keine Wahnvorstellung. Die Angst der Infektion mit Corona kann ohne weiteres als Realangst bezeichnet werden. Infektionsgefahr besteht. Der Verlauf kann durchaus letal sein.

Doch nur weil Realangst insofern rational ist, als dass sie sich auf eine tatsächlich vorliegende Bedrohungslage bezieht, heißt das nicht, dass sie eine rationale Reaktion wäre. Denn „[b]ei weiterer Überlegung muß man sich sagen, daß das Urteil über die Realangst, sie sei rationell und zweckmäßig, einer gründlichen Revision bedarf. Das einzig zweckmäßige Verhalten bei drohender Gefahr wäre nämlich die kühle Abschätzung der eigenen Kräfte“ (Freud, 2000, S. 381). „In diesem Zusammenhang ist aber für die Angst überhaupt keine Stelle; alles, was geschieht, würde ebensowohl und wahrscheinlich besser vollzogen werden,

¹ Ich danke Hermann Brandenburg für die Anregung zu diesem Text wie auch zu wertvollen Hinweisen zu dem Manuskript.

² Die Annahme, wir würden in einer „Gesellschaft der Angst“ leben (Bude, 2014), einer Gesellschaft, in der die Aussage „Ich habe Angst“ (Beck, 1986, S. 66) schon immer die geteilte Grundorientierung Aller ist, wird also im Folgenden – aus guten Gründen (Lübke, 2019) – nicht geteilt. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass Angst als Grundorientierung in unserer Gesellschaft eine Ausnahme bleibt. Erst auf diesem Hintergrund hat die Überlegung Sinn, dass die Coronakrise etwas am Modus der Pflegepraxis ändert. Lebten wir sowieso schon in einer „Angstgesellschaft“, dann wäre das alles nichts Neues.

wenn es nicht zur Angstentwicklung käme“ (Freud, 2000, S. 381f.). Realangst ist also gleichzeitig rational wie irrational. Sie ist eine gut begründete Reaktion auf Bedrohungssituationen wie Corona und gleichzeitig als Reaktion unbrauchbar, um dieser Situation angemessen zu begegnen. Sie ist rational und irrational zugleich.

Diesem Mechanismus liegt die spezifische Affektlogik der Angst zugrunde (Ciompi, 2019). Denn alles Denken und Fühlen, aber auch Erkennen, Bewerten und Beschreiben, Handeln und Reden ist notwendig nicht nur affektiv eingefärbt, sondern wird vielmehr über ein bestimmtes Gefühl, Heidegger (1993) würde sagen, über eine Gestimmtheit konstituiert. Gestimmt erschließt sich die Welt. Der Affekt schafft so eine Art Korridor, in dem bestimmte Sachverhalte wahrgenommen und bewertet werden. Der Affekt schafft das, was als rational gelten darf dadurch, dass er die Kriterien der Bewertung überhaupt erst konstituiert. Er ist so für sich selbst rational – auch wenn er von außen als überaus irrationale Reaktion erscheint.

Eine Affektlogik erweist sich dabei als überaus stabil (Ciompi, 2019). Sie ist kein vorübergehendes Phänomen, kein Affekt im Sinne einer temporär auftretenden Kurzschlussreaktion. Vielmehr erweist sie sich als selbststabilisierendes, nicht-lineares System. Sie stellt einen Attraktor dar, der alles, was in seinen Einzugsbereich kommt, in seine Systemlogik eingliedert. Die Angst färbt also die Welt in den Farben der Angst. Weil die Angst da ist, werden Bedrohungen gesehen und weil Bedrohungen gesehen werden, muss man Angst haben. Neuropsychologische Reaktionen verschränken sich hier mit kognitiven Strukturen und – gerade in Organisationen – mit einem sozialen Umfeld. Die Affektlogik der Angst färbt ab. Hat das Umfeld Angst, so beginnt man auch selbst Angst zu haben. Die Angst schafft einen bestimmten Stil im Verhalten und der Stil im Verhalten schafft die Kognition, die wiederum ein bestimmtes Verhalten befördert. Die Emotion Angst „versklavt“ (Ciompi, 2004, S. 33) sowohl Sozialität wie auch Psyche gleichermaßen.

ANGST ALS ORGANISATIONALES PHÄNOMEN

Angst, verstanden als kollektive Affektlogik, hat nun spezifische Auswirkungen auf die Praxis in Organisationen. Das darf deswegen nicht unterschätzt werden, weil formale Organisationen sich als Einrichtungen einer bestimmten Rationalität verstehen, Angst aber genau diese Rationalität zu kapern versteht. Was irrational ist, scheint plötzlich rational. Was rational angemessen wäre, scheint nun eine irrationale Option zu sein.

Die vielleicht grundlegendste Rekonfiguration, die durch die Versklavung einer Organisation, durch den Attraktor ‚Angst‘ vorgenommen wird, ist die Umstellung der Primärreferenz des Denkens und Fühlens von der Sach- auf die Sozialdimension von Sinn (Luhmann, 1984, S. 90ff). In einer Organisation, die nicht von Angst geprägt ist, kann man davon ausgehen, dass die eigene Position sicher ist und dass man gemeinsam an einem bestimmten Problem arbeitet. Es geht also etwa darum, gute pflegerische Arbeit auf der

Station zu verrichten oder Patienten im Rahmen der ambulanten Versorgung eine fachlich und ethisch angemessene Versorgung zukommen zu lassen. Die Sache bestimmt, was die richtige und die falsche Entscheidung ist. Persönliche Faktoren, etwa die Frage, ob eine Entscheidung gut oder schlecht für meine Karriereplanung ist, treten zurück. Mikropolitik (Crozier & Friedberg, 1979) wird weniger relevant. Die Karriereplanung (Luhmann, 2000, S. 101ff) wird an gute Sacharbeit gekoppelt. Diese Orientierung an einer Sachrationalität setzt jedoch voraus, dass die Position der einzelnen Personen zumindest nicht bedroht ist. Man muss sich sicher fühlen, um sich darauf einzulassen.

Angst jedoch nimmt eben genau dieses Gefühl der Sicherheit, da sie auf einen ‚Flight-or-fight-Modus‘ umstellt. Denn Angst zeichnet sich dadurch aus, dass man sich bedroht fühlt. Die Sachorientierung rückt also in den Hintergrund und macht einer Orientierung an der Sozialdimension Platz. Man schaut nicht mehr danach, was getan werden muss, sondern danach, wer was tut und was man selbst tun muss, damit man sich sozial absichert. Das ‚Wer‘ verdrängt das ‚Was‘.

Diese Umstellung hat verschiedene Konsequenzen (Keegan, 2016, S. 39ff). Zunächst rückt eine starke Orientierung an Hierarchien in den Vordergrund. Lautet in einer sachorientierten Organisation also die Frage ‚Was machen wir?‘, so lautet sie in der angstgetriebenen ‚Was sagt der Chef?‘ und ‚Was sagen die Anderen?‘. Denn die Hierarchie ist in der Organisation der Ort, von dem aus der eigenen Position Gefahr droht und unter dem Vorzeichen der Angst weicht Kollegialität einem Klima der Denunziation und der Konkurrenz. Es geht darum, ob man sich mit einer Handlung gut positioniert oder nicht oder darum, ob ein Konkurrent aus einer Handlung einen Vorteil ziehen könnte.

Das führt selten zu guten Ergebnissen. Doch da die Angst eine Sachorientierung blockiert, beginnt man eben, so zu tun, *als ob* man sachorientiert arbeite (vgl. z.B. Ortmann, 2004). So ist etwa davon auszugehen, dass nicht nur die Corona-Zahlen in China weit weg von der Realität sind (Deuber, 2020) – weil ein totalitäres Regime schon immer ein Angst-Regime ist –, sondern vermutlich auch viele andere Zahlen, die uns jeden Tag präsentiert werden (wenn auch nicht ähnlich stark). Denn, so ließe sich vermuten, je stärker die Angst ausgeprägt ist, desto stärker blickt man auf die Statistik der Anderen und die Erwartungen der Vorgesetzten.

Ein ähnliches Phänomen trifft auch auf die Pflegepraxis zu. Nicht nur gibt es hier die konkrete Angst vor der Infektion, die vom Patienten ausgeht und die einen Einfluss auf die Art des Kontaktes hat. Vor allem verändert Angst als dominierende Affektlogik auch die Entwicklung kreativer Lösungen. Sie hemmt Improvisation und Selbstorganisation. Stattdessen fördert sie Konventionalität und Starrheit in der Problemlösung. Man setzt auf bewährte Techniken, um nicht anzuecken. Man sichert sich im Zweifelsfall zweimal ab und verzögert damit nötige Maßnahmen und überlastet die Hierarchie. Man arbeitet alleine oder gegeneinander anstatt zusammen (Gill & Burrow, 2018; Vogd, 2004).

Anstatt konservativ vorzugehen, vorsichtig auszuprobieren und zu evaluieren, breitet sich ein radikales Hau-Ruck-Verfahren aus (so wird in der Medizin etwa zu häufig intubiert, siehe hierzu Soldt, 2020) – oder aber man tut gar nichts. Wie auch immer: Man arbeitet nicht oder weniger sachorientiert, versucht stattdessen positive Aufmerksamkeit zu erhaschen und negative zu vermeiden. Es geht immer stärker um den performativen Aspekt einer Handlung, immer weniger um den tatsächlichen.

Die Überforderung wird auf diese Art und Weise noch weiter gesteigert, da die Probleme immer weiter aus dem Ruder geraten. Doch gerade die hier nötige Selbstreflexion wird durch die Angst verhindert. Stattdessen entsteht ein rekursiv geschlossener Aktivismus: Man merkt, dass das eigene Handeln nicht die gewünschten Ergebnisse herbeiführt. Darum beginnt man noch mehr desselben zu machen, womit man die Lage jedoch nur verschlimmbessert. Also macht man noch mehr dessen, was man schon immer getan hat (Keegan, 2016, S. 44). Wenn auch das nicht funktioniert, beginnt man, die Schuld an anderer Stelle zu suchen. Langsam beginnt sich die Organisation so in eine Abwärts spirale zu bewegen.

Damit legt Angst gerade eben jene Verhaltensweisen nahe, die eine personell und materiell überlastete Organisation gerade nicht braucht. Statt Kompetenzen zu entwickeln, entsteht unter der Ägide der Angst „Inkompetenzkompensationskompetenz“ (Marquard, 1974). Statt leistungsfähiger zu werden, unterminiert Angst die Leistungsfähigkeit der Organisation (Keegan, 2016, S. 46f). Die Krise befördert einen Bewältigungsmodus, der gerade eben nicht der Bewältigung zuträglich ist.

ANGST: HERAUSFORDERUNG FÜR DIE PFLEGE UND DIE PFLEGEWISSENSCHAFT IN DER CORONAKRISE

Dies alles heißt nicht, dass aus der Corona-Pandemie notwendig Angst in der Pflege resultiert. Das Gegenteil wird vielmehr der Fall sein und wir werden gerade in der Krise Mut, Engagement und Kreativität beobachten können. Dennoch ist Angst eine reale Gefahr, der gute Pflege sich bewusst sein muss.

Diese Einsicht heißt für die Pflegepraxis, dass sie mit verschiedenen widersprüchlichen Anforderungen konfrontiert ist, wenn sie gute Arbeit leisten will. Sie muss wissen, dass sie es mit einer gefährlichen Situation zu tun hat. Sie darf aus dieser Einsicht aber nur technische, keine emotionalen Konsequenzen ziehen. Unter der zunehmenden emotionalen Belastung und dem wachsenden Arbeitsdruck wird es umso wichtiger, sich Zeit zu nehmen und für sich selbst wie für die Kollegen da zu sein. Das ‚Wir‘ muss aktualisiert und bestätigt werden – auch wenn eigentlich keine Zeit dafür da ist. Man muss sich mit den Ängsten der anderen auseinandersetzen, obwohl man mit den eigenen eigentlich genug zu tun hat. Schließlich muss man gerade in Situationen, in denen man nicht weiß, was man tun soll, darauf verzichten auf klassische Muster zurückzufallen. Kurzum, man muss der Schlange in den Rachen schauen und dabei noch ruhiger werden, als man es davor schon war.

Diese Anforderungen sind aber nicht (nur) sehr individuelle Herausforderung an die einzelne Pflegeperson. Sie müssen vielmehr als Herausforderung an die Organisation verstanden werden. Gerade unter den gegebenen Bedingungen wird es wichtig, die gesamten organisationalen Ressourcen nicht monothematisch in einer nur auf den ersten Blick sachorientierten Art und Weise zu fokussieren. Vielmehr gilt es die (geistige) Gesundheit der Mitarbeiter, eine Kultur der Selbstorganisation und Eigenverantwortung vielleicht noch stärker als im Normalbetrieb zu fördern. Das aber ist eine Führungsfrage (Keegan, 2016) und kein Problem der einzelnen Mitarbeiter.

Für die Pflegewissenschaft stellt sich dann die Frage, wo sich eine solche Praxis, die von organisationaler Resilienz geprägt ist, beobachten lässt. Unter welchen Rahmenbedingungen kann sie entstehen und welche Faktoren in der gelebten Alltagspraxis verhindern ein Umschwung auf den ‚Flight-or-Fight-Modus‘? Wie kann die reale Bedrohung gesehen werden, ohne dass aus ihr Realangst wird?

PD Dr. Till Jansen

Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
D-58455 Witten
Till.Jansen@uni-wh.de

LITERATUR

- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bude, H. (2014). *Gesellschaft der Angst* (1. Auflage.). Hamburg: Hamburger Edition.
- Ciompi, L. (2004). Ein blinder Fleck bei Niklas Luhmann? Soziale Wirkungen von Emotionen aus Sicht der fraktalen Affektlogik. *Soziale Systeme*, 10(1).
- Ciompi, L. (2019). *Affektlogik Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1979). *Macht und Organisation*. Berlin: Athenäum-Verlag.
- Deuber, L. (2020, März 31). Pekings seltsame Statistik. *Süddeutsche Online*. Abgerufen April 7, 2020, von <https://www.sueddeutsche.de/politik/corona-covid-19-china-wuhan-statistik-1.4863551>
- Freud, S. (2000). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Gill, M. J., & Burrow, R. (2018). The Function of Fear in Institutional Maintenance: Feeling frightened as an essential ingredient in haute cuisine. *Organization Studies*, 39(4), 445–465.
- Gutenson, D. (2020, April 7). Ich wurde aus dem Supermarkt geworfen. *Die Zeit*. Abgerufen April 7, 2020, von <https://www.zeit.de/arbeit/2020-04/intensivpflege-coronavirus-ausgrenzung-social-distancing>
- Heidegger, M. (1993). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer.
- Keegan, S. M. (2016). *Psychology of fear in organizations: How to transform anxiety into well-being, productivity ... and innovation*. Place of publication not identified: Kogan Page Stylus.
- Lübke, C. (2019). Leben wir in einer Angstgesellschaft? Die Verbreitung von persönlichen und gesellschaftsbezogenen Sorgen in Deutschland. In C. Lübke & J. Delhey (Hrsg.), *Diagnose Angstgesellschaft?* (S. 29–58). Bielefeld: transcript Verlag. Abgerufen Dezember 3, 2019, von <http://www.degruyter.com/view/books/9783839446140/9783839446140-003/9783839446140-003.xml>
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (2000). *Organisation und Entscheidung*. (D. Baecker, Hrsg.). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Marquard, O. (1974). Inkompetenzkompensationskompetenz. *Philosophisches Jahrbuch*, 81, 341–349.
- Ortmann, G. (2004). *Als ob: Fiktionen und Organisationen*. Organisation und Gesellschaft (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Soldt, R. (2020, April 7). „Es wird zu häufig intubiert und invasiv beatmet“. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. Abgerufen April 7, 2020, von <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/beatmung-beim-coronavirus-lungenfacharzt-im-gesprach-16714565.html?premium>
- Vogd, W. (2004). Entscheidungen und Karrieren. Organisationssoziologische Betrachtungen zu den Geschehnissen einer psychosomatischen Abteilung. *Soziale Welt*, 55(3), 283–306.

Psychische Gesundheit bei Gesundheitsfachpersonen während einer Pandemie – Auswirkungen und Bewältigung

Dr. sc. nat. Jutta Ernst¹, Dr. phil. Diana Staudacher², Gabi Brenner³, Prof. Dr. phil. Heidi Petry¹

¹ Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Zürich

² Direktion Pflege und MTTB, Universitätsspital Zürich

³ Direktorin Pflege, Universitätsspital Zürich

Hintergrund: In der aktuellen Covid-19-Pandemie sind Gesundheitsfachpersonen stark gefordert und mit vielfältigen psychischen Belastungen konfrontiert. Zu allgemeinen Stressoren kommen pandemiespezifische Stressoren hinzu. Das Risiko einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit ist hoch.

Methode: Dieser praxisorientierte Review geht folgender Fragestellung nach: Welche Hinweise bietet die Literatur zum Umgang mit psychischen Belastungen der Gesundheitsfachpersonen während der Covid-19-Pandemie?

Ergebnisse: Die hier zusammengefassten Empfehlungen internationaler Organisationen bieten erste Hinweise auf den Umgang mit psychischen Belastungen. Aufmerksamkeit findet auch die Frage, was Führungspersonen beachten sollten, um die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden zu schützen.

Schlussfolgerungen: Es ist wichtig, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass das Erleben von Stress, Überforderung und heftigen Emotionen eine normale Reaktion ist. Es sollte nicht der Eindruck entstehen, dass Fachpersonen den Anforderungen ihrer Arbeit nicht gewachsen sind oder „Schwäche“ zeigen. „Moral Injury“ als pandemiespezifischer Belastungsfaktor verdient besondere Beachtung.

PROBLEMATIK

Im Rahmen der aktuellen Covid-19-Pandemie sind Gesundheitsfachpersonen aller Berufsgruppen stark gefordert. Vielfältige psychische Belastungen können potenziell ihre psychische Gesundheit beeinträchtigen (Bao et al. 2020). Neben allgemeinen Stressoren treten auch pandemiespezifische Stressoren auf, beispielsweise

- das Risiko, sich und andere zu infizieren, insbesondere in einer Situation, in der die Übertragung des Virus noch nicht vollständig geklärt ist,
- die Fehlinterpretation von Symptomen anderer Erkrankungen (z.B. einer Erkältung) als Symptome einer Covid-19-Erkrankung mit resultierenden Ängsten, infiziert zu sein,
- die Sorge um Familienangehörige und Kinder, die Zuhause allein sind, beispielsweise infolge von Schulschließungen,
- Befürchtungen in Bezug auf die Verschlechterungen der physischen und psychischen Gesundheit von Gesundheitsfachpersonen, die vorbestehende Erkrankungen oder Risikofaktoren aufweisen (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2020).

Weitere spezifische Stressoren während der Covid-19-Epidemie kommen hinzu:

- Stigmatisierung von Menschen, die mit Covid-19-Patient(inn)en arbeiten (beispielsweise aufgrund der Sorge, Gesundheitsfachpersonen könnten selbst infiziert sein),
- strikte Sicherheitsmaßnahmen wie das Tragen von Schutzkleidung, die dauerhafte Notwendigkeit von Konzentration und Wachsamkeit sowie stark regulierte

Verfahrensanweisungen, die Spontanität und Autonomie einschränken, ebenso die Reduktion körperlicher Berührungen,

- höhere berufliche Belastungen (längere Arbeitszeiten, mehr Patient(inn)en, hoher Weiterbildungsdruck),
- reduzierte soziale Unterstützung infolge langer Arbeitszeiten,
- verringerte Selbstfürsorge infolge Zeit- und Energiemangel,
- unzureichende Informationen über die Konsequenzen einer längerfristigen Exposition gegenüber Covid-19-infizierten Patient(inn)en,
- Sorgen, die eigene Familie und Bezugspersonen anstecken zu können,
- Konfrontation mit Ärger und Wut gegenüber der Regierung oder dem Gesundheitssystem seitens der Patient(inn)en,
- Gefühle von Isolation durch die Separation vom Team, mit dem man üblicherweise arbeitet,
- Sorgen, dass Kolleg(inn)en mit zusätzlicher Arbeit konfrontiert werden, falls man sich selbst in Quarantäne befindet (Brooks et al., 2020).

Das Auftreten von Stress, psychischer Belastung und negativen Emotionen ist unter den aktuellen Umständen grundsätzlich als *normale* Reaktion zu bewerten. Jedoch haben die Belastungen der Gesundheitsfachpersonen während der Covid-19-Pandemie grundsätzlich das Potenzial, psychische Erkrankungen wie Angststörungen, Depression

oder Traumafolgestörungen zu fördern (Bao et al., 2020).

Beispielsweise wurden bei Gesundheitsfachpersonen im Rahmen des letzten SARS-Ausbruchs in China erhöhte Level von Stress, Angst, Depression und allgemein psychischer Belastung festgestellt (Wu et al., 2009; Xiang et al., 2020).

Bei früheren Epidemien, beispielsweise während des Ebola-Ausbruchs von 2013 bis 2016 in Westafrika, zeigte sich, dass psychische Belastungen und Ängste in einer solchen Situation eine zentrale Rolle spielen. Sie können nicht nur die Verbreitung einer Erkrankung fördern, sondern auch zu Einschränkungen im Gesundheitssystem führen, wenn Gesundheitsfachpersonen infolge dieser Belastungen nicht mehr zur Arbeit erscheinen (Shultz et al., 2016).

Besondere Aufmerksamkeit erfordert der pandemie-spezifische Belastungsfaktor „Moral Injury“ (Greenberg et al., 2020). Dabei handelt es sich um psychischen Stress im Zusammenhang mit Handlungen, die das persönliche moralische Bewusstsein verletzen. „Moral Injury“ kann beispielsweise auftreten, wenn es nicht möglich ist, allen bedürftigen Patient(inn)en zu helfen, weil hierfür Ressourcen fehlen. Das Risiko ist hoch, dadurch das Gefühl persönlicher Schuld und des „Versagens“ zu entwickeln. Das Erleben von „Moral Injury“ kann traumatisierend wirken und sogar Suizidgedanken auslösen (Greenberg et al., 2020).

FRAGESTELLUNG

Vor diesem Hintergrund geht dieser praxisorientierte Review folgender Fragestellung nach: Welche Hinweise bietet die Literatur zum Umgang mit psychischen Belastungen bei Gesundheitsfachpersonen in der aktuellen Situation?

ERGEBNISSE

1. Hinweise zum Umgang mit psychischen Belastungen bei Gesundheitsfachpersonen

Empfehlungen der WHO (2020) und des Inter-Agency Standing Committee (IASC) der Vereinten Nationen (IASC, 2020) betonen die Wichtigkeit, sich Folgendes bewusst zu machen: Unter den aktuellen Umständen ist das Erleben von Stress, Überforderung und heftigen Emotionen eine *normale* Reaktion. Sie bedeutet nicht, dass man seiner Arbeit oder den Anforderungen nicht gewachsen ist oder „Schwäche“ zeigt. Heftige Emotionen, auch Ärger, Reizbarkeit oder Stimmungsschwankungen, sollten als nachvollziehbar betrachtet und nicht schuldhaft verarbeitet werden. Unter den aktuell extremen Bedingungen ist es wichtig,

- auf eine Erfüllung der basalen Grundbedürfnisse zu achten,
- ausreichend Pausen wahrzunehmen,
- auf gesunde Ernährung zu achten und
- weiterhin körperlich aktiv zu sein.

Zudem sollten Fachpersonen diejenigen Bewältigungsstrategien reaktivieren, die sie in früheren Krisen als hilf-

reich erlebten. Auf Substanzkonsum gilt es zur Bewältigung möglichst zu verzichten.

Der Austausch mit Kolleg(inn)en, die ähnliche Belastungen erleben, kann helfen, die psychische Belastung zu reduzieren.

Das Aufrechterhalten sozialer Kontakte (auch im privaten Bereich) stellt eine äußerst wichtige Komponente für den Erhalt der psychischen Gesundheit dar. In Fällen, in denen dies aufgrund von Isolations-/Quarantänemaßnahmen oder Ängsten vor einer Ansteckung nicht möglich ist, sollten Telekommunikation, Telefon oder Messenger-Dienste zum Einsatz kommen. Um Gefühle von Kontrolle und Sicherheit zu erlangen, sollten bestehende Routinen aufrechterhalten oder neue Routinen etabliert werden. Die Erinnerung daran, zu einem Team zu gehören und eine bedeutungsvolle Aufgabe zu erledigen, kann zu einer besseren Bewältigung der psychischen Belastung beitragen.

2. Empfehlungen für Führungspersonen

WHO (2020) und IASC (2020) betonen, dass Führungspersonen neben den zahlreichen anstehenden Aufgaben die psychische Belastung ihrer Mitarbeitenden im Blick behalten sollten.

Es ist wichtig, Mitarbeitenden das Gefühl zu vermitteln, sich mit Stress und psychischen Belastungen vertrauensvoll an ihre Vorgesetzten wenden zu können (IASC, 2020). Dabei sollten Stress und psychische Belastungen ernst genommen werden. Der Schutz der Mitarbeitenden sollte hohe Priorität erhalten (WHO, 2020).

- Um Orientierung sowie das Gefühl von Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu fördern, sollten Führungspersonen Mitarbeitenden alle relevanten Informationen zur Verfügung zu stellen und auf klare, eindeutige Kommunikation achten.
- Zudem sollte sichergestellt sein, dass Mitarbeitende auch in Phasen hoher Arbeitsbelastung die Möglichkeit haben, Pausen und Erholungsmöglichkeiten wahrzunehmen und notwendige Maßnahmen der Selbstfürsorge durchzuführen.
- Um die belastungsreduzierende Wirkung des kollegialen Austauschs nutzbar zu machen, sollten Mitarbeitende die Möglichkeit haben, sich mit anderen Teammitgliedern auszutauschen. Kollegiale Unterstützung gilt es zu fördern (Brooks et al., 2020).
- Zudem sollten Mitarbeitende Informationen erhalten in Bezug auf Zugangsmöglichkeiten zu psychosozialen bzw. psychologischen Hilfsangeboten. Dabei ist es besonders relevant, dass eine potenzielle Inanspruchnahme von Hilfsangeboten nicht mit Stigmatisierung verbunden ist.
- Neben der Fürsorge für Mitarbeitende sollten Führungspersonen auch die eigene Selbstfürsorge im Blick behalten. Führungspersonen stellen wichtige Rollenvorbilder für ihre Mitarbeitenden dar.
- Weiterhin sollten flexible Änderungen der Arbeitszeiten möglich sein, falls Mitarbeitende selbst (oder enge Familienmitglieder) von belastenden Ereignissen betroffen sind.
- Eine wichtige Rolle kommt Führungspersonen zudem bei der Vermittlung von Wertschätzung zu. Dies kann eine wichtige protektive Rolle bezüglich der psychischen Gesundheit in Krisenzeiten spielen.

- Um Desorientierung und Hilflosigkeitsgefühlen vorzubeugen, spielt zudem die Etablierung klarer Rollen- und Aufgabenverteilungen eine wichtige Rolle. Das Vorgehen gilt es regelmäßig an die aktuelle Lage anzupassen.

FAZIT

Gesundheitsfachpersonen kommt im Rahmen der aktuellen Covid-19-Pandemie eine besondere Rolle bei der Krisenbewältigung zu. Dabei treten zahlreiche unspezifische und spezifische Stressoren auf, die zu psychischen Belastungen bei den Gesundheitsfachpersonen führen können. Die hier zusammengefassten Empfehlungen internationaler Organisationen können eine erste Orientierung in der aktuellen Situation bieten.

Dr. sc. nat. Jutta Ernst

Zentrum Klinische Pflegewissenschaft
Universitätsspital Zürich
CH-8091 Zürich
jutta.ernst@usz.ch

LITERATUR

- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*, 395(10224), e37-e38. doi:10.1016/S0140-6736(20)30309-3
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 368:m1211
- IASC Inter-Agency Standing Committee. (2020). Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak-Version 1.1. 2020
- WHO World Health Organization. (2020). Mental Health Considerations during COVID-19 Outbreak. Geneva: WHO.
- Shultz, J. M., Cooper, J. L., Baingana, F., Oquendo, M. A., Espinel, Z., Althouse, B. M., . . . Reckemmer, A. (2016). The Role of Fear-Related Behaviors in the 2013-2016 West Africa Ebola Virus Disease Outbreak. *Curr Psychiatry Rep*, 18(11), 104. doi:10.1007/s11920-016-0741-y
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., . . . Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*, 54(5), 302-311. doi:10.1177/070674370905400504
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229. doi:10.1016/S2215-0366(20)30046-8

Covid-19 aus pflegediagnostischer Perspektive

Prof. Dr. Anke Helmbold, Andreas Schäfer, B.Sc.

Die Versorgung von Menschen mit Covid-19 stellt eine große Herausforderung für die Pflege dar, die durch unterschiedlichste Umstrukturierungs- und Organisationsprozesse, eine Gefährdungssituation, Personalmangel und ein neues Krankheitsbild charakterisiert ist. Der Artikel zeigt das klinische Bild von Covid-19-Patienten¹ aus pflegediagnostischer Perspektive auf der Basis bisheriger Erfahrungen bei der Versorgung dieser neuen Patientengruppe und unter Verwendung von NANDA-I-Pflegediagnosen auf. Es zeigt sich die Komplexität der Versorgungssituation, die durch vielfältige Phänomene geprägt ist und nicht auf den Bereich vitaler Funktionen beschränkt bleibt.

EINLEITUNG

Durch die weltweite SARS-CoV-2-Pandemie sind Politik, Gesellschaft und insbesondere die Gesundheitssysteme vor große Herausforderungen gestellt. Die Pandemie wird von einem rasanten Anstieg der Inzidenzrate, einer hohen Mortalitätsrate und einem beträchtlichem Grad der Unwissenheit über das Virus bestimmt. In der Öffentlichkeit stehen derzeit neben der Symptomatik und der Versorgungssituation, Testungen, Infektionswege und Präventionsmöglichkeiten wie das Tragen von Atemschutzmasken im Fokus (exemplarisch Bublies & Heinrich, 2020). Das neuartige Coronavirus wird mit dem Namen SARS-CoV-2 betitelt, das klinische Bild und die Erkrankung als Covid-19 bezeichnet (Kluge et al., 2020, S. 175). Für das Gesundheitssystem besteht insbesondere die Herausforderung darin, den relativ großen Anteil schwerer Verläufe, die intensivpflichtig sind, mit den vorhandenen und neu aufgebauten Kapazitäten bewältigen zu können (RKI, 2020a, Johns Hopkins University, 2020). Wissenschaftler in aller Welt arbeiten unter Hochdruck, um einen möglichst raschen Erkenntnisgewinn zu erzielen und auf dieser Basis einen Beitrag zu einem zielführenden Umgang mit der Pandemie zu bewirken. Bisher liegen Erfahrungsberichte und einzelne Studien vor, die teilweise als „Preprint“ veröffentlicht wurden, um sie der Fachöffentlichkeit schnellstmöglich zugänglich zu machen (exemplarisch Ferretti et al., 2020, Leung et al., 2020, Bagheri, 2020, Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W. et al., 2020). Die bisherigen Erkenntnisse zu SARS-CoV-2 und Covid-19 beziehen sich überwiegend auf den Bereich der Virologie und der Medizin.

Aus dem derzeitigen Erkenntnisstand sind für die pflegerische klinische Betrachtung besonders die ermittelten Symptome, Risikogruppen und Verläufe relevant, die daher an dieser Stelle kurz zusammenfassend dargestellt werden sollen. Vom Robert-Koch-Institut (RKI) werden als in Deutschland besonders häufig vorkommende Symptome Husten (55 %), Fieber (39 %), Schnupfen (28 %), Halsschmerzen (23 %) und Atemnot (3 %) benannt (RKI, 2020b). Weitere Symptome können Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Konjunktivitis, Hautausschlag, Lymphknotenschwellung, Apathie, Somnolenz, Atemprobleme wie

Kurzatmigkeit oder das Gefühl von Luftnot, Abgeschlagenheit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Kratzen im Hals sowie Einschränkungen des Geruchssinns sein. Als Risikogruppen für schwerere Verläufe gelten ältere Personen, Raucher und Personen mit bestimmten Vorerkrankungen. Darunter fallen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Lunge, Patienten mit Diabetes mellitus, Patienten mit einer Krebserkrankung und Patienten mit geschwächtem Immunsystem (BMG, 2020, BZgA, 2020, Stiftung ZQP, 2020, RKI, 2020b, Bagheri, S.H.). Bisher werden Krankheitsverläufe als unspezifisch, vielfältig und stark variierend beschrieben. Es wurden symptomlose Verläufe bis hin zu schweren Pneumonien mit Lungenversagen und Tod dokumentiert (RKI, 2020b). Während die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf ihrer Homepage keine Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Verlaufsformen (WHO, 2020) angibt, nimmt das Robert-Koch-Institut eine Unterscheidung zwischen leichten, moderaten, schweren und schwersten Verlaufsformen vor. Aus den kumulierten in China erfassten laborbestätigten Fällen mit dem Stand vom 20.2.2020 (n = 55.924) verliefen rund 80 % der Erkrankungen milde bis moderat, 14 % verliefen schwer aber nicht lebensbedrohlich und 6 % kritisch bis lebensbedrohlich (RKI, 2020b). Die ICD 10 Schlüsselnummer für Covid-19 wird bereits verwendet, wenn der Erreger im Labor nachgewiesen wird, „...ungeachtet des Schweregrades des klinischen Befundes oder der Symptome“ (DIMDI, 2020).

Die pflegerische Versorgung sowie Pflegenden sind von der Pandemie ganz besonders betroffen. Professionell Pflegenden stellen die größte Berufsgruppe des Gesundheitssystems dar und tragen maßgeblich zu der Versorgungssicherheit der Patienten und zur Bewältigung der Pandemie bei. Trotzdem fehlt es noch an systematischen pflegespezifischen klinischen Berichten und Beschreibungen. Die bis jetzt veröffentlichten Artikel im Zusammenhang mit Pflege haben oftmals eher den Fokus auf emotionale und physische Belastungssituationen von Pflegenden, würdigen die Leistung Pflegenden oder beziehen sich primär auf Aspekte

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in dem vorliegenden Artikel ausschließlich die männliche Form verwendet. Die Aussagen beziehen sich auf alle Geschlechterformen.

im Zusammenhang mit dem Hygienemanagement (exemplarisch Panknin, 2020, S. 4-9). Die klinische Perspektive, die die Situation und Versorgung der Menschen mit Covid-19 in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt, bleibt dabei weitgehend unberücksichtigt. Die Ermittlung, Systematisierung und Veröffentlichung pflegebezogener Aspekte ist jedoch insofern erforderlich, damit Pflegenden sich auf die Situation und den Zustand der Patienten mit Covid-19 besser vorbereiten können und betroffene Patienten eine bestmögliche Versorgung erhalten. Daraus leitet sich die Notwendigkeit ab, dass sich die Disziplin am Erkenntnisgewinn für den klinischen Bereich beteiligt und eine Exploration pflegespezifischer Aspekte stattfindet.

DIE AUSWAHL VON NANDA-I-PFLEGEDIAGNOSEN ALS ABBILDUNG DER SITUATION VON MENSCHEN MIT COVID-19

Die klinische Situation von Menschen mit Covid-19 aus pflegerischer Perspektive zu dokumentieren, stellt das Ziel dieser Veröffentlichung dar. Die Betrachtung bezieht sich auf die pflegediagnostische Ebene, die unter Verwendung der Pflegeklassifikation NANDA-International dargestellt wird (Herdman & Kamitsuru, 2019). Pflegediagnosen bezeichnen Pflegephänomene, die Aufschluss über das klinische Bild der Betroffenen aus pflegerischer Perspektive geben. Sie systematisieren Pflegebedarfe anhand der klinischen Situation von Individuen oder Personengruppen und stellen den Anlass für einzuleitende Pflegeinterventionen dar. Der Einsatz der NANDA-I-Pflegediagnosen bietet sich an, da es sich hierbei um eine weltweit anerkannte Fachterminologie der Pflege handelt, die einer fortwährenden Weiterentwicklung und Überprüfung unterzogen ist (Herdman & Kamitsuru, 2019, Position 534-592, Herdman & von Krogh, 2012, S. 49-50). Das aufgeführte Set an Diagnosen mit ausgewählten bestimmenden Merkmalen und beeinflussenden Faktoren, Risikopopulationen und assoziierten Bedingungen bzw. Risikofaktoren soll gemäß des diagnostischen Prozesses in der klinischen Anwendung unterstützen, Zusammenhänge zu überprüfen und zu klären, Prioritäten festzulegen und zu einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen. Die Auswahl stellt eine Zusammenstellung von Pflegediagnosen dar, die bei Patienten mit Covid-19 relevant sein können. Sie bezieht unterschiedliche Verläufe und Krankheitsphasen mit ein.

Da Pflegediagnostik nicht ohne klinische Beurteilung denkbar ist, basiert die Auswahl der dargestellten Pflegediagnosen (einschließlich der exemplarisch ausgewählten Elemente) auf bereits veröffentlichten Erkenntnissen zu Covid-19 sowie auf klinischen Erfahrungen mit Covid-19-Patienten. Neben dem Autor, der auf einer als „Covid-19-Station“ umfunktionierten Intensivstation arbeitet, die Patienten aus Deutschland und Frankreich betreut, wurden 7 weitere Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger mit Bachelor of Science in einem pflegebezogenen Studiengang in den Bearbeitungsprozess einbezogen.² Diese brachten ihre Erfahrungen mit Covid-19-Patienten in Form von Änderungsvor-

schlägen und Kommentierungen auf einer vorab erstellen Zusammenstellung von potentiell relevanten Pflegediagnosen (Entwurfsfassung) ein. Bei der Zusammenstellung wurde sich gemäß den Prinzipien einer standardisierten Sprache ausschließlich auf die Inhalte beschränkt, die in dem Klassifikationssystem der NANDA-I-Pflegediagnosen enthalten sind. Die Rückmeldungen der Pflegenden dienten als Grundlage für die abschließende Auswahl der Pflegediagnosen sowie der zugeordneten Elemente. Sowohl die Erstellung der „Entwurfsfassung“ wie auch die endgültige Auswahl erfolgten durch die Autoren des Artikels. Somit sind nachfolgend Pflegediagnosen aufgeführt, die nach Angabe der beteiligten Pflegenden bislang bei der Pflege und Versorgung von Menschen mit Covid-19 bedeutsam waren.

RELEVANTE PFLEGEDIAGNOSEN FÜR PATIENTEN MIT COVID-19

Die Auswahl der auf Covid-19 bezogenen NANDA-I-Pflegediagnosen sind der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen. Aus Gründen des Textumfangs sind in dieser Zusammenstellung nicht alle Pflegediagnosen aufgeführt, die für Menschen mit Covid-19 als relevant identifiziert wurden. So sind die Pflegediagnosen in Domäne 4, Klasse 5 „Selbstversorgung“ sowie weitere hinreichend bekannte Pflegediagnosen (z.B. Risiko eines Decubitus, Beeinträchtigte Transferfähigkeit) nicht in die Zusammenstellung integriert. Ebenfalls wurde entschieden Pflegediagnosen, die auch als medizinische Symptome im Zusammenhang mit Covid-19 beschrieben sind (z.B. Hyperthermie, Übelkeit, Diarrhö), nicht aufzuführen. Zudem ist die Auswahl im Bereich der bestimmenden Merkmale, beeinflussenden Faktoren, Risikofaktoren, assoziierten Bedingungen und Risikopopulation als exemplarisch zu verstehen und musste auch um Eintragungen gekürzt werden, die für Menschen mit Covid-19 relevant sein können. Die vollständige Auflistung der Elemente sowie die oben angesprochenen Pflegediagnosen können der aktuellen Buchveröffentlichung der NANDA-International entnommen werden (Herdman & Kamitsuru, 2019).

² Herzlichen Dank an Juliana Doersch (B.Sc.), Karim Keddo (B.Sc.), Laura Kessler (B.Sc. und Aufbaustudium Notfallhilfe und Intensivpflege), Christoph Klinkenberg (B.Sc. und Aufbaustudium Notfallhilfe und Intensivpflege), Bianca Kötz (B.Sc.), Daniel Marqueses (B.Sc. und Fachkrankenschwester für Intensiv und Anästhesie) und Jessica Schuckart (B.Sc.) für ihre Mitarbeit sowie Kathrin Kürsten (M.A.) für Ihre Unterstützung.

Beeinträchtigter Gasaustausch: Definition: Übermäßige oder zu geringe Sauerstoffanreicherung und/oder Kohlendioxydausscheidung an der alveolokapillären Membran. Bestimmende Merkmale: abnormale arterielle Blutgaswerte, abnormale Hautfarbe, abnormale arterieller pH-Wert, abnormales Atemmuster, Diaphoresis, Dyspnoe, Hyperkapnie, Hypoxämie, Kopfschmerz beim Aufwachen, Reduktion des Kohlendioxidlevels (CO₂), Reizbarkeit, Ruhelosigkeit,

Sehstörungen, Somnolenz, Tachykardie, Verwirrtheit
Assoziierte Bedingungen: unausgeglichenes Ventilations-Perfusions-Verhältnis, Veränderungen der alveolokapillären Membran

Beeinträchtigte Spontanatmung: Definition: Unfähigkeit, eine selbstständige Atmung zu initiieren oder aufrechtzuerhalten, welche zur Lebenserhaltung ausreichend ist. Bestimmende Merkmale: Anstieg der Herzfrequenz, Anstieg der Stoffwechselrate, Anstieg des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO₂), Besorgnis, Dyspnoe, reduzierte arterielle Sauerstoffsättigung (SaO₂), reduzierter Sauerstoff-Partialdruck (pO₂), Verminderte Kooperation, vermindertes Atemzugvolumen, zunehmende Betätigung der Atemhilfsmuskulatur Beeinflussende Faktoren: Ermüdung der Atemmuskulatur Assoziierte Bedingungen: Veränderung des Stoffwechsels

Ineffektives Atemwegsclearance: Definition: Unfähigkeit, selbstständig Sekret oder Verlegungen/Obstruktionen der Atemwege zu beseitigen, um die Atemwege freizuhalten. Bestimmende Merkmale: Dyspnoe, Fehlen von Husten, ineffektiver Husten, Orthopnoe, Ruhelosigkeit, übermäßiges Sputum³, Veränderung der Atemfrequenz, Veränderung des Atemmusters, verminderte Atemgeräusche, Zyanose Beeinflussende Faktoren: Rauchen, Sekretstau, übermäßiger Schleim Assoziierte Bedingungen: allergisch veränderte Atemwege, Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Exsudat in den Alveolen, Hyperplasie der Bronchialwände, Infektion, neuromuskuläre Beeinträchtigung, Spasmus in den Atemwegen, Vorliegen eines künstlichen Atemweges

Risiko einer Aspiration: Definition: Anfälligkeit für das Eintreten von Magen-Darm-Sekreten, oropharyngealen Sekreten, Feststoffen oder Flüssigkeiten in die tracheobronchialen Passagen, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Risikofaktoren: Hindernis, den Oberkörper hoch zu lagern, ineffektiver Husten, reduzierte gastrointestinale Motilität, unzureichendes Wissen über modifizierbare Faktoren Assoziierte Bedingungen: Anstieg des Magendruckes, Anstieg des Magenrestinhalts, beeinträchtigte Fähigkeit zu schlucken, enterale Ernährung, unterdrückter Würgereflex, unvollständiger Verschluss des unteren Ösophagus-sphinkters, verminderter Bewusstseinszustand, verzögerte Magenentleerung, Vorliegen einer oralen/nasalen Sonde

Risiko einer beeinträchtigten Integrität der Mundschleimhaut: Definition: Anfälligkeit für eine Verletzung der Lippen, des Weichgewebes, der Mundhöhle und/ oder des Mundrachenraums, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Risikofaktoren: Alkoholkonsum, Dehydratation, Hindernis bei der Mundpflege, Hindernis bei der Zahnpflege, Malnutrition, Mundatmung, Rauchen, Stressoren, unangemessene Ernährung, unzureichende Mundhygiene, unzureichendes Wissen über Mundhygiene, verminderter Speichelfluss

Dysfunktionales Weaning: Definition: Unfähigkeit, sich an ein abgesenktes Niveau der maschinellen Atemunterstützung anzupassen, die den Entwöhnungsprozess unterbricht und verlängert. Bestimmende Merkmale: mäßig⁴ abnormale Hautfarbe, Anstieg der Herzfrequenz im Vergleich zum Ausgangswert (<20 Schläge/Min.), Anstieg des Blutdrucks im Vergleich zum Ausgangswert (<20 mmHg), auskultierbarer verminderter Luft-eintritt, beeinträchtigte Fähigkeit zu kooperieren, Besorgnis, Diaphoresis (Schwitzen), furchtsamer Gesichtsausdruck, geringfügiger Einsatz der Atemhilfsmuskulatur Beeinflussende Faktoren: Physiologisch: Ineffektive Atemwegsclearance, Schmerzen, Veränderung des Schlafmusters Beeinflussende Faktoren: Situationsbedingt: unangemessene Geschwindigkeit des Weaning-Prozesses, unzureichende soziale Unterstützung Assoziierte Bedingungen: Abhängigkeit vom Beatmungsgerät > 4 Tage, in der Vorgeschichte erfolgloser Weaning-Versuch

Furcht: Definition: Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung, die bewusst als Gefahr erkannt wird. Bestimmende Merkmale: Anstieg des Blutdrucks, Aufregtheit, Besorgnis, Blässe, Erbrechen, erhöhte Anspannung, Gefühl der Beunruhigung, Gefühl der Furcht, Gefühl von schrecklicher Angst, Muskelspannung Kognitiv: identifiziert das furchtauslösende Objekt, Fokussierung auf die Ursache der Furcht, Impulsivität, Vermeidungsverhalten Physiologisch: Diarrhö, Dyspnoe, Veränderung in der physiologischen Reaktion, verstärkte Transpiration Beeinflussende Faktoren: Sprachbarriere, Trennung vom Unterstützungssystem, ungewohnte Umgebung

Angst: Definition: Unbestimmtes Gefühl des Unbehagens oder der Bedrohung, das von einer autonomen Reaktion begleitet wird (häufig unbestimmte oder dem Individuum unbekannte Quelle); eine Besorgnis, die durch die vorweggenommene Gefahr hervorgerufen wird. Es ist ein Warnsignal für drohende Gefahr und ermöglicht dem Individuum, Maßnahmen zum Umgang mit dieser Gefahr einzuleiten. Bestimmende Merkmale: Verhaltensbezogen: Bedenkt- und ziellose Bewegung, besorgt über die Veränderung im Leben, reduzierte Leistungsfähigkeit, Ruhelosigkeit, überprüfendes Verhalten, verminderter Blickkontakt Gefühlsbezogen: Besorgnis, erhöhte Vorsichtigkeit, Furcht, Gefühle der Unzulänglichkeit, Hilflosigkeit, Nervosität, Reizbarkeit, Selbstfokussierung, übermäßige Aufregung, Unsicherheit Physiologisch: Herzfrequenz, Anstieg des Blutdrucks, Diarrhö, Veränderung des Schlafmusters, verminderter Blutdruck Kognitiv: Bewusstsein über physiologische Symptome,

³ Bei Patienten mit COVID-19 ist die Sekretproduktion bei reinem Virusinfekt eher gering. Kommt eine bakterielle Infektion hinzu, kann die Sekretproduktion drastisch zunehmen. Nicht selten liegt eine Sekundärinfektion vor.

⁴ An dieser Stelle wurde die exemplarische Auswahl einer mäßigen Ausprägung getroffen.

Gedankenblockade, Grübeln, reduziertes Wahrnehmungsfeld, Veränderung der Aufmerksamkeit, Veränderung des Konzentrationsvermögens, Vergesslichkeit Beeinflussende Faktoren: Bedrohung des aktuellen Status, drohender Tod, gegenseitige Ansteckung, Stressoren, unbefriedigte Bedürfnisse, Wertekonflikt, zwischenmenschliche Übertragung

Todesangst: Definition: Unbestimmtes Gefühl des Unbehagens oder der Furcht, hervorgerufen durch die Wahrnehmung einer realen oder imaginären Bedrohung der eigenen Existenz. Bestimmende Merkmale: Bedenken wegen der Belastung für die pflegende Bezugsperson, besorgt über die Auswirkung des eigenen Todes auf die Bezugsperson, Furcht vor dem vorzeitigen Tod, Furcht vor einem langwierigen Sterbeprozess, Furcht vor Leiden im Sterbeprozess, Machtlosigkeit Beeinflussende Faktoren: Unsicherheit im Zusammenhang mit der Prognose

Machtlosigkeit: Definition: Wahrnehmung eines Mangels an Kontrolle über eine Situation, einschließlich der bewussten Wahrnehmung, dass die eigenen Handlungen keine signifikante Wirkung auf das Ergebnis haben. Bestimmende Merkmale: Abhängigkeit, Frustration darüber, nicht in der Lage zu sein, frühere Aktivitäten auszuführen, Schamgefühl, unzureichendes Gefühl der Kontrolle Beeinflussende Faktoren: Angst, unzureichende soziale Unterstützung, unzureichende zwischenmenschliche Interaktionen, unzureichendes Wissen über den Umgang mit einer Situation Risikopopulationen: fortschreitende Krankheit, komplexes Therapieregime, Krankheit, Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs

Risiko eines unausgeglichene Elektrolythaushalts: Definition: Anfälligkeit für eine Veränderung des Serum-Elektrolyt-Spiegels, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Risikofaktoren: Diarrhö, Erbrechen, Flüssigkeitsüberschuss, unzureichendes Flüssigkeitsvolumen, unzureichendes Wissen über modifizierbare Faktoren Assoziierte Bedingungen: endokrine regulatorische Dysfunktion, gefährdeter Regulationsmechanismus, renale Störung, Therapieregime

Risiko eines unausgeglichene Flüssigkeitsvolumens: Definition: Anfälligkeit für eine Verminderung, einen Anstieg oder einer schnellen Veränderung von intravaskulärer, interstitieller und/ oder intrazellulärer Flüssigkeit, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Dies bezieht sich auf einen Verlust oder einen Anstieg von Körperflüssigkeit oder beidem. Assoziierte Bedingungen: Apherese, Aszites, intestinale Obstruktion, Pankreatitis, Sepsis, Therapieregime

Defizitäres Flüssigkeitsvolumen: Definition: Verminderung der intravaskulären, interstitiellen und/ oder intrazellulären Flüssigkeit. Dieser Zu-

stand bezieht sich auf Dehydratation, Wasserverlust ohne Veränderung des Natriumgehalts. Bestimmende Merkmale: Anstieg der Herzfrequenz, Anstieg der Körpertemperatur, Anstieg der Urinkonzentration, Durst, plötzlicher Gewichtsverlust, reduzierter Pulsdruck, reduziertes Pulsvolumen, Schwäche, trockene Haut, trockene Schleimhäute, Veränderung des Hautturgors, Veränderung des mentalen Zustands, verminderte Urinausscheidung Beeinflussende Faktoren: Unzureichende Flüssigkeitszufuhr Risikopopulationen: Altersextreme, Faktoren, die den Flüssigkeitsbedarf beeinflussen, Gewichtsextreme Assoziierte Bedingungen: Abweichungen bei der Flüssigkeitsabsorption, Abweichungen bei der Flüssigkeitszufuhr, gefährdeter Regulationsmechanismus, Pharmazeutische Wirkstoffe

Risiko eines defizitären Flüssigkeitsvolumens: Definition: Anfälligkeit für eine Verminderung des intravaskulären, interstitiellen und/ oder intrazellulären Flüssigkeitsvolumens, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Risikofaktoren: unzureichende Flüssigkeitszufuhr Risikopopulationen: Altersextreme, Gewichtsextreme Assoziierte Bedingungen: Abweichungen bei der Flüssigkeitsabsorption, Abweichungen bei der Flüssigkeitszufuhr, aktiver Flüssigkeitsverlust, Flüssigkeitsverlust auf unphysiologische Weise, gefährdeter Regulationsmechanismus, pharmazeutische Wirkstoffe

Übermäßiges Flüssigkeitsvolumen: Definition: Überschüssige Flüssigkeitszufuhr und/ oder Retention von Flüssigkeit. Bestimmende Merkmale: Anasarka, Angst, Anstieg des Zentralvenendruckes (ZVD), Azotämie, Dyspnoe, Einfuhr übersteigt Ausfuhr, Gewichtszunahme innerhalb eines kurzen Zeitraums, Hepatomegalie, Hinzukommende, abnorme Atemgeräusche, Jugularvenenstauung, Lungenstauung

Unausgeglichene Ernährung: Definition: weniger als der Körper benötigt: Nährstoffzufuhr, die unzureichend für die Deckung des Stoffwechselbedarfs ist. Bestimmende Merkmale: Nahrungsaufnahme ist weniger als die empfohlene Tagesdosis (RDA) Beeinflussende Faktoren: unzureichende Nahrungsaufnahme/Nahrungszufuhr

Verminderte Herzleistung: Definition: Das vom Herzen ausgeworfene Blut genügt den metabolischen Anforderungen des Körpers nicht. Bestimmende Merkmale: Veränderte(r) Herzfrequenz/Herzrhythmus, Herzklopfen, Veränderung des Elektrokardiogramms (EKG), veränderte Vorlast, Anstieg des Zentralvenendruckes (ZVD), Fatigue, Gewichtszunahme, Herzgeräusche, Jugularvenenstauung, Ödem, reduzierter pulmonal-arterieller Wedge-Druck (PAWP), verminderter Zentralvenendruck (ZVD), veränderte Nachlast, abnormale Hautfarbe, Dyspnoe, feuchtkalte Haut, Oligurie, reduzierte periphere Pulse,

Veränderung des Blutdrucks, Verlängerte kapillare Rückfüllung, hinzukommende, abnorme Atemgeräusche, Orthopnoe, paroxysmale nächtliche Dyspnoe, verhaltensbezogen/ emotional Angst/ Ruhelosigkeit
Assoziierte Bedingungen: veränderter Herzrhythmus, verändertes Schlagvolumen, Veränderung der Herzfrequenz

Risiko einer Infektion⁵: Definition: Anfälligkeit für ein Eindringen und die Vermehrung pathogener Organismen, welche die Gesundheit beeinträchtigen können. Risikofaktoren: Adipositas, Malnutrition, Rauchen, Stauung der Körperflüssigkeit, unzureichendes Wissen, um eine Exposition gegenüber Krankheitserregern zu vermeiden Risikopopulationen: einem Krankheitsausbruch ausgesetzt sein Assoziierte Bedingungen: chronische Krankheit, Immunsuppression, invasive Verfahren, Leukopenie, reduziertes Hämoglobin, unterdrückte inflammatorische Reaktion, Verminderung der mukoziliären Aktivität

Risiko eines instabilen Blutdrucks: Definition: Anfälligkeit für einen schwankenden Blutdruck in den arteriellen Gefäßen, welcher die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Risikofaktoren: unbeständiges Medikamenten-Management Assoziierte Bedingungen: Cushing-Syndrom, Flüssigkeitsretention, Flüssigkeitsverlagerungen, Herzrhythmusstörung, hormonelle Veränderungen, Hyperosmolare Lösungen, Hyperparathyreoidismus, Hyperthyreose, nachteilige Wirkung von nicht-steroidalen Entzündungshemmern (NSAR), nachteilige Wirkung von Steroiden, Reaktion des sympathischen Nervensystems, Absorption und Distribution eines diuretischen Wirkstoffes, schnelle Absorption und Distribution eines vasodilatatorischen Wirkstoffes, unausgeglichener Elektrolythaushalt

Risiko eines Schocks: Definition: Anfälligkeit für eine inadäquate Durchblutung des Körpergewebes, die zu einer lebensbedrohlichen zellulären Störung führen kann, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Assoziierte Bedingungen: Hypotonie, Hypovolämie, Hypoxämie, Hypoxie, Infektion, Sepsis, Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS)

Risiko einer beeinträchtigten Leberfunktion: Anfälligkeit für eine reduzierte Leberfunktion Assoziierte Bedingungen: Virusinfektion

Risiko eines Inaktivitäts-Syndroms: Definition: Anfälligkeit für eine Verschlechterung der Körpersysteme aufgrund einer angeordneten oder unvermeidbaren muskuloskelettalen Inaktivität, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Risikofaktoren: Schmerzen Assoziierte Bedingungen: mechanische Immobilisierung, Veränderung des Bewusstseinszustands, verordnete Immobilität

Risiko einer Aktivitätsintoleranz: Definition: Anfälligkeit für das Erleben von unzureichender physiologischer oder psychologischer Energie, um erforderliche oder erwünschte alltägliche Aktivitäten durchzuhalten oder abzuschließen, welche die Gesundheit beeinträchtigen könnte. Risikofaktoren: Missverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und -bedarf Assoziierte Bedingungen: Atemwegserkrankung, Kreislaufprobleme

Beeinträchtigter Comfort: Definition: Wahrgenommener Mangel an Ruhe, Entlastung und Transzendenz in physischen, psychospirituellen, umgebungsbezogenen, kulturellen und sozialen Dimensionen. Bestimmende Merkmale: Angst, belastende Symptome, Unfähigkeit, sich zu entspannen, unzufrieden mit der Situation, Veränderung des Schlafmusters, Beeinflussende Faktoren: unzureichende Einflussmöglichkeiten, unzureichende umgebungsbezogene Kontrolle Assoziierte Bedingungen: krankheitsbezogene Symptome, Therapieregime

Beeinträchtigte soziale Interaktion: Definition: Unzureichende oder übermäßige Quantität oder ineffektive Qualität des sozialen Austauschs. Bestimmende Merkmale: beeinträchtigte soziale Funktion, berichtet über veränderte Interaktionen, Unbehagen in gesellschaftlichen Situationen Beeinflussende Faktoren: beeinträchtigte Mobilität, gestörtes Selbstkonzept, Kommunikationshindernis, umweltbedingtes Hindernis Risikopopulationen: Abwesenheit der Bezugsperson, assoziierte Bedingungen, therapeutische Isolation

Soziale Isolation: Definition: Von einem Individuum erlebtes Gefühl des Alleinseins, das als von anderen auferlegt und als negativer oder bedrohlicher Zustand empfunden wird. Bestimmende Merkmale: Fehlen eines Unterstützungssystems, Gefühl, anders zu sein als andere, Krankheit, Unfähigkeit, Erwartungen anderer zu erfüllen Assoziierte Bedingungen: Veränderung des mentalen Zustands, Veränderung im Wohlbefinden, Veränderung in der physischen Erscheinung

Unterbrochene Familienprozesse: Definition: Unterbrechung der kontinuierlichen Familienfunktionalität, welche das Wohlbefinden der Familienmitglieder nicht unterstützt. Bestimmende Merkmale: Veränderung der zugewiesenen Aufgaben, Veränderung des Kommunikationsmusters Risikopopulation: Situationsbedingte Krise Assoziierte Bedingungen: Veränderung des Gesundheitszustands

⁵ Die Auswahl dieser Pflegediagnose bezieht sich auf das Risiko möglicher Sekundärinfektionen

Gefährdetes familiäres Coping: Definition: Eine gewöhnlich unterstützende Person (Familienmitglied, Bezugsperson oder enger Freund) bietet unzureichende(s), ineffektive(s) oder einschränkende(s) Unterstützung, Comfort, Hilfestellung oder Ermutigung, die der Klient brauchen könnte, um Anpassungsaufgaben bezüglich gesundheitlicher Herausforderungen zu regeln, zu bewältigen oder zu meistern. Bestimmende Merkmale: Einschränkung in der Kommunikation zwischen der unterstützenden Person und dem Klienten, unterstützende Person zieht sich vom Klienten zurück. Beeinflussende Faktoren: unzureichende Information, die der unterstützenden Person zur Verfügung stehen, unzureichende Unterstützung des Klienten gegenüber der unterstützenden Person, verbrauchte Unterstützungskapazität der unterstützenden Person. Risikopopulationen: situationsbedingte Krise, mit der sich die unterstützende Person konfrontiert sieht

Defizitäres Wissen: Definition: Fehlen der kognitiven Informationen über ein spezielles Thema oder ihrer Beschaffung. Bestimmende Merkmale: unangemessenes Verhalten, ungenaues Umsetzen von Anweisungen, unzureichendes Wissen. Beeinflussende Faktoren: Fehlinformationen durch andere, unzureichende Informationen, unzureichendes Wissen über Ressourcen

Abbildung 1: Relevante NANDA-I-Pflegediagnosen bei Menschen mit Covid-19

DISKUSSION

Da sich Diagnostik immer auf den einzelnen Patienten bezieht und ein Bild seines individuellen Zustands repräsentiert, darf die Intention der zusammengestellten Pflegediagnosen nicht als „Standardpflegeplan“ missverstanden werden. Ziel war es, beobachtete Pflegediagnosen aufzuführen, um das klinische Bild der Patienten mit Covid-19 zunehmend auch aus pflegespezifischer Perspektive zu klären. Trotzdem kann die Darstellung den diagnostischen Prozess unterstützen. Die Bedeutung der Krankheitsphase bzw. des Zeitpunkts der Diagnosestellung innerhalb des Verlaufs wird beispielsweise bei Verwendung der Pflegediagnose „Dysfunktionales Weaning“ deutlich. Denn das Auftreten dieser Pflegediagnose ist erst in einer späteren Krankheitsphase denkbar. Ebenfalls sind bei der Verwendung der Pflegediagnosen differenzialdiagnostische Aspekte zu bedenken. So steht die Pflegediagnose „Angst“ für ein eher unspezifisches Gefühl, welches bezogen auf einen Menschen mit Covid-19 z. B. mit dem ungewissen Verlauf der Erkrankung oder der Situation seiner Familie während des Krankenhausaufenthalts in Zusammenhang stehen könnte. Die Pflegediagnose „Furcht“ bezieht sich hingegen auf einen konkreten unerwünschten Zustand, der eine erforderliche Beatmung darstellen könnte. Hierbei wird deutlich, dass die Pflegediagnosen „Angst“ und „Furcht“ entweder einzeln oder auch gemeinsam auftreten könnten. Ähnlich verhält es sich bei den Pflegediagnosen im Bereich Flüssigkeitszufuhr (Domäne 2, Klasse 5), die sich auf Elekt-

rolythaushalt und Flüssigkeitsvolumen beziehen und unterschiedliche Problemlagen innerhalb dieses Themenfeldes in den Blick nehmen.

Die erwähnte Zurückhaltung der Pflegewissenschaft bei der Erforschung der Thematik, die im Vergleich zu anderen Disziplinen besteht, kann als Kontrast zu deren Involvement in die Pandemie wahrgenommen werden. Diese lässt sich teilweise mit dem stark zugenommenen Arbeitsaufkommen im Zusammenhang mit den Vorbereitungen und der Bewältigung der Pandemie erklären. Zudem muss bedacht werden, dass es sich bei der Pflegewissenschaft um eine noch junge Disziplin handelt und der Anteil Pflegenden mit hochschulischem Abschluss, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind, in Deutschland noch sehr gering ist, was eine vergleichsweise geringere Forschungsaktivität zur Folge hat.

Die dargestellten Aspekte sind als erste Einschätzung zu verstehen, um relevante Pflegephänomene für den klinischen Bereich der Pflege ausfindig zu machen. Die hier dargestellte Auswahl basiert auf den bisherigen Erfahrungen der beteiligten Pflegenden, für die sich das klinische Bild von Patienten mit Covid-19 in der aufgeführten Weise darstellte. Somit ist die Zusammenstellung der Pflegediagnosen lediglich als erster Einblick zu verstehen, der keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Auch kann derzeit noch nicht auf ein breites Erfahrungswissen bei der Pflege von Menschen mit Covid-19 zurückgegriffen werden, was zu der Entscheidung führte die Erfahrungen durch die Einbeziehung weiterer Personen zu bündeln.

Es wird deutlich, dass eine systematische weitere Bearbeitung in größeren Umfang zwingend geboten ist, um die klinische Situation von Menschen mit Covid-19 weiter zu klären. Erforderlich sind einerseits qualitative Studien, um umfassendere und vertiefte Einsichten über die klinische Situation und die sich daraus ergebenden Probleme in der Alltagsgestaltung zu erhalten. Quantitative Studien werden benötigt, um Aussagen über Häufigkeitsverteilungen und mögliche Korrelationen treffen zu können, die zu einer Einschätzung der Versorgungssituation beitragen. Nicht zu vergessen ist, dass eine pflegediagnostische Klärung jeweils lediglich den Anlass für die Durchführung erforderlicher Interventionen darstellt, was einen weiteren Themenbereich aufzeigt, den es dringend zu beforschen gilt.

Prof. Dr. Anke Helmbold

Katholische Hochschule NRW (KathO NRW)
Abteilung Köln
Wörthstraße 10
D-50668 Köln
a.helmbold@katho-nrw.de

LITERATUR

- Bagheri, S.H.R., Asghari, A., Farhadi, M. et al. (2020). Coincidence of COVID-19 epidemic and olfactory dysfunction outbreak. (Preprint vom 27.03.2020). Abgerufen am 7.4.2020. Verfügbar unter: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.23.20041889v1.full.pdf>
- Bublies, P. & Heinrich, C. (2020, März 26). Betten machen! Reicht der Platz auf den Intensivstationen? Eine Bestandsaufnahme und zwei Szenarien. *Die Zeit*, S. 30.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020, April 3). Zusammen gegen Corona. Symptome erkennen und richtig handeln. Verfügbar unter: <https://www.zusammengegencorona.de/informieren/symptome-erkennen/>
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2020, April 3). Infektionsschutz.de. Ansteckung und Symptome. Verfügbar unter: <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/fragen-und-antworten/ansteckung-und-symptome.html>
- DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) (2020, April 4). ICD-10-GM Version 2020. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-u00-u49.htm>
- Ferretti, L., Wymant, C., Kendall, M. et al. (2020). Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. (Preprint vom 31.3.2020). Abgerufen am 7.4.2020. Verfügbar unter: <https://science.sciencemag.org/content/early/2020/03/30/science.abb6936/tab-pdf>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S. (2019). *NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2018-2020* (Kindle-Version). Kassel: Recom.
- Herdman, T.H. & von Krogh, G. (2012). *The NANDA International Taxonomy II 2012-2014*. In Herdman, T.H. (Hrsg.) *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012-2014* (S. 49-65). Oxford: Wiley & Sons
- Johns Hopkins University & Medicine (2020, April 3). Covid-19 Map. Verfügbar unter: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Kluge, S., Janssens, U., Welte, T., Weber-Carstens, S., Marx, G., Karagiannidis, C. (2020). Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit Covid-19. *Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin* 3, 2020. Abgerufen am 4.4.2020. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-020-00674-3>
- Leung, N.H., Wymant, C., Kendall, M. et al. (2020). Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. Abgerufen am 7.4.2020. Verfügbar unter: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0843-2.pdf>
- Panknin, H.T. (2020). *Sich selbst und andere schützen. Die Schwester/der Pfleger* 59(4), S. 4-9.
- Robert Koch Institut (2020, April 3a). Fallzahlen in Deutschland und weltweit. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html
- Robert Koch Institut (2020, April 3b). SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19). Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html
- Stiftung ZQP (2020, April 3). ZQP-Infoseite. Corona Pandemie: Informationen für professionell Pflegende. Abgerufen am 3.4.2020. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/covid19/?utm_source=ZQP+Newsletter&utm_campaign=82daad4a02-EMAIL_CAMPAIGN_2020_04_02_06_33&utm_medium=email&utm_term=0_08b9f0520e-82daad4a02-213994961
- Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W. et al. (2020). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. Abgerufen am 7.4.2020. Verfügbar unter: https://www.nature.com/articles/s41586-020-2196-x_reference.pdf
- WHO (World Health Organization) (2020, April 4). Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Verfügbar unter: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Heimversorgung & Langzeitpflege

Pflegewissenschaft | Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie | hpsmedia, Hungen | April 2020



Positionspapier zu Covid-19/Corona in Pflegeheimen – ein besonderer Notfall

Birgit Hartleb M.A., Dipl. Pflegewirtin (FH), Prof. Dr. Martina Hasseler

HINTERGRUND UND MOTIVATION

Mit der rasanten Ausbreitung des neuartigen Corona-Virus (SARS-CoV-2) sowie der damit einhergehenden Lungenerkrankung COVID-19 sind Menschen global betroffen und mit einschneidenden Veränderungen des Lebens konfrontiert. Weltweit sind es Anfang April 2020 mehr als 1 Million Infizierte. In Deutschland sind es mehr als 85 Tausend Infizierte. Die Zahl der Toten liegt bei etwa 65.000 (JHU 2020a). Täglich steigen diese Zahlen noch an. Die Johns-Hopkins-Universität zeigt die Virusausbreitung in Echtzeit, eine Übersicht über die aktuelle Lage, die Zahlen der Infektionen, Heilungen und Todesopfer (JHU 2020b). Für Deutschland stehe der Höhepunkt der Krise noch bevor (Braun 2020). Umso bedeutender ist der Schutz besonderer Risikopopulationen.

Die Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen stellen eine große Hochrisikogruppe für schwere Erkrankungen und Todesfälle dar. Der Schutz und die Versorgung spezieller Risikogruppen, besonders der Menschen in Pflegeheimen und im betreuten Wohnen, muss höchste Priorität haben (Marx et al. 2020). In Deutschland leben insgesamt 3.414.378 Pflegebedürftige, wovon 818.289 Pflegebedürftige vollstationär in Heimen leben (Statistisches Bundesamt 2020). Von den insgesamt 730.145 Beschäftigten in Pflegeheimen arbeiten etwa zwei Drittel im Tätigkeitsbereich „Pflege und Betreuung“, folglich arbeiten 469.584 Beschäftigte in der direkten, körperbezogenen Pflege (Statista 2020). Diese Zahlen sollen zum Ausdruck bringen, dass die Corona-Krise für die Menschen in Alten- und Pflegeheimen katastrophale Auswirkungen hat. Dies betrifft die Bewohner*innen und die Beschäftigten gleichermaßen, da sie miteinander in einer Art schicksalhaften Gemeinschaft verbunden sind. Eine kaum zu stoppende Infektionswelle in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung käme einem „worst case“-Szenario gleich. In Langzeitpflegeeinrichtungen sind daher proaktive Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Bewohner*innen und zur Erhaltung der Gesundheit des Personals zu ergreifen, indem potenziell infizierte Mitarbeiter und Besucher identifiziert und ausgeschlossen werden, die Früherkennung potenziell infizierter Patienten sichergestellt und geeignete Maßnahmen zur Infektionskontrolle durchgeführt werden (McMichael et al. 2020; RKI 2020a).

Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Corona-Pandemie und der derzeitigen Forschungsarbeit im Projekt NOVELLE (Homepage <https://blogs.sonia.de/novelle/>) entsteht dieses Positionspapier. NOVELLE steht für „Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in der stationären

Langzeitpflege“. In diesem durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten Projektes NOVELLE werden Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte in Notfallsituationen in Pflegeeinrichtungen forschungsbasiert entwickelt, sodass Pflegefachkräfte in Notfallsituationen noch sicherer handeln können.

Ziel des Projektes NOVELLE ist es, Maßnahmen für ausgewählte Notfallsituationen über Handlungsempfehlungen im Setting der stationären Pflegeeinrichtungen für Pflegefachkräfte zu entwickeln und zu implementieren. In diesem Zusammenhang werden Notfallsituationen wie folgt konkretisiert: „Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzüglich medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet.“ (Behringer et al. 2013) Eine Grundlage für das Handeln in medizinischen Notfallsituationen soll der Wille der Bewohner*innen sein; dieser soll über die Sektoren hinaus gestärkt werden. Gleichsam soll mit Handlungsempfehlungen den Pflegefachkräften ein rechtlich fundierter Handlungsrahmen bei relevanten medizinischen Notfällen zur Verfügung gestellt werden. Die durch die Pandemie ausgelöste Krisensituation erfordert nach unserer Überzeugung eine situationsabhängige und flexible Reaktion auf unsere Forschungsarbeit. Es wurde mit der Ausbreitung des Corona-Virus SARS-CoV-2 deutlich, dass Corona und damit COVID-19 für Pflegeheime besondere Notfallsituationen darstellen. Folglich müssen auch Infektionskrisen in Pflegeeinrichtungen als Notfallszenarien aufgenommen werden. Das betrifft gleichfalls Infektionskrisen, die durch Norovirus, MRSA oder Influenza ausgelöst werden. Deshalb ist es wichtig, auf evidenzbasierten Grundlagen entsprechende Handlungsempfehlungen für den Umgang mit der Corona-Pandemie zu formulieren. Diese sollen ebenfalls Bezug auf die Notfalldefinition von Behringer 2013 nehmen, weil dort die verschiedenen Berufsgruppen beteiligt sind und ggf. die Pflegefachpersonen auch darauf hingewiesen werden, worauf zu achten ist, welche Parameter wichtig sind, wann Hausärzte, Rettungsleitstelle oder andere an der Versorgung Beteiligte zu kontaktieren sind, wie und wann welche hygienischen Regeln, Schutzmaterialien, Mundschutz etc., genutzt werden müssen. Dieser Sonder-Notfall mit einer neuen Qualität und existenzieller Bedrohung betrifft die Versorgungssituation der Heime der gesamten Republik und wird aus aktuellem Anlass zur Herausforderung, diese weitere Form eines Notfalls in Pflegeeinrichtungen ergänzend in die Projektarbeit mit aufzunehmen und zu bearbeiten. Mit pflegewis-

senschaftlicher Expertise werden Pflegefachkräfte in den Versorgungseinrichtungen unterstützt, gesicherte Erkenntnisse für die Praxis bereitgestellt, Handlungsempfehlungen ausgesprochen und die Umsetzung evaluiert.

Aktuelle Praxisberichte über Corona-Infizierte und Tote (RKI 2020b) in deutschen Pflegeheimen sind voller Sorgen und Nöte über das Befinden und die Gesundheit der Bewohner*innen in Pflegeheimen, aber auch über das des Pflegepersonals. Ausdruck der gegenwärtigen Krise sind ferner die knappen Ressourcen und der Umgang mit dem Ressourcenmangel. Wie interagieren die Praktiker*innen in völlig reduziertem Kontext in den einzelnen Sektoren der Versorgung, wenn auch das gesellschaftliche Leben lahmgelegt ist? Auch in Krisensituationen müssen die Versorgung und der Schutz der Bewohner*innen gesichert sein. In einer Pandemie kommt der Vorbereitung von Pflegeeinrichtungen eine große Bedeutung zu, da zur Entlastung des stationären Bereichs eine möglichst lange Betreuung erkrankter Bewohner*innen in den Pflegeheimen anzustreben ist (RKI 2017). Angesichts der Personalausstattung in Alten- und Pflegeheimen ist dieser Plan kritisch zu beurteilen, denn sowohl die Ausstattung der allermeisten Einrichtungen als auch die Qualifikationen des Personals erlauben in diesen Settings keine professionelle Krankenpflege oder ausreichend medizinische Versorgung. Dass die Qualifikation des Pflegepersonals sowie die Kompetenzen der in der Pflege arbeitenden Berufsgruppen und das Verhältnis zu Patienten die Sterblichkeit beeinflusst, ist evident. (Aiken 2017) Dieses Ergebnis lässt sich entsprechend auf Alten- und Pflegeeinrichtungen übertragen. So ließe sich kritisch schlussfolgern, dass ein Teil der hohen Todesraten auch in Pflegeheimen damit zu tun hat, dass zu viele Helferinnen dort arbeiten und viele fachlichen Inhalte nicht bekannt sind. Wenn es aber Handlungsempfehlungen gäbe, hinterlegt mit Inhalten, wann Pflegenden wie zu handeln haben, könnte es sehr sinnvoll sein.

METHODE

Durch ein deduktives Vorgehen im Rahmen der Verknüpfung der Literaturanalyse thematischer Beiträge, Artikel und Studien zur aktuellen Praxissituation und bestehender grundlegender Konzepte als theoretische Rahmung, kann schnell eine graduell einsatzfähige und unterstützende Handlungsempfehlung entwickelt werden und bestenfalls als Basis für eine angestrebte S1-Leitlinie dienen.

Die Konzipierung und Implementierung der Handlungsempfehlung „Infektionskrise“ in das Setting stationäre Pflegeeinrichtung wird in Anlehnung an das Projekt NOVELLE in interprofessioneller Erarbeitung umgesetzt. Prospektiv ließe sich die Handlungsempfehlung im Rahmen der Projektstrukturplanung in der Phase der Evaluation hinsichtlich der Anwendbarkeit und Praktikierbarkeit überprüfen und anpassen. Mit diesem Vorgehen ist eine Handlungsempfehlung für Notfälle nicht nur theoretisch entwickelt, angewandt und praktisch orientiert. Jetzt erfolgt sehr klar eine Orientierung an der aktuellen Situation im Praxisfeld und die daraus resultierende prekäre Versorgungssituation der Heime, die als Notfall definiert wird.

Eine aus pflegewissenschaftlicher Perspektive initiierte Entwicklung einer S1-Leitlinie soll stationären Pflegeeinrichtungen eine schnelle und in den jeweiligen Phasen der Krisensituation stufenweise und praktisch anwendbare Unterstützung geben und richtet sich vorrangig an die Einrichtungsleitungen und Pflegefachkräfte. Nach Notwendigkeit kann die Handlungsempfehlung/Leitlinie in der Notsituation als Grundlage zur Festlegung der strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen dienen und auf höchstem Level eine Handlungshilfe zur Erleichterung der pflegefachlichen Tätigkeit darstellen. Die Erarbeitung dieser Handlungsempfehlung erfolgt ebenso forschungsbaasiert wie Handlungsempfehlungen innerhalb des Projekts NOVELLE. Allerdings weicht die beschriebene Methodik insoweit ab, als dass zur Identifizierung dieser Notfallsituation keine Erarbeitung in Expertengruppen erfolgte, sondern diese Notfallsituation die aktuelle Versorgungsrealität widerspiegelt.

Begründet wird ein methodisch abweichendes Vorgehen vor allem mit der Notwendigkeit zur schnellen Unterstützung der stationären Pflegeeinrichtungen in der Notsituation und der dazu abweichenden Timeline des Projektes NOVELLE.

ERGEBNISSE

Die wissenschaftliche Literaturanalyse bestätigt eine anhaltende Konfrontation stationärer Pflegeeinrichtungen mit differenzierten infektiös-übertragbaren Erkrankungen. (Ruscher et al. 2015, S. 1ff.; Ruscher et al. 2012, S. 1444ff.) Die Gefahr der bestehenden Pandemie des Corona-Virus äußert sich durch einen schnellen Übertragungsweg einer hochkontagiösen Viruserkrankung (COVID-19 Lungen-erkrankung) mit schweren Verläufen, die besonders für ältere Menschen gefährlich sind (RKI 2020a). Für stationäre Pflegeeinrichtungen, die dem Schutz einer besonders vulnerablen Risikogruppe befohlen sind, stellt die vorherrschende Situation den höchsten Grad einer herausfordernden Not(fall)situation dar (McMichael et al. 2020). Das legt nahe, dass COVID-19, sobald es in einer Langzeitpflegeeinrichtung verbreitet ist, das Potenzial hat, zu hohen Angriffsraten bei Bewohnern, Mitarbeitern und Besuchern zu führen. Vor dem Hintergrund der rasch eskalierenden COVID-19-Ausbrüche ist es von entscheidender Bedeutung, dass Langzeitpflegeeinrichtungen aktive Maßnahmen zur Verhinderung der Einführung von COVID-19 ergreifen. Zu den zu erwägenden Maßnahmen gehören die Identifizierung und der Ausschluss symptomatischer Mitarbeiter, die Einschränkung von Besuchen, außer in palliativen, mitführenden Pflegesituationen, und die Stärkung der Anleitung und Einhaltung der Infektionsvorbeugung und -kontrolle. (CDC 2020; Washington State Department of Health 2020; Public Health – Seattle & King County 2020) In palliativen Pflegesituationen gehen SAPV-Teams selbstverständlich auch während der Corona-Pandemie in Pflegeeinrichtungen bewusst mit ihrem Versorgungsauftrag um, um die Patientenversorgung von Palliativpatienten sicher zu stellen (DGP 2020). Infektionskontrollen sind z. B. Zugangsverbote für Besucher in Pflegeheimen, aber auch Standardvorkehrungen für Praktiken von Infektionskontrollen, die routine-

mäßig im Gesundheitswesen und bei jedem vermuteten oder nachgewiesenen COVID-19-Ausbruch angewendet werden, wobei sie für das gesamte Personal und alle Bewohner gelten. Schlüsselemente sind Handhygiene, Verwendung von Schutzkleidung (Kittel, Mund-Nasen-Maske, Schutzbrille und Handschuhe), Husten-Etikette und Atemwegshygiene sowie die Bereitstellung von Handdesinfektionsmitteln auf Alkoholbasis am Eingang der Einrichtung und an anderen strategischen Stellen. Wichtig ist, dass alle Mitarbeiter in der korrekten Verwendung von Schutz- und Infektionskontrollmaßnahmen entsprechend ihrer Rolle geschult werden. (CDNA 2020, RKI 2020a). Das Besuchsverbot führt zu großer Einsamkeit. Um die Situation für die Pflegebedürftigen erträglicher zu gestalten, werden verschiedene Initiativen gestartet. Es gibt Praxisberichte über digitale Kontakte zu Angehörigen via Skype, Videotelefonie oder einer weiteren Initiative eines Münchener Vereins „Retla“. Dieser wurde gegründet, um der Einsamkeit von Senior*innen über eine Hotline entgegen zu wirken. (Donau-Ries-Aktuell 2020, MDR 2020, Retla 2020)

Ein weiteres Sachgebiet, was einer international abgestimmten, besonders intensiven und extensiven epidemiologischen Überwachung und deren Kontrolle betreffen, ist die Festlegung und Organisation der notwendigen Surveillancemaßnahmen und der Diagnostik. Hierzu zählt eine Überprüfung der Immunitätslage der Gesamtbevölkerung sowie der virologischen Kontrolle der biologischen Eigenschaften des neuen Pandemievirus und seiner Zirkulation in der Bevölkerung. (Fock et al. 2001)

Birgit Hartleb, M.A., Dipl. Pflegewirtin (FH)

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften -
Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel
Fakultät Gesundheitswesen
Rothenfelder Straße 10
38440 Wolfsburg
b.hartleb@ostfalia.de

LITERATUR

- Aiken LH, et al. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 2017;26: 559–568. Online unter: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/7/559.full.pdf> 05.04.2020
- AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.) (2017). Leitlinie Hygienebeauftragte/r in Pflegeeinrichtungen und anderen betreuten und gemeinschaftlichen Wohnformen. Stand 11.2012 / Aktualisierung 10.2017. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/075-003l_S1_Hygienebeauftragte_Pflegeeinrichtungen_andere-betreute-Wohnformen_2017-10.pdf 06.04.2020
- Behringer W, Buergi U, Christ M et al. (2013). Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Notfall Rettungsmed* 16(8):625–626.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2018). Altenpflege in Deutschland. Ein Datenbericht 2018. Stand 04/2018, Schirmer Medien GmbH & Co. KG. Ulm-Donautal
- Braun, Helge (2020). Kanzleramt: Zeit mit höchsten Infektionszahlen noch vor uns. 05. April 2020, 12:13 Uhr, Berlin. Online unter: <https://www.zeit.de/news/2020-04/05/kanzleramt-zeit-mit-hoechsten-infektionszahlen-noch-vor-uns> 05.04.2020
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention (2020). Infection control: severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html> 05.04.2020
- Communicable Diseases Network Australia, CDNA (2020). Australian Government Infection Control Expert Group COVID-19 Infection Prevention and Control for Residential Care Facilities. 02 April 2020. See Communicable Diseases Network of Australia Coronavirus national guideline for the prevention, control and public health management of COVID-19 outbreaks in residential care facilities in Australia. <https://www.health.gov.au/resources/publications/coronavirus-covid-19-guidelines-for-outbreaks-in-residential-care-facilities>. 12.04.2020
- Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, DGP (2020). Handlungsempfehlung für SAPV-Teams zur ambulanten Versorgung von palliativen Patienten und Patientinnen im Rahmen der Corona-Pandemie, bei an COVID-19 Erkrankten, Verdachtsfällen sowie bei Infektionsfällen mit SARS-CoV-2. Stand 07.04.2020, Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Online unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/2020_04_07_Handlungsempfehlung_BAG-SAPV_und_DGP_zu_SAPV_SARS-CoV-2_COVID_19.pdf 08.04.2020
- Donau-Ries-Aktuell (2020). Pflegeheim hält Kontakt zu Angehörigen via Skype. Online unter: <https://www.donau-ries-aktuell.de/gesundheit-und-soziales/pflegeheim-haelt-kontakt-zu-angehoerigen-skype-donauwoerth-52647> 08.04.2020
- Fock R, Bergmann H, Bußmann H, Fell G, Fin-ke E-J, Koch U, Niedrig M, Peters M, Scholz D, Wirtz A. (2001). Management und Kontrolle einer Influenzapandemie. Konzeptionelle Überlegungen für einen deutschen Pandemieplan. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2001; 44:969–980. Online unter: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/1196/24A9IXGyVDBs.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 07.04.2020

- John Hopkins University, JHU (2020). Screenshot Johns-Hopkins-Universität. Corona Todesfälle weltweit Zahlen steigen immer weiter: Jetzt schon fast 65.000 Coronavirus-Tote. 05. April 2020, 12:38 Uhr, Washington. Online unter: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> Zugriff 05.04.2020
- Johns Hopkins University, (2020b). Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) Baltimore. Online unter: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> Zugriff 05.04.2020
- Marx, Melissa A. et al. (2020). Special Report for City Leaders: Recommendations for a Metropolitan COVID-19 Response. Seven steps cities should take immediately to slow and prevent the transmission of the novel coronavirus, from experts at the Bloomberg School of Public Health. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD 21205, Online unter: <https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/covid-19-recommendations-for-a-metropolitan-response.html> 05.04.2020
- McMichael TM, Clark S, Pogojans S, Kay M, Lewis J, Baer A, Kawakami V, Lukoff MD, Ferro J, Brostrom-Smith C, Riedo FX, Russell D, Hiatt B, Montgomery P, Rao AK, Currie DW, Chow EJ, Tobolowsky F, Bardossy AC, Oakley LP, Jacobs JR, Schwartz NG, Stone N, Reddy SC, Jernigan JA, Honein MA, Clark TA, Duchin JS; Public Health – Seattle & King County, EvergreenHealth, and CDC COVID-19 Investigation Team (2020). COVID-19 in a Long-Term Care Facility- King County, Washington, February 27-March 9, 2020. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) / March 27, 2020 / Vol. 69 / No. 12 S. 339-342. Online verfügbar unter: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6912e1-H.pdf> 05.04.2020
- MDR Sachsen-Anhalt (Hrsg.) (2020). Kontakt halten trotz Besuchsverbot: Was Altenheim-Bewohnern in Corona-Zeiten hilft. Online unter: <https://www.mdr.de/sachsen-anhalt/halle/halle/altenpfleger-coronavirus-altenheim-senioren-kontakt-besuchsverbot-briefe-telefon-100.html> 08.04.2020
- Public Health – Seattle & King County. Local health officials announce new recommendations to reduce risk of spread of COVID-19. King County, WA: Public Health – Seattle & King County; 2020. <https://kingcounty.gov/depts/health/news/2020/March/4-covid-recommendations.aspx> 06.04.2020
- Retla (2020). Gegen Einsamkeit: Verein startet Hotline für Senioren. Online verfügbar unter: <https://www.br.de/nachrichten/bayern/gegen-einsamkeit-verein-startet-hotline-fuer-senioren,RucGm8y> 08.04.2020
- Robert Koch-Institut, RKI (Hrsg.) (2013). Maßnahmen zum Management von Ausbrüchen durch respiratorische Erreger in Pflegeeinrichtungen – Ein internationaler Vergleich –. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/39_13.pdf?__blob=publicationFile 06.04.2020
- Robert Koch-Institut, RKI (Hrsg.) (2020c). SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText1 07.04.2020
- Robert-Koch Institut, RKI (2020a). Hinweise zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in der stationären und ambulanten Altenpflege. Stand: 3.4.2020. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Altenpflegeheime.html 05.04.2020
- Robert-Koch Institut, RKI (2020b). COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit. Fallzahlen in Deutschland Stand: 6.4.2020, 00:00 Uhr. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html. 06.04.2020
- Robert-Koch Institut, RKI (Hrsg.) (2017). Nationaler Pandemieplan Teil I. Strukturen und Maßnahmen. Stand: 2. März 2017. Online verfügbar unter: https://www.gmkonline.de/documents/pandemieplan_teil-i_1510042222_1585228735.pdf 05.04.2020
- Ruscher, Claudia; Kraus-Haas, Martina; Nassauer, Alfred; Mielke, Martin (2015). Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long term care facilities (HALT-2). Deutsche Ergebnisse der zweiten europäischen Prävalenzerhebung. In: Bundesgesundheitsblatt 2015, S. 1-16.
- Ruscher, Claudia; Schaumann, R.; M. Mielke, Martin (2012). Herausforderungen durch Infektionen und mehrfach-resistente Bakterien bei alten Menschen in Heimen. In: Bundesgesundheitsblatt 2012•55, S. 1444–1452.
- Statista (2020). Pflege in Deutschland 2019. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/studie/id/6988/dokument/pflege-in-deutschland-statista-dossier/> S. 60.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020). Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2017. Online unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html> Zugriff 03.04.2020
- Washington State Department of Health (2020). Healthcare provider resources and recommendations. Tumwater, WA: Washington State Department of Health; 2020. Online unter: <https://www.doh.wa.gov/Emergencies/NovelCoronavirusOutbreak2020/Healthcare-Providers> 06.04.2020

Stay at [nursing] home! – Versorgungspotentiale erkennen & nutzen

Christina Manietta^{1*}, MSc., RN; Mike Rommerskirch^{1,2*}, BSc., RN;
Rebecca Palm^{1,2}, PhD., RN; Prof.in Dr.in Martina Roes^{1,2}, RN

¹ Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft

² Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V., Standort Witten

* geteilte Erstautor*innenschaft

HINTERGRUND

Die Zahl der Menschen, die sich weltweit mit COVID-19 infizieren steigt stetig an. Am 08.04.2020 waren weltweit 1.431.375 Menschen mit dem Virus infiziert (JHU, 2020). Deutschland rangiert hinter den USA, Spanien, Italien und Frankreich auf dem fünften Platz mit einer Gesamtzahl von derzeit 107.663 Infektionen (JHU, 2020). Die Infektion ist insbesondere bei Menschen hohen Alters sowie bei Menschen mit chronischen Vorerkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes, Herz-/Kreislaufkrankungen oder Lungenerkrankungen durch einen schweren Krankheitsverlauf und höherer Mortalität gekennzeichnet (Chen et al., 2020; Wu et al., 2020; Zhou et al., 2020). Vor allem Menschen, die pflegebedürftig sind und entweder zu Hause oder in eine stationären Langzeitversorgung leben, zeichnen sich durch ein hohes Alter und Multimorbidität aus und entsprechen somit der Risikogruppe. In internationalen Publikationen wird bezogen auf die stationäre Langzeitversorgung bereits vom „Ground Zero“ der COVID-19 Pandemie gesprochen (Barnett & Granowski, 2020). Die bisherigen Todesfälle im Zusammenhang mit einer COVID-19 Infektion in Deutschland (RKI, 2020b) beziehungsweise Nordrhein-Westfalen (NRW) bestätigen diese Entwicklung. Erstmals am 04. April 2020 warnte das Robert-Koch Institut davor, dass sich die Todesfälle in Einrichtungen der stationären Pflege weiter erhöhen könnten (RKI, 2020a). Die zuletzt veröffentlichten Zahlen in diesem Zusammenhang zeigen, dass sich unter den bis dato insgesamt 200 Todesopfern aus NRW (RKI, 2020b) 79 Menschen befanden, die in der stationären Langzeitversorgung lebten (Stand 03.04.2020) (Seidel & Zafar, 2020).

Es stellt sich insbesondere die Frage, wie für Menschen, die in der stationären Langzeitversorgung leben und sich mit COVID-19 infiziert haben, Krankenhauseinweisungen abgewendet werden können und die Menschen weiterhin in der stationären Langzeitversorgung verbleiben können.

Bereits vor der COVID-19 Pandemie kam es häufig zu potentiell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten von Bewohner*innen aufgrund von anderen Einweisungsgründen (Jeon, Tamiya, Yoshie, Iijima, & Ishizaki, 2018; Ouslander et al., 2010; Spector, Limcangco, Williams, Rhodes, & Hurd, 2013). Dazu zählen unter anderem die Dekompensation einer chronischen Herzinsuffizienz oder obstruktiven Lungenerkrankung, Infektionen, medikamenteninduzierte Komplikationen oder eine Dehydratation (Jeon et al., 2018; Ognibene et al., 2018; Ouslander et al., 2010; Spector et al., 2013).

Ein Krankenhausaufenthalt ist für pflegebedürftige Menschen, insbesondere für Menschen mit Demenz mit einer zusätzlichen Belastung, schlechteren Versorgungsauscomes und hohen Kosten für das Gesundheitswesen assoziiert (Dewing & Dijk, 2016; Dwyer, Gabbe, Stoelwinder, & Lowthian, 2014; Fogg, Griffiths, Meredith, & Bridges, 2018; Norheim, 2018; Theisen, Drabik, & Stock, 2012; Van Ancum et al., 2017). Wird eine Krankenhauseinweisung bedingt durch eine COVID-19 Infektion notwendig, kommt neben diesen bekannten Belastungsfaktoren noch ein wichtiger Aspekt hinzu: Auch in der Phase des Krankenhausaufenthaltes wird ein Kontakt zu den Angehörigen nicht möglich sein. Bedingt durch ein Kernelement der nationalen Pandemie-Strategien – die physische Kontaktsperre – verschärft sich das Gefühl des Alleingelassen seins für die betroffenen Bewohner*innen mit Demenz und das Gefühl der Hilflosigkeit seitens der Angehörigen, die in diese Entscheidungsprozesse in aller Regel nicht eingebunden werden (Pohontsch, Scherer, & Eisele, 2017). In der aktuellen Situation kann zudem vermutet werden, dass durch eine Krankenhauseinweisung von COVID-19 infizierten Bewohner*innen aus der stationären Langzeitversorgung es zu einer weiteren Verbreitung von SARS-CoV-2 im Krankenhaus selbst und somit zu einer steigenden Anzahl an Infektionen in der Bevölkerung kommen kann. So wird in aktuellen Publikationen beschrieben, dass die akut stationäre Versorgung von COVID-19 Patient*innen in Krankenhäusern zu einer erheblichen Verbreitung der Infektionen in der Bevölkerung führte (Nacoti et al., 2020; Wang et al., 2020). Zusätzlich wird voraussichtlich aufgrund der steigenden Anzahl an COVID-19 Patient*innen in den Krankenhäusern keine optimale Regelversorgung mehr für nicht COVID-19 infizierte Patient*innen gewährleistet werden können. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die Anzahl von Infektionen und Mortalität bei denjenigen steigt, die für die Versorgung und somit Überwindung der Pandemie essentiell sind (Nacoti et al., 2020).

Für Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung geht es insofern einerseits darum, interne Strukturen so zu gestalten, so dass Bewohner*innen mit einer COVID-19 Infektion in der Einrichtung adäquat versorgt werden können und andererseits diejenigen Fälle zu identifizieren, bei denen sich ein erhöhter (möglicherweise) intensivpflichtiger Versorgungsbedarf abzeichnet und eine Verlegung in ein Krankenhaus notwendig wird. Im Folgenden werden verschiedene Optionen beleuchtet, die für stationäre Pflegeeinrichtungen von Interesse sein könnten.

VERSORGUNGSOPTIONEN

Option 1: Eine Möglichkeit könnte in der Adaption und Modifikation des bereits bestehenden Konzepts der „Spezialisierten Ambulante Palliativversorgung“ (in der Folge SAPV) (§ 37b SGB V, § 132d SGB V) bestehen. SAPV verfolgt das Ziel komplexe und belastete palliative Versorgungssituationen in dem eigenen Zuhause (dies inkludiert auch die stationäre Langzeitversorgung) multiprofessionell zu unterstützen. Dadurch sollen Krankheitssymptome gelindert werden und notfallmäßige Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Dies wird unter anderem durch eine durchgängige telefonische Erreichbarkeit von multiprofessionellen Expert*innen, Bereitstellung von Medikamenten, Advance Care Planning (ACP) (Wendrich-van Dael et al., 2020) sowie Unterstützung bei ethischen Fragestellungen erreicht. Organisiert ist die SAPV oftmals in regionalen Netzwerken und kann so eine Vielzahl an Menschen erreichen (Alt-Epping & Nauck, 2015). Im Kontext der Versorgung von Menschen mit einer COVID-19 Infektion in der stationären Langzeitversorgung erscheint die Adaption und Modifikation eines solchen Konzeptes mit dem Fokus auf die Behandlung von COVID-19 Infektionen als geeignet. So könnte durch die Unterstützung und stetige telefonische oder digitale Erreichbarkeit eines multiprofessionellen COVID-19 Expert*innenteams eine adäquate Versorgung durch die professionellen Pflegenden vor Ort gestärkt werden. Hierdurch können womöglich eine angemessene Symptombehandlung, Sensibilisierung zur Krankenbeobachtung, Beratung bei Hygiene- und Schutzmaßnahmen, ethische Reflektion und falls erforderlich ein palliativer Versorgungsansatz gewährleistet werden. Hinzu ist die Verfügbarkeit von notwendigen Medikamenten und Medizinprodukte, wie beispielsweise Sauerstoff sowie Pulsoxymeter sowie persönliche Schutzausrüstung in der stationären Langzeitversorgung für eine adäquate Versorgung als obligatorisch anzusehen. Ebenso wie die Umsetzung einer im Vorfeld flächendeckenden Erhebung des Willens der Bewohner*innen in Bezug auf eine mögliche Krankenhauseinweisung, Beatmung oder lebenserhaltende Maßnahmen in Form einer Patient*innenverfügung. Im Ergebnis könnte eine Modifikation der SAPV, mit dem Fokus auf die Versorgung von COVID-19, womöglich die professionellen Pflegenden in ihren Kompetenzen unterstützen und Sicherheit vermitteln. Dies könnte die Gewährleistung einer hochwertigen und in der gewohnten Umgebung ausgerichtete Versorgung zur Folge haben. Durch eine potentielle Vermeidung der Krankenhauseinweisungen könnte das akut stationäre Setting entlastet und ein weiterer Anstieg der Infektionen mit COVID-19 in der Bevölkerung verlangsamt werden. Zudem könnte dies zur Folge haben, dass die derzeit intensiv diskutierte Triage (Deutscher Ethikrat, 2020; DIVI, 2020; Jähnert, 2020) nicht erst im Krankenhaus sondern schon in der stationären Pflegeeinrichtung beginnen würde und somit einer Verschärfung des Ressourceneinsatzes im Krankenhaus entgegenwirken.

Option 2: Eine weitere Möglichkeit, mit dem Fokus auf die Steuerung und Koordination der Versorgung von Menschen mit einer COVID-19 Infektion in der stationären Langzeitversorgung, bietet die Implementierung von geriatrischen

Pflegeexpert*innen mit akademischer Qualifikation auf Masterniveau. Diese werden bereits in anderen Ländern in der stationären Langzeitversorgung mit unterschiedlichen Schwerpunkten eingesetzt (Donald et al., 2013). Geriatrische Pflegeexpert*innen zeichnen insbesondere Expert*innenwissen, die Fähigkeit komplexe Entscheidungsprozesse anhand von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu planen, zu steuern und durchzuführen sowie klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis aus. Außerdem werden Pflegeexpert*innen Kompetenzen zur kollegialen Beratung, Supervision, Begleitung und die Überwindung von interdisziplinären Schnittstellenproblematiken zugeschrieben (Koch & Fleischer, 2014). Die Implementierung von Pflegeexpert*innen in der stationären Langzeitversorgung geht laut internationalen Studien mit einer Verringerung von Krankenhauseinweisungen einher (Bakerjian, 2008; Rantz et al., 2014; Rantz, Birtley, Flesner, Crecelius, & Murray, 2017). Im Rahmen der Versorgung von Menschen mit COVID-19 Infektion in der stationären Langzeitversorgung könnten Pflegeexpert*innen eine zentrale Rolle im Versorgungsprozess einnehmen. Dabei könnten diese die Steuerung, Koordination, Überwachung und Zusammenführung der Schnittstellen bei der Behandlung sowie die Umsetzung von Schutz- und Hygienemaßnahmen verantwortlich übernehmen. Ebenso könnten durch sie aktuelle wissenschaftliche COVID-19 Erkenntnisse recherchiert und zeitnah in die Praxis integriert sowie die professionell Pflegenden durch Beratung, Anleitung und Schulung unterstützt werden. Jedoch ist der Einsatz von Pflegeexpert*innen für das deutsche Versorgungssetting eher als eine perspektivische Möglichkeit anzusehen, da es an qualifizierten Pflegeexpert*innen in der stationären Langzeitversorgung sowie gesetzliche Rahmenbedingungen derzeit fehlt.

Option 3: Prospektiv gesehen könnte eine weitere Möglichkeit mit dem Fokus auf die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen von Bewohner*innen mit einer COVID-19 Infektion in einer konzeptionellen Erweiterung des kürzlich aktualisierten „Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege“ liegen. In seiner derzeitigen aktuellen Fassung fokussiert der Expertenstandard die Entlassung von Patient*innen mit einem weiterbestehenden Pflege- und Versorgungsbedarf aus dem Krankenhaus, Kurzzeitpflege sowie Fach- und Rehabilitationskliniken (DNQP, 2019). Entlassungen aus einer Einrichtung der stationären Altenpflege kommen jedoch ebenfalls vor, zum Beispiel, wenn Angehörige und/oder die Bewohner*in dies wünschen oder die pflegerischen Bedarfe durch die Einrichtung nicht mehr gedeckt werden können. Im Fokus der Entlassung steht die Identifikation von Versorgungsbedarfen nach der Entlassung und die Organisation notwendiger Unterstützungsbedarfe (zum Beispiel die Übernahme von Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst) verbunden mit dem Ziel potentielle Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Gerade durch die mit der COVID-19 Krise zusammenhängenden Erfahrungen der physischen und sozialen Isolation könnte der Wunsch seitens der Bewohner*innen und Angehörigen verstärkt werden, nicht in der Einrichtung verbleiben zu wollen. Gleichzeitig könnte nach Aufenthalt in der Kurzzeitpflege infolge eines Kranken-

hausaufenthaltes (zum Beispiel bedingt durch COVID-19) der Weg zurück in die eigene Häuslichkeit erfolgen. In beiden Fällen wäre ein strukturiertes Entlassungsmanagement notwendig und sinnvoll. Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung zur Umsetzung der Expertenstandards im Setting der stationären Langzeitversorgung (§113a SGB XI) könnten Einrichtungen für die Thematik sensibilisiert und in der Folge potentiell vermeidbare Krankenhauseinweisungen reduziert werden.

FAZIT

Abschließend ist zu konstatieren, dass die COVID-19 Pandemie bereits im Vorfeld bestehende identifizierte Versorgungslücken des deutschen Gesundheitssystems verstärkt (Alt-Epping & Nauck, 2015; DNQP, 2019; Koch & Fleischer, 2014), weshalb schnelle Reaktionen auf politischer Ebene und eine Anpassung von Versorgungsstrukturen sowie eine Optimierung settingübergreifender Versorgungsprozesse dringend notwendig ist. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, dass die von der Pflegewissenschaft im Vorfeld entwickelten Konzepte durch die Politik aufgegriffen und in ihrer Umsetzung unterstützt werden.

Bezogen auf Option 1 sollte durch die Politik eine schnellstmögliche Weiterentwicklung des SAPVs mit dem Fokus auf COVID-19 oder anderen respiratorischen Infektionen gefördert werden, die mit einer gesetzlichen Grundlage und Finanzierung einhergehen. Für Option 2 mit der Ausrichtung auf die geriatrischen Pflegeexpert*innen in der stationären Langzeitversorgung, erscheint es ebenso als wesentlich, dass entsprechende gesetzliche Rechtsgrundlagen und eine Refinanzierung sowie finanzielle Anreize für Einrichtungsträger*innen geschaffen werden, die in einer entsprechenden Entlohnung der Expert*innen mündet. Bezüglich der benötigten personellen Ressourcen und der Qualifikation der Pflegeexpert*innen bietet die Einführung der Generalistik und die zunehmende Akademisierung ein erstes Fundament. Allerdings fehlen bisher flächendeckende weiterführende Studiengänge auf Masterniveau mit einer Ausrichtung auf die Spezialisierung im geriatrischen sowie gerontopsychiatrischen Bereich. Hier gilt es von Seiten der Politik entsprechende Rahmenbedingungen und Anreize zu schaffen, um pflegerische Expert*innen zu gewinnen. Option 3 setzt eine gezielte konzeptionelle Weiterentwicklung des Expertenstandards Entlassungsmanagements in der Pflege voraus. Daneben kann es als essentiell angesehen werden, dass die Expertenstandards in ihrer hohen Relevanz für die Versorgung von der Politik anerkannt werden, korrespondierende Leistungen finanziert und sie im Anschluss daran auch Gegenstand der Qualitätsprüfungen werden. Daran anknüpfend sind finanzielle Anreize zur aktiven Vermeidung von potentiellen Krankenhauseinweisungen denkbar.

Perspektivisch kann die von der COVID-19 Pandemie ausgehende gesellschaftliche und politische Sensibilisierung und Anerkennung der pflegerischen Versorgungslücken in Deutschland genutzt werden, um eine Optimierung der Versorgung von Menschen in der stationären Langzeit-

versorgung weiter voranzutreiben und den pflegerischen Beruf in seiner Ausgestaltung und Anerkennung weiter zu stärken.

Christina Manietta, MSc, RN
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
D-58455 Witten
christina.manietta@uni-wh.de

LITERATUR

- Alt-Epping, B., & Nauck, F. (2015). *Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Vernetzung von Sektoren, Disziplinen und Professionen*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 58(4-5), 430-435. doi:10.1007/s00103-015-2125-6
- Bakerjian, D. (2008). *Care of Nursing Home Residents by Advanced Practice Nurses*. Research in Gerontological Nursing, 1(3), 1-9.
- Barnett, M. L., & Granowski, D. C. (2020). *Nursing Homes Are Ground Zero for COVID-19 Pandemic*. Retrieved from <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2763666> (07.04.2020)
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., . . . Zhang, L. (2020). *Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study*. The Lancet, 395(10223), 507-513. doi:10.1016/s0140-6736(20)30211-7
- Deutscher Ethikrat (2020). *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. AD-HOC-EMPFEHLUNG*. Retrieved from <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> (07.04.2020)
- Dewing, J., & Dijk, S. (2016). *What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review*. Dementia, 15(1), 106-124. doi:10.1177/1471301213520172
- DIVI. (2020). *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen*. Retrieved from <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-et-hik-empfehlung-v2/file> (08.04.2020)
- DNQP (2019). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (Vol. 2. Aktualisierung)*.
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., . . . DiCenso, A. (2013). *A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care*. J Adv Nurs, 69(10), 2148-2161. doi:10.1111/jan.12140
- Dwyer, R., Gabbe, B., Stoelwinder, J. U., & Lowthian, J. (2014). *A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities*. Age Ageing, 43(6), 759-766. doi:10.1093/ageing/afu117
- Fogg, C., Griffiths, P., Meredith, P., & Bridges, J. (2018). *Hospital outcomes of older people with cognitive impairment: An integrative review*. Int J Geriatr Psychiatry. doi:10.1002/gps.4919
- Jähnert, C. (2020). *Entscheidung über Leben und Tod*. Retrieved from <https://www.tagesschau.de/inland/corona-triage-ethikrat-101.html> (07.04.2020)

- Jeon, B., Tamiya, N., Yoshie, S., Iijima, K., & Ishizaki, T. (2018). Potentially avoidable hospitalizations, non-potentially avoidable hospitalizations and in-hospital deaths among residents of long-term care facilities. *Geriatr Gerontol Int*, 18(8), 1272-1279. doi:10.1111/ggi.13458
- JHU. (2020). Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Retrieved from <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> (08.04.2020)
- Koch, S., & Fleischer, S. (2014). Potenzialanalyse zu „Advanced Practice Nursing (APN)“ für Bewohner mit dementiellen Erkrankungen in deutschen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 108 Suppl 1, S9-S19. doi:10.1016/j.zefq.2014.09.007
- Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., . . . Montaguti, C. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *NEJM Catalyst Innocations in Care Delivery*, 1-5. doi:10.1056/CAT.20.0080
- Norheim, K. L. (2018). Changes in muscle mass during acute short-term hospitalization of elderly patients: A mini-review. *Translational Sports Medicine*, 1(1), 25-29. doi:10.1002/tsm.24
- Ognibene, S., Vazzana, N., Giumelli, C., Savoldi, L., Braglia, L., & Chesi, G. (2018). Hospitalisation and morbidity due to adverse drug reactions in elderly patients: a single-centre study. *Intern Med J*, 48(10), 1192-1197. doi:10.1111/imj.13961
- Ouslander, J. G., Lamb, G., Perloe, M., Givens, J. H., Kluge, L., Rutland, T., . . . Saliba, D. (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs: [see editorial comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, pp 760-761]. *J Am Geriatr Soc*, 58(4), 627-635. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02768.x
- Pohontsch, N. J., Scherer, M., & Eisele, M. (2017). (In-)formal caregivers' and general practitioners' views on hospitalizations of people with dementia - an exploratory qualitative interview study. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 530. doi:10.1186/s12913-017-2484-9
- Rantz, M. J., Alexander, G., Galambos, C., Vogelsmeier, A., Popejoy, L., Flesner, M., . . . Koopman, R. J. (2014). Initiative to test a multidisciplinary model with advanced practice nurses to reduce avoidable hospitalizations among nursing facility residents. *J Nurs Care Qual*, 29(1), 1-8. doi:10.1097/NCQ.0000000000000033
- Rantz, M. J., Birtley, N. M., Flesner, M., Crecelius, C., & Murray, C. (2017). Call to action: APRNs in U.S. nursing homes to improve care and reduce costs. *Nurs Outlook*, 65(6), 689-696. doi:10.1016/j.outlook.2017.08.011
- RKI. (2020a). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Daily Situation Report of the Robert Koch Institute. 04/04/2020 - UPDATED STATUS FOR GERMANY. Retrieved from https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-04-en.pdf?__blob=publicationFile (07.04.2020)
- RKI. (2020b). Robert Koch-Institut: COVID-19-Dashboard. Retrieved from <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4> (08.04.2020)
- Seidel, J., & Zafar, H. (2020). Corona in Altenheimen: Die erwartete Katastrophe. Retrieved from <https://www1.wdr.de/nachrichten/themen/coronavirus/altenheim-corona-besuchsverbot-100.html> (07.04.2020)
- Spector, W. D., Limcangco, R., Williams, C., Rhodes, W., & Hurd, D. (2013). Potentially Avoidable Hospitalizations for Elderly Long-stay Residents in Nursing Homes. *Medical Care*, 51(8), 673-681.
- Theisen, S., Drabik, A., & Stock, S. (2012). Pressure ulcers in older hospitalised patients and its impact on length of stay: a retrospective observational study. *J Clin Nurs*, 21(3-4), 380-387. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03915.x
- Van Ancum, J. M., Scheerman, K., Jonkman, N. H., Smeenk, H. E., Kruizinga, R. C., Meskers, C. G. M., & Maier, A. B. (2017). Change in muscle strength and muscle mass in older hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol*, 92, 34-41. doi:10.1016/j.exger.2017.03.006
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., . . . Peng, Z. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2020.1585
- Wendrich-van Dael, A., Bunn, F., Lynch, J., Pivodic, L., Van den Block, L., & Goodman, C. (2020). Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *International Journal of Nursing Studies*. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103576
- Wu, J. T., Leung, K., Bushman, M., Kishore, N., Niehus, R., de Salazar, P. M., . . . Leung, G. M. (2020). Estimating clinical severity of COVID-19 from the transmission dynamics in Wuhan, China. *Nature Medicine*. doi:10.1038/s41591-020-0822-7
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., . . . Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054-1062. doi:10.1016/s0140-6736(20)30566-3

Das gegenwärtige Ausgangs- und Besuchsverbot in Pflegeheimen in Deutschland – eine kritische Reflektion aus der Perspektive der Angehörigen und der Gesundheitswissenschaften

Prof. Dr. Frauke Koppelin

Unter den vollstationär versorgten pflegebedürftigen Personen in Deutschland ist der Anteil älterer Menschen und Hochbetagter sehr hoch [EbM-Netzwerk, 2020:2]. Diese Gruppe hat bei einer Ansteckung mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 ein besonders hohes Sterberisiko [EbM-Netzwerk, 2020:2]. Infolgedessen wurden mit Eintreten der länder- und bundesweiten Verordnungen zum Schutz der Bevölkerung vor einer Corona-Infektion weitreichende Schutzmaßnahmen für die Altenheime in Form von Ausgangs- und Besuchsverboten ausgesprochen. Seit Mitte März sind die Türen für Angehörige wie Bewohner/innen verschlossen. Die einen dürfen nicht hinein, die anderen nicht heraus. Allein dem Personal ist der Zutritt erlaubt.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht erscheint dieser Schritt auf den ersten Blick durchaus konsequent. Er entspricht einer der klassischen Infektionsschutzmaßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten [siehe IfSG, 2020], die bei Vorliegen einer pandemischen Ausbreitung getroffen werden sollten und für die es entsprechende Szenarien des Katastrophenschutzes für Altenheime gibt [siehe z. B. Bezirksregierung Münster, 2016]. Allerdings fällt der Blick der Gesundheitswissenschaftlerin auf die betreffenden Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie anders aus als der der persönlich betroffenen Angehörigen.

Im Folgenden möchte ich diese beiden Perspektiven gegenüberstellen und zu vermitteln versuchen, um einen wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs über die Risiko- und Nutzenbewertung des Besuchs- und Ausgangsverbots in den Alten- und Pflegeheimen in Deutschland anzuregen. Hierzu werde ich zunächst den Fall eines vor wenigen Tagen verstorbenen Familienmitgliedes kurz vorstellen. Im Anschluss werde ich die relevanten Fragen aus Sicht der Angehörigen wie auch aus der der Gesundheitswissenschaftlerin eingehender beleuchten. Dabei werden Konflikte zwischen unterschiedlichen berechtigten Aspekten und Anliegen sichtbar, die einer angemessenen Berücksichtigung und Abwägung bedürfen.

ZUM FALL

Aus eigener Initiative hatte sich die Verstorbene im Juli 2019 in ein städtisches Pflegeheim in einer niedersächsischen Großstadt begeben. Sie war zu diesem Zeitpunkt fast 82 Jahre alt, multimorbid und litt seit Jahren an einer schweren COPD. Sie wurde nicht-invasiv beatmet und war

nach einem Schlaganfall vor 2,5 Jahren in ihrer Mobilität stark eingeschränkt und auf den Rollstuhl angewiesen. Bis zum Wechsel in das Pflegeheim war sie bereits zwei Jahre lang im häuslichen Kontext durch den Ehemann mit Unterstützung durch die ambulante Pflege versorgt worden (Pflegegrad 3). Eine demenzielle Erkrankung lag nicht vor.

Der Aufenthalt im Heim wurde durch insgesamt drei Krankenhausaufenthalte unterbrochen. In Folge einer schweren respiratorischen Azidose mit begleitender Herz- und Niereninsuffizienz erfolgte von Anfang bis Ende März der letzte Krankenhausaufenthalt. Zwei Tage nach Rückkehr in das Pflegeheim verstarb sie dort. Ein Umzug in eine andere spezialisierte Einrichtung war in den letzten Wochen ihres Lebens zwar geplant, ließ sich aufgrund der Corona-Krise jedoch nicht mehr weiter verfolgen. Die freie Heimwahl war insoweit ausgesetzt.

Trotz der enormen körperlichen Einschränkungen und der palliativen Versorgung liebte es die Verstorbene bis zuletzt, sich frei zu bewegen und außerhalb des Heimes aufzuhalten, „vor die Tür zu fahren“, oder „auf dem Markt etwas zu kaufen“. Mit dem Fortschreiten der COPD entwickelte sich eine enorme Angst vor geschlossenen Türen und Fenstern. Sie brauchte „Luft“ zum Atmen und verabscheute diese erlebte Enge sehr. Dies äußerte sich in der Regel durch Panikattacken. Ihr Ehemann hat sie nahezu täglich besucht. Regelmäßig gingen sie gemeinsam in Cafés, verbrachten Zeit in den angrenzenden Grünanlagen und beendeten den Tag mit einem gemeinsamen Abendessen. Der Ehemann bildete daher ein wichtiges Bindeglied zur Außenwelt und hatte aufgrund seiner Fürsorge und Zuwendung auch eine wesentliche emotionale Bedeutung für die Verstorbene.

Das Besuchsverbot galt bereits in der letzten Woche des Krankenhausaufenthaltes. Infolgedessen wurden die Besuche des Ehegatten unterbunden. Dieses Verbot blieb auch nach Rückkehr in das Heim und über den Tod hinaus bestehen. Entgegen dem ausdrücklichen Wunsch der Verstorbenen und ungeachtet der Bitte der Verwandten blieb dem Ehemann sowie den nächsten Angehörigen somit der Abschied von der Sterbenden verwehrt. Auch der von ihr ausdrücklich gewünschte christliche Beistand am Sterbett wurde nicht gewährt. Ihre Verfügungen hinsichtlich der Kleidung, die sie zur Aufbahrung nach dem Tod tragen wollte, konnten ohne den Zugang der Angehörigen und des Pastors zu ihrem Zimmer ebenfalls nicht befolgt werden. Schließlich durfte das Zimmer der Verstorbenen durch

die Angehörigen und durch den Ehemann nicht geräumt werden. Ihr persönliches Hab und Gut wurde durch Mitarbeiter/innen des Heims in Tüten und alten Kartons von Verbrauchsmaterialien verstaut und – nach Vereinbarung des Übergabedatums mit den Angehörigen – vor der Tür des Heimes übergeben. Das Zimmer, in dem über viele Wochen persönliche Begegnungen stattfanden und mit dem viele Erinnerungen verbunden waren, durfte nicht mehr betreten werden.

REFLEKTION AUS SICHT DER GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN UND DER ANGEHÖRIGEN

Aus Sicht der Gesundheitswissenschaften scheint eindeutig, dass in der Bevölkerungsgruppe der älteren und hochaltrigen Menschen mit Komorbiditäten „der Schaden durch COVID-19-assoziierte vorzeitiger Todesfälle beträchtlich ist“ [EbM-Netzwerk, 2020a: 3]. Das EbM-Netzwerk weist jedoch in seiner Stellungnahme darauf, dass „all diese Zahlen nur eingeschränkt verwertbar [sind], wenn die Gesamtmortalität der Bevölkerung, die Gesamtkrankheitslast durch Influenza-like Infections sowie deren CFRs [Case Fatality Rate] als Bezugsgröße fehlen“ [ebenda:3]. Hinzu kommt, dass bis heute unklar ist, wie lange und in welchem Umfang wir die ergriffenen drastischen Maßnahmen dieser nicht-pharmazeutischen Intervention (NPI) zum Infektionsschutz aufrechterhalten müssen, um Effekte zu erzielen [ebenda: 3]. Sprechen wir möglicherweise über ein Jahr, in dem diese Maßnahmen acht Monate lang gelten müssen [ebenda: 4]? Und was wird dadurch im Endeffekt erreicht? Möglicherweise, so das EbM-Netzwerk, „wird die Zahl der Toten nur auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, ohne dass sich an der Gesamtzahl etwas ändert“ [ebenda: 3].

Vor diesem Hintergrund erscheint es aus wissenschaftlicher und ethischer Sicht geboten, in eine Diskussion über das Verhältnis von Nutzen und Folgekosten der ergriffenen Maßnahmen des „Social Distancing“ für Bewohner/innen von Pflegeheimen und ihre Angehörigen einzutreten. Die Fragen, die sich dabei aus Sicht der Gesundheitswissenschaften wie auch der Angehörigen eröffnen, sind weitreichend. So ist mit Blick auf die totale Isolation der betroffenen Gruppe zunächst zu fragen, wer hier wen vor was effektiv schützt. Ferner ist zu fragen, warum die empfohlenen Schutzmaßnahmen für Altersheime im Falle einer Pandemie nicht umfassend eingesetzt werden, sondern von Anfang an allein auf die drastischste aller Maßnahmen – das umfassende Besuchs- und Kontaktverbot – zurückgegriffen wird. Es hätte durchaus eine „konsequente Eingangskontrolle des eintreffenden Personals und sonstiger Personen (auch ehrenamtlicher Helfer) durchgeführt werden können“, um im Falle eines positiven Befundes (Krankheitszeichen wie z.B. Fieber) den Zugang zu unterbinden [Bezirksregierung Münster 2016: 28]. Dieses Eingangsscreening hätte in dieser Stufe auch für Besucher und neue Bewohner Anwendung finden können [ebenda: 29]. Hier stellt sich die kritische Anschlussfrage, ob der bekannte Mangel an Hygiene- und Schutzkleidung (wie z.B. Masken) sowie die seit Langem beklagte extrem dünne Personaldecke die Abschottung begünstigt hat.

Doch warum sollten die Bewohner/innen lediglich vor den Angehörigen geschützt werden, wenn ein ausreichender Schutz vor dem Personal nicht gesichert werden kann? Angesichts der stark anwachsenden Zahl infizierter Pfleger/innen [Tagesschau, 2.4.2020] und der noch immer lückenhaften Testungen zeichnet sich hier eine ethisch fragwürdige Inkonsistenz ab: Auf der einen Seite hat möglicherweise infiziertes Personal des Heimes Zugang zu den Bewohner/innen, während auf der anderen Seite der Gruppe der Angehörigen (auch bei Fehlen von Symptomen) der Kontakt (auch über den Tod hinaus) pauschal untersagt wird. Mittlerweile wird auch in Fachkreisen vermutet, dass vom Personal eine große Gefahr ausgeht, „denn sie stehen im körpernahen Kontakt mit vielen Menschen“ [EbM-Netzwerk, 2020b]. Aus Sicht der Angehörigen ist daher nicht nachvollziehbar, wenn das RKI die Empfehlungen für die Pflegenden weiter abschwächt und an „Situationen mit ‚relevanten Pflegemangel‘ anpasst“ [BibliomedPflege, 2020].

Dass Bewohner/innen von Pflegeheimen und ihre Angehörigen mit Blick auf die in anderen europäischen Ländern bereits praktizierte Triage intensivmedizinischer Behandlung in großer Sorge sind, erscheint nachvollziehbar. Eben jene so schätzenswerte Gruppe hochaltriger Menschen (über 80 Jahre) wird dort im Falle einer Knappheit an intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten lediglich palliativ versorgt, während intensivmedizinische Maßnahmen jüngeren Menschen vorbehalten bleiben [SZ, 2020]. Auch das Untersagen der Sterbebegleitung und der persönlichen Abschiednahme am Sterbebett ist aus Sicht der Betroffenen nicht nachvollziehbar und dürfte erhebliche psychische Folgekosten nach sich ziehen. Der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, fordert, dass Sterbebegleitung „auch in Zeiten Corona durch die Angehörigen möglich sein“ muss [Deutschlandfunk, 3.4.2020]. Bei der Umsetzung dieser so wichtigen Abschiedskultur bleiben die Altenheime hinter den Krankenhäusern zurück, die eine angemessene Begleitung der Sterbenden und Angehörigen auch in Corona-Zeiten ermöglichen wollen.

SCHLUSSFOLGERUNG

Der zuvor geschilderte Fall stellt lediglich einen kleinen Ausschnitt der Probleme und Konflikte im Umgang mit den Bewohner/innen von Pflegeheimen und ihren Angehörigen dar. Es handelte sich hier nicht um eine Bewohner/in, die unter einer demenziellen Erkrankung litt und die Situation ggf. kognitiv nicht einordnen konnte. Bei demenziell Erkrankten müssen sicher weitere Aspekte für eine Bewertung hinzugezogen werden (z.B. Verschlimmerung der demenzspezifischen Symptomatik aufgrund der fehlenden Ansprache durch die vertrauten Angehörigen sowie mögliche Risiken durch eine zusätzliche pharmakologische Ruhigstellung der Personengruppe).

In der zeitlichen Analyse des Falls muss berücksichtigt werden, dass das Besuchs- und Zugangsverbot erst 10 Tage in Kraft war. Dennoch hat das betroffene Ehepaar bereits in dieser kurzen Zeit überaus belastende Situationen erlebt. Der letzte „Besuch“ zu Lebzeiten fand aufgrund des Verbots vom Bürgersteig aus statt. Erschwerend kam hin-

zu, dass die Ehefrau das Fenster nicht selbstständig öffnen konnte und dies auch nicht durch eine dritte Person möglich war. Infolgedessen war lediglich ein Blickkontakt unter den Eheleuten möglich. Schließlich wurde als besonders belastend erlebt, dass der Zutritt zu der Verstorbenen nach dem Tod versagt und ihr Hab und Gut durch Dritte aus dem Zimmer entfernt wurde.

Es stellt sich die Frage, welche Folgen es hätte, wenn derartige Zustände über Monate, ggf. sogar über ein Jahr aufrechterhalten blieben und die für die Gesundheit und das Wohlbefinden eines jeden elementaren sozialen Bindungen gekappt würden. Welche durch das Besuchsverbot verursachten psychischen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen müssen wir am Ende der Corona-Krise in Rechnung stellen und in welchem Verhältnis stünden sie zur erzielten Prävention COVID-19 assoziierter Todesfälle? Darüber hinaus muss auch in Betracht gezogen werden, welche sozialen und kulturellen Folgekosten wir als Gesellschaft durch die Unterbindung einer adäquaten Abschieds- und Trauerkultur in Kauf nehmen wollen und können. Wie verändert es unseren kollektiven Umgang mit Sterben und Tod, wenn etwa die Freiheit der Familien zur Sterbebegleitung und Trauerarbeit weitgehend eingeschränkt wird?

In seiner Stellungnahme zu der Corona-Pandemie erklärte der Deutsche Ethikrat, er sehe den „ethischen Kernkonflikt“ in der jetzigen Situation darin, „dass ein dauerhaft leistungsfähiges Gesundheitssystem gesichert werden müsse und zugleich schwerwiegende Nebenfolgen für Bevölkerung und Gesellschaft möglichst geringgehalten werden müssten. Dem Schutz menschlichen Lebens dürften nicht alle anderen Freiheits- und Partizipationsrechte sowie Wirtschafts-, Sozial- und Kulturrechte bedingungslos untergeordnet werden“ [Deutsches Ärzteblatt, 2020: 2]. Es bleibt zu hoffen, dass die Angst, der Aktionismus und die Widersprüche, die unseren Kurs derzeit vielfach noch prägen, überwunden werden. Der Umgang mit der Pandemie muss stärker von wissenschaftlicher Evidenz und ethischer Deliberation bestimmt werden. Den Bewohner/innen und Angehörigen wünsche ich es sehr.

INTERESSENSKONFLIKT

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

DANKSAGUNG

Ich danke Prof. Dr. Mark Schweda (Medizinethik, Universität Oldenburg) sehr für die Unterstützung und hilfreichen Anregungen.

Prof. Dr. Frauke Koppelin

Jade Hochschule Wilhelmshaven Oldenburg Elsfleth
Abteilung Technik und Gesundheit
Ofenerstr. 16-19
D-28121 Oldenburg
frauke.koppelin@jade-hs.de

QUELLEN

- *BibliomedPflege* (2020). RKI schwächt Empfehlungen für die Pflegenden ab. COVID-19 vom 24.3.2020. Abgerufen von www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/40143-rki-schwaecht-empfehlungen-fuer-pflegende-ab/ am 5.4.2020.
- *Bezirksregierung Münster – Dezernat 22 – Gefahrenabwehr* (2016). Handlungsempfehlung für Senioren- und Pflegeeinrichtungen sowie weitere Einrichtungen der Betreuung im Regierungsbezirk Münster im Krisenfällen. Bearbeitung durch die Arbeitsgruppe Handlungsempfehlungen Senioren- und Pflegeeinrichtungen im Regierungsbezirk Münster. Stand 10/2016. Münster. Abgerufen von www.bezreg-muenster.de/zentralablage/dokumente/ordnung_und_sicherheit/katastrophenschutz/Handlungsempfehlung-fuer-Senioren--und-Pflegeeinrichtungen-im-Krisenfall.pdf am 4.4.2020.
- *Deutsches Ärzteblatt* (2020). Ethikrat legt Empfehlungen zur Bewältigung der Pandemie vor. Online vom 27.3.2020. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111469/Ethikrat-legt-Empfehlungen-zur-Bewaeltigung-der-Pandemie-vor> am 4.4.2020.
- *Deutsches Netzwerk Evidenz-basierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk Evidenz)* (2020a). COVID-19: Wo ist die Evidenz? Berlin, 20.2.2020. Aktualisierung 21.3.2020. Abgerufen von www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/stn-20200320-covid-19-ebmnetzwerk.pdf am 5.4.2020.
- *Deutsches Netzwerk Evidenz-basierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk Evidenz)* (2020b). Covid-19 Pandemie: So viel Zeit muss sein! Keine Experimente mit der alten und chronisch kranken Bevölkerung ohne wissenschaftliche Begleitung. Berlin, 27.3.2020. Abgerufen von www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-20200327-covid19-begleitforschung am 5.4.2020.
- *Deutschlandfunk* (2020). Sterbebegleitung muss auch in Zeiten Corona durch die Angehörigen möglich sein. Sendung vom 3.4.2020. Abgerufen von https://www.deutschlandfunk.de/besuchsverbote-in-pflegeheimen-wegen-coronavirus-denkt-auch.694.de.html?dram:article_id=473936 am 3.4.2020.
- *Infektionsschutzgesetz (IfSG)* (2020). Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. Abgerufen von <http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/ifsg.pdf> am 6.4.2020.
- *Süddeutsche Zeitung* (2020). Elsass: Patienten über 80 werden nicht mehr beatmet. Abgerufen von <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheits-tuebingen-elsass-patienten-ueber-80-werden-nicht-mehr-beatmet-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200326-99-478814> am 4.4.2020.
- *Tagesschau* (2020). Immer mehr Ärzte und Pflege infiziert (2.4.2020). Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr-wdr/pflegepersonal-corona-infektionen-101.html> am 5.4.2020.

Versorgung von außerstationär beatmeten Menschen in Zeiten der Corona-Pandemie – Ein Interview mit Maria-Cristina Hallwachs

Hanna Klingshirn

Die weltweite Ausbreitung des neuartigen Coronavirus stellt insbesondere Menschen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf vor nie gekannte Herausforderungen. Eine besondere Gruppe innerhalb der COVID-19 Risikopopulation sind außerstationär beatmete Menschen. Obwohl es sich dabei um eine sehr heterogene Personengruppe handelt, verbindet diese Menschen eine hohe Vulnerabilität sowie die Abhängigkeit vom Beatmungsgerät und den notwendigen Verbrauchsmaterialien. Welche Auswirkungen die momentane Situation auf das Leben von Menschen mit einer außerstationären Beatmung haben kann, beschreibt Maria-Cristina Hallwachs in diesem Interview.

HINTERGRUND

Die weltweite Ausbreitung des neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) stellt die gesamte Bevölkerung vor nie gekannte Herausforderungen. Das Robert-Koch-Institut (RKI) bewertet die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung durch die Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Deutschland insgesamt als hoch, für Menschen in Risikogruppen sogar als sehr hoch (Tolksdorf et al., 2020). Das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs steigt ab einem Alter von 50 bis 60 Jahren, kann aber für Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen unabhängig von ihrem Alter gefährlich und unter Umständen sogar lebensbedrohlich werden. Zu den Risikogruppen gehören Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronischen Erkrankungen der Atemwege oder der Leber, Nierenerkrankungen, Organtransplantationen, Krebserkrankungen oder auch Erkrankungen, die mit einer Immunschwäche einhergehen (CDCCOVID-19ResponseTeam, 2020; Rabi et al., 2020).

Innerhalb der COVID-19 Risikopopulation stellen außerstationär beatmete Menschen eine besondere Gruppe dar. Eine außerstationäre Beatmung kann für Menschen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), neuromuskulären Erkrankungen (NMD), thorakal-restriktiven Lungenerkrankungen oder einer hohen Querschnittslähmung notwendig werden (Windisch et al., 2017). Die Personengruppe ist im Hinblick auf ihren Grad der Beeinträchtigung und das damit verbundene Ausmaß an Pflegebedürftigkeit stark heterogen. Was die Personen verbindet, ist eine hohe Vulnerabilität im Falle einer Infektion und die Abhängigkeit vom Beatmungsgerät und den zugehörigen Verbrauchsmaterialien. Da es durch die aktuelle Situation zu Versorgungsengpässen kommen kann, empfiehlt die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. ein vorausschauendes Handeln in Bezug auf die Planung und Organisation von Verbrauchsmaterialien in der Versorgung von beatmeten Menschen (Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e. V., 2020).

Welche Auswirkungen die Ausbreitung des neuartigen Coronavirus schon heute auf das Leben von Menschen mit einer außerstationären Beatmung hat, beschreibt Maria-Cristina Hallwachs im folgenden Interview.

Die Idee für das Interview ist im Rahmen des Projekts „Optimierung der Versorgung beatmeter Patienten in der außerstationären Intensivpflege (OVER-BEAS)“ entstanden. Das OVER-BEAS Projekt (FKZ: 01VSF17008) wird gefördert vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Förderung der Versorgungsforschung und wird an der Katholischen Stiftungshochschule München, dem Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg und der Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Würzburg durchgeführt.

Maria-Cristina Hallwachs hat an einem der Projektbausteine als Expertin an der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die außerklinische Intensivpflege mitgewirkt. Nähere Informationen zum Projekt erhalten Sie unter: www.overbeas.de.

ZUR PERSON

Zur COVID-19 Risikogruppe gehört auch Maria-Cristina Hallwachs. Kurz nach dem Abitur im Jahr 1993 verändert sich ihr Leben plötzlich und unerwartet. Nach einem Kopfsprung in einen Swimmingpool bricht sie sich den obersten Halswirbel und ist seitdem querschnittgelähmt und beatmungspflichtig. Doch Maria-Cristina Hallwachs gibt nicht auf. Nach einem langen Aufenthalt im Krankenhaus kämpft sie sich mit Unterstützung ihrer Familie ins Leben zurück. Heute führt sie ein selbstbestimmtes Leben mit 24-Stunden-Assistenz und häuslicher Beatmung. Seit vielen Jahren berät und unterstützt sie Menschen mit Behinderung und deren Angehörige in der Akutphase und begleitet sie anschließend auch zu Hause weiter.



FÜNF FRAGEN AN MARIA-CRISTINA HALLWACHS

1. Sie beraten querschnittgelähmte Menschen mit Beatmung und ihre Angehörigen. Was erzählen die Ihnen in diesen Tagen?

Die Reaktionen sind sehr zwiespältig. Auf der einen Seite erlebe ich sehr viele Menschen, die große Angst haben. Da kommen beispielsweise Fragen wie: „Was würde eine Infektion mit COVID-19 für jemanden bedeuten, der schon viele Jahre beatmet wird?“ oder „Wie verträgt eine Lunge, die bereits vorbelastet ist, diesen Virus?“. Es ist einfach vieles unklar und dadurch bestehen große Ängste.

Die zweite große Angst betrifft die Versorgungssituation in den Kliniken: „Was bedeutet es in dieser Zeit ins Krankenhaus zu kommen?“ Oftmals sind Menschen mit hohem Querschnitt im Krankenhaus weniger gut versorgt. Es mangelt an Zeit und alles muss sehr schnell gehen. Das hat zur Folge, dass tägliche Maßnahmen, die querschnittgelähmte Menschen brauchen, wie z. B. lagern oder regelmäßig trinken, zu kurz kommen. Querschnittgelähmte Menschen verlassen die Klinik dadurch teilweise mit mehr Problemen als zuvor. Die aktuelle Situation könnte dieses Problem zusätzlich verstärken. Deshalb haben viele dieser Menschen Angst, ins Krankenhaus zu müssen.

Auf der anderen Seite erlebe ich, dass viele querschnittgelähmte Menschen sehr gelassen mit der aktuellen Situation umgehen. Ich habe mir schon einige Gedanken gemacht, woran das liegen könnte. Meine Theorie ist, dass die Menschen von ihren Erfahrungen profitieren. Sie haben durch ihre Querschnittlähmung und die Beatmung bereits erfahren, wie es ist, nicht immer alles im Griff zu haben und sie können akzeptieren, dass das Leben Dinge bereithält, die nicht zu beeinflussen sind. Bei vielen Menschen mit Querschnittlähmung erlebe ich momentan eine sehr ruhige und pragmatische Herangehensweise. Sie informieren sich darüber, was sie tun können, um sich zu schützen und bereiten sich bestmöglich vor. Sie können die Ungewissheit der Situation sehr gut annehmen.

2. Wie sieht momentan Ihr Alltag aus? Wie schützen Sie sich?

Ich habe, wie viele andere auch, ein Team von Pflegekräften, die ein- und ausgehen und die natürlich auch weiterhin kommen müssen. Dass ich meine Kontakte nur bedingt reduzieren kann, ist ein Unsicherheitsfaktor. Die Pflegekräf-

te tragen momentan einen Mund-Nasen-Schutz – was sie sonst nicht tun. Um die Kontakte allgemein zu verringern, kommen Pflegekräfte, die nicht nur bei mir zu Hause, sondern auch in der Klinik arbeiten, aktuell nicht mehr zu mir. Außerdem haben wir im Team darüber gesprochen, dass sich alle Pflegekräfte, die zu mir kommen, auch in ihrem privaten Umfeld an die Beschränkung sozialer Kontakte halten werden. Aber das bleibt für mich ein Unsicherheitsfaktor, der mir Sorgen bereitet. Ich muss mich auf mein gesamtes Team verlassen. Letztendlich kann ich nur alle darum bitten, sich zu ihrem eigenen und natürlich auch zu meinem Schutz vernünftig zu verhalten. Auch in meinen Beratungen war das ein Thema, das vielen Menschen Sorgen bereitete.

3. Welche Auswirkungen hat die momentane Situation auf Ihre gesundheitliche Versorgungssituation?

Die Situation ist völlig neu. Gegen Grippe lasse ich mich beispielsweise jedes Jahr impfen. Das ist jetzt nicht möglich.

Meine Therapien setze ich momentan komplett aus. Normalerweise habe ich drei Mal pro Woche Physiotherapie und ein Mal pro Woche Atemtherapie. Wir versuchen, die Übungen nun mit dem Pflegeteam weiterzuführen. Die Pflegekräfte sind natürlich keine ausgebildeten Therapeuten, aber ich mache seit Jahren die gleichen Übungen: Durchbewegen, Bauchlage, inhalieren und abklopfen. Das erfordert natürlich viel Selbstdisziplin, aber ich habe meine festen Therapiezeiten beibehalten. Es ist sicher nicht optimal, aber für einen begrenzten Zeitraum muss es ausreichen.

Wie ich erwähnt habe, tragen momentan alle Pflegekräfte einen Mund-Nasen-Schutz. Natürlich muss auch ich sehen, wo ich diesen Mund-Nasen-Schutz herbekomme. Ich hatte bisher noch einen Vorrat, falls jemand erkältet ist. Der geht aber allmählich zur Neige und ich bekomme auch keinen Nachschub. Private Pflegedienste werden leider bei Versorgungsengpässen nicht wirklich bedacht. Meine Cousine näht mir nun einige Mund-Nasen-Schutzmasken, damit wir wenigstens etwas haben. Ansonsten stehe ich überall auf Wartelisten – in Apotheken und beim medizinisch-technischen Dienst – aber da bin ich vermutlich nicht die Einzige.

Andere Verbrauchsmaterialien wie Hygieneartikel oder Beatmungszubehör bestelle ich ohnehin immer ein paar Monate im Voraus. Dieses Mal habe ich ein bisschen mehr bestellt. In der Anfangszeit ging das jetzt noch. Die Frage ist immer: Wann muss ich bestellen? Man weiß ja nicht, wie lange die Situation noch bestehen bleibt. Momentan gibt es noch keine Versorgungsengpässe, weder für Medikamente noch für Beatmungszubehör. Ich habe mich von meinem Techniker beraten lassen und die Wechselintervalle etwas verlängert d. h. wir wechseln die Schlauchsysteme zum Beatmungsgerät nicht ganz so häufig oder die Filter nicht mehr in festen Intervallen sondern nach Bedarf und vorheriger Überprüfung.

Außerdem habe ich mit meinem Hilfsmittelexperten gesprochen. Aktuell können tatsächlich keine Schlauchsysteme mehr geliefert werden, da diese von einer italienischen Firma produziert werden. Für meine Versorgung bedeutet das, dass wir die Wechselintervalle jetzt verdoppeln müssen. Auch bei den Tubusadaptern kann es zu Versorgungsengpässen kommen. Diese soll ich jetzt nicht mehr aus-

wechseln, sondern reinigen und mehrfach verwenden. Es ist natürlich besorgniserregend, wenn etablierte Hygienestandards plötzlich zurückgefahren werden in einer Zeit, in der vermehrt auf Hygiene geachtet werden muss. Bedrohlich kann die Situation werden, wenn jetzt ein Beatmungsgerät defekt wird und kein Ersatzgerät geliefert werden kann, weil die Geräte in den Kliniken benötigt werden. Das führt zu großen Ängsten und Unsicherheiten.

4. Welche Auswirkungen hat die momentane Situation auf Ihren Umgang mit sozialen Kontakten?

Ich gehe momentan tatsächlich nicht aus dem Haus und bekomme auch keinen Besuch. Ich lebe im selben Haus wie meine Eltern und habe nach wie vor mit meinen Eltern Kontakt. Meine Eltern vermeiden aber für mich jeden sonstigen Kontakt nach außen. Anfangs hat das Telefon sehr häufig geklingelt, das hat schon wieder etwas nachgelassen und das ist auch ok.

Ich habe eigentlich viele Kontakte, viel Besuch und war vor COVID-19 viel unterwegs. Aber es fällt mir auch relativ leicht, mal zu Hause zu bleiben. Ich kenne das von Phasen, in denen es mir nicht so gut ging. Mir fällt nicht so schnell die Decke auf den Kopf. Ich kann mich sehr gut selbst beschäftigen und weiß, dass ich meine Freundschaften pflegen muss, damit sie halten.

Klar fehlt mir das Rausgehen und meine Freunde. Aber ich denke immer: Mir geht es gut, ich bin gesund, da kann ich das auf der linken Pobacke aushalten.

Ich habe tatsächlich wenig Verständnis für Menschen, die jetzt jammern, dass sie in den Osterferien nicht wegfahren können. Es ist natürlich schade, aber letztendlich auch Luxus. Wir können alle froh sein, dass die Sonne scheint und dass wir das Fenster aufmachen können. Wir haben in unseren modernen Zeiten genug Möglichkeiten, uns per Telefon oder Skype auszutauschen. Man ist nicht abgeschnitten von der Außenwelt.

5. Welche Chancen sehen Sie in der momentanen Situation?

Im Moment erlebe ich viel Solidarität, das ist toll. Es gibt viele Menschen, die ihre Hilfe anbieten oder Menschen, die für andere einkaufen. Obwohl ich ein optimistischer Mensch bin, habe ich die Befürchtung, dass nach COVID-19 wieder alles zur Normalität übergeht. Ich würde mir wünschen, dass etwas von der Solidarität, die wir momentan erleben, im Alltag erhalten bleibt. Vielleicht einmal bewusst auf Dinge verzichten, anderen Menschen von sich aus Unterstützung anbieten und etwas aufmerksamer sein.

LITERATUR

- CDC COVID-19 Response Team (2020). *Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 - United States, February 12-March 28, 2020*. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 69(13), 382-386. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6913e2>
- Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e. V. (2020). *Verbrauchsmaterialien in der Versorgung von außerklinisch beatmeten Menschen im Zuge der COVID-19 Pandemie*. <https://digab.de/wp-content/uploads/2020/03/Wechselintervalle-in-der-au%C3%9Ferklinischen-Versorgung.pdf>
- Rabi, F. A., Al Zoubi, M. S., Kasasbeh, G. A., Salameh, D. M. & Al-Nasser, A. D. (2020). *SARS-CoV-2 and Coronavirus Disease 2019: What We Know So Far*. Pathogens (Basel, Switzerland), 9(3). <https://doi.org/10.3390/pathogens9030231>
- Tolksdorf, K., Buda, S., Schuler, E., Wieler LH. & Haas, W. (2020). *Schwereeinschätzung von COVID-19 mit Vergleichsdaten zu Pneumonien aus dem Krankenhaussentinel für schwere akute Atemwegserkrankungen am RKI (ICOSARI)*. Epid Bull, 2020(14), 3-9. <https://doi.org/10.25646/6601.2>
- Windisch, W., Dreher, M., Geiseler, J., Siemon, K., Brambring, J., Dellweg, D., Grolle, B., Hirschfeld, S., Köhnlein, T., Mellies, U., Ross-eau, S., Schönhofer, B., Schucher, B., Schütz, A., Sitter, H., Stieglitz, S., Storre, J., Winterholler, M., Young, P. & Waltersbacher, S. (2017). *S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz - Revision 2017*. Pneumologie (Stuttgart, Germany), 71(11), 722-795. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118040>

Hanna Klingshirn

Katholische Stiftungshochschule München
Preysingstraße 95
D-81667 München
hanna.klingshirn@ksh-m.de

Der ältere Mensch und „Corona“ – aus der Sicht der Psychologie/Psychotherapie

Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer

EINLEITUNG

Ältere Menschen mit vielen Erkrankungen sind nach Ansicht von Expert*innen besonders von Corona gefährdet. Dabei entsteht der Eindruck, dass manche ältere Menschen diese Problematik nicht sehr ernst nehmen, sich von ihren Kindern und Enkel dadurch, dass sie nicht persönlich besucht werden dürfen im Stich gelassen fühlen oder überängstlich reagieren. Weiters sind auch Betreuungspersonen oft mit dieser Problematik konfrontiert und müssen mit den Ängsten, Aggressionen oder auch der „Uneinsichtigkeit“ der Betroffenen umgehen lernen. Im folgenden Artikel soll auf diese Problematik aus gerontopsychologischer und gerontopsychotherapeutischer Sicht näher eingegangen und Lösungsansätze erarbeitet werden.

VERHALTENSWEISEN IM ALTER AUFGRUND DER PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR

Verhaltensweisen werden im Laufe des Lebens durch Lernprozesse entwickelt und formen sich im Laufe des Lebens immer mehr zu Persönlichkeitsstrukturen. Im Alter nimmt generell die Plastizität kognitiver Prozesse ab, Neu- und Umlernen wird dadurch schwieriger. Alle Fähigkeiten, die mit Automatismen zu tun haben, mit gut eintrainierten Fertigkeiten, die emotional sehr stark gespeichert sind, bleiben hingegen gut halten. Insofern greifen Personen bei Krisen wie etwa jetzt Corona auf gut eintrainierte Mechanismen zurück. Das gilt natürlich nicht nur für ältere Menschen, sondern auch jüngere, jedoch ist die Fähigkeit zu Flexibilität im Alter etwas stärker vermindert. Wesentlich sind hierbei auch Rollenbilder (Gatterer, 2018a) und grundlegende kognitive und emotionale Schemata (Blok, Gatterer, 2017; Young et al., 2005) des Verhaltens. Diese prägen das Leben eines Menschen und erleichtern das rasche reagieren, führen jedoch auf der anderen Seite auch zu einer gewissen Starrheit. So kann etwa eine Person, die ihre Lebensaufgabe in der Betreuung der Enkelkinder sieht nicht verstehen, warum sie dies nun nicht tun darf. Dadurch ergibt sich möglicherweise auch der Verlust von Aufgaben, eine Verminderung des Selbstwerts und das Fehlen positiver Erlebnisse (Verstärkerverlust). Das kann auch zur Ausformung einer Depression führen, wenn die Persönlichkeitsstruktur in diese Richtung tendiert. Ist eine Person hingegen sehr Autonomieorientiert kann die gleiche Situation zu einem Ansteigen von Aggressivität und Ärger führen.

Ärger kann jedoch auch die Verdrängung der eigenen Angst sein. Hier kommt es zu einer Überkompensation; die Person rettet sich in den Ärger oder ein anderes Ge-

fühl um die Angst nicht zu spüren. Das äußert sich oft auch durch überschießendes Reagieren, etwa durch sehr viele Einkäufe von Toilettenpapier und dergleichen. Ein ähnlicher Mechanismus ist auch das Verniedlichen und Wegschieben. Welche Reaktion gewählt wird, hängt von im Leben gut gelernten Kompensationsmechanismen ab. Diese sind auch genetisch angelegt – fight, flight, freeze – nämlich eine Art tot stellen, nicht akzeptieren, aggressiv werden, angreifen oder für sich selbst das Ganze in eine Struktur bringen, wie es für die Person am besten handhabbar ist. Schon immer latent ängstliche Personen reagieren ängstlicher, Menschen, die sehr autonomieorientiert sind, reagieren meist mit Ärger, weil sie in ihrer Freiheit eingeschränkt werden. Menschen, die sehr stark dazu tendieren, Sicherheit im sozialen Bereich zu suchen, reagieren kontraproduktiv, weil sie sich dann mit anderen zusammentun wollen. Sie fühlen sich allein unsicher und ängstlich und gehen mit anderen zusammen um sich sicherer zu fühlen.

Viele Menschen greifen auch zu anderen Tätigkeiten, die man sonst nicht gerne macht, um sich von Angst und Unsicherheit ablenken. Menschen, die ihre Ängste mit Aktivitäten kompensieren, steigen jetzt auch in ungeliebte Aktivitäten ein und versuchen es zum Beispiel mit Putzen, Kochen, Ordnung machen etc. Sportler würden am liebsten dauernd laufen gehen, Hundebesitzer gehen nun noch mehr mit dem Hund spazieren. Menschen, die gerne in der Natur sind, kompensieren es in der Natur.

Personen, die ihre Sicherheit in Rollen finden oder dadurch auch ihr Leben gestalten, bleiben auch in diesen Rollen. Das Anbieten von Kinderbetreuung durch die Großeltern entspricht der Rolle Großmutter und Großvater. Ihre traditionelle Rolle ist das Aufpassen auf die Kinder, deswegen tun sie das, auch wenn die Medien sagen, das gefährdet sie selbst und auch die Kinder. Da es aber mehr sie selbst betrifft, geht es mehr darum: „Ich hab meine Rolle erfüllt und mich selbst dabei zu gefährden, ist weniger relevant.“ Würde es primär die Kinder gefährden, dann würden die Großeltern genau umgekehrt reagieren und sagen: „Der Schutz der Kinder ist wichtiger, als mein eigener, und deshalb komme ich nicht.“ Dahinter steht die Erfüllung eines traditionellen Rollenbilds, brave Oma sein, braver Opa sein.

Das gilt natürlich auch für Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind und deshalb die getroffenen Maßnahmen der Regierungen besonders schwer verstehen können.

Diese eintrainierten Kompensationsmechanismen kommen gerade in Krisen stärker zum Tragen. In einer Krise greift man immer auf das zurück, was man am besten kann, auch wenn es leider das falsche ist. Das gilt besonders für ältere Menschen infolge der reduzierten „fluiden“ Leistungen. Bei Menschen mit Demenz sind diese Reaktionen noch automatisierter und primär emotional kodiert, sie agieren

also aus dem Gefühl heraus. Insofern ist es hier besonders wichtig, Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln.

Eine weitere Problematik besteht in der Wahrnehmung der „Sinnhaftigkeit“ einer Regelung. Menschen orientieren sich nach verschiedenen Normen (biologische Normen, statistische Normen, gesellschaftliche Normen, Gesetze und individuelle/persönliche Normen (Gatterer, 2018b)) und diese definieren auch, wie leicht oder schwer man eine Maßnahme nachvollziehen kann. Ist eine Norm aus der eigenen Sicht nicht nachvollziehbar, so entsteht kognitive Dissonanz, also eine Art Auflehnung und Abwehr der Norm. Insofern ist es aus psychologischer Sicht wichtig, politisch getroffene Maßnahmen gut nachvollziehbar zu gestalten.

PSYCHOLOGISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUM UMGANG MIT ÄLTEREN MENSCHEN IN DER KRISE

Im Umgang mit älteren Menschen in der Krise hat sich folgendes Vorgehen bewährt:

- Grundvoraussetzung für die Lösung von Krisen und Deeskalation ist eine wertschätzende problemorientierte Grundhaltung und eine gute Kommunikation. Versuchen sie, den Menschen mit seinem Problem zu verstehen und nicht sofort eine Lösung anzubieten.
- Darauf baut die Problemanalyse auf. Was genau ist passiert? Warum wurde es zum Problem? Wie gefährlich ist es?
- Hier ist die Reflexion von möglichen Auslösern, emotionalen Beteiligungen, Veränderungen in den Gewohnheiten, Persönlichkeitsaspekten etc. besonders wichtig.
- Gibt es hier einen akuten, leicht zu verändernden Auslöser so wäre hier bereits eine Lösung möglich? Z. B. möchte gern mit meinen Enkelkindern Kontakt haben – Lösung wäre z. B. Telefonieren oder Skypen
- Ist das Problem sehr emotional (Ärger, Frust, Depression, Wut,...), so ist die Betrachtung biografischer Aspekte sowohl beim Erkrankten als auch den Betreuer*innen wichtig. Oft verhindern Schemata, Werte, Normen, Rollenbilder oder starke Persönlichkeitsaspekte, dass eine Lösung gefunden wird.
- Die Analyse der subjektiven Verarbeitung hilft, die emotionale Aufladung eines Problems zu reduzieren, sodass eine Deeskalation der Situation möglich ist (Reduktion des Katastrophendenkens).
- Wichtig ist die Vermittlung von „Einsicht“ in die Probleme des älteren Menschen, auch mit Demenz und deren „Bedürfnissen“.
- Hier können auch kontextuelle Umgebungsfaktoren zur Lösung beitragen. Das wären etwa technische Hilfsmittel (Telefon, Computer, ...) (vgl. Gatterer, 2015).
- Dadurch erhöht sich die Motivation der Betroffenen zur Problemlösung und Akzeptanz derselben, da sie sich verstanden fühlen und die Lösung ihrer Persönlichkeitsstruktur entspricht. Das ist auch bei Menschen mit weiter fortgeschrittener Demenz wichtig, da hier kognitive Verarbeitungsprozesse schwieriger sind.
- Ziel ist die Erarbeitung von „praktischen“ Lösungsstrategien, da nur diese sich auch umsetzen lassen.

- Ist eine Person durch ihre Handlungen aber sehr gefährdet und nicht einsichts- und/oder entscheidungsfähig, können auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen notwendig sein.

Konkret bedeutet dies, ältere Menschen dabei zu unterstützen, dass die gesundheitspolitischen Maßnahmen, die jetzt gestartet wurden, umgesetzt werden und möglichst wenig negative Emotionen entstehen. Ziel wäre es, die aktuelle Situation als eine Krise zu sehen, die jedoch durch das eigene Verhalten beeinflusst werden kann und der man nicht hilflos ausgeliefert ist. Soziale Kontakte vermindern, Abstand zu anderen Menschen halten, regelmäßig die Hände waschen, Hygienemaßnahmen beachten, bei Symptomen die entsprechend der einzelnen Länder getroffenen Maßnahmen einhalten. Das ist die wichtigste Botschaft, dass man selbst etwas tun kann und nicht das Schicksal über einen hereinbricht. Dadurch reduziert man Unsicherheit und Angst und fördert Autonomie auch bei älteren Menschen. Schwierig ist die Situation für Menschen, die alleine leben, oder wo in der Partnerschaft leicht Konflikte auftreten, wenn man zu viel beisammen ist. Hier hilft es, sich selbst und auch der Partner*in Freiräume zu geben und nicht immer alles zusammen zu tun. Wichtig ist es dabei auch auf die Beziehungsgestaltung zu achten. Probleme ergeben sich dabei leicht, wenn ein Partnerteil eine sehr „ICH-orientierte Beziehung“ lebt. Alles sollte sich nach ihm/ihr richten (vgl. Gatterer, 2018c). Es kann nicht immer eine Person herrschen. Günstig erscheint hier eine Form der „Austauschbeziehung“ (Gatterer, 2018c), die aus einem gleichmäßigen Geben und Nehmen besteht. Dadurch reduziert man auch Konflikte. Auch das Besinnen auf eine „Bindungsorientierte Beziehung“, wie man sie vielleicht vor Jahren gelebt hat, wo man sich geliebt hat, kann hier helfen. Hier kann eine Krise auch dazu beitragen, eine eingefahrene entemotionalisierte „alternde Ehe“ wieder durch neue Aufgaben zu beleben und auch „Spaß auf Distanz“ zu haben.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Coronakrise stellt vor allem für ältere Menschen und deren soziales Umfeld eine besondere Herausforderung dar. Psychologische und psychotherapeutische Überlegungen können es hier den Betroffenen, aber auch deren sozialem Umfeld erleichtern, Lösungsansätze zu finden. Ziel ist die Akzeptanz der Krise und die Möglichkeit der möglichst positiven aktiven Auseinandersetzung. Grundlage hierfür ist eine gute Beziehungsgestaltung und gegenseitiges Verständnis sowie die Beachtung gesundheitspolitischer Vorgaben.

Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer
Schloßmühlgasse 22
A-2351 Wiener Neudorf
gerald@gatterer.at

LITERATUR

- Gatterer, G. (2015). *Ältere Menschen und moderne Technologien. Psychologische Aspekte.* In: Plechaty, M., Lang, F. (Hrsg.) *Ältere Menschen in der Mediengesellschaft.* Friedrich Alexander Universität Erlangen-Nürnberg. 72-80.
- Gatterer, G.; Blokesch, R. (2017). *Need oriented schemata and schema-therapy in old aged people (Abstract); Symposia EFPA19 and EFPA30. Facing the challenges of ageing populations – Contributions from Geropsychology – (Org.: Ferring D. EFPA-SC Geropsychology).* European Congress of Psychology, Amsterdam 2017.
- Gatterer, G. (2018a). *Umgang mit Krisen bei Demenz. Pflege Professionell. Das Fachmagazin.* 16. 73-78.
- Gatterer, G. (2018b). *Demenz Erkrankte in der Krise. Möglichkeiten der Deeskalation.* In: ÖGERN (Hrsg.) *Psychiatrische Notfälle im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit. Schriftreihe Ethik und Recht in der Notfallmedizin.* Bd.5. 107-116.
- Gatterer, G. (2018c). *Liebe, Partnerschaft und Sexualität im Alter. Psychologie in Österreich.* 4. 292-299.
- Gatterer, G. (2020). „Flexibilität nimmt im Alter ab“. Interview „Die Presse“ am 20.3.2020 von Karin Schuh. Der Psychologe und Psychotherapeut Gerald Gatterer klärt, warum Teile der älteren Generation uneinsichtig sind, was Rollenbilder und unsere Ängste damit zu tun haben.
- Young, J. E.; Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch.* Paderborn: Junfermann.

Care Work zu Hause

Die Versorgung von älteren Menschen durch osteuropäische Arbeitsmigrant_innen

Prof.in Dr.in Olivia Dibelius¹, Prof.in Dr.in Gudrun Piechotta-Henze²

¹ Evangelische Hochschule Berlin

² Alice Salomon Hochschule Berlin

PRÄAMBEL

Pflegende Angehörige tragen wesentlich dazu bei, dass bis heute noch etwa 70 Prozent der älteren Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf zu Hause leben können. Doch die Zahl der Singlehaushalte steigt an, die nachkommenden Generationen sind – und müssen im Kontext von Ausbildung und Berufstätigkeit – mobil sein. Frauen partizipieren zunehmend am Arbeitsmarkt und sind immer weniger in der Lage, die weiblich konnotierte Care Arbeit zu leisten. Gleichzeitig nimmt aber die Zahl der pflegebedürftigen Menschen zu, innerhalb von zehn Jahren ist sie von 2.247.000 (2007) auf 3.414.000 (2017) gestiegen (Radtke 2019a). Unterdessen bricht die Versorgung durch ausgebildetes (Alten-)Pflegepersonal ein. Das Institut der deutschen Wirtschaft in Köln schätzt, dass in der stationären Versorgung bis zum Jahr 2035 rund 307.000 Pflegekräfte in Deutschland fehlen werden. Insgesamt könnten bis 2035 im Pflegebereich knapp 500.000 Fachkräfte fehlen (Radtke 2019b).

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass sich ein neuer Markt der häuslichen Versorgung in wenigen Jahren etabliert hat: Die Vermittlung von Frauen, und wenigen Männern, die im Privathaushalt einen älteren Menschen über mehrere Wochen bis Monate versorgt und hier auch ein Zimmer mit Waschgelegenheit zur Verfügung gestellt bekommt.

Die Covid-19-Pandemie zeigt in aller Deutlichkeit, den Stellenwert der Care Work von Arbeitsmigrant_innen im Gesundheitswesen, in der Gesellschaft, in den Familien und für die einzelnen Menschen mit Unterstützungsbedarf.

CARE WORK ZU HAUSE

Für Care Work im Live-in-Arrangement ist weder eine berufliche Ausbildung notwendig noch deutsche Sprachkenntnisse. Der Bedarf ist groß. Helma Lutz konstatiert etwa, dass sie im Jahr 2000 noch keine Vermittlungsagentur gekannt hat, „stattdessen lief die Vermittlung vor allem über private Netzwerke. Mittlerweile gibt es aber über hundert dieser Agenturen.“ (Lutz 2015)

Da bisher keine Registrierung dieser Care Arbeiter_innen stattfindet, gibt es nur geschätzte Zahlen, die sich zwischen 150.000 und 300.000 bewegen. Der Verband für häusliche Betreuung und Pflege e.V. (VHBP) schätzt die Zahl auf 250.000 und Petermann et al. berechnen auf dieser Grundlage, dass bei 2,3 wechselnden Betreu-

ungspersonen im Haushalt „etwa 700.000 ausländische Betreuungspersonen“ in Deutschland pro Jahr tätig sind (Petermann et al. 2020, S. 99).

Diese Arbeitnehmer_innen werden zwar bezahlt, bekommen aber die Rolle der häuslich versorgenden Ersatztochter oder -schwiegertochter und stehen somit in der Tradition von Care Work als unsichtbar, zeitlich nicht limitiert und wenig wertgeschätzt. Nur so ist erklärbar, warum es keine genauen Zahlen von Care Worker_innen gibt und sie nicht im rechtlich geschützten Rahmen tätig sind, obwohl auch Deutschland die „Konvention 189“ zur Verbesserung der Situation von im Haushalt arbeitenden Migrantinnen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), einer Sonderorganisation der Vereinten Nationen, ratifiziert hat. Die Care Worker_innen befinden sich oftmals in prekären Arbeitsverhältnissen, auch wenn es durchaus Berichte und Untersuchungen gibt, die auf die Vorteile für die Arbeitnehmer_innen in den Privathaushalten verweisen (z.B. Kniejska, 2016). Andere Autor_innen, etwa Karakayali (2010), sprechen in ihren Untersuchungen von schutzlosen Verhältnissen, in denen die Frauen bei Überforderungen etwa im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen und Ansprüchen der Angehörigen, selbst bei sexuellen Übergriffen, keine psychosozialen und rechtlichen Beratungen nutzen können oder juristisch einklagbare Problemlösungen anstreben, da diese aussichtslos erscheinen.

Im Kontext der Covid-19-Pandemie zeigen sich nun die eklatanten Widersprüche:

- Auf der einen Seite leisten die Arbeitsmigrant_innen Care Work in einer alternierenden, bis heute familialistisch orientierten Gesellschaft. Sie verhindern, dass das stationäre und ambulante Altenpflegesystem kollabiert.
- Auf der anderen Seite werden die Arbeitsmigrant_innen und ihre Care Arbeit gesellschaftlich und politisch nicht oder kaum wahrgenommen. Nicht einmal ihre Anzahl wird erfasst.
- Einerseits wird großen Wert auf Pflegequalität gelegt, der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) kontrolliert die Qualität in ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen für ältere Menschen.
- Andererseits gibt es keinerlei Qualitätskriterien für die Tätigkeit der innerhäuslichen Versorgung älterer Menschen durch Care Worker_innen.
- Es existiert ein Arbeitszeitgesetz (ArbZG), das genau Ruhezeiten, Pausen, Bereitschaftsdienst etc. definiert.
- Aber die Care Worker_innen in ihrem Live-in-Arbeitsbereich sind von diesem Arbeitszeitgesetz praktisch aus-

genommen, da kaum jemand die Einhaltung kontrolliert und niemand definiert, ob etwa ein Aufstehen der Arbeitnehmer_in aufgrund von nächtlichem Rufen im Neben-zimmer eine Unterbrechung der Ruhezeit ist oder nicht.

„Mit großer Wucht“ und mit vielschichtigen Auswirkungen wird aktuell deutlich, dass nun die von (mittel- und osteuropäischen) Care Worker_innen geleistete Versorgung von älteren Menschen in ihren Haushalten den Angehörigen eine „Befreiung“ von der Pflegetätigkeit und in Folge dessen eine Berufstätigkeit erlaubt. Die Arbeitsmigrant_innen sind aufgrund der Grenzsicherungen und den damit einhergehenden Schwierigkeiten des Pendelns ausgereist oder werden noch nach Ostern ausreisen und können in absehbarer Zeit nicht mehr zurück. D. h. zahlreiche Familien und Angehörige in Deutschland stehen spätestens nach Ostern vor großen Problemen und müssen sich fragen, wer nun den älteren Menschen „rund um die Uhr“ betreut? Der „Pendelausnahmestatus“ für die Care Worker_innen funktioniert zwar an der deutschen Grenze, jedoch haben die Fahrer_innen der Minibusse und die Care Worker_innen mit einer Quarantäne in ihren Heimatländern zu rechnen, was die Rückkehr zusätzlich als unattraktiv erscheinen lässt. Bis dahin scheint ein Ausweg für die Angehörigen nicht in Sicht, außer die eigene Berufstätigkeit zu unterbrechen. Aufgrund der Pandemie und ihren Auswirkungen nehmen stationäre Langzeiteinrichtungen keine neuen Bewohner_innen auf, Tagesstätten sind geschlossen und ambulante Dienste schaffen es kaum noch die Klientel, die bereits vor der Pandemie von ihnen versorgt wurde, weiterhin zu pflegen.

Geworben wird um ehrenamtliche Helfer_innen, insbesondere auch für ältere Menschen, die alleine leben und die keine Angehörigen mehr haben. Diese ehrenamtlich tätigen Unterstützer_innen gibt es zweifellos, aber sie können nicht pflegen und ihr Engagement ist freiwillig und kann jederzeit beendet werden.

Nachhaltig ist zu fordern:

- Politik und Kommunen müssen den hohen Bedarf an Care im häuslichen Bereich erkennen und wertschätzen.
- Niedrigschwellige Leistungen im Sozialraum, kommunale Versorgung, Stärkung der häuslichen Milieus sind politisch zu fördern und politisch anzustreben (Schäfer et al. 2015).
- Eine aufsuchende Beratung ist für Menschen ab 70 Jahren durchzuführen.
- In den Kommunen und Stadtteilen werden Pflegestützpunkte und Anlaufstellen für ältere Menschen personell und finanziell aufgestockt und um die Vermittlung von registrierten Care-Worker_innen erweitert.
- Es werden Unterstützungsangebote sowohl für ältere Menschen als auch für die Care Worker_innen, z.B. im Hinblick auf Netzworkebildung und Freizeitangebote, geschaffen.
- Es ist eine Berufstätigkeit „Care Work in der Häuslichkeit“ auf dem 1. Arbeitsmarkt zu verorten. Rechtliche Vorgaben müssen die korrekte Einhaltung der Rechte und sozialen Belange der Arbeitnehmer_innen gewährleisten.
- Es wird ein Kompetenz- und Qualifikationsprofil für die Tätigkeiten in den Haushalten und im Umgang mit versorgungsbedürftigen Menschen erstellt. Dies setzt die Identifizierung von Bedarfen und Bedürfnissen älterer

Menschen und ihrer Angehörigen voraus. Darin eingeschlossen ist der „Abgleich“, welche Bedarfe seitens der ambulanten pflegerischen Versorgungseinrichtungen (ambulante Pflegedienste) abgedeckt werden und welche offen bleiben, die dann von der jeweiligen Betreuer_in erfüllt werden (müssen).

- Es müssen Ausbildungsrichtlinien und Qualifizierungsstandards entwickelt werden. Daran schließt sich die Entwicklung eines Tätigkeits- und Berufsprofils für diesen Arbeitsbereich an.
- Die Care Worker_innen müssen – mit einem Ausbildungsabschluss – besser bezahlt werden, erhalten mehr Anerkennung und haben einen sicheren Arbeitsplatz.
- An- und Zugehörige müssen sicher sein können, dass eine qualitativ hohe Versorgungsarbeit von ausgebildeten Care Worker_innen geleistet wird und somit die Lebensqualität der älteren Menschen zu Hause gewährleistet ist. Darüber hinaus findet durch sie eine psychosoziale Entlastung der An- und Zugehörigen statt.

Prof.in Dr.in Olivia Dibelius

Evangelische Hochschule Berlin
Teltower Damm 118-122
D-14167 Berlin
dibelius@eh-berlin.eu

Prof.in Dr.in Gudrun Piechotta-Henze

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
D-12627 Berlin
piechotta@ash-berlin.eu

LITERATUR

- Karakayali, J. (2010). *Transnational Haushalten. Biografische Interviews mit care workers aus Osteuropa*, Wiesbaden: VS.
- Kniejska, P. (2016). *Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen Pflege. Zwischen familiärer Nähe und beruflicher Distanz*. Wiesbaden: Springer VS.
- Lutz, H. (2015). *Ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten*. Abgerufen von <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/211011/interview-mit-helma-lutz> am 06.04.2020
- Petermann, A., Jolly G., Schrader, K. (2020). *Fairness und Autonomie in der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft – Ergebnisse einer empirischen Studie*. In B. Städtler-Mach & H. Ignatzki (Hrsg.), *Grauer Markt Pflege. 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte* (S. 99-121). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Radtke, R. (2019a). *Pflegebedürftige in Deutschland bis 2017*. Abgerufen von <https://de.statista.com/themen/785/pflege-in-deutschland/> am 06.04.2020.
- Radtke, R. (2019b). *Bedarf an Pflegekräften in Deutschland bis 2035*. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/> am 06.04.2020
- Schäfer, G., Brinkmann, D., Freericks, R., Kart, M. (2015). *Gestaltung und Wahrnehmung niedrigschwelliger Angebote für ältere Migranten im Stadtteil. Chancen für eine soziale Teilhabe im Kontext des freiwilligen Engagements*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 426-433.

Gefährdet die Covid-19-Pandemie die Stabilität häuslicher Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz? – eine Reflektion

Kerstin Köhler^{1,2}, Jan Dreyer^{1,2}, Iris Hochgraeber^{1,2}, Christiane Pinkert¹, Bernhard Holle^{1,2}

¹ Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Standort Witten

² Universität Witten-Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft

EINLEITUNG

Die Covid-19-Pandemie ist eine Herausforderung – für unsere gesamte Gesellschaft und für jeden Einzelnen: Es gilt, möglichst viele Menschen und besonders Risikogruppen, zu denen alte und chronisch kranke Menschen zählen (Wu & McGoogan, 2020), vor der neuartigen Virusinfektion zu schützen. Damit trifft die begrifflich bereits als Corona-Krise gefasste Pandemie in besonderer Weise die rund 3,8 Millionen Menschen in Deutschland, die am Jahresende 2018 im Sinne des SGB XI pflegebedürftig waren (Rothgang & Müller, 2019). Die meisten von ihnen – und dies gilt auch für die aktuell rund 1,6 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland (Alzheimer Europe, 2019) – leben in der eigenen Häuslichkeit und werden dort von versorgenden Angehörigen begleitet. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die nicht im selben Haushalt wie der versorgende Angehörige, sondern in einem eigenen Haushalt lebt, ist mit rund 56 % hoch (Ehrlich & Kelle, 2019). Diese Tendenz ist aufgrund der zunehmenden Arbeits- und Wohnortmobilität versorgender Angehöriger steigend (Franke et al., 2019). Auch in Bezug auf Menschen mit Demenz ist die Zahl der allein im eigenen Haushalt lebenden Personen nicht zu unterschätzen: Sie wurde in der multizentrischen Evaluationsstudie DemNet-D mit rund 21 % beziffert (Laporte Uribe, Wolf-Ostermann, Wübbeler, & Holle, 2017). In all diesen Versorgungsarrangements entsteht im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie ein Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit, Kontakte zum Schutz der Risikogruppen einzuschränken, und der Notwendigkeit von engmaschiger Unterstützung, um eine stabile Versorgungssituation in der Häuslichkeit sicherzustellen. Jegliche Art von häuslichen Versorgungsarrangements stabil oder überhaupt aufrechterhalten, stellt die Betroffenen im Augenblick vor größte Herausforderungen. Dieses Positionspapier reflektiert, inwiefern die Covid-19-Pandemie für die Gruppe der in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Demenz und die sie versorgenden Angehörigen eine Krise darstellt, die die Stabilität dieser Versorgungsarrangements gefährden kann.

DAS SoCA-Projekt: ANNÄHERUNG AN DAS KOMPLEXE PHÄNOMEN DER STABILITÄT HÄUSLICHER VERSORGUNGSARRANGEMENTS

Die meisten Menschen mit Demenz äußern den Wunsch, so lange wie möglich zuhause zu leben (von Kutzleben,

Schmid, Halek, Holle, & Bartholomeyczik, 2012). Das Herstellen einer stabilen Versorgungssituation in der Häuslichkeit ist daher ein handlungsleitendes Motiv von versorgenden Angehörigen (von Kutzleben, 2018) und ebenso Ziel staatlicher Sozial- und Gesundheitspolitik (Rothgang & Müller, 2019). Wissenschaftler*innen des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Witten entwickelten im Projekt SoCA (Stability of home-based Care Arrangements) eine Definition von Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements, die das Herstellen einer stabilen Situation als dynamischen Prozess konzipiert, der erfolgreich verläuft, wenn die Bedürfnisse und Bedarfe der Person mit Demenz und des versorgenden Angehörigen angemessen adressiert werden (von Kutzleben, Köhler, Dreyer, Holle, & Roes, 2017). Auf Basis dieser Definition wurde in einer Meta-Studie (Dreyer, Köhler, Hochgraeber, Holle, & von Kutzleben, 2018) eine Theorie mittlerer Reichweite (SoCA-Theorie) zum Phänomen der Stabilität erarbeitet, welche die für die Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements zentralen Konzepte identifiziert und deren Zusammenspiel beleuchtet. Auftretende Veränderungen im Versorgungsverlauf müssen durch den Angehörigen ausbalanciert werden, um das Arrangement zu stabilisieren. Ob dieses Ausbalancieren gelingt, wird geprägt vom Rollenverständnis des versorgenden Angehörigen, von der dyadischen Beziehung sowie von den dem Arrangement zur Verfügung stehenden Ressourcen. Der zyklische Prozess von Veränderung und Ausbalancieren ist eingebettet in einen kulturellen und gesellschaftlichen Kontext sowie beeinflusst durch das jeweilige Sozial- und Gesundheitssystem (Köhler, Dreyer, Hochgraeber, & Holle, 2019). Ein Ergebnisartikel zur SoCA-Theorie ist aktuell zum Review eingereicht (Köhler et al., 2020). Die Konzepte der SoCA-Theorie (nachfolgend einmalig fett hervorgehoben) werden für eine Reflektion möglicher Einflüsse der Covid-19-Pandemie auf die Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements genutzt.

BEZÜGE DER SoCA-THEORIE ZUM ERLEBEN DER COVID-19-PANDEMIE

Die Covid-19-Pandemie ist im Sinne der SoCA-Theorie eine massive **Veränderung**. Von einer abstrakten Nachricht aus dem fernen China, hat sich Covid-19 innerhalb weniger Wochen zu einem Phänomen entwickelt, das konkret den Alltag aller Menschen in Deutschland beeinflusst und in weiten Teilen der Bevölkerung Verunsicherung und

Ängste auslöst (COSMO-Konsortium, 2020). Veränderungen, die Versorgungsarrangements unvorhergesehen treffen, stellen grundsätzlich eine Herausforderung für deren Stabilität dar. Versorgende Angehörige müssen die Veränderungen durch die Covid-19-Pandemie, auf die sie unvorbereitet sind, ad hoc und auf unbestimmte Zeit **ausbalancieren**. Besonders herausfordernd dürfte diese Aufgabe in Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz sein, da viele Menschen mit Demenz kognitiv nur bedingt oder sogar gar nicht in der Lage sind, die notwendigen Veränderungen in ihrem Alltag zu verstehen.

Schon vor der Covid-19-Pandemie äußerten zahlreiche Angehörige, dass es schwerfällt, die **Bedürfnisse und Bedarfe** der Person mit Demenz sowie ihre eigenen Bedürfnisse angemessen zu decken (Zwingmann et al., 2019). Diese Situation kann sich aufgrund der Covid-19-Pandemie und der mit ihr einhergehenden Aufforderung, auf physische Kontakte weitestgehend zu verzichten, verschärfen. Besonders deutlich wird dies am Bedürfnis nach sozialer Inklusion, die einen wichtigen Aspekt sozialer Gesundheit darstellt (Dröes et al., 2017; Huber et al., 2011). Als Voraussetzungen sozialer Inklusion gelten soziale Beziehungen und Interaktion mit anderen sowie das Eingebunden-sein in lokale Gemeinschaften (Pinkert et al., 2019). Für Menschen mit Demenz ist das Aufrechterhalten sozialer Kontakte über Kommunikationsmedien wie das Telefon oder das Internet nur schwer möglich (Nygård & Starkhammar, 2003). Dies ist von besonderer Tragweite, da soziale Inklusion konstitutiv für die Identität und Lebensqualität von Menschen mit Demenz ist (Roes et al., 2018). Dagegen wird sozialer Kontakt trotz Ausgangsbeschränkungen zumindest für einen Teil der versorgenden Angehörigen möglich sein. In ihrer sozialen Inklusion können sie aber ebenfalls gefährdet sein. Darüber hinaus stehen Angehörige unter Umständen vor einem ethischen Dilemma: Wenn eine Demenz voranschreitet, sind Menschen mit Demenz immer weniger dazu in der Lage, ihre Bedürfnisse explizit zu äußern. Entscheidungen werden dann vermehrt von versorgenden Angehörigen getroffen. Diese müssen während der Covid-19-Pandemie das Bedürfnis des Menschen mit Demenz nach sozialer Inklusion und somit nach sozialer Gesundheit mit dem Bedürfnis nach physischer Gesundheit (Vermeiden einer Ansteckung mit Covid-19) abwägen. Offen ist, ob durch den medial vermittelten Aufruf, älteren Nachbarn Hilfe anzubieten (Ehmann, Stahnke, & Simmank, 2020), die soziale Inklusion eher zurückgezogen lebender Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen gegebenenfalls sogar steigen kann.

Die Rolle des **versorgenden Angehörigen** kann sich durch die Covid-19-Pandemie in gegensätzliche Richtungen verändern. Leben die Person mit Demenz und der versorgende Angehörige im selben Haushalt, gewinnt die Rolle als Hauptversorgungsperson an Intensität. Das Leben findet überwiegend zuhause statt. Auszeiten durch berufliche Tätigkeit, Nutzung von teilstationären oder zugehenden Versorgungsangeboten (z. B. Tagepflege, Besuchsdienst) sowie persönliche Begegnungen mit Freunden oder Hobbies entfallen weitgehend. Zusätzlich ist der Angehörige gefordert, weitere soziale Rollen neu auszutarieren. Vor allem für ver-

sorgende (Schwieger-)Kinder stellen ungewohnte Arbeitsroutinen im Homeoffice und ganztägige Kinderbetreuung gegebenenfalls eine zusätzliche Belastung dar. Leben die Person mit Demenz und der Angehörige in getrennten Haushalten, ist durch das Gebot der physischen Distanzierung die Versorgung des Menschen mit Demenz unter Umständen erschwert; eine Versorgung über größere Entfernungen – die generell eine große Herausforderung darstellt (Franke et al., 2019) – ist bedingt durch die geltenden Mobilitätsbeschränkungen vielleicht sogar unmöglich.

Die Entwicklung der Rolle des versorgenden Angehörigen zwischen den beiden Extremen maximaler Nähe und maximaler Distanz nimmt Einfluss auf die **dyadische Beziehung** zwischen der Person mit Demenz und ihrem Angehörigen sowie auf deren Qualität. Der Alltag im eigenen Zuhause kann sowohl sinnstiftend erlebt werden und zu einem Plus an gemeinsamer Zeit, besserer Kommunikation oder mehr emotionaler Nähe führen. Das Leben auf engem Raum kann aber auch Auslöser für Beziehungskonflikte sein. Weiterhin müssen eventuell gemeinsame Aktivitäten, die eine positive Beziehung fördern, wie z. B. ein Spaziergang oder der Besuch eines Alzheimer Cafés wegefallen. Da in Versorgungsverläufen bei Menschen mit Demenz die Reziprozität in der dyadischen Beziehung im Verlauf der Demenz in der Regel abnimmt (Ablitt, Jones, & Muers, 2009), sind vor allem die versorgenden Angehörigen gefordert, die durch Covid-19 bedingten Veränderungen in Bezug auf Nähe und Distanz und deren Implikationen für die Beziehungsqualität und das Rollenerleben auszubalancieren.

Um häusliche Versorgungsarrangements stabil zu gestalten, entwickeln versorgende Angehörige nicht selten komplexe Unterstützungsnetzwerke, die auf der Inanspruchnahme professioneller Dienste, aber auch auf informeller Hilfe aufbauen. Diese individuellen und teilweise komplexen Arrangements sind oft auf die Verfügbarkeit gewisser **Ressourcen** angewiesen. Zum einen sind dies Ressourcen, die durch die persönliche Situation und das private Umfeld der Angehörigen geprägt werden, wie etwa ausreichende finanzielle Mittel oder die Existenz eines sozialen Netzwerks an informellen Helfern wie Nachbar*innen oder Freund*innen. Zum anderen spielt die Verfügbarkeit professioneller Hilfen eine Rolle. Insbesondere in der ambulanten Pflege gab es auch schon vor der Covid-19-Pandemie erhebliche Personalengpässe (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2019). Diese Situation und die Schließung weiterer Versorgungsangebote für den häuslichen Bereich wie z. B. Tages- und Kurzzeitpflege führen unweigerlich zur Verschärfung der Versorgungssituation. Eine besondere Rolle spielen in vielen häuslichen Versorgungsarrangements die so genannten 24-Stunden-Betreuungskräfte, die meistens über Agenturen aus dem osteuropäischen Ausland an die Versorgungsarrangements vermittelt werden. Durch Grenzsicherungen oder Quarantäneanordnungen sind hier bereits die Folgen bis hin zum kompletten Wegfall der geplanten Unterstützung erkennbar. Insgesamt hat die Covid-19-Pandemie somit auch auf die für die Angehörigen zur Verfügung stehenden Ressourcen erhebliche Auswirkungen.

FAZIT

Die aktuelle Covid-19-Pandemie stellt für häusliche Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz mindestens eine große Herausforderung und unter Umständen sogar eine akute Krise dar und kann ihre Stabilität gefährden. Über lange Zeit erprobte und belastbare Unterstützungsnetzwerke und Dienstleistungen sind teilweise oder vollständig weggebrochen. Versorgende Angehörige müssen ihre Rolle als Hauptversorgungsperson wie auch die konkrete Versorgungssituation unter Hochdruck anpassen. In der aktuellen Situation ist es geboten, auf die komplexe Situation dieser speziellen und vulnerablen Versorgungsarrangements aufmerksam zu machen. Die schwierige Situation der ambulanten, pflegerischen Versorgung in der Häuslichkeit wird neben den Herausforderungen, die in Krankenhäusern und stationären Altenpflegeeinrichtungen aufgrund der Covid-19-Pandemie bestehen, nur marginal in der medialen Berichterstattung aufgegriffen. Es ist angemessen, von Krisen bedrohte Versorgungsarrangements zu identifizieren und ihnen im Sinne der Daseinsvorsorge auch durch öffentliche Stellen Unterstützung anzubieten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (bagso) und die Interessenvertretung „wir pflegen! e.V.“ (2020) haben dementsprechend konkrete Vorschläge formuliert, wie häusliche Versorgung stabilisiert werden kann.

Um die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements strukturiert erfassen und wissenschaftlich aufarbeiten zu können, benötigt man forschungsleitende, theoretische Vorannahmen und Modelle (Im, 2018). Die SoCA-Theorie bietet einen solchen theoretischen Rahmen an. Derzeit sind am DZNE weitere empirische Studien geplant, die auf der SoCA-Theorie aufbauen und die Situation von Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz in Zeiten einer weltweiten Pandemie untersuchen werden. Theorien mittlerer Reichweite eignen sich darüber hinaus dafür, Handlungsleitlinien für die Versorgungspraxis abzuleiten (Liehr & Smith, 2017). Demnach können die mit den Konzepten der SoCA-Theorie adressierten Handlungsfelder von der Versorgungspraxis genutzt werden, um individuellen Beratungs- und Interventionsbedarf dieser Versorgungsarrangements erfassen und Anpassungen begleiten zu können.

Die Covid-19-Pandemie zeigt wie unter einer Lupe, in welchen Bereichen die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz rasch an ihre Grenzen gerät und wo betroffene Familien bislang zu wenig stabilisierende Hilfe erfahren. Sowohl die Weiterentwicklung der Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, als auch die Ausgestaltung robuster, professioneller Unterstützungsangebote wird der politische und gesellschaftliche Auftrag in den Zeiten nach der Krise sein.

Kerstin Köhler

Stockumer Str. 12

D-58453 Witten

kerstin.koehler@dzne.de

LITERATUR

- Ablitt, A., Jones, G. V., & Muers, J. (2009). Living with dementia: a systematic review of the influence of relationship factors. *Aging Ment Health*, 13(4), 497-511. doi:10.1080/13607860902774436
- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019 - Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Abgerufen von: <https://www.alzheimer-europe.org/content/download/195515/1457520/file/FINAL%2005707%20Alzheimer%20Europe%20yearbook%202019.pdf> am 07.04.2020
- BAGSO, & wir pflegen e. V. (2020). *Vorschläge zum Schutz und zur Sicherung der häuslichen Pflege in der Corona-Pandemie*. Abgerufen von: https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/01_News/Aktuelles/2020/Massnahmen_zur_Corona-Soforthilfe_fuer_die_haesusliche_Pflege.pdf am 07.04.2020
- COSMO-Konsortium. (2020). *COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO)*. Abgerufen von: https://cosmo.sciencemediacenter.de/#11_ergebnisse_der_aktuellen_welle am 07.04.2020
- Dreyer, J., Köhler, K., Hochgraeber, I., Holle, B., & von Kutzleben, M. (2018). Stability of home-based care arrangements for people living with dementia: protocol of a meta-study on mixed research. *BMJ Open*, 8, e021156. doi:10.1136/bmjopen-2017-021156
- Dröes, R. M., Chattat, R., Diaz, A., Gove, D., Graff, M., Murphy, K., ... Charras, K. (2017). Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging & Mental Health*, 21(1), 4-17. doi:10.1080/13607863.2016.1254596
- Ehmann, A., Stahnke, J., & Simmank, J. (2020). Jetzt kommt es auf Sie an! Abgerufen von: <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-03/massnahmen-coronavirus-persoendlich-hygiene-schutz#hilfe-aeltere> am 07.04.2020
- Ehrlich, U., & Kelle, N. (2019). Pflegende Angehörige in Deutschland. *Zeitschrift für Sozialreform*, 65(2), 175-203. doi:10.1515/zsr-2019-0007
- Franke, A., Kramer, B., Jann, P. M., van Holten, K., Zentgraf, A., Otto, U., & Bischofberger, I. (2019). Aktuelle Befunde zu „distance caregiving“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(6), 521-528. doi:10.1007/s00391-019-01596-2
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... van der Meer, J. W. (2011). How should we define health? *Bmj*, 343, d4163.
- Im, E.-O. (2018). Theory Development Strategies for Middle-Range Theories. *Advances in Nursing Science*, 41(3), 275-292. doi:10.1097/ans.0000000000000215
- Köhler, K., Dreyer, J., Hochgraeber, I., & Holle, B. (2019, 23.05.2019-25.05.2019). Stability of home-based care arrangements for people living with dementia: A midrange theory developed from a meta-study on mixed research. Paper presented at the International Association of Gerontology and Geriatrics European Region Congress 2019 (IAGG-ER 2019), Gothenburg, Sweden.
- Köhler, K., Dreyer, J., Hochgraeber, I., von Kutzleben, M., Pinkert, C., Roes, M., & Holle, B. (2020). Stability of home-based care arrangements for people living with dementia: Development of a middle-range theory based on a meta-study on mixed research. *Dementia, under review*.
- Laporte Uribe, F., Wolf-Ostermann, K., Wübbeler, M., & Holle, B. (2017). Care Arrangements in Dementia Care Networks: Findings From the DemNet-D Study Baseline and 1-Year Follow-Up. *Journal of aging and health*, 30(6), 882-903. doi:10.1177/0898264317696778

- Liehr, P., & Smith, M. J. (2017). *Middle Range Theory: A Perspective on Development and Use*. *Advances in Nursing Science*, 40(1), 51–63. doi:10.1097/ANS.0000000000000162
- Nygård, L., & Starkhammar, S. (2003). *Telephone use among non-institutionalized persons with dementia living alone: Mapping out difficulties and response strategies*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 239–249. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00177.x
- Pinkert, C., Köhler, K., von Kutzleben, M., Hochgräber, I., Cavazzini, C., Völz, S., . . . Holle, B. (2019). *Social inclusion of people with dementia – an integrative review of theoretical frameworks, methods and findings in empirical studies*. *Ageing and Society*, 1–21. doi:10.1017/S0144686X19001338
- Roes, M., Bieber, A., Burbaum, J., Dichter, M. N., Fröhlich, B., Gille, G., . . . Purwins, D. (2018). *Der Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. In D. N. f. Q. i. d. P. (DNQP) (Ed.), *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck einschließlich Kommentierung und Literaturstudie*. (pp. 24–69). Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).
- Rothgang, H., & Müller, R. (2019). *BARMER Pflegereport 2019 - Ambulantisierung der Pflege*. Abgerufen von: <https://www.barmer.de/blob/215396/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/data/dl-barmer-pflegereport-2019.pdf> am 07.04.2020
- von Kutzleben, M. (2018). *Häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz - Rekonstruktion des Versorgungshandelns informeller Versorgungspersonen im Zeitverlauf*. Weinheim: Beltz Juventa.
- von Kutzleben, M., Köhler, K., Dreyer, J., Holle, B., & Roes, M. (2017). *Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz. Entwicklung und Konsentierung einer Definition von Stabilität durch Expertenfokusgruppen*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(3), 210–218. doi:10.1007/s00391-015-0990-0
- von Kutzleben, M., Schmid, W., Halek, M., Holle, B., & Bartholomeyczik, S. (2012). *Community-dwelling persons with dementia: What do they need? What do they demand? What do they do? A systematic review on the subjective experiences of persons with dementia*. *Aging & Mental Health*, 16(3), 378–390. doi:10.1080/13607863.2011.614594
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). *Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention*. *Journal of the American Medical Association*. doi:10.1001/jama.2020.2648
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2019). *Fachpersonen Mangel in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer ZQP-Befragung*. Abgerufen von: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Kurzbericht-Personalmangel-Ambulant.pdf> am 07.04.2020
- Zwingmann, I., Michalowsky, B., Esser, A., Kaczynski, A., Monsees, J., Keller, A., . . . Hoffmann, W. (2019). *Identifying Unmet Needs of Family Dementia Caregivers: Results of the Baseline Assessment of a Cluster-Randomized Controlled Intervention Trial*. *Journal of Alzheimer's Disease*, 67(2), 527–539. doi:10.3233/jad-180244

Positionspapier: Schutz chronisch kranker Menschen vor COVID-19 – eine Aufgabe für mehr als ein paar Monate!

Dr. Daniela Schmitz¹, Manfred Fiedler¹

¹ Universität Witten-Herdecke

AUSGANGSSITUATION

Am 11. März 2020 rief die Weltgesundheitsorganisation angesichts der epidemischen Ausweitung der COVID-19 eine Pandemie aus. Im Januar war die erstmalig im November 2019 in China identifizierte Virusinfektion des Atemwegsystems in Europa angekommen, breitete sich zunächst ungestört aus. In Deutschland wurden ab dem 13. März 2020 sukzessiv Maßnahmen zur flächendeckenden Eindämmung der Ausbreitung ergriffen, die in einer allgemeinen Kontaktsperre und einem sozialen und wirtschaftlichen Shutdown mündeten.

Erste Erkenntnisse über den Verlauf der Erkrankung gab es aus Wuhan/China, das den offiziellen Peak der Erkrankungen bereits zu dem Zeitpunkt erreichte, als Europa und andere Teile der Welt erst am Anfang standen. Außerhalb Chinas galt Italien frühzeitig als Hotspot. Erste Studienergebnisse zu epidemiologischen Verläufen beziehen sich daher auf Patienten aus diesen beiden Ländern (Zhou et al. 2020; Wu und McGoogan 2020; Wu et al. 2020; Onder et al. 2020). Schnell wird deutlich, dass das Risiko, schwer oder kritisch zu erkranken bis hin zum fatalen Verlauf vor allem Menschen mit Vorerkrankungen (etwa Diabetes Mellitus, Kardiovaskuläre Erkrankungen, Multiple Sklerose und Krebserkrankungen) trifft. Da die Vorerkrankungen nicht selbst unmittelbar letal sind, ist, auch bei Palliativpatienten, von einem Vorversterben durch eine COVID-19 auszugehen. Weil Alter und chronische Erkrankungen assoziiert sind (RKI 2017), ist das Durchschnittsalter der Verstorbenen in den untersuchten Kohorten sehr hoch. Wenig wissen wir über das Durchschnittsalter der Verstorbenen ohne Vorerkrankungen, sodass wir bisher nicht sagen können, dass das Alter als solches ein Risiko darstellt. Es lässt sich vermuten, dass allgemeine Risiken wie mäßiges bis starkes Übergewicht oder Rauchen altersunabhängig das Risiko erhöhen (Madjid et al. 2020; Wang et al. 2020). Im Fokus steht auch die iatrogene Übertragung des Virus an Patienten im Kontext des Überlaufs akutstationärer Einrichtungen mit COVID-19-Patienten (Nacoti et al. 2020).

Die bisherigen Maßnahmen der sozialen Distanzierung beinhalten keine explizite Strategie, die besonders darauf gerichtet ist, auf den Schutz besonders bedrohter Personengruppen zu fokussieren, sondern vor allem darauf die Zahl der Neuinfektionen allgemein zu reduzieren. Dabei erhebt sich die Frage, ob und wann es eine Exit-Strategie aus den bisherigen Maßnahmen gibt, und worauf diese beruht.

Die Verfügbarkeit eines wirksamen Impfstoffs, wird nach gedämpft realistischen Prognosen bis zum Frühjahr 2021 erreichbar (World Health Organisation (WHO) 2020). Die Zulassung von Off-Label-Medikamenten (insbes. Remdesivir und Chloroquin) ist in der klinischen Erprobung, nachdem Sie unter Laborbedingungen und in Tierversuchen positive Ergebnisse zeigten (Hoffmann 2020; Kalil 2020). Erste vorsichtige Ergebnisse lassen geringere Letalität und weniger Lungenversagen erwarten. Allerdings sind sie je nach Vorerkrankung nicht für alle gleich geeignet (individuelle Unverträglichkeit). Vielversprechend ist in ersten Studien von Kleinstkohorten die Gabe von Rekonvaleszenz-Plasma, die womöglich das Wachstum des Virus im Körper hemmen oder verlangsamen und dadurch die Zeit für die körpereigene Immunreaktion erhöhen könnten (Shen et al. 2020). Wenn verfügbar, könnten diese Medikamente das Letalitätsrisiko senken und schwere Verläufe mildern. Dennoch bleibt das deutlich erhöhte Risiko für chronisch Kranke bestehen, zumal unklar ist, in welchem Umfang jeweils die fatalen Ereignisse durch das Virus selbst, also etwa Lungenentzündung, oder durch die progressive Wirkung auf die chronische Grunderkrankung, z. B. Herz-Kreislaufversagen, verursacht ist.

Die Rückkehr zu gesellschaftlicher Normalität muss deshalb die besondere Herausforderung des Schutzes von Menschen mit chronischen Einschränkungen berücksichtigen. Auch bei Rücknahme der Maßnahmen des Social Distancing, wird die soziale Offenheit insbesondere für Menschen mit chronischen Einschränkungen im Verständnis einer Schutzquarantäne eingeschränkt bleiben. Das gesellschaftliche Ziel muss es dabei sein, einen dauerhaften Schutz der Gesundheit von Menschen mit chronischen Einschränkungen ohne Begrenzung von Persönlichkeits- und Freiheitsrechten, insbesondere ohne soziale Stigmatisierung sicherzustellen. Es bedarf also im Rahmen einer Exitstrategie für die unterschiedlichen Settings risikoadjustierte Konzepte.

DIE BEDINGUNGEN IN DEN UNTERSCHIEDLICHEN VERSORGUNGSSETTINGS

Schon sehr frühzeitig belegen Ausbrüche in Pflegeheimen, so in einem Pflegeheim in Kirkland, USA (Arentz et al. 2020), das hohe Gefahrenpotenzial eines intrainstitutionellen Ein-

schleppens des Virus, die jeweils in häufig kurzer Zeit zu zweistelligen Todesfällen führen können. Angesichts einer hohen Krankenhaushäufigkeit von Pflegebedürftigen stellen iatrogen erworbene Infektionen mit COVID-19 sowohl im institutionellen Setting, aber auch in der ambulanten pflegerischen Versorgung ein hohes Verbreitungsrisiko dar. Pflegeheime stellen ein vergleichsweise gut kontrollierbares Setting dar, da die Zugänge von Bezugspersonen – also Angehörige und Pflegepersonen – gestaltbar sind, vor allem in Hinsicht auf individuelle Schutzmaßnahmen. Weniger im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit steht das häusliche Setting, insbesondere mit Blick auf die pflegerische und nicht-pflegerische Versorgung im Alltagsverlauf. Die Zugänge in das häusliche Umfeld sind vielfältig und zunächst nicht gut zu steuern. Hinzu kommen Aspekte der sozialen Isolation, insbesondere dann, wenn Pflegepersonen nicht im Haushalt leben. Je nach Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit des chronisch kranken Menschen nehmen Angehörige, also Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, in einer Zeit des mehr oder minder strikten Social Distancing eine noch bedeutendere Rolle für die Alltagsgestaltung ein.

JETZIGE UND ZUKÜNFTIGE MASSNAHMEN

- Trotz aller Einschränkungen bedarf es multiprofessioneller Abstimmungen und Zusammenarbeit. Gerade mit Blick auf die Patientensicherheit sind rechtzeitige Informationen über Betroffene an die weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen essentiell, um Versorgungsbrüche zu vermeiden und Schnittstellen zu optimieren (vgl. Feuerstein 1993). Hinzu kommt die Klärung und Zuständigkeit für pandemiebezogene neue Aufgaben, beispielsweise sieht die Sozialarbeit sich als Konzeptualisierer von Katastrophenhilfe (vgl. Schmitt 2020) und die Geriatrie mit ihrer Expertise zum Delirmanagement, da auf COVID-19 Stationen stark delirfördernde Bedingungen resultieren (vgl. Gosch et al. 2020).
- Durch die Notwendigkeit der dauerhaften Durchführung von Körperschutzmaßnahmen entstehen vor allem bei den Übergängen zwischen den zu Pflegenden zusätzliche Rüstzeiten für das An- und Ablegen von Schutzkleidung und aufwändigere Hygienemaßnahmen. Diese Zeiten sind planerisch zu berücksichtigen. Da bereits ohne Krise in allen Settings Engpässe bei der Rekrutierung pflegerischen Personals bestehen, muss diskutiert werden, wie die dadurch entstehenden Zeitlücken geschlossen werden können. Die Bundesregierung hat im „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ nur vorgesehen, dass Pflegekräfte und ausgewählte pflegenähe Berufe in Fällen, in denen ärztliche Leistung verzichtbar erscheint, heilkundliche Leistungen erbringen können. Dieser Blick auf die zusätzliche Verknappung ärztlicher Leistungsfähigkeit übersieht, dass das in ebensolchem Maße auch für die pflegerische Leistungsfähigkeit gilt. Berücksichtigt werden muss auch, dass Pflegekräfte in stetigem Kontakt mit Erkrankten mit und ohne COVID-19 sind und damit einem wesentlich höheren Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind. Dieses erhöhte Risiko, sich und die eigene Familie zu infizieren, sowie die Einschränkungen sozialer Kontakte im Team stellt neben der psychischen Belastung durch die Arbeitslast einer steigenden Zahl von Patienten mit schweren und kritischen Verläufen eine zusätzliche Belastung durch COVID-19 dar (Petzold et al. 2020).
- Die bisherige Diskussion, dass innerhalb und zwischen den Versorgungssettings Personal hin- und herwechselt ist nur so lange tragfähig, wie der Druck aus dem Infektionsgeschehen gering ist. In einer Exitstrategie ist zudem zu berücksichtigen, dass verschobene Interventionen nachgeholt werden, so dass sowohl innerhalb etwa des akutstationären Settings, als erst recht zwischen den Settings mittelfristig Kompensationsmöglichkeiten wegfallen.
- Im COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetz ist pauschal, wenn auch nur bis September 2020 vorgesehen, dass zusätzliche Kosten aufgrund der COVID-19-Pandemie durch die Pflegekassen vergütet werden sollen. Prinzipiell kann damit über eine ergänzende begleitende Pflegeassistenz diskutiert werden, die ggfs. auch aus anderen Versorgungssettings rekrutiert werden kann, die aktuell nicht voll ausgelastet sind.
- Die im o.g. Schutzgesetz vorgesehene Durchführung heilkundlicher Leistung durch Pflege- und andere Gesundheitsfachberufe verlangt eine Eignung durch Ausbildung und Berufserfahrung und eine anschließende Kommunikation mit dem behandelnden oder zuständigen Arzt. Insgesamt ist sie rechtlich unspezifisch formuliert und verlangt für eine sichere Handhabung eine grundsätzliche interprofessionelle Abklärung, die auf der Bewertung berufsrechtlicher und berufsethischer Grundlagen beruht.
- Die Zunahme des Anteils alleinlebender Älterer führt zu einer zunehmenden Vereinsamung, die in nicht geringem Maße zu der hohen Prävalenz von Altersdepression beiträgt. Das aktuelle Social Distancing, aber auch bei dessen selektiver Lockerung, fortgesetzte sozial behütende Schutzmaßnahmen für Risikogruppen verstärken diese und können selbst als behütende Quarantäne zu dauerhaften traumatischen Erfahrungen führen (Brooks et al. 2020). Um diesem zu begegnen sind Kompetenzen aus sozialer Arbeit, sozialpflegerische und familienpflegerische Arbeit notwendig.
- Von Bedeutung ist die unmittelbare, der individuellen Erkrankung angemessene kommunikative Begleitung, gerade um die mehr oder minder intensive Schutzquarantäne und ihre Konsequenzen verständlich zu machen. Sie darf gegenüber den zu Schützenden nicht als Zwangsmaßnahme erscheinen.
- Neben kontrollierten (etwa durch verfügbare Schnelltests) und geschützten Zugängen (Schutzkleidung, Personenzahlbegrenzung) bieten sich, um soziale Kontakte zwischen Außen- und Innenstehenden eines Haushaltes oder einer Institution zu ermöglichen, digitale Kommunikationswege an. Im Rahmen eines digitalen assistierten Netzwerks (vgl. Karafilidis 2017) sollten erweiterte Konzepte verfolgt werden. Dies gilt, da Soziale Medien, wie WhatsApp oder Skype eher für die jüngeren Generationen der Älteren und mit Blick auf die Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistern, datenschutzrechtlich ungeeignet. Ältere benötigen Unterstützung in der Anwendung, daher ist der Rückgriff auf die Familie notwendig, wo nicht möglich, auf professionelle, insbesondere

familienpflegerische Beratung. Ehrenamtliche Helfernetze können eine sinnvolle Ergänzung sein, bringen jedoch potenzielle Gefährdungen in den Haushalt. Im stationären Bereich könnten Betreuungskräfte sofern sie noch die Einrichtungen betreten dürfen, bei der Kommunikation über digitale Medien unterstützen. Weitere Ansätze gegen die Vereinsamung, etwa die durch sozial- und familienpflegerische Assistenz ermöglichen Teilnahme an digitalen Aufzeichnungen von Theaterstücken oder Konzerten, Seniorengymnastikkurse über Streamingdienste, ebenso Gemeinschaftsspiele oder virtuelle Gottesdienste (vgl. Brooke und Jackson 2020). Ziel ist es, die durch das Social Distancing hervorgerufene soziale Isolation und Vereinsamung zu reduzieren, die sonst zu physischen und oder psychischen Einschränkungen führen oder diese vertiefen kann.

- Bei Seh- oder Höreingeschränkten sowie stark dementen Betroffenen gibt es für digitale Medien jedoch Grenzen, und sie können analoge Möglichkeiten noch nicht ersetzen, zumal der Zugang zu digitalen Medien zusätzlich erschwert ist (Hirt et al. 2019). Um Menschen mit chronischen Einschränkungen Selbstbestimmung und dabei besonders soziale Eingebundenheit im Sinne der Selbstbestimmungstheorie (vgl. Deci und Ryan 1993) erfahrbar zu machen, bieten sich auch die klassischen Medien Briefe oder Sendungen per Post an, um ein Gefühl von Eingebundenheit zu vermitteln.

Link (Link 2006) hat den Begriff der statistischen Normalität geprägt. Wir könnten also mit einer gewissen altersgruppenbezogenen Letalität leben, weil sie statistisch normal ist. Es trifft auf den ersten Blick Menschen, die aufgrund ihrer chronischen Einschränkungen als gesellschaftlich wenig ‚produktiv‘ gelten, und bei denen erwartet werden kann, dass die restliche Lebenserwartung geringer ist (als im statistischen Durchschnitt). So betrachtet verbindet sich statistische Normalität mit Normativität, sie wird die gewünschte Normalität. Wenn wir uns mit Link als ‚mensenwürdeverpflichtete(...) Normativisten‘ (Link 2006, S.328) verstehen, ist auch in der Pandemie das Ziel eines würdevollen Umgangs mit den besonders Betroffenen höchste Priorität des professionellen und politischen Handelns.

Manfred Fiedler

Universität Witten-Herdecke
Department für Humanmedizin
Stockumer Straße 12
D-58453 Witten
Manfred.Fiedler@uni-wh.de

LITERATURVERZEICHNIS

- Arentz, Matt; Yim, Eric; Klaff, Lindy; Lokhandwala, Sharukh; Riedo, Francis X.; Chong, Maria; Lee, Melissa (2020). Characteristics and Outcomes of 21 Critically Ill Patients With COVID-19 in Washington State. In: JAMA. DOI: 10.1001/jama.2020.4326.
- Brooke, Joanne; Jackson, Debra (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. In: Journal of clinical nursing. DOI: 10.1111/jocn.15274.
- Brooks, Samantha K.; Webster, Rebecca K.; Smith, Louise E.; Woodland, Lisa; Wessely, Simon; Greenberg, Neil; Rubin, Gideon James (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. In: The Lancet 395 (10227), S. 912–920. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Deci, Edward L.; Ryan, Richard M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik ;. The theory of self-determination of motivation and its relevance to pedagogics. In: Zeitschrift für Pädagogik 39 (2), S. 223–238.
- Feuerstein, Günter (1993). Systemintegration und Versorgungsqualität. In: Bernhard Badura, Günter Feuerstein, Schott und Thomas (Hg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa-Verl. (Gesundheitsforschung), S. 41–67.
- Gosch, M.; Singler, K.; Kwetkat, A.; Heppner, H. J. (2020). Geriatrie in Zeiten von Corona. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. DOI: 10.1007/s00391-020-01725-2.
- Hirt, Julian; Burgstaller, Melanie; Zeller, Adelheid; Beer, Thomas (2019). Needs of people with dementia and their informal caregivers concerning assistive technologies. In: Pflege 32 (6), S. 295–304. DOI: 10.1024/1012-5302/a000682.
- Hoffmann, Christian (2020). Coronavirus-SARS-CoV-2-Antivirale-Wirkstoffe-auf-dem-Prüfstand. In: Deutsches Ärzteblatt 117 (11), A540–542. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/213027/Coronavirus-SARS-CoV-2-Antivirale-Wirkstoffe-auf-dem-Pruefstand>, zuletzt geprüft am 08.04.2020.
- Kalil, Andre C. (2020). Treating COVID-19-Off-Label Drug Use, Compassionate Use, and Randomized Clinical Trials During Pandemics. In: JAMA. DOI: 10.1001/jama.2020.4742.
- Karafilidis, Athanasios (2017). Synchronisierung, Kopplung und Kontrolle in Netzwerken. Zur sozialen Form von Unterstützung und Assistenz. In: Peter Biniok und Eric Lettkemann (Hg.): Assistive Gesellschaft. Multidisziplinäre Erkundungen zur Sozialform "Assistenz". Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Öffentliche Wissenschaft und gesellschaftlicher Wandel), S. 27–58.
- Link, Jürgen (2006). Zum Anteil des Normalismus an der Problematik von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung in der Biomedizin. Zehn Thesen. In: Pflege und Gesellschaft 11 (4).
- Madjid, Mohammad; Safavi-Naeini, Payam; Solomon, Scott D.; Vardeny, Orly (2020). Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System. JAMA Cardiology. DOI: 10.1001/jamacardio.2020.1286?utm_campaign=articlePDF%26utm_medium=articlePDFlink%26utm_source=articlePDF%26utm_content=jamacardio.2020.1286.
- Nacoti, Mirco; Ciocca, Andrea; Giupponi, Angelo; Brambillasca, Pietro, Lussana, Federico; Pisano, Michele et al. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. NEJM Group, Massachusetts Medical Society. (Nejm Catalyst). Online verfügbar unter <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0080>, zuletzt geprüft am 23.03.2020.

- Onder, Graziano; Rezza, Giovanni; Brusaferro, Silvio (2020). Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. In: JAMA. DOI: 10.1001/jama.2020.4683.
- Petzold, Moritz Bruno; Plag, Jens; Ströhle, Andreas (2020). Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. In: Der Nervenarzt. DOI: 10.1007/s00115-020-00905-0.
- RKI (2017). Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten in Deutschland.
- Schmitt, Caroline (2020). COVID-19. In: Sozial Extra 2, S. 159. DOI: 10.1007/s12054-020-00284-5.
- Shen, Chenguang; Wang, Zhaoqin; Zhao, Fang; Yang, Yang; Li, Jinxiu; Yuan, Jing et al. (2020). Treatment of 5 Critically Ill Patients With COVID-19 With Convalescent Plasma. In: JAMA. DOI: 10.1001/jama.2020.4783.
- Wang, Tianbing; Du, Zhe; Zhu, Fengxue; Cao, Zhaolong; An, Youzhong; Gao, Yan; Jiang, Baoguo (2020). Comorbidities and multiorgan injuries in the treatment of COVID-19. In: The Lancet 395 (10228), e52. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30558-4.
- World Health Organisation (WHO) (2020). A Coordinated Global Research Roadmap: 2019 Novel CoronaVirus. Hg. v. World Health Organisation (WHO). Genf. Online verfügbar unter https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Coronavirus_Roadmap_V9.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2020.
- Wu, Chaomin; Chen, Xiaoyan; Cai, Yanping; Xia, Jia'an; Zhou, Xing; Xu, Sha et al. (2020). Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. In: JAMA internal medicine. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.0994.
- Wu, Zunyou; McGoogan, Jennifer M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. In: JAMA. DOI: 10.1001/jama.2020.2648.
- Zhou, Fei; Yu, Ting; Du, Ronghui; Fan, Guohui; Liu, Ying; Liu, Zhibo et al. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. In: The Lancet 395 (10229), S. 1038–1047. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30606-1.

Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierte Gewalt

Erstversorgung unter Bedingungen der Sars-CoV-2-Pandemie

Laurette Rasch¹, Lena Plamp¹, Hürrem Tezcan-Güntekin^{1,2}

¹ Berlin School of Public Health, Charité Berlin

² Alice Salomon Hochschule Berlin

Einrichtungen der Notfallversorgung sind relevante Schnittstellen um Menschen, die Gewalt in Paarbeziehungen und/ oder sexualisierte Gewalt erleben, zu erkennen und Versorgung zu gewährleisten.

Nicht nur zu Zeiten der Sars-CoV-2-Pandemie sind Anforderungen, welche an Gesundheitspersonal gestellt werden, hoch. Die Versorgung von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/ oder sexualisierter Gewalt stellt schon unter Alltagsbedingungen für Gesundheitspersonal eine zeitaufwendige Anforderung dar.

Betroffenenorientierte, vertrauliche und umfassende Versorgung ist eine wichtige Aufgabe der Notfallversorgung, welche unter Bedingungen von „social distancing“ besondere Bedeutung hat.

Gesundheitsfachkräfte sind überwiegend Frauen*, viele Frauen* erleben Gewalt in Paarbeziehungen und/ oder sexualisierte Gewalt. Anerkennung dieser Alltagsrealität am Arbeitsplatz, sowie förderliche Arbeitsbedingungen sind notwendig, um die Arbeitsfähigkeit von Gesundheitspersonal zu erhalten und Bedingungen zur bestmöglichen Versorgung von Patient*innen zu schaffen.

Eine Aufgabe von Gesundheitspolitik und Leistungserbringern ist es, Arbeitsbedingungen zu garantieren und Kompetenzen zu vermitteln, die es ermöglichen, auf die Bedarfe einer diversen Bevölkerung einzugehen. Auch in Ausnahmesituationen kann dann auf bestehende Strukturen zurückgegriffen werden, um bestmögliche Versorgung von Menschen nach Gewalt in Paarbeziehungen und/ oder sexualisierter Gewalt und gegebenenfalls mitbetroffenen Kindern und Jugendlichen oder anderen abhängigen Personen, zu ermöglichen.

Der sogenannte Pandemieplan der WHO sieht vor, dass Sofortmaßnahmen, die Rechte von Einzelnen und bürgerliche Freiheiten einschränken, „notwendig, angemessen, verhältnismäßig, gerecht, nicht diskriminierend und in voller Übereinstimmung mit den nationalen und internationalen Gesetzen“ (WHO, 2017a) sein müssen. Das Risiko zunehmender Gewalt in engen sozialen Beziehungen und/ oder sexualisierte Gewalt im Kontext der Pandemie wird in dieser Orientierungshilfe der WHO nicht erwähnt.

Laut Schätzungen der WHO hat weltweit eine von drei Frauen* physische und/ oder sexualisierte Gewalt durch Partner*innen oder sexualisierte Gewalt außerhalb der Partner*innenschaft erlebt (WHO, 2013a). Eine hohe Dunkelziffer nicht gemeldeter Vorkommnisse wird angenommen (Agentur der Europäischen Union für Grundrechte,

2014; BMFSFJ, 1999). Grundsätzlich haben ungleiche Geschlechterverhältnisse und patriarchale Normen Auswirkungen auf Risiko- und protektive Faktoren in Bezug auf Gewalt in Paarbeziehungen und/ oder sexualisierte Gewalt (Peterman et al, 2020). Die Auswirkungen auf Menschen, welche negativ von Rassismus betroffen sind, geflüchtete Menschen, Menschen in Obdachlosigkeit, Menschen mit Behinderungen, Menschen, die in Heimen/Unterkünften/ Gefängnissen leben, ältere Menschen, Sexarbeiter*innen, LGBTIQ* und Menschen in gleichgeschlechtlichen Partner*innenschaften, auf Kinder und Jugendliche als Betroffene und Mitbetroffene, sowie intersektional betroffene Menschen sind entsprechend zu berücksichtigen (TGEU, 2020; BMFSFJ, 1999; BMFSFJ, 2012; Sweetapple et al, 2020; UNAIDS, 2020; Fraser, 2020).

Aus Beobachtungen anderer Ausnahmezustände lässt sich ableiten, dass auch Auswirkungen für die Bevölkerung in Form von Gewalt in Paarbeziehungen und/ oder sexualisierter Gewalt zu erwarten sind (Fraser, 2020). Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Aufforderung, sich überwiegend im privaten Raum aufzuhalten („social distancing“) (Peterman et al, 2020; UNFPA, 2020; WHO, 2020b). Durch die Sars-CoV-2 Pandemie entstehen, neben der erzwungenen räumlichen Nähe, zusätzliche ökonomische Belastungen und die Erreichbarkeit der somatischen Notfallversorgung und des psychosozialen Hilfesystems ist reduziert. Situationsspezifische Formen der Gewalt, wie Rassismus gegenüber Menschen, denen zugeschrieben wird aus Ländern zu kommen, aus denen hohe Fallzahlen von mit Sars-CoV-2 infizierten Menschen bekannt sind, aber auch Drohungen, die sich auf die Angst vor Infektionen beziehen, werden berichtet (Peterman et al, 2020; Fraser, 2020). Auf die Sars-CoV-2-Pandemie Bezug nehmend, betont Evelyn Regner, Vorstand des Frauenrechtsausschusses des EU- Parlaments daher, die rechtliche Verbindlichkeit der Istanbul Konvention in Krisenzeiten und die damit einhergehende Dringlichkeit sich für die physische, psychische und ökonomische Unversehrtheit von Frauen* einzusetzen (Regner, 2020; Europarat, 2011).

BEDEUTUNG VON NOTFALLVERSORGUNG

Notfallversorgung und die Kompetenz der Mitarbeitenden, Folgen von Gewalt in Paarbeziehungen und/ oder sexualisierte Gewalt wahrzunehmen und angemessen zu adressieren ist von besonderer Bedeutung, da sie häufig

die erste Möglichkeit zur Kommunikation mit außenstehenden Menschen darstellt. (Ahmad, 2017; WHO, 2013b; Wieners & Winterholler, 2016). Nicht für alle Menschen, die Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierte Gewalt erleben, besteht die Möglichkeit, Beratung per Telefon oder online in Anspruch zu nehmen (Mlambo-Ngcuka, 2020). Eine Gewalt ausübende Person, welche im gleichen Haushalt lebt, und ein fehlender Rückzugsort (Mlambo-Ngcuka, 2020), aber auch Scham und Unsicherheit (Peterman et al, 2020) oder mangelnde Fähigkeiten im Umgang mit digitalen Medien, sowie fehlender Zugang dazu und sprechliche Barrieren können Menschen davon abhalten, Unterstützung zu suchen. Auch die Situation von Kindern und Jugendlichen als Betroffene und Mitbetroffene von Gewalt im sozialen Nahbereich ist schwer zu erfassen.

STANDARDVERFAHREN ZUR VERSORGUNG

Unbedingt ist es notwendig Informationen zu Hilfsangeboten zur Verfügung zu stellen, wenn möglich sollen Hinweise auf Gewalt angesprochen und eine betroffenenzentrierte Versorgung sowie eine Weiterleitung an Strukturen des Hilfesystems gewährleistet werden (S.I.G.N.A.L. e.V., 2020; WHO, 2013b). Als wichtige Voraussetzung benennt die WHO in der Leitlinie für den Umgang mit Menschen, die Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierte Gewalt erlebt haben, in Gesundheitsversorgung sowie in der Gesundheitspolitik das Vorhandensein eines Standardverfahrens zur Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen (WHO, 2013b). Dieses kann in Form spezifischer Protokolle für Interventionen bei Gewalt in Paarbeziehungen, sowie durch Verfügbarkeit von externen Hilfesystemen unterstützend bei der Identifikation und Versorgung nach Gewalt in Paarbeziehungen in der Notfallversorgung sein (Leppäkoski & Paavilainen, 2013; Zijlstra et al, 2017).

BENÖTIGTE KOMPETENZEN

Fehlendes Wissen und fehlende praktische Fähigkeiten im Umgang mit Patient*innen, die Gewalt erlebt haben, sind eine Barriere, die Gesundheitsfachkräfte davon abhalten können, Gewalt in Paarbeziehungen und/oder sexualisierte Gewalt anzusprechen (Zijlstra et al, 2017). Empfohlen werden Fort- und Weiterbildungen, um Wissen in den Bereichen der Identifikation, Thematisierung und Versorgung von Gewalt in Paarbeziehungen für alle beteiligten Berufsgruppen zur Verfügung zu stellen (Zijlstra et al, 2017; WHO, 2013b; Wieners & Winterholler, 2016). Hilfreich ist, wenn bereits vorhandenes Wissen von Gesundheitsfachkräften in Krisensituation innerhalb kurzer Zeit aufgefrischt werden kann (Tran et al, 2017).

GESUNDHEITSBERUFE ALS FRAUEN*BERUFE

Weltweit, wie auch im globalen Norden, sind mindestens drei Viertel der Gesundheitsfachkräfte weiblich (ILO, 2020; WHO, 2020a). Für sie besteht ein besonderes Risiko, im

sozialen Nahraum und/oder während der Arbeitszeit Gewalt zu erleben (WHO, 2020b). Zur Förderung der Arbeitsbedingungen von Gesundheitsfachkräften formulierte die WHO eine ‚zero tolerance policy‘, welche sich gegen psychische und physische Gewalt richtet und Arbeitsbedingungen benennt, welche die Bedarfe von Frauen* berücksichtigen (WHO, 2020a; vgl. auch Fraser, 2020). Auch sind die besonderen Bedingungen von Frauen* zu beachten, die in Folge von Arbeitsmigration nach Deutschland gekommen und teilweise außerhalb legaler Rahmenbedingungen beschäftigt sind und/oder auch vor ‚social distancing‘ wenig Kontakte am Arbeitsort haben (Fraser, 2020, WHO, 2017b).

MASSNAHMEN ZUR PSYCHOSOZIALEN BEGLEITUNG VON GESUNDHEITSFACHKRÄFTEN

Schon vor der Sars-CoV-2-Pandemie bestanden global, aber auch in Deutschland Engpässe für examinierte Gesundheitsfachkräfte und Fachkräfte mit spezialisierter Weiterbildung (Bundesagentur für Arbeit, 2019; ILO, 2020). Darüber hinaus wird auch der überwiegende Teil der gesellschaftlich notwendigen unbezahlten Sorgearbeit von Frauen* geleistet (BMFSFJ, 2019; ILO, 2018; Winker, 2015).

Obwohl die Arbeitsbedingungen international nicht vergleichbar sind, lassen sich Rückschlüsse aus Erfahrungen anderer viraler Pandemien ziehen. So können extreme Arbeitsbedingungen von Gesundheitsfachkräften, wie beispielsweise die direkte Konfrontation mit dem Infektionsrisiko, einer hohen Anzahl von versterbenden Patient*innen, Kontaktverbote für Angehörige, aber auch Überstunden eine besondere Belastung für Gesundheitsfachkräfte darstellen (IASC Reference Group, 2015). Auch Stigmatisierung von Gesundheitsfachkräften, die mit infizierten Menschen arbeiten, oder von denen dieses angenommen wird, oder die Unsicherheit im Umgang mit dem eigenen sozialen Umfeld (z.B. der Familie) trägt zur Belastung bei (UNAIDS, 2020; IASC Reference Group, 2015).

Gesundheitsfachkräfte zeichnen sich durch hohe intrinsische Motivation aus, obwohl die gesellschaftliche Anerkennung ihrer Arbeit sich nicht – z.B. in Form von angemessener Entlohnung – widerspiegelt (DGB, 2018). Möglichkeiten der Stressreduktion anzubieten und das Vermeiden von Risiken und als risikoreich wahrgenommener Situationen anzustreben, wird als notwendig bezeichnet, um Arbeitsfähigkeit zu erhalten und damit die Versorgung von Patient*innen gewährleisten zu können (Yaker & Erskine, 2020; WHO, 2020c; DNGfK, 2020).

VON GEWALT IN PAARBEZIEHUNGEN BETROFFENE GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

In Deutschland wird Unterstützung von Menschen, die Gewalt in Paarbeziehungen erlebt haben, am Arbeitsplatz bisher nur in einigen Bereichen auf freiwilliger Basis im Rahmen der im Arbeitsrecht vorgesehenen „Fürsorgepflicht“ angeboten. Auch Gewerkschaften sind unzureichend für

die Bedeutung entsprechender Arbeitsplatzrichtlinien sensibilisiert (Divellec, 2017). Gesundheitspersonal, welches von Gewalt im sozialen Nahbereich betroffen ist, kann hohe Sensibilität und Kompetenzen in der Versorgung aufweisen und damit eine besondere Ressource als Expert*in aus Erfahrung darstellen (Gruber et al, 2015).

WEITERFÜHRENDE BUNDESWEITE UNTERSTÜTZUNG FÜR GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

S.I.G.N.A.L. e.V. – Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt aus Berlin hat diverse Fort- und Weiterbildungsprogramme (auch online) entwickelt und stellt Materialien für Gesundheitsfachkräfte zur Versorgung nach Gewalt in Partnerschaften und/ oder sexualisierter Gewalt zur Verfügung.
<https://www.signal-intervention.de>

"Schutz und Hilfe bei häuslicher Gewalt – ein interdisziplinärer Online-Kurs" (Erster Testkurs) von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm zusammen mit dem Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen SoFFI F./FIVE Freiburg und dem SOCLES – International Centre for Socio-Legal Studies: Für Fachkräfte aus auf Schutz und Unterstützung spezialisierten Einrichtungen und Diensten, aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie alle anderen an Intervention, Schutz und Hilfe Beteiligten.
<https://haeuslichegewalt.elearning-gewaltschutz.de/>

INTERESSENKONFLIKT

Die Autor*innen haben von August 2019 bis April 2020 in Zusammenarbeit mit dem **Runden Tisch Berlin - Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt** unter der Leitung von S.I.G.N.A.L. e.V. eine Befragung von Berliner Notaufnahmen zur Versorgung von Menschen nach Gewalt in Partnerschaften und/oder sexualisierter Gewalt durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung sind bisher nicht veröffentlicht.

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
D-12627 Berlin
tezcan@ash-berlin.eu

LITERATUR

- Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014). Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen. Abgerufen von https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-0ct14_de.pdf am 07.04.2020.
- Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., Talpur, A., & Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3271-3285.
- Bundesagentur für Arbeit (2019). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Mai 2019. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Abgerufen von <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> am 07.04.2020.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1999). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Abgerufen von <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/Frauengesundheitsbericht.pdf> am 07.04.2020.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2012). Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019). Gender Care Gap - ein Indikator für die Gleichstellung. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gender-care-gap/indikator-fuer-die-gleichstellung/gender-care-gap---ein-indikator-fuer-die-gleichstellung/137294> am 07.04.2020.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2018). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege - So beurteilen die Beschäftigten die Lage - Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Abgerufen von <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> am 07.04.2020.
- Divellec, S. C. L. (2017). ETUC 'Safe at Home, Safe at Work' GERMANY Country Case Study. Abgerufen von https://www.etuc.org/sites/default/files/document/files/germany_etuc_safe_at_home_safe_at_work_final_0.pdf am 07.04.2020.
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e.V. (DNGfK) (2020). Psychische Gesundheit und psychosoziale Aspekte während des Ausbruchs von COVID-19 - Botschaften der WHO für Beschäftigte im Gesundheitswesen. Abgerufen von https://dngfk.de/wp-content/uploads/2020/04/WHO-Botschaften_f%C3%BCr_Besch%C3%A4ftigte_im_Gesundheitswesen.pdf am 07.04.2020.
- Europarat (2011). Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. Abgerufen von <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462535> am 07.04.2020.
- Fraser, E. (2020). Impact of COVID-19 Pandemic on Violence against Women and Girls. Abgerufen von <http://www.sddirect.org.uk/media/1881/vawg-helpdesk-284-covid-19-and-vawg.pdf> am 07.04.2020.
- IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2015). Mental Health and Psychosocial Support in Ebola Virus Disease Outbreaks: A Guide for Public Health Programme Planners. Geneva. Abgerufen von https://www.who.int/mental_health/emergencies/ebola_guide_for_planners.pdf?ua=1 am 07.04.2020.

- International Labour Organisation (ILO). (2018). *Care work and Care jobs - for the future of decent work*. Abgerufen von https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf am 07.04.2020.
- International Labour Organisation (ILO). (2020). *COVID-19: Are there enough health workers?* Abgerufen von <https://ilostat.ilo.org/2020/04/03/covid-19-are-there-enough-health-workers/> am 07.04.2020.
- Leppäkoski, T. & Paavilainen, E. (2013). Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22: 2273-2285.
- Gruber, E., Logar, R., & Egger, M. (2015). *Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen und häusliche Gewalt handeln - Leitfaden für Leitung und Praxis in Krankenhäusern zur Versorgung von gewaltbetroffenen Patientinnen*. Abgerufen von http://www.gewaltfreileben.at/images/Bilder/PDFs/Leitfaden_GewaltFREI_LEBEN_durch_mein_Krankenhaus.pdf am 07.04.2020.
- Mlambo-Ngcuka, P. (2020). *Violence against women and girls: the shadow pandemic*. Statement by Phumzile Mlambo-Ngcuka, Executive Director of UN Women. Abgerufen von <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic> am 07.04.2020.
- Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S. et al. (2020). *Pandemics and Violence Against Women and Children- Working Paper 528*. Abgerufen von <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-vawg-april2.pdf> am 07.04.2020.
- Regner, E. (2020). *COVID-19 Lock-down: Stopp dem Anstieg häuslicher Gewalt*. Abgerufen von https://www.europarl.europa.eu/pdfs/news/expert/2020/4/press_release/20200406IPR76610/20200406IPR76610_de.pdf am 08.04.2020.
- S.I.G.N.A.L. e.V. (2020). *Information für Fachkräfte im Gesundheitsbereich: Zunahme von Fällen häuslicher Gewalt in der Corona-Krise*. Abgerufen von https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-04/2020_03_30_Bund_Info_Corona_Gesundheit_1.pdf am 08.04.2020.
- Sweetapple, C., Voß, H-J., Wolter, S. A. (2020). *Intersektionalität - Von der Antidiskriminierung zur befreiten Gesellschaft?* Stuttgart: Schmetterling Verlag GmbH.
- Tran, N., Harker, K., Yameogo, WME, Kouanda, S., Millogo, T., Menna, ED et al (2017). *Clinical outreach refresher trainings in crisis settings (S-CORT)*, *Reproductive Health Matters*, vol. 25, no. 51, pp. 1-11.
- Transgender Europe (TGEU) (2020). *COVID-19*. Abgerufen von <https://tgeu.org/covid-19/> am 07.04.2020.
- UNAIDS (2020). *Rights in the time of COVID-19. Lessons from HIV for an effective, community-led response*. Geneva: UNAIDS. Abgerufen von <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/human-rights-and-covid-19> am 07.04.2020.
- Wieners, K. & Winterholler, M. (2016). *Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(1), 73-80.
- Winker, G. (2015). *Care Revolution - Schritte in eine solidarische Gesellschaft*. Bielefeld: transcript.
- WHO (2013a). *Global and regional estimates for violence against women: prevalence and health burden of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Genf: WHO. Abgerufen von <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> am 07.01.2020.
- WHO (2013b). *Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik*. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/blob/84612/6914801e1d81730e0e58ed7d9c8b32b6/who-leitlinien-data.pdf> am 07.01.2020.
- WHO (2017a). *Pandemic Influenza Risk Management Guidance*. Genf: WHO. Abgerufen von <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259893/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-eng.pdf;jsessionid=FF0E44DE342CCEF9F0A31E1EFB14C8E8?sequence=1> am 07.04.2020.
- WHO (2017b). *Women on the move - Migration, care work and health*. Abgerufen von <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/women-on-the-move/en/> am 07.04.2020.
- WHO (2020a). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Genf: World Health Organization. Abgerufen von <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020> am 07.04.2020.
- WHO (2020b). *COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do*. Abgerufen von <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-VAW-full-text.pdf> am 07.04.2020.
- WHO (2020c). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Abgerufen von <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf> am 07.04.2020.
- Yaker, R., Erskine, D. (2020). *GBV Case Management and the COVID-19 Pandemic*. Geneva: GBV AoR. Abgerufen von <http://www.sddirect.org.uk/media/1882/guidance-on-gbv-case-management-in-the-face-of-covid-19-outbreak-final-draft.pdf> am 07.04.2020.
- Zijlstra, E., van de Laar, R., Moors, M. L., Lo Fo Wong, S., & Lagro-Janssen, A. (2017). *Tensions and Ambivalent Feelings: Opinions of Emergency Department Employees About the Identification and Management of Intimate Partner Violence*. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(7), 1044-1067.

Ethik, Recht & Professionsfragen

Pflegewissenschaft | Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie | hpsmedia, Hungen | April 2020



Zeitlich begrenzte heilberuferechtliche Ausnahmenvorschriften bei einer epidemischen Lage mit nationaler Tragweite: Pflegefachberufe dürfen den Ärzten vorbehaltenen heilkundlichen Tätigkeiten ausüben

Prof. Dr. iur. Gerhard Igl

BERECHTIGTE HEILBERUFE

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist Ende März 2020 im Zusammenhang mit den Anstrengungen um die Bewältigung der Covid-19-Pandemie in wichtigen Punkten geändert worden.¹ Für einige der anderen als ärztlichen Heilberufe betrifft dies auch die Erlaubnis, für einen bis zum 31. März 2021 befristeten Zeitraum heilkundliche Tätigkeiten auszuüben, die ansonsten den Ärzten vorbehalten sind. Es geht hier um Altenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Notfallsanitäter/-innen und Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (§ 5a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 IfSG).

Dieser Personenkreis kann durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit auf weitere Personen mit Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung eines reglementierten Gesundheitsfachberufs ausgedehnt werden (§ 5a Abs. 2 IfSG). Eine solche Rechtsverordnung tritt mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021 (§ 5 Abs. 4 Satz 1 IfSG).

REGELUNGSZWECK

Mit dieser Regelung sollen laut der Gesetzesbegründung² Ärztinnen und Ärzte insbesondere von Behandlungen entlastet werden, die ein ärztliches Tätigwerden im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht zwingend erfordern.

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE HEILKUNDEAUSÜBUNG

Allgemeine Voraussetzung ist, dass der Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Bedeutung feststellt (§§ 5 Abs. 1, 5a Abs. 1 Satz 1 IfSG).

Die *Voraussetzungen an die Qualifikation* sind, dass die Personen in der Lage sind, auf der Grundlage der in der je-

weiligen Ausbildung erworbenen Kompetenzen und ihrer persönlichen Fähigkeiten, die jeweils erforderliche Maßnahme eigenverantwortlich durchzuführen (§ 5a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 IfSG). Die Gesetzesbegründung sagt zu den „persönlichen Fähigkeiten“, dass diese sich beispielsweise aus der Berufserfahrung oder aus Fort- und Weiterbildung ergeben können.

Die *Voraussetzungen an die Einsatznotwendigkeit* dieser Personen sind sehr restriktiv formuliert (§ 5a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 IfSG). Diese Personen dürfen heilkundliche Tätigkeiten nur ausüben, wenn der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten nach seiner Art und Schwere eine ärztliche Behandlung im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht zwingend erfordert, die jeweils erforderliche Maßnahme aber eine ärztliche Beteiligung voraussetzen würde, weil sie der Heilkunde zuzurechnen ist.

Damit ändert § 5a Abs. 1 IfSG für eine Ausnahmesituation die sonst gemäß § 1 Heilpraktikergesetz (HeilprG) geltende Regelung, dass nur der Arzt oder der Heilpraktiker zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde befugt sind. Die in § 5a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 IfSG aufgeführten Personen und die durch Rechtsverordnung nach § 5a Abs. 2 IfSG erfassten Personen bedürfen für die Ausübung der Heilkunde keiner Heilpraktikererlaubnis. Deshalb entfällt auch die in § 5 HeilprG vorgesehene Strafbarkeit bei Ausübung der Heilkunde ohne Erlaubnis.

DOKUMENTATIONS- UND MITTEILUNGSPFLICHTEN

Die in § 5 Abs. 1 Satz 3 IfSG geregelte Dokumentationspflicht stellt eine professionelle Selbstverständlichkeit dar. Weiter besteht eine Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung

¹ Art. 1 des Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27. März 2020, BGBl. I S. 587, in Kraft getreten am 28. März 2020. § 5a IfSG wird mit Wirkung zum 1. April 2021 aufgehoben (Art. 3 Nr. 3 i.V.m. Art. 7 Abs. 4 des Gesetzes vom 27. März 2020).

² Alle Zitate aus der Gesetzesbegründung finden sich in: Deutscher Bundestag, Drucksache 19/18111, S. 24 f. der Vorabfassung.

§ 5a Infektionsschutzgesetz (IfSG), in Kraft ab 28. März 2020 (BGBl. I S. 587), befristet bis zum 31. März 2021.

§ 5a

Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, Verordnungsermächtigung

(1) Im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten folgenden Personen gestattet:

1. Altenpflegerinnen und Altenpflegern,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern,
3. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern,
4. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern und
5. Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern.

Die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ist während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gestattet, wenn

1. die Person auf der Grundlage der in der jeweiligen Ausbildung erworbenen Kompetenzen und ihrer persönlichen Fähigkeiten in der Lage ist, die jeweils erforderliche Maßnahme eigenverantwortlich durchzuführen und
2. der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten nach seiner Art und Schwere eine ärztliche Behandlung im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht zwingend erfordert, die jeweils erforderliche Maßnahme aber eine ärztliche Beteiligung voraussetzen würde, weil sie der Heilkunde zuzurechnen ist.

Die durchgeführte Maßnahme ist in angemessener Weise zu dokumentieren. Sie soll unverzüglich der verantwortlichen Ärztin oder dem verantwortlichen Arzt oder einer sonstigen die Patientin oder den Patienten behandelnden Ärztin oder einem behandelnden Arzt mitgeteilt werden.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates weiteren Personen mit Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung eines reglementierten Gesundheitsfachberufs während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten nach Absatz 1 Satz 2 zu gestatten.

[Die Gesetzesbegründung zu § 5a IfSG findet sich in der Bundestagsdrucksache 19/18111, S. 24 f. der Vorabfassung.]

gegenüber den verantwortlichen oder sonstigen behandelnden Ärztinnen und Ärzten (§ 5 Abs. 1 Satz 4 IfSG). Ausweislich der Gesetzesbegründung dienen diese Pflichten

der Sicherstellung des Patientenwohls. Zugleich dient die Information des Arztes der fachlichen Absicherung der vorgenommenen Maßnahme und als Grundlage weiterer ärztlicher Behandlungsentscheidungen. Für die Art und Weise der Dokumentation sind dabei keine neuen Verfahren zu entwickeln; die Dokumentation der ausgeübten heilkundlichen Tätigkeit wird im Rahmen der ohnehin erfolgenden Dokumentation mit berücksichtigt.

VORRANG DER ÄRZTLICHEN DELEGATION

§ 5a IfSG versteht sich laut der Gesetzesbegründung als Ausnahmeregelung für den Fall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Vorrangig bleibt die ärztliche Veranlassung heilkundlicher Maßnahmen, also die ärztliche Delegation. Dabei sind auch die vielfältigen Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. Telemedizin) oder vorhandene Behandlungsstandards (SOP – Standard Operating Procedures) umfangreich zu nutzen, um eine flexible und pragmatische Handhabung der ärztlichen Delegation zu ermöglichen.

FESTSTELLUNG DER EINSATZNOTWENDIGKEIT

Eine förmliche, etwa behördliche Feststellung der Einsatznotwendigkeit von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen, die von § 5a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 IfSG und die ggfs. von der Rechtsverordnung nach § 5a Abs. 2 IfSG erfasst werden, ist nicht vorgesehen. In der Praxis können sich unterschiedliche Situationen ergeben. Bei der Feststellung der Einsatznotwendigkeit von Personen, die in einer stationären Einrichtung oder in einem ambulanten Dienst tätig werden, sind auch die organisatorischen Abläufe und die betriebsorganisatorisch und arbeitsrechtlich definierten Strukturen ebenso zu beachten wie mögliche haftungsrechtliche Fragen. Gegenstand der Regelungen in § 5a IfSG ist ausdrücklich nur die heilberufrechtliche (Ausnahme-)Situation der vorgenannten Personen. Diese Regelungen erzeugen auch für sich keine Verpflichtungen dieser Personen, entsprechend tätig zu werden. Im Folgenden wird die Problematik der Feststellung der Einsatznotwendigkeit vornehmlich unter heilberufsrechtlichen Aspekten erörtert.

So wird in *Krankenhäusern* davon auszugehen sein, dass ein verantwortlicher oder behandelnder Arzt die Einsatznotwendigkeit erkennt und entsprechende Anordnungen trifft. Da die Pflegedienstleitung in der Regel den Überblick über die persönlichen Qualifikationen der Pflegenden hat, sollte dies in Abstimmung mit der Pflegedienstleitung geschehen. In Krankenhäusern wird daher nur im Ausnahmefall die Pflegefachperson eigenverantwortlich über die Einsatznotwendigkeit zu entscheiden haben.

In *stationären Einrichtungen der Altenpflege* werden eher selten angestellte Ärztinnen und Ärzte tätig sein.³ Hier werden zunächst die Einrichtungsleitung und die Pflege-

³ S. hierzu § 199b SGB V.

dienstleitung, ggfs. in Abstimmung mit den die jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner behandelnden Ärzten, die Einsatznotwendigkeit feststellen. Ist das nicht möglich, können auch die betreffenden Pflegefachpersonen selbst über ihre Einsatznotwendigkeit entscheiden.

Auf dem Gebiet der *häuslichen Pflege* ist zwischen der häusliche Krankenpflege der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 37 SGB V) und der Pflegesachleistung im Rahmen der häuslichen Pflege nach der Pflegeversicherung (§ 36 SGB XI) zu unterscheiden.

Da *häusliche Krankenpflege* vom Arzt verordnet wird, wird hier zunächst dessen Feststellung der Einsatznotwendigkeit zu suchen sein. Auch hier ist die Leitung eines häuslichen Pflegedienstes mit in der Verantwortung für die Entscheidung. Ist die Feststellung der Einsatznotwendigkeit seitens dieser Personen nicht einholbar, können die Pflegefachpersonen selbst über die Einsatznotwendigkeit befinden.

Bei der durch Pflegefachpersonen erbrachten *Pflegesachleistung der häuslichen Pflege* im Rahmen der Pflegeversicherung ist der Arzt von Hause aus weder bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit noch bei der Leistungsgestaltung beteiligt. Die Pflegefachpersonen handeln im Zusammenhang eines ambulanten Pflegedienstes, dessen Träger die Verantwortung für die Erbringung der Pflegesachleistungen trägt. Deshalb empfiehlt es sich hier, dass zunächst die Leitung des ambulanten Pflegedienstes, ggfs. im Benehmen mit dem behandelnden Arzt der zu pflegenden Person, über die Einsatznotwendigkeit befindet. Nur wenn dies nicht möglich ist, kann die Pflegefachperson selbst die Entscheidung über die Einsatznotwendigkeit treffen. Bei *häuslicher Pflege durch Einzelpersonen* (§ 77 SGB XI) besteht nur ein Vertrag mit der zuständigen Pflegekasse. Auch hier empfiehlt es sich, zunächst den behandelnden Arzt zu konsultieren und, wenn dies nicht möglich ist, als Pflegefachperson über die Einsatznotwendigkeit selbst zu entscheiden.

REICHWEITE DES HAFTPFLICHTVERSICHERUNGSSCHUTZES

Für Personen, die von § 5a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 IfSG und ggfs. von der Rechtsverordnung nach § 5a Abs. 2 erfasst werden sowie deren Arbeitgeber, empfiehlt es sich zu prüfen, ob der Haftpflichtversicherungsschutz auch Schäden umfasst, die bei Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstehen.

ZUSAMMENFASSUNG

Die zeitlich begrenzten Änderungen in § 5a IfSG sind vor dem Hintergrund eines im Fall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite verstärkt notwendig werdenden effizienten Einsatzes des ärztlichen Personals zu sehen.

Die Vorschriften verstehen sich gleichsam als letztes Mittel, wenn alle anderen Möglichkeiten, so vor allem die ärztliche Delegation, aber auch der Einsatz z. B. von Telemedizin, nicht mehr gegeben sind. Die auf den Zeitraum eines Jahres begrenzte Geltung der Vorschrift unterstreicht den Ausnahmecharakter. Zu bedauern ist, dass die Regelungen des § 5a IfSG nicht evaluiert werden. Die Vorschrift zur Berichtspflicht in § 4 Abs. 1a IfSG enthält keinen Hinweis auf § 5a IfSG, obwohl in der Gesetzesbegründung⁴ ausdrücklich gesagt wird, dass die Vorschrift evaluiert wird.

Unabhängig von der gegenwärtigen Situation regt diese Vorschrift auch zu Überlegungen darüber an, wie sich die gesundheitliche Versorgung künftig personell darstellen soll. Nach wie vor werden solche vor allem im berufspolitischen Kontext artikulierte Überlegungen ganz überwiegend von der Verstärkung der ärztlichen Delegation geprägt. In jüngerer Zeit sind jedoch gewisse Öffnungen zu verzeichnen, wie es in den Vereinbarungstexten der Arbeitsgruppen 1 bis 5 der Konzierten Aktion Pflege geschehen ist. An diesen Texten waren alle maßgeblichen Akteure des Gesundheits- und Pflegewesens beteiligt. Insofern können die Aussagen in diesen Texten als Gradmesser für die aktuellen politischen Problematiken wie für die möglichen Einschätzungen zur Lösung dieser Problematiken dienen. So wird im Vereinbarungstext zum Ergebnis der Konzierten Aktion Pflege im Abschnitt zum „Handlungsfeld III: Ausbildung und Qualifizierung stärken“ unter dem Punkt „3.4 Das Tätigkeitsfeld Pflege in der neuen Ausbildung weiterentwickeln“ gesagt, dass Pflegeschulen, Hochschulen und Träger der praktischen Ausbildung Ausbildungsgänge zur Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erproben sollen.

Andere Möglichkeiten, die in Richtung auf eine teilweise Übertragung (nicht: Ersetzung) bestimmter ärztlicher Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen gehen, werden auch in der wissenschaftlichen Fachwelt diskutiert. Einige wenige Hochschulen legen Bachelor- und Masterprogramme für diese Qualifikationen auf.

Trotz dieser Ansätze muss festgestellt werden, dass die Diskussion darüber auf der (bundes-)gesundheitspolitischen Ebene noch keine besondere Rolle spielt. Man könnte die geschilderten heilberuferechtlichen Neuregelungen in § 5a IfSG, auch wenn es sich um Ausnahmenvorschriften handelt, jetzt auch zum Anlass nehmen, diese Diskussion breiter zu führen. Nicht zuletzt könnte damit auch der Eindruck vermieden werden, dass die Pflegefachpersonen zwar gut als nützliche Helferinnen und Helfer in der Not sind, aber sonst in der tagtäglichen Gesundheitsversorgung am angestammten Platz zu bleiben haben.

Prof. Dr. iur. Gerhard Igl,
Universitätsprofessor a. D.
Universität Kiel

⁴ Deutscher Bundestag, Drucksache 10/18111, S. 18 der Vorabfassung.

Menschenrechte in der Pflege angesichts Covid 19 – und das Recht Pflegender, sich im Arbeitsalltag nicht schuldig zu machen oder schuldig zu fühlen

Prof. Dr. Constanze Giese

Aus medizinethischer Sicht dominieren zur Covid 19-Krise Diskussionen zur Triage-Problematik, zu belastenden Entscheidungen darüber, wer einen Behandlungs- oder Beatmungsplatz bekommt und wer – sollte es im Katastrophenfall zu wenige Plätze geben – außen vor bleibt. Derartige Situationen medizinethisch und prospektiv zu durchdringen ist wichtig und mehr als berechtigt. Für die Teams in den Kliniken kann eine Delegation solcher Entscheidungen auf die Mikroebene zermürend sein und schwer belastend.

In der Langzeitpflege gibt es ebenfalls spezifische ethische Problemfelder mit schwerwiegenden und belastenden Entscheidungssituationen für die verantwortlichen Pflegefachpersonen, die nicht einfach an die Mikroebene delegiert werden dürfen, sondern die zeitnah pflegeethisch und organisationsethisch aufzuarbeiten sind, um die Basis zu entlasten. Im Bereich der stationären Altenpflege¹ geht es aus ethischer Perspektive um deutlich mehr, als darum, auf den bekannten Mangel an Pflegepersonal mit der notwendigen Qualifikation zum Umgang mit multimorbiden, zum Teil schwerstpflegebedürftigen Menschen hinzuweisen, oder auf den Mangel an Expertise für die nötigen Infektionsschutzmaßnahmen, auf den Mangel an Schutzmaterial, Schutzkleidung, Atemschutzmasken etc. Es genügt auch nicht mit großer Anerkennung festzustellen, dass die allermeisten Pflegenden – allein gelassen von Angehörigen, ehrenamtlichen Helfern und dezimiert durch eigene Krankheitsfälle – sich nach Kräften bemühen. Aus Sicht der Pflegeethik gilt es auch darauf hinzuweisen, dass diese Bemühungen vorhersehbar für ein menschenwürdiges Leben und Sterben in den Einrichtungen nicht immer genügen werden – nicht genügen können, angesichts der prekären Situation, die schon vor dem Auftreten des Virus herrschte. Dieses Faktum ist in den gesellschaftlichen Diskurs und auch in politische Abwägungsprozesse einzubeziehen; sich dem nicht zu stellen, gliche einer Realitätsverweigerung. Der Schutz vor der Infektion ist gerade für hochaltrige, körperlich gebrechliche Menschen extrem wichtig. Die Tatsache, dass der Schutz vor Isolation, vor Einsamkeit und psychosozialer Not gerade auch für diese Personengruppe in der aktuellen Situation existenzielle Dimensionen annehmen kann, erreicht erst langsam die öffentliche Diskussion, damit verbunden ist die drängende Frage:

ÜBERLEBEN SICHERN – ABER UNTER WELCHEN BEDINGUNGEN?

Durch die Maßnahmen zur Eindämmung von Covid 19 herrscht in den stationären Pflegeeinrichtungen eine Potenzierung des Mangels, der zuvor schon zum Normalzustand geworden war. Die hochproblematischen Bedingungen unter denen Pflege jetzt realisiert werden soll, widersprechen zentralen Kriterien „guter Pflege“ und „Lebensqualität“ unter Bedingungen der Pflegebedürftigkeit, dazu gehören soziale Teilhabe, der Respekt vor der Autonomie pflegebedürftiger Menschen und individuell auf ihre Wünsche und Bedürfnisse abgestimmte Pflegeprozesse, in denen die Pflegebeziehung mit vertrauten Pflegepersonen und Abläufen eine zentrale Rolle spielt. Einschränkungen in diesen Bereichen sind für die Heimbewohner*innen und die, die sie pflegen gerade dann dramatisch, wenn das „Nachher“, auf das alle hoffen und für das viele Einschränkungen gerne in Kauf genommen werden, vorhersehbar nicht mehr von langer Dauer ist oder schlicht nicht mehr erlebt wird.

Die medizinethische Diskussion hat sich in den letzten Jahrzehnten zu Recht dahingehend entwickelt, anzuerkennen, dass Lebensrettung und -verlängerung nicht alles sind, nicht einmal das höchste Gut. Die Würde des Menschen und sein Verständnis eines lebenswerten Lebens, seine Rechte auf Autonomie und Selbstbestimmung, auf palliative Versorgung und Leidenslinderung und auf Lebensqualität bis zuletzt wurden gestärkt.² Dies führte unter anderem zu einem sensibleren und immerhin rechtlich klar geregelten Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in der Pflegepraxis sowie zu einer kritischen Diskussion der medikamentösen Fixierung zur Pflegerleichterung und

¹ Der Beitrag adressiert primär den Bereich der stationären Langzeitpflege, auch wenn einige Probleme im ambulanten Bereich ähnlich gelagert sind.

² An dieser Stelle sei dazu exemplarisch verwiesen auf:

BMFSJ (2020): Charta der Rechte Hilfe und pflegebedürftiger Menschen, in: <file:///Users/constanzgiese/Desktop/KSFH/Module/Module%20Stb.2/Modul%202.4%20Sterben/Material%202.4/Charte%20Rechte%20hilfe-%20und%20pflegebedürftiger%20Menschen.html>. Aufgerufen am 5.4.2020.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. Deutscher Hospiz- und Palliativverband, e. V. Bundesärztekammer (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, in: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf>. Aufgerufen am 5.4.2020.

des damit häufig verbundenen Einsatzes sogenannter „Bedarfsmedikation“ (häufig Psychopharmaka), die in Pflegeeinrichtungen oft nicht einmal von Fachärzten verordnet werden und „bei Bedarf“ von Pflegenden gegeben werden. Ein „Bedarf“ der schon ohne Covid 19 noch zu oft sozial und nicht therapeutisch indiziert war. Damit verbunden wurde auch die Zwangsmedikation – wozu auch das „Unterschieben“ von Medikamenten gehört – eindeutig geregelt, es stellt dies eine schwere Körperverletzung dar. Die rechtlichen Regelungen, die eine Medikation gegen den geäußerten Willen eines Menschen betreffen, gelten für alte Menschen wie für junge, auch wenn sie sich in der stationären Langzeitpflege mancherorts deutlich langsamer durchgesetzt haben als z.B. im Bereich akuter psychiatrischer Behandlung. Es besteht derzeit die Gefahr, dass sie in der aktuellen Situation in Vergessenheit geraten, wo der Notstand herrscht und damit die Ausnahmesituation.

WENN DER DRUCK STEIGT: RECHTSSICHERHEIT ALS MINIMALANFORDERUNG FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE UND PFLEGENDE

Deshalb ist aus Sicht der Pflegeethik für die älteren Pflegebedürftigen nicht nur ein Appell an die Solidarität aller zum Schutz der Gesundheit dieser Risikogruppe notwendig, sondern es bleibt genauso wichtig, wahrzunehmen, dass dieser Personenkreis auch noch weitere Rechte hat als das Recht auf Gesundheit und Überleben um jeden Preis – Bürgerrechte, Menschen-, Freiheitsrechte – und auch für diesen Personenkreis das blanke Überleben von Fall zu Fall nicht das höchste Gut sein wird. Diesen Rechten gemäß arbeiten zu können, ist wiederum fundamentales Recht Pflegenden, die unter den gegebenen Bedingungen arbeiten müssen. Diese Rechte geraten unter derzeitigen Bedingungen unter massiven Druck:

Schon vor der Coronakrise war der ‚Druck im Kessel‘ der Altenpflege so hoch, dass gewalttätige Übergriffe in den Schilderungen aus dem Alltag der Pflegeschüler/innen und Pflegestudierenden zuletzt von bedrückender Häufigkeit waren. Überforderung und das fehlende Korrektiv der Anwesenheit von Angehörigen und anderen Externen wie etwa Freiwilligen lassen erwarten, dass dieses Phänomen unter den aktuellen Bedingungen, unter denen Pflege stattfinden muss, eher zunehmen wird. Es darf als unwahrscheinlich gelten, dass eine völlig überlastete Pflege vor Corona nun in der Krise über andere Bewältigungsmechanismen und Reaktionsmöglichkeiten auf überlastende Pflegesituationen verfügt, als bisher.

Die Arbeitssituation in vielen Einrichtungen lässt sich gegenüber den Pflegenden mit dem Begriff der strukturellen Gewalt³ charakterisieren: Sie besteht in unerfüllbaren Anforderungen⁴ bei mangelhafter Ausstattung und fehlender Qualifikation vieler Pflegenden insbesondere für den Umgang mit komplexen Pflegesituationen. Exemplarisch genannt seien hier:

- Bewohner/innen, die Mahlzeiten ablehnen, wenn Sie nicht von vertrauten Angehörigen angereicht werden,

- Bewohner/innen, die verordnete Medikamente nicht einnehmen wollen,
- Bewohner/innen mit Bewegungsdrang und psychischen Veränderungen, die nicht verstehen können, warum sie etwas tun oder besser nicht tun sollen, die aggressiv, ängstlich, verzweifelt oder verwirrt reagieren, wenn sie in ihrem Zimmer bleiben und sich dort vielleicht ruhig verhalten sollen,
- Bewohner/innen, die die Körperpflege vehement und über Tage ablehnen, bei hygienisch nicht vertretbaren Begleiterscheinungen (Gefährdung der Gesundheit, Kot-schmierern, Herumlafen im Wohnbereich und in Zimmern anderer),
- Menschen, die jetzt in ihrer letzten Lebensphase alleine, fixiert, sediert bleiben.

Dies sind nur einige der drohenden Szenarien, die alle, die einen Einblick in den Versorgungsalltag haben, als realistisch antizipieren können. Aus pflegeethischer Perspektive ist deshalb nachdrücklich auf die akute Gefahr einer Zunahme unregelmäßiger FeM, einer Zunahme sogenannter „Bedarfsmedikationen“ in Form von nicht therapeutisch indizierter psychopharmakologischer Ruhigstellung aus sozialen Gründen hinzuweisen. Es wird zum Schutz Dritter und zur Entlastung angespannter Situationen wieder mehr fixiert werden, ohne dass dies als schwere Grundrechtsverletzung erkannt wird, denn es herrscht ja Notstand. Es wird gefährlich fixiert werden und es werden die fixierten Menschen mitnichten wie eigentlich erforderlich lückenlos überwacht werden können.⁵ Pflegebedürftige und Pflegende sollten soweit nur möglich vor solchen Situationen geschützt und bei deren Vermeidung unterstützt werden. Sind FeM unvermeidlich, braucht es klare, praktikable und gemeinsame Entscheidungsprozesse; ein rechtlich transparentes Vorgehen muss seitens der Organisation ermöglicht werden. Dies kann die Basis nicht alleine leisten.

Die lückenlose Abriegelung der Pflegeheime kann nicht ausschließlich als Schutzmaßnahme für die alten und gebrechlichen Menschen angesehen werden. Erforderlich ist eine ehrliche und ernsthafte Abwägung der Gefahren für Bewohner/innen und für Pflegende. Hier sind nicht nur Helden mit unermüdlichen Kräften im Einsatz, sondern Menschen, die in einer massiven Mangelsituation vor unerfüllbaren Anforderungen gestellt sind.

Die Aussetzung der Dokumentationspflichten zur Pflegequalitätsprüfung hat ihre Berechtigung, eine Aussetzung der Menschen- und Bürgerrechte alter Menschen dagegen kann es nicht geben.

³ Zu struktureller Gewalt zählen nach Hirschberg, Zeh und Kähler: „durchaus auch eine unzureichende Personalausstattung, Missachtung der Auslegung des Betreuungsrechtes zu Ungunsten der Betreuten, eine unzureichende Diagnostik und Behandlung aufgrund minimaler finanzieller Ressourcen oder eine überstürzte Heimunterbringung.“ Hirschberg K.-R., Kähler B. (2009): Gewalt und Aggression in der Pflege – ein Kurzüberblick. Hamburg, S.8.

⁴ Kellner spricht in Anlehnung an Treiber und Steinert davon, dass Pflegende sich in einer „Normenfalle“ befinden, da sie ständig kritisierbar sind, weil sie die geltenden Normen nicht einhalten (können), woraus eine permanente Überforderung entsteht, vgl. Kellner A. (2011): Von Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Berlin, S. 145ff.

⁵ Verletzungs- und Strangulationsgefahren sind in der Literatur hinreichend beschrieben, hier sei exemplarisch verwiesen auf: Berzlanovich A., Schöpfer J., Keil W. (2012) Todesfälle bei Gurtfixierungen. In Dtsch. Ärzteblatt 109(3), S.27-32.

FAZIT

- Menschenrechte und Bürgerrechte gelten in der stationären Altenpflege auch in Zeiten von Corona, das betrifft den Bereich der FeM, die Gabe von Psychopharmaka zur Pflegerleichterung, den Druck und Zwang beim Anreichen von Speisen und Getränken genauso wie die Körperpflege.
- Pflegende müssen davor geschützt werden, sich angesichts nicht zu bewältigenden Arbeitsaufkommens täglich schuldig zu machen und schuldig zu fühlen. Sie drohen sonst trotz hohen persönlichen Einsatzes angesichts aktuell kaum vermeidbarer Pflegefehler mit zum Teil fatalen Folgen zu ‚second victims‘ zu werden.

Darauf systematisch und auf der Basis einschlägiger rechtlicher und ethischer Dokumente und Normierungen hinzuweisen (u.a.: UNBRK, GG, StGB, BGB, Pflegecharta) und zeitnah klare Regeln und Empfehlungen für die Pflegenden und ihr Handeln vor Ort zu entwickeln, ist aus ethischer Perspektive genauso essentiell, wie die Klärung von Fragen der Triage in der Klinik. Die Basis darf hier wie dort nicht allein gelassen werden, sie hat ein Recht auf Rechtssicherheit für sich und für diejenigen, die ihnen anvertraut sind. Das Management und die Strukturen der Ethikberatung der Einrichtungen sind genauso wie Pflegekammern und Verbände gefordert, die Pflegenden vor Ort zu beraten und sie durch adäquate Prozesse und Beratungsangebote zu unterstützen.

Prof. Dr. Constanze Giese

Katholische Stiftungshochschule München
Preysingstr. 95
D-81667 München
constanze.giese@ksh-m.de

Moralische Probleme und Dilemmata in der Corona-Krise

In Pandemiezeiten verändern sich die ethischen Fragestellungen im Sozial- und Gesundheitswesen

Carola Fromm, M.A.

Dieser Artikel befasst sich mit ethischen Fragestellungen im Sozial- und Gesundheitswesen im Kontext einer Pandemie. Die Corona-Krise erfordert eine Auseinandersetzung mit normativ gültigen ethischen Grundorientierungen, die ins Wanken geraten. Der moralische Druck in Behandlungsteams wächst, Ängste und Unsicherheiten zeigen sich im Umgang mit der Erkrankung COVID-19. Der Wichtigkeit einer strukturierten ethischen Reflektion in Behandlungsteams kommt eine besondere Bedeutung zu. Es wird exemplarisch ein moralisches Problem anhand des Besuchsverbots expliziert und ein moralisches Dilemma am Beispiel der Zuteilung von knappen Ressourcen in der Intensivmedizin.

EINLEITUNG

Das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 fordert alle Menschen in der Gesellschaft heraus, stellt sie auf die Probe. Das daraus entstehende Krankheitsbild und die Erkrankung COVID-19 beansprucht das Gesundheitssystem auf allen Ebenen. Die Mitarbeitenden im Sozial- und Gesundheitswesen stehen vor neuen organisatorischen, medizinischen, pflegerischen und ethischen Herausforderungen.

ETHISCHE FRAGESTELLUNGEN IN PANDEMIEZEITEN

Die ethischen Fragestellungen in der Corona-Krise lösen nicht nur in der Intensivmedizin, sondern auch in der Akut- und Langzeitpflege Unsicherheiten und Ängste aus. Insbesondere Mediziner und Pflegende, Patienten und An- und Zugehörige stehen global vor neuen ethischen Fragestellungen. In der Angewandten Ethik im Sozial- und Gesundheitswesen herrscht ein hoher Handlungsdruck:

Was sollen wir tun, wenn für schwerkranke beatmungspflichtige Patienten, die in Pandemiezeiten mit COVID-19 zu erwarten sind, nicht genügend Beatmungsmaschinen zur Verfügung stehen? Werde ich als Patient nicht mehr adäquat versorgt, weil ich zur älteren Generation gehöre und unter Vorerkrankungen leide? Wie kann ich als An- oder Zugehörige meinen Liebsten Beistand bei einer schweren Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit leisten, wenn Besuchsverbote in Kliniken und Pflegeeinrichtungen gelten? Wie kann und soll ich mich als Mitarbeitende im Gesundheitswesen bei patientennahen Tätigkeiten vor Ansteckung schützen, wenn das Material dafür nicht vorhanden ist oder knapp wird? Welches moralische Handeln ist in diesen Situationen gut bzw. richtig? Diese Fragen und viele mehr sind nicht einfach zu beantworten.

KONTAKT-BZW. BESUCHSVERBOT IN KLINIKEN UND PFLEGEEINRICHTUNGEN

Ein **moralisches Problem** macht sich durch eine Irritation, ein ungutes Gefühl bemerkbar. Dadurch entsteht ein ethischer Konflikt. Wir sehen oder beobachten eine Situation, die mit unseren moralischen Intuitionen, unserem Gewissen und unserer moralischen Prägung im Widerspruch steht. Die moralische Beurteilung scheint eindeutig zu sein (Monteverde 2012). Dies zeigt sich z. B. beim Kontakt- bzw. Besuchsverbot von An- und Zugehörigen in Langzeiteinrichtungen und in Kliniken, die Autonomie und die Freiheit der beteiligten Akteure wird deutlich eingeschränkt. In diesen Situationen sind mehrere Handlungsoptionen denkbar und die betroffenen Werte, Grundorientierungen und Prinzipien nicht gleichrangig. Die vier medizinethischen Prinzipien (Principlism) Autonomie, Gutes tun, Nicht-Schaden, und Gerechtigkeit können Orientierungshilfe in Entscheidungssituationen geben (Beauchamp und Childress 1994). Es kann achtsam und fürsorglich abgewogen werden, ob das Besuchsverbot Ausnahmen zulässt und das Prinzip „Gutes tun“ des „Nicht-Schadens“ oder die „Autonomie“ zum Tragen kommt. Unter Berücksichtigung von care- und tugendethischen Aspekten kann es gelingen eine gute Entscheidung zu treffen (Monteverde 2012). Das Besuchsverbot kann zum Beispiel gelockert werden, wenn ein Pflegebedürftiger im Sterben liegt oder ein krankes Kind seine Mutter zur Genesung braucht. An- und Zugehörige dürfen demnach erst nach einer achtsamen Güterabwägung Kontakt mit der kranken oder pflegebedürftigen Person aufnehmen. Die ethische Problematik wird aus verschiedenen Perspektiven der beteiligten Akteure betrachtet. Es gibt in der Regel eine gangbare Lösung für alle Beteiligten in der Situation, die Solidarität und Verantwortungsbewusstsein abverlangt, da der Blick in einer Pandemie nicht nur auf die

einzelne Person gerichtet sein darf, sondern auf die gesamte Gesellschaft. Vor allem ältere Menschen mit Vorerkrankungen gehören zu den vulnerablen Personengruppen, die in der Corona-Krise vor Ansteckung geschützt werden müssen. Institutionsabhängig geben Einrichtungen Regeln zum Umgang mit dem Besuchsverbot heraus, übernehmen die organisationsethische Verantwortung. In einem ethischen Konflikt sind vertrauensbildende Maßnahmen mit den Akteuren von Bedeutung, z.B. durch Deeskalation, Mediation, ggf. die Dienstanordnung einhalten. Inwieweit diese Regelungen von der Gesellschaft kurz- und vor allem langfristig angenommen und toleriert werden, hängt davon ab, wie solidarisch und verantwortungsvoll sich die einzelne Person verhält und ob die Maßnahmen einer Verhältnismäßigkeit entsprechen und der Einzelne sie nachvollziehen kann. Freiheitseinschränkende Maßnahmen müssen immer kritisch betrachtet werden, nicht nur ethisch, sondern auch im sozialen und rechtlichen Kontext.

ZUTEILUNG VON KNAPPEN RESSOURCEN IN DER INTENSIVMEDIZIN

Beim **moralischen Dilemma** zeigt sich die Irritation durch eine Ratlosigkeit. Wir denken über eine moralisch heikle Situation nach und kommen zu der Einsicht, dass mindestens zwei ethische Prinzipien oder Werte miteinander korrelieren. Die moralische Beurteilung scheint nicht eindeutig zu sein (Monteverde 2012). Wir wissen nicht, was die richtige Lösung für das ethische Problem sein könnte. Sollten Mediziner und Pflegende in Dilemmasituationen dazu gezwungen sein ad hoc eine Triage vorzunehmen, also entscheiden müssen, welche unter den Patienten eine intensivmedizinische Behandlung und Versorgung benötigen, Priorität und damit etwa Beatmung oder eine extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) erhalten und wer nachrangig behandelt würde sind zwei Szenarien zu unterscheiden (DIVI 2020; Deutscher Ethikrat 2020):

Szenario 1, die sogenannte Triage bei Ex-ante-Konkurrenz: Hier geht es um die Fälle, in denen nicht genügend Beatmungsplätze für intensivpflichtige Patienten bereitgestellt werden können, obwohl eine Indikation dafür besteht. *„Die hier unausweichlichen Entscheidungen sind normativ weniger problematisch, wenngleich auch sie für die entscheidenden Personen mit schweren seelischen Belastungen verbunden sind. Patienten, denen danach die Behandlung vorenthalten wird, werden von den medizinischen Entscheidern nicht etwa durch Unterlassen „getötet“, sondern aus Gründen einer tragischen Unmöglichkeit vor dem krankheitsbedingten Sterben nicht gerettet. Hier gilt der Grundsatz, dass niemand zu Unmöglichem verpflichtet sein kann“* (Deutscher Ethikrat 2020, 4). Hier greifen die von den Fachgesellschaften veröffentlichten Handlungsempfehlungen, die transparent darlegen nach welchen wohlüberlegten Kriterien die Patienten intensivmedizinisch versorgt werden. Die Leitlinien stellen sicher, dass unfaire Einflüsse bei der Entscheidung ausgeschlossen werden. Das Recht bietet hierzu keine positiven Auswahlkriterien (DIVI 2020; Deutscher Ethikrat 2020).

Szenario 2, die sogenannte Triage bei Ex-post-Konkurrenz: Hier geht es um Situationen, in denen alle verfügbaren Beatmungsplätze belegt sind, die Behandlung jedoch trotz Indikation abgebrochen wird, um einem anderen beatmungspflichtigen Patienten, bei gleicher Indikation das Leben mit dieser Beatmungsmaschine zu retten. *„Solche Entscheidungen sind erheblich problematischer. Hier können Grenzsituationen entstehen, die für das behandelnde Personal seelisch kaum zu bewältigen sind. Wer in einer solchen Lage eine Gewissensentscheidung trifft, die ethisch begründbar ist und transparenten – etwa von medizinischen Fachgesellschaften aufgestellten – Kriterien folgt, kann im Fall einer möglichen (straf-)rechtlichen Aufarbeitung des Geschehens mit einer entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung rechnen. Objektiv rechters ist das aktive Beenden einer laufenden, weiterhin indizierten Behandlung zum Zweck der Rettung eines Dritten jedoch nicht“* (Deutscher Ethikrat 2020, 4).

Um in diesen Dilemmasituationen nicht zu verzweifeln, haben sieben medizinische Fachgesellschaften in Deutschland gemeinsam am 25.03.2020 eine Handlungsempfehlung zu „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ veröffentlicht, um den Herausforderungen in Pandemiezeiten begegnen zu können. Diese Empfehlung kann in ethisch schwierigen Entscheidungskontexten Orientierung für alle Betroffene bieten (DIVI 2020). Es erfordert transparente, medizinisch und ethisch gut begründete Kriterien, falls eine notwendige Priorisierung bei knappen lebenserhaltenden Ressourcen anstehen sollte. Ein solches Vorgehen kann die Behandlungsteams entlasten und das Vertrauen der Bevölkerung in das Krisenmanagement in den Krankenhäusern stärken. *„Die Priorisierungen erfolgen dabei ausdrücklich nicht in der Absicht, Menschen oder Menschenleben zu bewerten, sondern aufgrund der Verpflichtung, mit den (begrenzten) Ressourcen möglichst vielen Patienten eine nutzbringende Teilhabe an der medizinischen Versorgung unter Krisenbedingungen zu ermöglichen“* (DIVI 2020, 4). Das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht wird zur Priorisierung von Patienten in den Empfehlungen vorgeschlagen (DIVI 2020). Dem Staat hingegen sind laut Verfassung jede unmittelbare oder mittelbare Unterscheidung nach Wert oder Dauer des Lebens untersagt (Deutscher Ethikrat 2020).

Fast zeitgleich hat der Deutsche Ethikrat am 27. März 2020 eine Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ veröffentlicht. Sie leistet u.a. ethische Orientierungshilfe, vor allem hinsichtlich Triage-Situationen in der Corona-Krise. Zusammengefasst geht es in dieser Ad-hoc-Empfehlung darum, die Gesellschaft und Politik dafür zu sensibilisieren, die dargelegten Konfliktszenarien auch als normative Probleme zu verstehen (Deutscher Ethikrat 2020). Es wird deutlich, dass der Staat in Deutschland aufgrund der Verfassung keine konkreten Handlungsempfehlungen herausgeben kann.

ETHISCHE REFLEKTION IN BEHANDLUNGSTEAMS

Die Corona-Krise erfordert eine umfassende erweiterte ethische Reflektion, um mit den schwer aushaltbaren moralischen Problemen und Dilemmasituationen umgehen zu können. Die neue Herausforderung für Behandlungsteams besteht darin, dass der Fokus in der Corona-Krise nicht nur auf das Wohl des einzelnen Patienten ausgerichtet ist, wenn es um das Leben und den Tod bei vielen gleichartig erkrankten Menschen geht, die unter Umständen unabsehbar ist und zu Engpässen in der Versorgung führt. Dies kann zu Kollisionen zwischen grundsätzlichen Maßgaben der Ethik, des Berufsethos und des Rechts führen, wie den aktuell veröffentlichten Empfehlungen zur Corona-Krise des Deutschen Ethikrats (Deutscher Ethikrat 2020) und den klinisch-ethischen Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften zu entnehmen ist (DIVI 2020; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2020; Deutscher Ethikrat 2020). Dies betrifft auch Situationen, wie das Besuchsverbot in Kliniken und Pflegeeinrichtungen.

Ethische Reflektionsmodelle unter Einbezug der obigen Empfehlungen bieten eine strukturierte Möglichkeit Konflikt- und Dilemmasituationen zu reflektieren, um dem moralischen Druck in den Behandlungsteams zu begegnen. Das Modell für ethische Reflektion von Marianne Rabe bietet eine praxisnahe Bearbeitung von Fällen (Rabe 2009). Das Modell zeichnet sich dadurch aus, dass neben der Fallanalyse auch normative Orientierungen explizit thematisiert werden. Es regt die Teilnehmenden dazu an, ihre Argumentationsfähigkeit zu schulen und ethisch relevante Fragen, die die Situation betreffen heraus zu kristallisieren, ohne vorgegebenen Fragenkatalog. In den drei Schritten: Situationsanalyse, ethische Reflektion und Ergebnisse wird eine erlebte Situation geschildert und bearbeitet. Am Anfang der Diskussion eines Falles ermöglicht das Modell von Rabe, den Teilnehmenden Gefühle, wie z.B. Unbehagen oder Ängste zu äußern. Sie werden nicht als Störfaktor betrachtet, sondern ermöglichen einen eigenen Bezug zum Fall herzustellen. Es wird deutlich, wo der Klärungsbedarf liegt und führt zur Entlastung aller Beteiligten. Mit den zu eruiierenden Handlungsmöglichkeiten und den möglichen Motiven der Teilnehmenden wird die Situationsanalyse fortgesetzt, um anschließend zu einem ethisch begründeten Konsens oder Dissens zu gelangen und notwendige praktischen Konsequenzen davon abzuleiten (Rabe 2009).

FAZIT

Die Corona-Krise macht deutlich, in welchen rechtlichen Grauzonen sich insbesondere Mediziner und auch Pfleger in Dilemmasituationen bewegen. Die im Zuge der Pandemie aufgeworfenen Fragestellungen erfordern eine breite gesellschaftliche und politische Auseinandersetzung, mit dem Ziel mehr Rechtssicherheit für die Handelnden zu schaffen. Behandlungsteams sind in Krisenzeiten hohen physischen und seelischen Belastungen ausgesetzt. Sie erfordern die Aufarbeitung moralisch belastender Situationen, um weiterhin eine professionelle Patientenversorgung zu gewährleisten. Die ethische Reflektion kann Mitarbeitende

dabei unterstützen, ihre persönlichen und berufsethischen Werte zu verbalisieren, um selbst gesund zu bleiben – davon profitieren alle, auch im Hinblick auf die knappen personellen Ressourcen im Sozial- und Gesundheitswesen.

Carola Fromm, M.A.

Regionale Kliniken Holding RKH Ludwigsburg
Kastanienweg 9
D-71739 Oberriexingen
carola@fromminet.de

LITERATUR

- Beauchamp, T., Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. 4. Auflage. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Deutscher Ethikrat (2020). *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. AD-HOC-Empfehlung*. Abgerufen von <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> am 01.04.2020.
- Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2020). *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Von den Fachgesellschaften verabschiedete Fassung vom 25.03.2020*. Abgerufen von <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> am 27.03.2020.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2020). *Empfehlungen der DGP zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)*. Abgerufen von <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/empfehlungen-der-dgp.html> am 01.04.2020.
- Kluge, S., Janssens, U.; Welte, T., Weber-Carstens, S., Marx, G., Karagiannidis, C. (2020). *Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19*. Springer Verlag. Abgerufen von <https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-020-00674-3> am 01.04.2020.
- Monteverde, S. (Hrsg.) (2012). *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Rabe, M. (2009). *Ethik in der Pflegeausbildung*. Bern: Huber Verlag.

Vertrauens- und kompetenzbasiertes Delegationsmodell in Zeiten von Corona

Prof. Dr. Martina Hasseler¹; Stephanie Krebs¹, M.Sc.; Anna Larina Lietz¹, M.Sc.

¹ Ostfalia – Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen

EINLEITUNG

Die Behandlung von Personen, welche sich mit dem SARS-CoV-2 Virus infiziert haben, stellt das deutsche Gesundheitswesen und insbesondere Intensivstationen vor Herausforderungen. Die hoch komplexe Versorgung der mit Covid-19 erkrankten Menschen (Kluge et al., 2020) verschärft den bereits bestehenden Fachkräftemangel in der Pflege zusätzlich. Um Abhilfe zu leisten, wurde auf politischer Ebene der Einsatz von Medizinstudierenden und weiteren Freiwilligen auf den Intensivstationen diskutiert (Nds. Ministerium für Wissenschaft und Kultur, 2020). Für die Umsetzung eines solchen Vorschlags in der Praxis ist ein Delegationsmodell zum Einsatz dieser unterstützenden Mitarbeitenden unabdingbar, um zielgerichtet eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen zu können. Pflegefachpersonen sind für die Erbringung der Pflege auf Intensivstationen verantwortlich. Diese können jedoch zielgerichtet und kompetenzorientiert Aufgaben an die unterstützenden Kräfte delegieren.

ZU BEACHTENDE FAKTOREN BEI DER DELEGATION

Die Delegation von pflegerischen Aufgaben durch Pflegefachkräfte ist international üblich. Sie ist u.a. im ökonomischem Druck und im Pflegefachpersonenmangel begründet. Die Pflegefachperson ist für die Erbringung der Pflegemaßnahmen verantwortlich. Sie kann einzelne Bestandteile der Pflege, jedoch nicht den Pflegeprozess selbst delegieren, für den sie immer die Verantwortung trägt. Untrennbar mit der Pflegepraxis verbundene Aufgaben wie Bewertung, Planung, Evaluation und Pflegebeurteilung können nicht delegiert werden. Die Entscheidung darüber, ob eine Delegation bzw. Übertragung von Pflegeleistungen stattfinden sollte, hängt davon ab, wie die Pflegefachperson den Zustand des Patienten, die Kompetenz der Mitglieder im Pflegeteam und den bei der Delegation einer Maßnahme notwendigen Grad der Supervision durch die Pflegefachperson beurteilt. Die Pflegefachperson delegiert ausschließlich Maßnahmen, für deren Durchführung andere in der Gesundheitsversorgung Beschäftigte nach Auffassung der Pflegefachperson über die entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, wobei Weiterbildung, kulturelle Kompetenzen und Erfahrungen sowie Richtlinien und Vorgehensweisen von Einrichtungen bzw. Behörden zu berücksichtigen sind. Die Pflegefachperson stimmt die Kommunikation in Bezug auf die Delegation individuell auf das Assistenzpersonal und die Situation des Patienten ab. Die Kommunikation sollte klar, präzise, richtig und vollständig sein. Die Pflegefachperson prüft, ob von Seiten des

Assistenzpersonals alles verstanden wurde und ob die Delegation und die mit ihr verbundene Verantwortung akzeptiert werden. Die Kommunikation sollte ein wechselseitiger Prozess sein. Das unterstützende Personal sollte die Möglichkeit haben nachzufragen und/oder genauere Informationen über die Anforderungen zu bekommen (DBfK, 2010).

Bei der Delegation sind grundsätzliche Prinzipien einzuhalten, die alle gemeinsam vorliegen müssen, damit eine Delegation sinnvoll ist:

1. Nachhaltige Unterstützung des Versorgungsprozesses
2. Keine Verschlechterung der Versorgung
3. Arbeitsrechtliche, haftungsrechtliche und versicherungsrechtliche Legitimation
4. Beachtung der Qualifikation der Berufsgruppe (oder Qualifizierung)
5. Erhöhung der Stellenanteile der übernehmenden Berufsgruppen

Dabei soll der Versorgungsprozess nicht kleinteilig aufgeteilt werden (DBfK, 2010).

Für die Gestaltung des Delegationsprozesses im konkreten Krisenfall müssen jedoch noch weitere Faktoren betrachtet werden. So stehen Kontrolle und Vertrauen bei Delegationsentscheidungen in einem schwierigen Verhältnis zueinander. Einerseits wird durch Entlastung die Problemlösungsfähigkeit verbessert, wenn notwendige Kenntnisse vorhanden sind, Potenziale können ausgebaut werden und die intrinsische Motivation der Delegationsempfänger gesteigert werden. In der Praxis zeigen sich jedoch noch Probleme, da Überwachung zu Misstrauen führen kann und die Zufriedenheit und die Bereitschaft für freiwilligen Einsatz minimieren (Osterloh & Weibel, 2006, S. 68). Menschen, die freiwillig einspringen verbessern jedoch durch positives Feedback ihre Aufgabenerfüllung (Geiser, Okun & Grano, 2014). Laut Bae, Brewer, Kelly und Spencer (2015) bedarf es einem intensiven Monitoring beim Einsatz von unterstützenden Personen durch Pflegefachkräfte auf Intensivstationen. Dafür muss eine Arbeitsbeziehung aufgebaut werden, für die zu Beginn ein Vertrauensvorschuss gewährt werden sollte. Mit der Zeit nimmt die Fremdkontrolle ab und die Selbstkontrolle steigt durch vertrauensbildende Maßnahmen. Der Vertrauensvorschuss verlangt aktives Vertrauen, welches viel von den Interagierenden verlangt. Es ist mit einem Risiko verbunden und fordert die Auseinandersetzung, mit neuen Situationen und hohem eigenen Engagement (Zaugg, 2009). Ein Führungsstil in der Pflege, der allein auf die Ausführung der

Aufgabe abzielt, ist ineffektiv. Ein relationaler Führungsstil, dessen Definitionen variieren (Uhl-Bien, 2006), der jedoch die individuelle Stärken der Mitarbeitenden berücksichtigt steigert die individuelle Produktivität und Zufriedenheit von Mitarbeitenden in Gesundheitsfachberufen (Cummings et al., 2018).

In der aktuellen Situation müssen aufgrund nicht ausreichender personeller Ressourcen in der Intensivpflege freiwillig einspringende Helfende, mit diversen Erfahrungen in der Pflege (von ausgebildeten Pflegefachkräften, die in anderen Bereichen arbeiten, über Medizinstudierende bis zu Laienpflegenden) optimal in den Versorgungsprozess der zu versorgenden Menschen eingebunden werden. Hierzu formulieren Hoffmann, van den Berg und Dreier (2013): „Die Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen im Sinne der Delegation und Substitution erfordert [...] sowohl auf der Versorgungs- als auch auf der Qualifikationsebene innovative Konzepte“.

EIN INNOVATIVES DELEGATIONSKONZEPT

Innerhalb eines innovativen Delegationsmodells schlagen wir eine Abkehr der Delegation an Berufsgruppenangehörige (mit Qualifikationszertifikat) hin zur kompetenzorientierten Delegation an Individuen vor.

Das von uns entwickelte Modell (Hasseler, Lietz & Krebs, in Vorb.), basiert auf einer Entscheidungsmatrix von Ahn und Clermont (2019):

1. Mitarbeitendenpotenzial gering; Entlastungsmaß gering:
→ A: keine Delegation
2. Mitarbeitendenpotenzial hoch; Entlastungsmaß gering:
→ B: Delegation abhängig von der Mitarbeitendeneinstellung zu den Aufgaben
3. Mitarbeitendenpotenzial gering; Entlastungsmaß hoch:
→ C: Aufbau von Mitarbeitendenpotenzialen vorantreiben
4. Mitarbeitendenpotenzial hoch; Entlastungsmaß hoch:
→ D: Delegation zwecks schneller Entlastung

Anhand des Mitarbeitendenpotenzials und dem Entlastungsmaß für bestimmte Aufgaben können Pflegefachkräfte entscheiden, ob sie Aufgaben delegieren. Besteht ein geringes Mitarbeitendenpotenzial und eine geringe Entlastung bei einer Aufgabe, so erfolgt keine Delegation (A). Besteht ein hohes Mitarbeitendenpotenzial, aber nur ein geringes Entlastungsmaß, so kann die Delegation abhängig von der Einstellung delegiert werden (B). Bei geringem Mitarbeitendenpotenzial und einem hohen Entlastungsmaß können die Aufgaben dazu genutzt werden, das Potenzial auszubauen (C), um wenn möglich Typ D zu erreichen, also die schnelle Delegation bei hohem Potenzial und einem hohen Entlastungsmaß.

KOMPETENZEINSCHÄTZUNG VON MITARBEITENDEN

Das Mitarbeitendenpotenzial einzelner Individuen setzt sich aus unterschiedlichen Kompetenzen zusammen. Diese müssen vor der Delegation ermittelt werden. Kompetenzen können als „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen (d.h. absichts- und willensbezogenen) und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ definiert werden (Weinert, 2002, zitiert in Leisen, 2011). Die Handlungskompetenz setzt sich aus den vier Teilkompetenzen fachliche, methodische, soziale und persönliche Kompetenz zusammen (Knigge-Demal & Eylmann, 2006). Ein kurzer heuristisch entwickelter Fragebogen soll in der Krisensituation dabei helfen, Pflegefachpersonen eine schnelle und fokussierte Einschätzung der Kompetenzen zu erleichtern, um anschließend eine Delegationsentscheidung anhand der beschriebenen Matrix zu treffen (Hasseler, Lietz & Krebs, 2020). Der Fragebogen sieht sowohl eine Fremdeinschätzung als auch eine Selbsteinschätzung vor. Die Beantwortung der Fragen kann jedoch keine absolute Klarheit über die Kompetenzen einer Person geben. Er gibt lediglich eine Orientierung, da sich Kompetenzen nicht standardisiert darstellen lassen. Die mit dem Fragebogen verbundene sowie eine darüberhinausgehende Kommunikation und ein an die Situation angepasstes Verhalten sind daher entscheidend. Fallbeispiele für die Anwendung des Modells finden sich in Hasseler et al. (2020).

FAZIT

Der Einsatz von freiwilligen Helfenden und von unerfahrenen Pflegefachkräften auf Intensivstationen in der Corona-Krise erfordert innovative Konzepte. Dieses Delegationsmodell kombiniert eine Kompetenzeinschätzung mit dem Entlastungsmaß von Aufgaben. Durch diese Handlungsempfehlung kann es den auf der Intensivstation tätigen Pflegefachkräften erleichtert werden, eine Einschätzung über eine mögliche Delegation von Aufgaben zu treffen. Die Arbeitgebenden sind aufgefordert, für die Verwendung dieses Modells förderliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Prof. Dr. Martina Hasseler

Ostfalia – Hochschule für angewandte Wissenschaften
Fakultät Gesundheitswesen,
Robert-Koch-Platz 8a
D-38440 Wolfsburg
m.hasseler@ostfalia.de

LITERATURVERZEICHNIS

- Ahn, H. & Clermont, M. (2019). Delegation von Aufgaben im Management. WiSt - Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 48(7-8), 54–57. <https://doi.org/10.15358/0340-1650-2019-7-8-54>
- Bae, S.-H., Brewer, C. S., Kelly, M. & Spencer, A. (2015). Use of temporary nursing staff and nosocomial infections in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 980–990. <https://doi.org/10.1111/jocn.12718>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M. et al. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- DBfK. (2010). Position des DBfK zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus. Verfügbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-zu-Delegation-im-Krankenhaus_2010-03-29.pdf
- Geiser, C., Okun, M. A. & Grano, C. (2014). Who is motivated to volunteer? A latent profile analysis linking volunteer motivation to frequency of volunteering. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 56(1), 3–24.
- Hasseler, M., Lietz, A. L. & Krebs, S. (in Vorb.). Delegation im Krisenfall – Entscheidungen erleichtern. *Pflege Zeitschrift*.
- Ostfalia HaW. (2020). Delegation pflegerischer und intensivmedizinischer Aufgaben im Krisenfall – Eine Handlungsempfehlung. Wolfsburg. Verfügbar unter https://www.ostfalia.de/cms/de/g/.galleries/g_download_dokumente_forschungsprojekte/hasseler_State-ment-Delegation_25.03.2020.pdf
- Hoffmann, W., van den Berg, N. & Dreier, A. (2013). Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(4), 555–561. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1629-6>
- Kluge, S., Janssens, U., Welte, T., Weber-Carstens, S., Marx, G. & Kariannidis, C. (2020). Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* [Recommendations for critically ill patients with COVID-19]. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00674-3>
- Knigge-Demal, B. & Eylmann, C. (2006). Nr. 18 Kompetenzorientierte Prüfungsgestaltung Teil 1 - Anhand von Fallbeispielen - Berichte aus Lehre und Forschung, (18).
- Leisen, J. (2011). Kompetenzorientiert unterrichten. Fragen und Antworten zu kompetenzorientiertem Unterricht und einem entsprechenden Lehr-Lern-Modell. *Unterricht Physik*, (123/124).
- Nds. Ministerium für Wissenschaft und Kultur. (2020). Wissenschaftsminister ruft Medizinstudierende zur Mithilfe in der Pflege auf. Hannover. Zugriff am 06.04.2020. Verfügbar unter <https://www.mwk.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/presseinformationen/wissenschaftsminister-ruft-medizinstudierende-zur-mithilfe-in-der-pflege-auf-186498.html>
- Osterloh, M. & Weibel, A. (2006). Investition Vertrauen. Prozesse der Vertrauensentwicklung in Organisationen (1. Aufl.). Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-8349-9067-9>
- Uhl-Bien, M. (2006). Relational Leadership Theory: Exploring the social processes of leadership and organizing. *The Leadership Quarterly*, 17(6), 654–676. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.10.007>
- Zaugg, R. J. (2009). Nachhaltiges Personalmanagement. Eine neue Perspektive und empirische Exploration des Human Resource Management (Neue betriebswirtschaftliche Forschung, nbF, Bd. 375, 1. Aufl.). Zugl.: Bern, Univ., Habil.-Schr., 2009. Wiesbaden: Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-8349-8443-2>

Applaus, Applaus für Dein stilles Dulden...¹

Variationen über das Thema „Anerkennung“

Prof. Dr. Gabriele Fischer², Prof. Dr. rer. cur. Maik H.-J. Winter³, Prof. Dr. rer. soc. Karin Reiber⁴

² Professorin für Soziologie, Hochschule München, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften

³ Professor für Gerontologische Pflege, Ravensburg-Weingarten University, Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung (IGVP)

⁴ Professorin für Erziehungswissenschaft/Didaktik mit Schwerpunkt Pflegepädagogik/-didaktik, Hochschule Esslingen, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Der nachfolgende Text versteht sich als wissenschaftlicher Diskussionsbeitrag zum Thema ‚Anerkennung‘ des Pflegeberufs als ein wiederkehrendes Motiv im öffentlichen wie fachlichen Diskurs. Anerkennung wird nachfolgend als ein wechselseitiger Prozess von dem Zum-Ausdruck-Bringen und der Rezeption von Anerkennung aus unterschiedlichen Akteursperspektiven und Blickwinkeln beleuchtet. Äußerer Anlass dieser Betrachtung ist die durch die Coronakrise motivierte Praxis des abendlichen Applauses von europäischen Balkonen und Fenstern und ihrer durchaus kontroversen Wahrnehmung und Interpretation von beruflich Pflegenden.

APPLAUS ODER ANERKENNUNG?

Der Applaus für die Leistung der Pflegekräfte soll eine Form der Wertschätzung für deren Einsatz und Engagement angesichts der Covid19-Pandemie zum Ausdruck bringen. Das Klatschen macht im Prinzip etwas hörbar und damit für kurze Zeit zum Bestandteil des öffentlichen Raums, was für die meisten Menschen in normaleren Zeiten unsichtbar bleibt: Den tagtäglichen Einsatz für Gesundheit und Leben. Doch ist dieser Applaus Anerkennung?

Anerkennung von beruflichen Tätigkeiten wird, so Axel Honneth in seinem Buch „Kampf um Anerkennung“ (1994), in Form von sozialer Wertschätzung entgegengebracht und zwar dann, wenn „Leistungen gemäß kultureller Standards erbracht werden“ (209). Anerkennung hängt somit davon ab, was für eine Gesellschaft – vor dem Hintergrund ihrer Normen und Werte – als anerkennungswürdig gilt. In kapitalistischen Gesellschaften stehen dabei diejenigen Tätigkeiten und Berufe im Vordergrund, die dem produktiven, also verwertungslogisch organisierten Bereich zugeordnet werden. Tätigkeiten der Reproduktion – Erziehung von Kindern, Pflege von Kranken oder älteren Personen etc. – galten lange als privat, dem Haushalt zugeordnet und wurden Frauen und ihrer vermeintlichen ‚natürlichen Berufung‘ zur Sorgearbeit zugeschrieben (Gerhard 2014). Diese Hierarchisierung von Produktion vor Reproduktion blieb auch dann wirkmächtig, als die Sorgearbeiten in verberuflichter Form als Erwerbstätigkeit ausgeübt wurden und sich als Berufe oder Professionen etablierten (Friese 2017). Nicht zufällig ist der Verdienst von Personen in den jetzt als systemrelevant eingeordneten Berufen (je nach Beruf z.T. deutlich) niedriger als das durchschnittliche Lohnniveau und es arbeiten darin überdurchschnittlich viele Frauen (Koebe et al. 2020). Und nicht zufällig verbinden sich bis heute mit

den Care-Berufen Sonderwege der Berufsbildung mit den entsprechenden Implikationen für die Professionalisierung (Friese 2018).

ANERKENNUNG DER ANERKENNUNG

In der aktuellen Situation der (drohenden) Überlastung des Gesundheitssystems aufgrund der Covid19-Pandemie, genauso wie im Kontext des pflegerischen Alltags in Zeichen von Ökonomisierung und Personalknappheit vor und vermutlich auch nach der Pandemie, stellt sich somit die Frage, als was die Pflegekräfte genau anerkannt werden. Werden sie als ‚stille Held*innen‘ anerkannt, die versuchen ihr Letztes zu geben, um Leben zu retten, Krankheiten zu lindern oder alltägliche Versorgung zu gewährleisten (mit der Betonung auf ‚still‘: Dieses Heldentum wird ganz besonders in seiner möglichst geräuschlosen Ausübung wertgeschätzt)? Oder werden sie als erwerbstätige Personen anerkannt, die einen konstitutiven Beitrag zum Weiterbestehen der Gesellschaft leisten – denn ohne Care-Tätigkeiten kann keine Gesellschaft existieren (Fraser 2016) – und die für ihre Leistung angemessen entlohnt werden wollen sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz für sich in Anspruch nehmen?

Anerkennung wird nur dann entgegengebracht, so argumentiert Judith Butler, wenn der normative Rahmen dessen, was gesellschaftlich als anerkennbar gilt, nicht gesprengt wird (Butler 2009). Solange es weiterhin als anerkennbar – d.h. als gesellschaftlich weithin akzeptiert – gilt, dass Frauen Sorgetätigkeiten leisten und dafür weniger oder vielleicht gar nicht entlohnt werden (Pflegefachkräfte übernehmen als Frauen auch unbezahlte Care-Aufgaben in ihren familiären Bezügen, und die familiäre Pflege wird ebenfalls mehrheitlich von Frauen erbracht), erscheint es nicht verwunderlich, wenn Pflegekräfte den Applaus als zynisch wahrnehmen und damit diese Form der Anerkennung zurückweisen. In der Pflege geht es schon lange nicht mehr um Anerkennung des Bestehenden, sondern um eine grundlegende Veränderung der normativen Grundlage für Anerkennung – erst dann kann soziale Wertschätzung als solche von den Pflegekräften anerkannt werden.

Doch gilt die Anerkennung bzw. der Applaus wirklich allen Pflegekräften gleichermaßen? Wie auch schon jenseits von Coronazeiten schon, erfahren Pflegekräfte im medizin-

¹ In Anlehnung an den Songtitel von Sportfreunde Stiller „Applaus Applaus“

nahen Bereich erneut die größte Anerkennung (Krankenhaus und hier Intensivstation). Die schwerpunktmäßige pflegerische, aber auch medizinische oder soziale Arbeit mit alten Menschen genießt hingegen sowohl in der jeweils eigenen Berufsgruppe als auch gesellschaftlich eine (auch jetzt) vergleichsweise niedrige Anerkennung (stat. und amb. Altenpflege, Geriatrie, Gerontopsychiatrie) (Winter 2017). Infolgedessen gelten diese Arbeitsbereiche bereits bei Pflegeauszubildenden/-studierenden als wenig attraktiv und ihre beruflichen Zukunftspläne konzentrieren sich stark auf den akutstationären Sektor (Reiber et al. 2019) – ganz zu schweigen von Schüler*innen auf der Suche nach einem Ausbildungsberuf.

ANERKENNUNG DER PFLEGE – ANERKENNUNG IHRER KRITIK

Problematische Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen aufgrund von Personalknappheit und sich systematisch verändernden Rahmenbedingungen angesichts der Ökonomisierung der Pflege sind seit längerem ein kontinuierlicher Bestandteil der politischen und professionsinternen Debatten in der Pflege. Der Arbeitsalltag der Pflegekräfte kommt aufgrund einer bereits länger andauernden u. a. durch straffe Ökonomisierung des Gesundheits- und Sozialsystems bedingten Personalknappheit einer ‚Krise als Normalzustand‘ gleich (Mohr et al. 2020, Riedlinger et al. i. E.). Für Pflegekräfte sind zusätzliche Schichten oder das Einspringen auf anderen Stationen oder Wohnbereichen zur Normalität des Berufsalltags geworden, um das Mindestmaß an Versorgung gewährleisten zu können. Wenn nun Pflegekräfte ihr ‚stilles Dulden‘ dieser Umstände durchbrechen sowie sich kritisch und auf die eigene prekäre Situation hinweisend doch zu Wort melden – wie wird dies rezipiert?

Interessanterweise wird professionsintern die von den Pflegekräften geäußerte Kritik an eigenen Arbeitsbedingungen und -realitäten immer wieder als ‚Jammern‘ bezeichnet. Gerade Führungskräfte in der Pflege, aber auch die Berufsangehörigen selbst sprechen bisweilen von einer regelrechten ‚Jammerkultur‘ in der Pflege. Gemeint ist damit, dass Pflegekräfte vor allem auf Missstände hinweisen, jedoch keine konstruktiven Lösungsvorschläge vorbrächten oder aber ihre Interessen nicht mit Nachdruck auf den hierfür institutionalisierten Wegen vertreten. Der Begriff des „Jammerns“ steht gleichsam für eine Emotionalisierung und Infantilisierung von Kritik. Kinder jammern, wenn sie zu lange laufen müssen, die Fahrt zum Reiseziel zu lange dauert oder sie nicht die Eissorte bekommen können, die sie sich vorgestellt haben. Die kritischen Wortmeldungen aus der Pflege werden also mit dem Label ‚Jammern‘ versehen und somit die Legitimität der geäußerten Unzufriedenheit in Frage gestellt sowie als mangelnde Fähigkeit des sich Anpassens eingeordnet. Damit wird Pflegekräften zugleich eine ernstzunehmende Kritikfähigkeit abgesprochen. Durch diese Form der Rezeption von Kritik werden die von den Pflegekräften als kritikwürdige Arbeitsbedingungen und –umstände nicht inhaltlich verhandelt, sondern sie wird als überflüssige und unangemessene Unmutsäußerung abgetan (Riedlinger et al. i. E.).

Aus einer Perspektive der Anerkennung heißt dies, dass die Kritik weder als solche noch die Pflegekräfte als Kritik Äußernde anerkannt werden. Wie würden wohl die Beschäftigten von VW oder Daimler reagieren oder auch die deutsche Ärzteschaft, wenn ihre Forderungen für bessere Arbeitsbedingungen als ‚Jammern‘ bezeichnet würden? Anerkennung der Pflege müsste auch Anerkennung ihrer Kritik bedeuten. Gerade diejenigen, die Kritik äußern, haben ein Interesse an der Pflege, denn sie wollen, dass sich etwas ändert, damit die aktuell Pflegenden im Beruf bleiben und neue motivierte Pflegekräfte in den Beruf kommen (vgl. Mohr et al. 2019).

Die von beruflich Pflegenden vorgetragene Kritik lässt sich in zwei unterschiedliche Richtungen deuten: einerseits im Hinblick auf den eigenen Arbeitsplatz als institutionsbezogene Kritik, andererseits als Kritik an Rahmenbedingungen und Umständen, die den Beruf als solchen unattraktiv machen. Korrespondierend damit, dass die von den Pflegekräften formulierte Kritik nicht unbedingt als Ressource für die Steigerung der Arbeitgeberattraktivität im Besonderen genutzt wird, wird sie hinsichtlich der Berufsattraktivität im Allgemeinen als schädlich für die Reputation des Pflegeberufs bewertet (Riedlinger et al. i. E.). Diese Anforderung an die Pflegekräfte, dem eigenen Ansehen nicht zu schaden und sich somit verantwortlich im Sinne der eigenen Berufsgruppe zu verhalten, verweist auf ein weiteres wesentliches Charakteristikum von Sorgetätigkeiten: Das Zurückstellen eigener Interessen und Forderungen für ein übergeordnetes Ziel. Den Pflegekräften wird damit Verantwortung für die Berufsgruppe – also das Kollektiv – übertragen, verbunden mit der Intention, den individuellen Wunsch nach besseren Arbeitsbedingungen hinten an zu stellen (Fischer et al. i. E.).

QUELLEN DER ANERKENNUNG

Bei fehlender oder zu geringer Anerkennung bleibt nicht unbedingt eine Leerstelle, sondern dieses Defizit wird oftmals kompensiert durch die Suche nach Anerkennung in anderen Bereichen oder durch andere Personen. Beispiele für solche Anerkennungspraktiken: Berufstätige Frauen mit Kindern kompensieren fehlende Anerkennung im Beruf durch die Anerkennung als Mutter durch ihre Kinder oder andere Mütter – oder anders herum; Assistenzärzt*innen kompensieren fehlende Anerkennung durch ihre Vorgesetzten durch die Anerkennung der Patient*innen (Fischer 2015). Pflegekräfte kompensieren mangelnde soziale Wertschätzung auf gesellschaftlicher Ebene oder durch Vorgesetzte durch die Anerkennung der Patient*innen und Bewohner*innen. Dies hängt sicherlich mit dem beruflichen Selbstverständnis ebenso zusammen wie mit dem konstitutiven Aspekt von Sorgetätigkeiten, das Wohlergehen des/der Anderen in den Vordergrund zu stellen. Gleichzeitig ist diese Strategie nicht unproblematisch, weil hier Anerkennung innerhalb eines starken Abhängigkeitsgefüges generiert wird bzw. nicht ‚auf Augenhöhe‘ erfolgt – mit teils fatalen Folgen. Im Extremfall kann das dazu führen, dass je abhängiger das Gegenüber ist, desto höher die Anerkennung ausfällt.

Für die mit Anerkennung und sozialer Wertschätzung erzielbare gesellschaftliche Position wird allerdings durchaus relevant, wer diese Anerkennung entgegenbringt, also welche gesellschaftliche Stellung der/die Anerkennende hat. Es dürfte nicht überraschen, dass der Anerkennung von gesellschaftlich höhergestellten Personen, wie Vorgesetzten, ein höherer Wert zugeschrieben wird als der Anerkennung von Patient*innen oder dementiell veränderten Personen (Fischer et al. i. E.). Ein naheliegender Schluss für die Verbesserung der Anerkennungssituation von Pflegekräften könnte nun sein, sich stärker auf die Anerkennenden zu konzentrieren, die gesellschaftlich höher gestellt und mit mehr Macht ausgestattet sind. Für das Durchsetzen aktueller politischer Forderungen mag dies durchaus von strategischem Vorteil sein. Für eine – wie die Covid19-Pandemie zeigt – notwendige grundlegende Veränderung gesellschaftlicher Verhältnisse scheint es allerdings auch ein wichtiger Gedanke zu sein, den Wert des Wohlergehens des/der Anderen noch einmal in den Blick zu nehmen.

ANERKENNUNG VON VULNERABILITÄT

Die Verletzbarkeit des Menschen stellt einen konstitutiven Aspekt von Leben dar, allein deshalb, weil wir sterben werden und unser Leben damit von Anfang an gefährdet ist (Butler 2010). In der aktuellen Situation wird der Verletzbarkeit älterer und/oder vorerkrankter Menschen als sogenannte Risikogruppen in einem bisher kaum gekannten Maß Rechnung getragen. Zugleich sind alte Menschen nicht erst jetzt eine besonders vulnerable Gruppe, sondern zunächst eine zunehmend bedeutsamer werdende Nutzer*innengruppe des gesamten Systems, das quasi einer Geriatriisierung unterliegt. Insofern stellt die Coronakrise die Gesellschaft vor eine exemplarische Solidaritätsaufgabe. Die Einschränkungen des gesamten öffentlichen Lebens in Anerkennung von Vulnerabilität ist zugleich das Zugeständnis an die Bedarfe und Bedürfnisse dieser Personengruppen, aus der sich unschwer die Notwendigkeit ihrer dauerhaften professionellen Versorgung ableiten lässt. Komplexe Versorgungsbedarfe aufgrund von Multimorbidität, -medikation, Pflegebedürftigkeit sowie der Kumulation körperlicher und psycho-sozialer Problemlagen erfordern eine hohe (pflege-)fachliche Expertise (Winter 2017). Verbunden mit der Anerkennung von Vulnerabilität und der damit korrespondierenden gesellschaftlichen Solidarität lässt sich die Coronakrise somit – in Anerkennung der daran geknüpften Anforderung an die Professionalität von Care-Berufen – als Ausgangspunkt von Aushandlungsprozessen nutzen.

Als Konsequenz gehört dazu auch eine gemeinsam geteilte realistische Berufseinschätzung, die den Beruf weder zum Heldentum entgrenzter Arbeit (24/7) – und für alles zuständig, wofür nicht Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Hauswirtschaft etc. pp zuständig sind (All- oder Restzuständigkeit) – hochstilisiert noch dauerhaft als miserabel bezahlten Knochenjob am unteren Ende der Hierarchie im Gesundheitswesen in einem kaputtgesparten System und mit notorisch unzufriedenen Nutzer*innen schlechtredet (Reiber et al. i.V.). Auf der Basis eines professionellen Selbstverständnisses, das die pflegfachliche

Expertise sowie die eigenen Kompetenzen genauso anerkennt wie die Grenzen eigenen beruflichen Handelns, können sowohl interprofessionelle als auch gesellschaftliche Aushandlungsprozesse aussichtsreicher gelingen.

Im gesellschaftlichen Dialog zwischen ‚Anerkennenden‘ und ‚Anerkannten‘ sind Interessen und Anliegen neu zu verhandeln, um auf dieser Basis zu einer gemeinsam getragenen dauerhaften Solidarität mit kranken, älteren, hilfs-, pflege- und unterstützungsbedürftigen Menschen zu gelangen – im Übrigen auch in wirtschaftlicher Hinsicht: Was ist uns das Ganze wert?

NORMEN – RESSOURCEN – ANERKENNUNG!

In der aktuellen Corona-Situation werden in den Industrieländern gravierende politische Maßnahmen ergriffen, die die Gesundheit und das Wohlergehen der Bevölkerung über ökonomische Interessen stellen. Würde dieser Gedanke beibehalten, hieße das, auch perspektivisch denjenigen Gruppen eine größere Bedeutung als bisher zuzuschreiben, die als besonders vulnerabel gelten, und gesellschaftliches Handeln entsprechend an ihrem Wohlergehen auszurichten. Das wiederum würde für die Arbeit der Pflegekräfte bedeuten, dass gerade die Anerkennung der zu Pflegenden von höherer Bedeutung wäre als ökonomische Kennziffern oder das Einhalten standardisierter Abläufe, weil es auch gesellschaftlich ein höheres Gut wäre. Die normative Grundlage für Anerkennung würde sich verschieben (siehe Argumentation im Punkt Applaus oder Anerkennung).

Dieser Gedanke scheint utopisch. Er drückt aber aus, welche Bedeutung Care-Tätigkeiten für ein menschliches Miteinander haben und welche gesellschaftlichen Priorisierungen möglich sein könnten und müssten.

Prof. Dr. Gabriele Fischer

Hochschule München
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
Am Stadtpark 20
D-81243 München
gabriele.fischer@hm.edu

Prof. Dr. rer. cur. Maik H.-J. Winter

Ravensburg-Weingarten University, Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung (IGVP)
Postfach 30 22
D-88216 Weingarten
maik.winter@rwu.de

Prof. Dr. rer. soc. Karin Reiber

Hochschule Esslingen
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Flandernstraße 101
D-73732 Esslingen
Karin.Reiber@hs-esslingen.de

LITERATUR

- Butler, Judith (2010). *Gefährdetes Leben, betrauerbares Leben*. In: Dies.: *Raster des Krieges. Warum wir nicht jedes Leid beklagen*. Frankfurt am Main/New York: Suhrkamp, S. 9-38.
- Butler, Judith (2009). Was ist Kritik? In: Jaeggi, Rahel; Wesche, Tilo (Hrsg.): *Was ist Kritik?* Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 221-246.
- Fischer, Gabriele; Lämmel, Nora; Mohr, Jutta; Riedlinger, Isabelle (i.E.). Zum Beispiel Pflege – Fragen an den arbeitssoziologischen Topos der Subjektivierung von Arbeit. In: *Gender – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, Heft 2, S. 45 – 60.
- Fischer, Gabriele (2015). Anerkennung. Macht. Hierarchie. Praktiken der Anerkennung und Geschlechterdifferenzierung in der Chirurgie und im Friseurhandwerk. Bielefeld: transcript.
- Fraser, Nancy (2016). Contradictions of Capital and Care. In: *New Left Review*, 100, S. 99-117.
- Friese, Marianne (2017). Care Work. Eckpunkte der Professionalisierung und Qualitätsentwicklung in personenbezogenen Dienstleistungsberufen. In: Weyland, Ulrike; Reiber, Karin (Hrsg.): *Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder*. Bielefeld: Bertelsmann (Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungsforschungsnetz, 20), S.29-49.
- Friese, Marianne (2018). Berufliche und akademische Ausbildung für Care Berufe. Überblick und fachübergreifende Perspektiven der Professionalisierung. In: Friese, Marianne (Hrsg.): *Professionalisierung von Care-Work. Innovationen der beruflichen Ausbildung und Lehramtsausbildung in personenbezogenen Dienstleistungsberufen*. Bielefeld: wbv. S. 17-44.
- Gerhard, Ute (2014). Care als sozialpolitische Herausforderung moderner Gesellschaften – Das Konzept fürsorglicher Praxis in der europäischen Geschlechterforschung. In: Aulenbacher, Brigitte; Riegraf, Birgit; Theobald, Hildegard (Hrsg.): *Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime. Care: Work, Relations, Regimes., Soziale Welt, Sonderband 20*, S. 69-88.
- Honneth, Axel (1994). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Koebe, Josefine; Samleben, Claire; Schrenker, Annekatrin; Zucco, Aline (2020). Systemrelevant und dennoch kaum anerkannt: Das Lohn- und Prestigeniveau unverzichtbarer Berufe in Zeiten von Corona. DIW aktuell (blog). DIW Berlin. 2020. https://www.diw.de/de/diw_01.c.743872.de/publikationen/diw_aktuell/2020_0028/systemrelevant_und_dennoch_kaum_anerkannt__das_lohn-_und_prestigeniveau_unverzichtbarer_berufe_in_zeiten_von_corona.html (abgerufen am 6.4.2020).
- Mohr, Jutta; Fischer, Gabriele; Lämmel, Nora; Höß, Tanja; Reiber, Karin (2020). Pflege im Spannungsfeld von Professionalisierung und Ökonomisierung, oder: Kann der Pflegeberuf wirklich attraktiver werden? In: *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*. Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe Band 10497, S. 203-213.
- Mohr, Jutta; Boscher, Claudia; Steinle, Johannes; Höß, Tanja; Winter, Maik H.-J.; Reiber, Karin (2019). Ringen um Pflegefachpersonal. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 58 (4), S. 62-66.
- Reiber, Karin; Reichert, Dorothea; Winter, Maik H.-J. (2019). Implikationen für die Berufseinmündung nach einer generalistischen Pflegeausbildung – eine mehrperspektivische Studie. In: *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. 32. Band, S. 1-9. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000655>.
- Reiber, Karin; Küpper, Andreas; Mohr, Jutta (i. V.): Wunsch und Wirklichkeit in der Pflegeausbildung – eine laufbahnbezogene Perspektive auf Berufsorientierung im Kontext von Fachkräftebedarf. In: Weyland, Ulrike; Ziegler, Birgit (Hrsg.) (i. V.). *Entwicklungen und Perspektiven in der Berufsorientierung – Stand und Herausforderungen*. Bielefeld (Bertelsmann) (Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungsforschungsnetz).
- Riedlinger, Isabelle; Fischer, Gabriele; Höß, Tanja (i.E.). Pflegeberufe und Arbeitskampf – ein Widerspruch? In: Artus, Ingrid; Bennewitz, Nadja; Henninger, Annette et al. (Hrsg.) (2020): *Arbeitskonflikte und Gender. Reihe Arbeit und Geschlecht*, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Mohr, Jutta; Lämmel, Nora; Sandow, Brigita; Müller, Dorothee; Fischer, Gabriele; Reiber, Karin (2018). Raus aus der Endlosschleife?! Eine anwendungsorientierte Forschungsperspektive auf den Fachkräftebedarf. In: *Pflegewissenschaft*, 20 (7/8), S. 304-310.
- Mohr, Jutta; Reiber, Karin; Riedlinger, Isabelle (2019). Veränderungsprozesse im Kontext des aktuellen Fachkräftebedarfs am Beispiel der Ausbildung. In: *PADUA Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung*, 14 (3), S. 169-173.
- Winter, M.H.-J. (2017). Das Berufsfeld Alten-Pflege. In: Schlemmer, Elisabeth; Lange, Andreas; Kuld, Lothar (Hrsg.): *Handbuch Jugend im demografischen Wandel*. Weinheim: Beltz/Juventa, S. 284-306.

COVID-19 und die Rolle der Pflege(wissenschaft)

Renate Stemmer¹, Erika Sirsch², Christa Bükér³, Bernhard Holle³, Sasche Köpke³

¹ Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)

² stellv. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)

³ Vorstandsmitglieder, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)

Anlässlich des 200. Geburtstag von Florence Nightingale hat die WHO das Jahr 2020 zum ‚Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen‘ erklärt. Ziel speziell in den europäischen Ländern ist es, vor dem Hintergrund veränderter gesundheitlicher Bedürfnisse der Bevölkerung auf die bedeutende Rolle der Pflege im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen und ihre Leistungen zu würdigen. Politik und Gesellschaft sollen stärker sensibilisiert werden für den Stellenwert der Arbeit von Pflegenden. Weiteres Ziel ist es, Offenheit für eine Änderung der Rahmenbedingungen zu schaffen, so dass akademisch und beruflich qualifizierte Pflegenden ihr jeweiliges Potential abrufen und einbringen können (WHO Regionalbüro für Europa 2020).

Wohl niemand konnte ahnen, wie eindrücklich sich schon bald mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie die Bedeutung von Pflege weltweit darstellen sollte. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der vorliegende Artikel mit dem Rollenbild von Pflege in Zeiten der Coronakrise. Dabei wird die These aufgestellt, dass die öffentliche Wertschätzung von Pflege in Deutschland zwar gestiegen ist, jedoch das tradierte Rollenbild keine Veränderung erfährt. Dazu wird zunächst ein kurzer Blick auf die Wahrnehmung von Pflege in Zeiten vor Corona geworfen.

TRADIERTES ROLLENBILD VON PFLEGE IN DEUTSCHLAND

Wenngleich Umfragen zufolge der Pflegeberuf ein hohes gesellschaftliches Ansehen genießt – die Pflege nimmt in den regelmäßigen Allensbach-Befragungen zum Berufsprestige stets einen der vorderen Plätze ein (IfD Allensbach 2013) – herrscht hierzulande nach wie vor eine eher tradierte Vorstellung von Pflege als dienende, aufopfernde und selbstlose Tätigkeit. Der Wandel hin zu einem wissenschaftlich fundierten, modernen Gesundheitsberuf mit vielfältigen Perspektiven und Handlungsfeldern, wie beispielsweise Gesundheitsförderung und Prävention, edukativen Aktivitäten oder Aufgaben der Versorgungssteuerung, hat sich von der Gesellschaft eher unbemerkt vollzogen. Nicht zuletzt befördert durch die Pflegeversicherung, wird Pflege in der Öffentlichkeit immer noch vorwiegend als ‚hands-on-nursing‘ wahrgenommen. Die akademische Qualifizierung von Pflegepersonen für patienten- und bewohnernahe Aufgaben ruft in der Öffentlichkeit weiterhin eher Erstaunen denn Zustimmung hervor.

Von Seiten der (Gesundheits-)Politik wurde die professionelle Pflege über Jahrzehnte hinweg kaum beachtet, Forderungen aus der Pflegepraxis nach besseren Rahmenbedingungen (Arbeitsbedingungen, Personalausstattung, Entlohnung) wurden schlichtweg ignoriert. Bereits in 2010 wurde das Fehlen von 120.000 Vollzeitstellen für das Jahr

2025 prognostiziert (Afentakis & Maier 2010). Diese und auch andere Erhebungen, die insbesondere für die stationäre und ambulante Altenpflege eine dramatische Lücke prognostizierten, blieben ohne Konsequenzen. Erst in jüngster Zeit lassen sich vor dem Hintergrund des sich immer stärker abzeichnenden Pflegepersonal mangels Versuche einer Attraktivitätssteigerung der Pflege feststellen (Stichwort ‚Konzertierte Aktion Pflege‘).

Auch die Pflegewissenschaft als eigenständige Disziplin ist in Deutschland nur wenig bekannt und weist trotz einiger Erfolge einen eher nachholenden Charakter auf (Stemmer et al. 2019). Die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Fundierung von Pflege findet zwar eine Verankerung im Pflegeberufegesetz, evidenzbasierte Pflegeinterventionen bleiben jedoch aufgrund fehlender systematischer Disseminationsstrukturen in der Praxis eher die Ausnahme (ebd.). Die in fast allen Ländern Europas längst übliche Etablierung von Pflege als akademischer Beruf wurde und wird in Deutschland nur zögerlich umgesetzt. Inwieweit die seit 2020 im Pflegeberufegesetz verankerte hochschulische Pflegeausbildung als zweiter Regelausbildungsweg sich zu einem Erfolgsmodell entwickeln wird, bleibt abzuwarten.

Die derzeitige Situation der Pflege in Deutschland ist vor allem von einer gewissen Stagnation geprägt. Von einer autonomen Tätigkeit, wie sie in anderen Ländern z. B. in Konzepten von Advanced Practice Nurses und Clinical Nurse Specialists längst erfolgreich etabliert ist, sind Pflegenden in Deutschland noch weit entfernt. Nach wie vor wird Pflegewissenschaft nicht als eigenständige wissenschaftliche Disziplin und Pflege nicht als gleichberechtigte Berufsgruppe im Kontext der anderen Gesundheitsberufe wahrgenommen und anerkannt.

PFLEGE IN ZEITEN DER KRISE

Die Corona-Pandemie hat die Unverzichtbarkeit professioneller Pflege auf dramatische Weise deutlich gemacht. Pflegenden sowie Ärztinnen und Ärzte sind die zentralen Berufsgruppen in der gesundheitlichen Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten. Den dichtesten und intensivsten Kontakt hat dabei die professionelle Pflege angesichts ihrer 24-Stunden-Zuständigkeit und der Körpernähe vieler pflegerischer Handlungen.

Seit dem massenhaften Auftreten von COVID-19 wird der Pflegeberuf als ‚systemrelevanter‘ Beruf bezeichnet, d. h. er gehört zu den Berufen, die als unerlässlich für das Funktionieren unserer Gesellschaft gelten. Pflegenden werden in den Medien als ‚wahre Helden‘ bezeichnet, allabendlich wird als Zeichen der Wertschätzung in einigen Städten auf Balkonen geklatscht, und politische Akteure sind des Lobes voll über die Einsatzbereitschaft der Pflegenden. Indes

wächst die Sorge, dass das Gesundheitssystem der Bundesrepublik in dieser Krise an seine Grenzen stößt. Zwar konnte die Anzahl von Intensivbetten und Beatmungsgeräten rasch aufgestockt werden, es bleibt jedoch die Frage, ob sich genügend Menschen finden, die die Schwerstkranken versorgen und die Geräte bedienen können. Angesichts des bereits vor der Krise bestehenden Pflegepersonalmangels und der Tatsache, dass auch immer mehr Pflegende selbst erkranken, wurden von mehreren Seiten eilig verschiedene Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auf den Weg gebracht:

- Pflegekammern und die Bertelsmann Stiftung haben Plattformen eingerichtet, um freiwillige Pflegefachpersonen außer Dienst zu gewinnen, die im Falle einer Verschärfung der Krise an Krankenhäuser, Altenheime oder ambulante Dienste vermittelt werden können;
- in etlichen Bundesländern wurde per Erlass der Unterrichtsbetrieb an allen Schulen der Pflege- und Gesundheitsfachberufe bis zum 19. April 2020 eingestellt, damit Auszubildende sowie Studierende in dualen Pflegestudiengängen Einsätze in Praxiseinrichtungen durchführen können;
- das Robert Koch-Institut hat eine „Mögliche Anpassung der Empfehlungen für Kontaktpersonen und infiziertes Personal an Situationen mit akutem Personalmangel“ veröffentlicht, wonach in Ausnahmefällen infiziertes Personal zur Versorgung von COVID-19-Patientinnen und Patienten eingesetzt werden kann (RKI 2020);
- in zahlreichen Krankenhäusern werden bereits Kurzfortbildungen von nicht-intensivverfahren Pflegefachpersonen zum Erwerb von Grundlagenwissen zu Beatmung und Symptomkontrolle bei Corona-Patientinnen und Patienten durchgeführt;
- in einigen Landesparlamenten gab es bereits Überlegungen, Pflegepersonal zwangszuverpflichten;
- in dem am 27.03.2020 vom Bundesrat beschlossenen „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ wurde im Falle der Ausrufung einer solchen Lage zwecks Entlastung der Ärztinnen und Ärzte Pflegekräften automatisch die Befugnis zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten übertragen (Beerheide et al. 2020, S. A 697).

Die getroffenen Maßnahmen zeigen, dass zur Bewältigung der aktuellen Situation in erster Linie zahlreiche „helfende Hände“ gesucht werden und damit am tradierten Rollenbild des ‚hands-on-nursing‘ festgehalten wird. Unbeachtet bleibt, dass Pflegende über eine hohe Kompetenz verfügen müssen. So bedarf es zum Beispiel auf Intensivstationen hochspezialisierter Pflegefachpersonen mit umfassenden Kenntnissen im Beatmungsmanagement, beim Weaning oder beim Monitoring in instabilen Kreislaufsituationen. Ein solches Wissen lässt sich nicht in Kurzfortbildungen vermitteln und ein Einsatz solchermaßen fortgebildeter, nicht intensivverfahren Pflegefachpersonen birgt das Risiko einer Patientengefährdung.

Eine explizite Einbeziehung pflegewissenschaftlicher Expertise in das Management der Krise, z. B. im Rahmen der Erstellung von nationalen Pandemieplänen, der Entwicklung von Leitlinien und Präventionsmaßnahmen oder bei Monitoring-Aufgaben, lässt sich nicht feststellen oder

bleibt unsichtbar. Auch medial wird die Diskussion vorrangig bestimmt von Vertreterinnen und Vertretern aus den Bereichen Epidemiologie, Infektiologie, Virologie und Ärzteschaft. Die bislang geringe Beachtung von Pflegewissenschaft setzt sich auch in der Krise fort. In Talkshows werden gelegentlich Pflegende eingeladen, um aus ihrem hochbelasteten Arbeitsalltag zu berichten. Eine Diskussion auf Augenhöhe mit den anderen wissenschaftlichen Disziplinen findet so eher nicht statt, vielmehr eine Verfestigung des überholten Rollenbilds.

KRISE ALS CHANCE?

In allen Settings sind Pflegende derzeit hochbelastet. Gleichwohl wissen sie um ihre gesellschaftliche Verantwortung und stellen sich der Situation in beeindruckender Weise. Es bedurfte offensichtlich erst einer solchen Krise, um die Erkenntnis zu befördern, dass unsere Gesellschaft und das Gesundheitswesen essentiell auf Pflege angewiesen sind. Allerdings bleibt trotz erkannter ‚Systemrelevanz‘ von Pflege das Rollenbild der Berufsgruppe in Gesellschaft, Politik und Medien unverändert. Damit dies nach der Krise nicht so bleibt, sind Berufsverbände, Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, die pflegewissenschaftliche Fachgesellschaft sowie Gewerkschaften aufgefordert, sich nachdrücklich zu Wort zu melden, um berechnete Ansprüche auf Veränderung von Arbeitsbedingungen durchzusetzen und die Pflegewissenschaft im Kanon der Gesundheitsdisziplinen stärker zu verankern. Dann kann in der derzeitigen schwierigen Situation auch eine Chance für die Pflege liegen, dem Ziel des ‚Internationalen Jahrs der Pflegenden‘ näherzukommen.

Prof. Dr. Christa Bükler

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)
Bürgerstr. 47
D-47057 Duisburg
christa.bueker@fh-bielefeld.de

LITERATUR

- Afentakis, A & Maier, T (2010). *Projektion des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025*. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Wirtschaft und Statistik*. Wiesbaden. S. 990-1002.
- Beerheide, R., Korzilius, H. & Osterloh, F. (2020). *Acht Gesetze in acht Tagen*. *Deutsches Ärzteblatt* 117(14), S. A 695-A 697.
- IfD Allensbach (2013). *Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013*. Institut für Demoskopie Allensbach. Abgerufen von: www.ifd-allensbach.de am 04.04.2020.
- RKI (2020). *Coronavirus SARS-CoV-2. Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (auch bei Personalmangel) in Arztpraxen und Krankenhäusern*
- Stemmer, R., Bükler, C., Holle, B., Köpke, S., Sirsch, E. (2019). *Der Beitrag der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft angesichts zukünftiger Herausforderungen*. *Pflege & Gesellschaft* 24(1), S. 60-74.
- WHO Regionalbüro für Europa (2020). *Year of the Nurse and the Midwife 2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Abgerufen von: www.euro.who.int am 04.04.2020.

Wenn nicht jetzt, wann dann?

Dr. Lena Marie Wirth¹, Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler¹

¹ Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Institut für Gesundheitsforschung und Bildung

Die gegenwärtige öffentliche Aufmerksamkeit für die angespannte Versorgungslage in den Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten der Republik führt die dramatischen Anforderungen und extremen Belastungen in den Arbeitswelten der Sozial- und Gesundheitsberufe unmissverständlich vor Augen. Aspekte der medizinisch-pflegerischen Versorgung zum Erhalt von Leib und Leben unter Bedingungen der Nicht-Planbarkeit und hoher Unsicherheiten stehen aktuell im Vordergrund der Diskussion. Die extremen Anforderungen an die Pflege als Interaktionsarbeit im Sinne der Kooperations-, Gefühls- und Emotionsarbeit und einem subjektivierenden Arbeitshandeln (Böhle et al, 2015), die unter den gegebenen Bedingungen von Isolation und Quarantäne mit hochaltrigen, kognitiv beeinträchtigten und/oder schwerstpflegebedürftigen Menschen insbesondere in der langzeitstationären und häuslichen Pflege zu erfüllen sind, bleiben dagegen weitgehend unsichtbar und werden in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung kaum reflektiert. Gerade diese Aspekte der Versorgung erfordern typischerweise Nähe, körperliche Präsenz und dauerhafte Bindung. Um diese sicherzustellen, begeben sich die professionellen Helfer*innen tagtäglich in Gefahr, bspw. versorgen sie ihre Patient*innen ohne adäquate Schutzkleidung, schränken ihre Kontakte mit der Außenwelt noch stärker ein als die Bevölkerung und leben gleichzeitig täglich mit der Unsicherheit, COVID-19 unerkannt und ungewollt in ihre Versorgungssituationen einzuschleppen.

Die aktuelle Pandemie hebt damit einen Aspekt der Pflegearbeit hervor, der einen konstitutiven Bestandteil der Arbeit mit Menschen ausmacht: Interaktion in Kontexten der Ungewissheit. Fachlich begründete Interaktionsarbeit ist handlungsleitend für beruflich Pflegenden und dieses Interaktionsinteresse macht in Krisensituationen nicht halt vor der eigenen Gesundheit. Während die Gefährdung der eigenen Gesundheit von Pflegenden, Mediziner*innen und weiteren Akteuren im Versorgungsgeschehen mit den aktuellen Herausforderungen im Dienste der Abwendung existenzieller Gefährdungen von Patient*innen, Bewohner*innen und Klient*innen erfolgt,² ist nach der aktuellen Studienlage das Phänomen *interessierte Selbstgefährdung* in der pflegerischen Versorgungspraxis auch Alltag (also unabhängig von Zeiten der Pandemie) – hier allerdings mit dem Ziel der Sicherstellung des wirtschaftlichen Unternehmenserfolges bzw. der Abwendung von wirtschaftlichen Misserfolgen des eigenen Unternehmens bzw. des Arbeitsplatzes (Wirth et al. 2020; Laimer et al. 2019; Wirth et al. 2019a; Wirth et al. 2019b; Daxberger et al. 2018; Vogd 2018; Slotala 2011; Manzei 2009). Interessierte Selbstgefährdung, die häufig in Zusammenhang mit indirekter Steuerung einhergeht (Wirth et al. 2020; Laimer et al. 2019; Wirth et al. 2019a; Wirth et al. 2019b; Peters 2017; Peters

2011), beschreibt die Gefährdung der eigenen Gesundheit zur Erreichung unternehmerischer Zielstellungen (Peters, 2011). Selbstgefährdendes Verhalten wird dabei auch gegen gut gemeinte Interventionen oder gar gegen klare betriebliche Regelungen (etwa des Arbeitsschutzes) verteidigt (vgl. Peters, 2017), denn nicht zu verkennen bleibt: Die Ausübung der Arbeit gerade im Bereich der personenbezogenen Dienstleistung folgt (auch) einem fachlichen/berufsethischen Interesse.

Indirekte Steuerungsprozesse – als moderne Managementformate – führen dazu, dass beruflich Pflegenden zunehmend aufgefordert sind, selbstständig auf die (quasi-)marktlichen Bedingungen der heutigen Versorgungspraxis zu reagieren und entsprechende Konflikte mit ihren berufsethischen Grundsätzen und Überzeugungen mit sich selbst auszutragen. Die (Quasi-)Vermarktlichung des Gesundheits- und Pflegewesens und kommerzielle, teils kapitalorientierte Interessen im Sozial- und Gesundheitssektor münden darin, dass Mitarbeiter*innen, aus dem Interesse, das Spannungsfeld von fachlich guter und wirtschaftlich vertretbarer Versorgung auszubalancieren, die eigene Gesundheit gefährden. Die zunehmende Etablierung von digitalen Technologien zur Steuerung der Pflege – so die Studienlage – scheint diese Effekte zu forcieren (Wirth et al. 2019a).

Dieses Interesse wird heute institutionell zunehmend systematisch als eine Ressource vereinnahmt, um systemimmanente Mängel und Defizite zu kompensieren. Zu pandemischen Zeiten scheint dieses Tribut angemessen – der Erfolg sichert *menschliches (Über-)Leben*. Fraglich ist, ob, und ggf. wie es zu rechtfertigen ist, nach der Bewältigung der akuten Phase zum (Quasi-)Markt-Modell zurückzukehren und das gesundheitliche Wohlergehen von Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen zur Sicherung des *wirtschaftlichen (Über-)Lebens* von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen systematisch in die Bresche zu werfen. Die „Corona-Krise“ macht eine lange bekannte Pflege-Krise öffentlich sichtbar und unübersehbar. Die politische Reaktion verweist in diesem Zusammenhang aktuell gern auf die „Konzertierte Aktion Pflege“, mit der die bekannten Mängel mittelfristig bearbeitet werden sollen. Es ist jedoch davor zu warnen, dass sich entsprechende Nachbesserungen (etwa durch lobbyistische Interventionen der potenten Krankenhaus- und Medizinvertretungen) vorzugsweise auf tarifliche und logistische Aspekte und Verbesserungen im Bereich der medizinisch-pflegerischen Aufgaben- und Verantwortlichkeiten der Pflege reduzieren und die Bedeutung von Pflege als Interaktionsarbeit sowie

² ähnlich wie dies etwa aus dem beruflichen Alltag der Feuerabwehr bekannt ist

entsprechende Zusammenhänge mit indirekter Steuerung und Phänomenen der interessierten Selbstgefährdung in diesem Zusammenhang (erneut) kaum Aufmerksamkeit erfahren.

Wenn nicht jetzt, wann dann? – es ist an der Zeit, die Diskussion um die strukturellen Herausforderungen der Pflege systematisch mit den inhaltlichen Herausforderungen der Pflegearbeit zu verbinden, um die im öffentlichen wie im politischen Diskurs teils vorzufindenden Verkürzungen in Bezug auf „gute Pflege“ zu überwinden.

Die gegenwärtige Herausforderung hebt einen weiteren Aspekt hervor, der für die Zukunft der Pflege von hoher Relevanz ist und jüngst verstärkt in Diskussion steht. Digitalisierung, so heißt es, leistet einen wertvollen Beitrag zur Aufrechterhaltung des gesellschaftlichen Lebens unter Bedingungen der Pandemie. Die Leistungsfähigkeit digitaler Anwendungen zur Aufrechterhaltung und Steuerung von Arbeits- und Kommunikationsprozessen unter Bedingungen rigider Kontaktbeschränkungen wird aktuell deutlich sichtbar. Sie ermöglichen Vernetzungen etwa zur Koordination und Steuerung (siehe oben) des Versorgungsgeschehens, zur Unterstützung der Personalakquise oder zur Vermittlung von Versorgungskapazitäten in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, sie unterstützen die Logistik, die eine angemessene Versorgung erst ermöglicht und – nicht zuletzt –, sie erlauben (bis zu einem gewissen Grad) die Aufrechterhaltung der Alltagsgeschäfte in Kontexten von Bildung und Wissenschaft. Mutig in die Zukunft gedacht wäre auch auf neue Möglichkeiten der Unterstützung der direkten Pflegearbeit aus der Ferne durch assistive Technologien, Tele-Pflege-Ansätze, robotische Systeme oder KI-Anwendungen zu verweisen. Bereits heute werden Rufe lauter, COVID-19 als Mahnung zu verstehen, die Digitalisierung in Gesellschaft und Berufswelt offensiv voranzutreiben. Entsprechende Weichen sind für das Gesundheits- und Pflegewesen, bspw. durch das Digitale-Versorgung-Gesetz von 2019, bereits gestellt. *Wenn nicht jetzt, wann dann?* – so könnte auch in Bezug auf eine offensive Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegewesens die Devise in Nach-Pandemie-Zeiten lauten.

Finden Stimmen dieser Art Gehör, so gilt es – wie unattraktiv dies auch ggf. sein mag – auf notwendige Reflexionen und Diskussionen nicht vorschnell zu verzichten. Auch in diesem Zusammenhang sind strukturelle Entwicklungen – hier als soziotechnische Entwicklungen – immer im konkreten Zusammenhang mit dem eigentlichen Arbeitsgegenstand zu diskutieren. Pflegearbeit und Pflegebildung bleiben letztlich immer auch auf ganz basale körper-leib-nahe Erfahrungen (Interaktion) verwiesen. Das (im SGB XI prominent hinterlegte) Ziel der Pflege, gesellschaftliche Teilhabe auch unter Bedingungen von Alter, Beeinträchtigung oder Krankheit zu ermöglichen, droht durch extensiven und unreflektierten Ausbau der Digitalisierung in der Pflege marginalisiert, ggf. – denkt man an Szenarien einer ausschließlich digital gestützten gesellschaftlichen Teilhabe – sogar konterkariert zu werden. Teilhabe- und Interaktionsarbeit mit ggf. schwerstpflegebedürftigen Menschen setzt in weiten Teilen einen persönlichen Kon-

takt voraus, der – und auch das ist zu betonen – nach wie vor ein entscheidendes sinnstiftendes Potenzial für alle Akteure eines Pflegearrangements bereithält (Böhle et al, 2015). Weiterhin verweisen jüngste Studienergebnisse darauf, dass neue Technologien als Vehikel für indirekte Steuerungsmechanismen fungieren und interessierte Selbstgefährdung sowie damit verbundene psychische Belastungen befördern können (vgl. Laimer et al. 2019; Wirth et al. 2019a; Peters 2017; Peters, 2011).

Die aktuellen Erfahrungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie werden sich nur sehr bedingt in die üblichen adaptiven gesellschaftlichen und institutionellen Reflexionsroutinen (Nerdinger, 2011) einordnen lassen. Dennoch, oder vielleicht besser: Gerade darum wird es von entscheidender Bedeutung sein, diese Erfahrungen systematisch zu verarbeiten, um kluge Lehren zu ziehen und generatives organisationales (Nerdinger, 2011) Lernen zu ermöglichen: *„The provocative element in experience, the element that puts inquiry to work, is a sense of uncertainty and disruption of current habits. A result of inquiry is new experience, and, in turn, new knowledge.“* (Elkjaer, 2018, S. 154).

Neue Steuerungsformen in der Pflege werden ebenso wie Digitalisierung für die Pflege bislang vorzugsweise reaktiv und in Anlehnung an marktbedingte Veränderungen gedacht, technologische Neuerungen und korrelierende Steuerungsmechanismen werden häufig als „Add on“ in etablierte organisationale Strukturen integriert. Die aktuelle Herausforderung ist auch in diesen Zusammenhängen als Lernanlass zu verstehen – als Übung darin, strukturelle Weiterentwicklungen der Pflege mutig zu durchdenken – dies aber immer und systematisch mit den inhaltlichen Herausforderungen der Pflegearbeit zu verbinden und sich dabei nicht von externen Instanzen präformieren zu lassen.

Die Aufgabe lautet erneut: Pflege neu denken! Covid-19 lädt Praxis, Wissenschaft und Gesellschaft zu einem grundlegenden sowie konkreten, kreativ-zukunftsgereichten und mitunter leidvollen Lernszenario ein. *„Wenn nicht jetzt, wann dann?“*

Dr. Lena Marie Wirth

Universität Osnabrück
Fachbereich Humanwissenschaften
Institut für Gesundheitsforschung und Bildung
Fachgebiet Pflegewissenschaft
Barbarastrasse 22c
D - 49069 Osnabrück
lena.marie.wirth@uos.de

LITERATUR

- Böhle, F., Stöger, U., Wehrich, M. (2015). Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. *Arbeits- und Industriosozologische Studien* Jahrgang 8 (1), 37-54.
- Daxberger, S., Wirth, L. M., & Hülsken-Giesler, M. (2018). Technikgestützte Steuerung von Arbeitsprozessen in der ambulanten Pflege – eine transdisziplinäre Betrachtung. *Pflegewissenschaft*, 20(7-8), 27-36.
- Elkjaer, B. (2018). Pragmatist Foundations for Organizational Education. In: Göhlich M, Schröer A, Weber S M (Hg.): *Handbuch Organisationspädagogik* (pp 151-161). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Laimer, J., Peters, K., Wirth, L. M. (2019). Mobile Arbeit im Spannungsfeld zwischen indirekter Steuerung und interessierter Selbstgefährdung. In: Breisig T, Vogl G: *Mobile Arbeit gesund gestalten – ein Praxishandbuch*. URL: <http://www.prentimo.de/assets/Uploads/prentimo-Broschuere-Screen.pdf>, letzter Abruf 04.04.2020.
- Manzei, A. (2009). Neue betriebswirtschaftliche Steuerungsformen im Krankenhaus. Wie durch die Digitalisierung der Medizin ökonomische Sachzwänge in der Pflegepraxis entstehen, *Pflege & Gesellschaft*, Vol. 14 (1), 38-53.
- Nerdinger, F. W., Blicke, G., Schaper, N. (2011). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg (Springer-Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-16972-4>.
- Peters, K. (2011). Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Kratzer N, Becker K, Dunkel W, Hinrichs . (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement*. Berlin, p. 105-122.
- Vogd, W., Feißt, M., Molzberger, K., Ostermann, A., Slotta, J. (2018). Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. Wiesbaden: Springer VS.
- Peters, K. (2017). Interessierte Selbstgefährdung, indirekte Steuerung und mobile Arbeit. In: Breisig T., Grzech-Sukalo H., Vogl G. (Hrsg.). *Mobile Arbeit gesund gestalten. Trendergebnisse aus dem Forschungsprojekt prentimo – präventionsorientierte Gestaltung mobiler Arbeit*. Broschüre. S. 12-14. Online im Internet, URL: <http://www.prentimo.de/assets/Uploads/prentimo-Mobile-Arbeit-gesund-gestalten.pdf>, Abrufdatum: 06.04.2020.
- Slotala, L. (2011). *Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste*, Wiesbaden/Heidelberg: Springer.
- Wirth L. M., Daxberger S., Peters M., Fifelski C., Hülsken-Giesler M., Breisig T., Hein A., Brauer C. (2019a). Integrierte Technik- und Arbeitsprozessentwicklung in der ambulanten Pflege: Gestaltungsansätze aus dem Projekt ITAGAP für eine verantwortliche und gesunde Pflegearbeit. In: Fuchs-Frohnhofer P., Altmann T., Wirth L. M., Wehrich M. (Hrsg.). *Gestaltungsoptionen für einen zukunftsfähigen Arbeits- und Gesundheitsschutz im Pflege- und Dienstleistungssektor. Ergebnisse einer Zusammenstellung von Verbundprojekten aus dem BMBF Förderschwerpunkt „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“* (pp. 29-33). Weimar: Bertuch Verlag.
- Wirth L. M., Peters M., Daxberger S., Hülsken-Giesler M. (2019b). Verantwortung ohne Befähigung – wie Führungs- und Fachkräfte in der ambulanten Pflege systematisch überfordert werden: Analyse und erste Gestaltungsansätze. *Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft*. Jg. 5 (1), 53-61.
- Wirth, L. M., Daxberger, S., Peters, M., Hülsken-Giesler, M. (2020). Raum für Innovation – Möglichkeiten und Begrenzungen der Indirekten Steuerung für innovative Organisationsprozesse in der ambulanten Pflege In: Pfannstiel, M., Kassel, M., Rasche, C. (Hg.): *Innovation und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Springer/Gabler. (Im Druck).

Solidarität – mehr als ein Schlagwort

Dr. Julia Inthorn

EINLEITUNG

Ethische Fragen der Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen erfahren in der COVID-19 Pandemie breite gesellschaftliche Aufmerksamkeit. Besuchsregelungen für Einrichtungen der Altenhilfe oder Hospize sind ebenso Gegenstand der Diskussion wie die Vor- und Nachteile einer allgemeinen Maskenpflicht oder die Frage der Triage. Ethisches Abwägen von Zielen, Bewerten der Chancen und Risiken von Verfahren und Schlagworte wie Solidarität sind omnipräsent. Vielfältige Überlegungen und auch sehr unterschiedliche Argumentationsmuster und -logiken treffen dabei in den Diskussionen aufeinander. Pflege und ihre Rahmenbedingungen werden dadurch in besonderer Weise zum Gegenstand ethischer Überlegungen, die weit über den klassischen Zuschnitt der ethischen Reflexion auf pflegerisches Handeln im Rahmen pflegeethischer Ansätze hinausgeht. Im Folgenden wird mit Blick auf Solidarität verschiedenen pflegeethischen Dimensionen der aktuellen Diskussion nachgegangen.

HINTERGRUND: SOLIDARITÄT UND GEMEINSCHAFT

In einer Situation, in der die Zahl der benötigten Intensivplätze höher ist als die Zahl der zur Verfügung stehenden Intensivplätze, müssen Entscheidungen darüber getroffen werden, wer die knappen Plätze bekommt. Diese Entscheidungssituation nennt man Triage. Alle aktuellen Maßnahmen und Empfehlungen zielen darauf ab, diese Situation zu vermeiden und die Zahl der Neuinfektionen so gering wie möglich zu halten. Es geht insbesondere darum, Risikogruppen wie etwa ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen zu schützen sowie für die in der Versorgung Tätigen, speziell für Pflegepersonal, das Ansteckungsrisiko so weit wie möglich zu reduzieren. Dies erfordert, dass die entsprechenden Regelungen und Vorkehrungen (Stichwort: social distancing) solidarisch von allen mitgetragen werden.

Ein besonderes Merkmal von Solidarität ist, dass sie nicht verordnet werden kann. Sie speist sich aus dem Vertrauen, dass nicht nur man selbst, sondern auch alle anderen ihre Handlungen an diesem gemeinsamen Ziel ausrichten und dafür kurzfristig Einschränkungen in Kauf nehmen. Die Motivation dafür kann aus unterschiedlichen Quellen stammen. Der Soziologe Émile Durkheim unterscheidet zwei Formen von Solidarität (Durkheim 1992): Mechanische Solidarität begründet sich nach ihm in der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe durch ein gemeinsames Merkmal (Beispiel: Wir Frauen, Wir Christen). Organische Solidarität hingegen fußt nach Durkheim in dem Wissen um die, insbesondere für moderne Gesellschaften charakteristische, wechselseitige Abhängigkeit, die in komplexen Zusammenhängen entsteht. Die aktuelle Situation zeigt

Merkmale beider Formen. Die von der Pandemie Betroffenen als Gruppe sind wir alle. Gleichzeitig wird die wechselseitige Abhängigkeit in vielfältigen Lebensbezügen besonders deutlich. Das Einhalten von Abstandsregeln und der weitestgehende Verzicht auf persönliche Treffen als solidarisches Verhalten, um dem Gesundheitssystem die notwendige Entlastung zu verschaffen, wird dabei durch verschiedene Symbole für Solidarität, wie Applaus-Aktionen oder auch Sonderzahlungen, ergänzt. Letztere verdeutlichen die Dimension der organischen Solidarität und das Wissen um die besondere Bedeutung von allen, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind.

PFLEGENDE ALS EXPERT*INNEN

Aus solidarischem Verhalten erwächst zunächst kein Anspruch auf Reziprozität, wohl aber die Hoffnung, dass Solidarität der Bevölkerung mit der Pflege aktuell dazu führt, dass professionelle Verantwortung wahrgenommen wird. Dabei geht es genau nicht um Mehrarbeit bis über die Grenzen der Belastung hinaus. Personalmangel und Kostendruck sind keine neuen Phänomene. Die aktuelle Situation und besonders die Frage, ob es notwendig werden wird, Triage-Entscheidungen zu treffen, ist nicht nur eine Frage von Beatmungsgeräten und Betten, sondern vor allem auch von Personal. Verbunden mit der Frage der Verteilung von Betten in der Triage ist daher auch, unter welchen Bedingungen ein Bett zur Verfügung steht. Diese Frage muss jeweils vor Ort entschieden werden und ist nicht Gegenstand allgemeiner Empfehlungen zur Triage (vgl. DIVI 2020).

Rationierung, also das bewusste Vorenthalten von wirksamen medizinischen Maßnahmen ist in Deutschland unter Bedingungen, in denen es keine Knappheit gibt, nicht erlaubt. Beim Vorenthalten von Medikamenten oder auch einer lebensnotwendigen Operation ist das unmittelbar einleuchtend. Weniger klar ist, wie diese Vorgabe in Bezug auf Personalmangel zu verstehen ist. Mit Personalmangel umgehen zu müssen ist für Pflege nicht nur vielfache leidvolle Erfahrung. An vielen Orten wurden auch sinnvolle Verfahren entwickelt, wie mit Personalmangel umgegangen werden soll und welche roten Linien nicht überschritten werden dürfen.

In den Überlegungen zur Triage ist Pflege in besonderer Weise professionell gefordert. Auch für die Situation eines Mangels an Beatmungsplätzen auf Grund von personellen Ressourcen muss dafür Sorge getragen werden, dass im Bereich zwischen optimaler Versorgung einerseits und gesundheitsgefährdender fehlender pflegerischer Versorgung andererseits klar benannt wird, wie viele Betten schlussendlich als zur Verfügung stehend benannt werden können.

Diese Fragestellungen erfordern in vielen Krankenhäusern neue Entscheidungsstrukturen. Pflegende, insbesondere Pflegende, die bereits in der klinischen Ethikberatung aktiv sind, können ihre Expertise in komplexen ethischen Abwägungsprozessen hier einbringen.

AUSBLICK

Damit wird eine weitere Dimension von Solidarität deutlich: Sie erschöpft sich nicht in dem Verständnis als moralische Aufforderung, individuelle Handlungen an Zielen der Gemeinschaft auszurichten. Sie ist gleichzeitig geteilter Prozess und Ausdruck von gelingendem sozialem Miteinander, durch das Gerechtigkeit in neuer Form hergestellt werden kann (vgl. Heier 2021). Die besondere Verantwortung von Pflegenden in der aktuellen Situation wird anerkannt und als Basis des zukünftigen Umgangs miteinander und Anerkennung der Verantwortung im Gesundheitswesen verstanden. Hieran kann und sollte Pflege in der Zeit nach der Pandemie anknüpfen.

Dr. Julia Inthorn

Direktorin des Zentrums für Gesundheitsethik
Knochenhauerstr. 33
30159 Hannover
Julia.inthorn@evlka.de

LITERATUR

- *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2020). Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie, Abgerufen von: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> am 8.4.2020.*
- *Durkheim, É. (1992) Über soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp.*
- *Heier, J. (2012). „Wirkliche Gerechtigkeit ist ... Restoration, nicht notwendigerweise in den Zustand, wie er gewesen war, sondern in den, wie er wirklich sein sollte“. In H. Brandenburg; H. Kohlen (Hrsg.). Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen: Eine multidisziplinäre Perspektive (p. 127-141). Stuttgart: Kohlhammer.*

„Wer weiß, in welchem Labor das gezüchtet wurde...“

Mythen- und Verschwörungsbildung in Zeiten einer Pandemie aus Sicht der Pflege

Dr. phil. Sabine Wöhlke, Michael Hartwig

Das Virus hält uns alle in Atem, die Covid-19 Pandemie ist weltweit ein neuartiges Phänomen. In der gegenwärtigen Situation wird speziell in Kliniken in Deutschland versucht, die Pandemie durch ein nie erprobtes Krisenmanagement zu leiten und zu lenken. Die immer wiederkehrenden Meldungen über nicht ausreichende Schutzkleidung für das Klinikpersonal, psychologische Notdienste für Ärztinnen/Ärzte und Pflegende bis hin zum Diebstahl von Desinfektionsmittel – all dies trägt zu einer Verunsicherung bei, die das Gefühl befördert, einer unheimlichen Situation ausgeliefert zu sein. Dieses „Unheimliche“ bildet in einer Risikogesellschaft (Beck 1986) nicht selten den Ausgangspunkt für Mythen und Verschwörungstheorien.ⁱ Sätze wie „Wer weiß, wer dahinter steht“, „Irgendetwas stimmt bei der Sache nicht“, oder „Wer weiß, in welchem Labor das gezüchtet wurde“ macht aktuell auch unter Pflegenden vor allem in den sozialen Medien die Runde.

Die kommunikative Interaktion (sei es Face-to-Face oder über soziale Medien) stellt dabei die Quelle einer modernen Sage oder eines Mythos (über nicht sorgfältig recherchierte Medien) dar, die den Umgang mit komplexen Themen kommentiert, ohne dabei einen expliziten Wahrheitsanspruch zu fordern (Brednich 2004, S. 1024). Jedoch vermittelt die Art, wie die Geschichten erzählt werden, den Anschein von Wahrheit.

Das Internet und die sozialen Medien spielen bei der Verbreitung dieser Erzählungen eine besondere Rolle. Laut Roth (2009) „schafft das Internet eine öffentliche Privatheit, bzw. private Öffentlichkeit, in der sehr viele Erzähler bedenkenlos ihre privatesten Erlebnisse und Erfahrungen und in der sie – bei geringer oder fehlender Sozialkontrolle und narrativer Verantwortung – auch Indiskretionen, Enthüllungen, Klatsch und Gerüchte austauschen“ (Roth 2009, S. 108).

Diese Art von Geschichten beeinflusst auch die öffentliche Meinung. Kendal (2019) merkt dazu an, dass die Darstellung viraler Epidemien in populären Medien, wie z. B. im Film, auch als Quelle moderner Mythen angesehen werden kann. In filmischen Geschichten finden sich eben diejenigen Erzählstränge wieder, die auch in den mündlichen Geschichten genutzt werden (z. B. ein Virus, das im Auftrag einer Regierung gezüchtet wird usw.). Laut Kendal beeinflusst die filmische Darstellung medizinischer Krisenszenarien die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, was sich wiederum in Zeiten von Krankheitsepidemien negativ auf präventive Maßnahmen auswirken kann (Kendal 2019, S.7).

Dabei haben Menschen historisch gesehen immer schon versucht, durch moderne Sagen zu verarbeiten, was medizinisch, technisch und gesellschaftlich neu und machbar

war (Brednich 2004). Moderne Sagen (engl.: „contemporary legends“) sind demnach eine besondere Form des Geschichtenerzählens. Krankheiten, insbesondere epidemisch verlaufene Krankheiten waren dabei immer schon Gegenstand des (literarischen) Erzählens (z. B. Albert Camus „Die Pest“). Während epidemische Erkrankungen hier oftmals für das Bild gesellschaftlicher Unordnung stehen (Sonntag 2016), lässt sich in den Erzählungen rund um die Covid-19-Pandemie eine weitere Ebene erkennen: Das Narrativ, dass die Krise Ausdruck einer Orientierungslosigkeit ist und gleichzeitig auch Orientierung bietet. Douglas et al. unterscheiden hier verschiedene Ebenen, die die Glaubwürdigkeit dieser Geschichten in Krisenzeiten motivieren: die epistemische Ebene, bzw. die eigene Umgebung verstehend; daneben die existenzielle, das heißt sich sicher sein und seine Umgebung kontrollieren können, und schließlich die soziale Ebene, in der ein positives Bild des Selbst und der sozialen Gruppe aufrechterhalten werden soll (2017, S. 538). Es wird deutlich, wie komplex diese Form der Bewältigung ist.

Diesen modernen Sagen liegt ein Wahrheitsanspruch durch ihre „Legitimation“ zugrunde, indem die Erzählerin/der Erzähler nie selbst die Information oder den Vorfall recherchiert oder erlebt hat, sondern die Geschichten als glaubwürdig über die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe legitimiert werden (Brunvand 1984, S. 20). Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder eines Netzwerkes reicht dann zumeist aus, um die Informationsquelle als valide zu betrachten (ebd.).

Der Inhalt dieser Geschichten ruft „kognitive Dissonanzen“ hervor. Das bedeutet, dass diese widersprüchliche Verstehensweisen auf einfache Situationen in sich bergen und somit auch Ängste und Befürchtungen der jeweiligen Epoche (oder Krisenzeit) widerspiegeln (Brunvand 2004). Geschichten wie „Knoblauch hilft gegen Corona“ können demnach auch als Ausdruck einer Hilflosigkeit gelesen werden: Menschen fühlen sich angesichts der Pandemie ohnmächtig, aber die Erzählung über Knoblauch gibt Hoffnung. Deutlich wird in Erzählungen wie „Wer weiß, in welchem Labor das gezüchtet wurde“ die Machtlosigkeit dieser Berufsgruppe.ⁱⁱ Gerade aus der Perspektive von Pflegenden kann diese Art der Kommunikation auch als Repräsentant eines kulturellen Gegendiskurses verstanden werden, in-

ⁱ Taßler, Jochen; Heck, Jana (2020): Verschwörungstheorien. Böse Mächte und trojanische Pferde. Tagesschau.de. Online verfügbar unter <https://www.tagesschau.de/investigativ/monitor/corona-verschwörungstheorien-101.html>, zuletzt aktualisiert am 02.04.2020, zuletzt geprüft am 04.04.2020

ⁱⁱ Hoffmann, Caroline (2020): Fake News in Afrika. Mit Knoblauch gegen Corona? Tagesschau.de. Online verfügbar unter <https://www.tagesschau.de/faktenfinder/fake-news-corona-afrika-101.html>, zuletzt geprüft am 04.04.2020.

dem sie eine wichtige Rolle in den informellen Netzwerken bzw. Gespräche spielen (de Vos 2012). Genauere Betrachtungen dieser Kommunikationsdynamiken geben uns hilfreiche Einblicke in die Ansichten von Pflegenden über ihr professionelles Selbstverständnis und ihre Strategien einer formlosen sozialen (und aktuell auch politischen) Kontrolle der Medizin (Dingwall 2001). Die spezielle Funktion dieser Erzählform liegt in dem Ausdruck von Machtmonopolen für das benannte Setting (im Fall der Pflegenden, die Klinik) (ebd., S. 197). Damit tragen diese Geschichten in hohem Maße zur Kompensation des aktuellen Unbehagens unter Pflegenden bei. In ihnen spiegelt sich auch die Machtlosigkeit gegenüber der Covid-19 Krise wider, die sie aktuell auf den Stationen in zugespitzter Form erleben. Von Machtlosigkeit in Arbeitskontexten können wir dann sprechen, wenn dem Arbeitenden wenig eigener Entscheidungsspielraum zugesprochen wird. Aber nicht nur Machtlosigkeit, sondern auch – wie es Constanze Giese ausdrückt – fehlende Respektabilität scheint eine Motivation für das Nutzen dieser Erzählform zu sein. In einem hierarchisch geprägten, medizinischen System verfügen Pflegenden zwar über berufliche Autonomie und Eigenständigkeit, jedoch fehlt es ihnen häufig an Sprache und Selbstbewusstsein im Umgang mit den anderen Professionen im klinischen Setting. Der Habitus der Pflegenden, so Giese, hat vielerorts eine „gekrümmte, resignierte Grundhaltung“ eingenommen, die sich lediglich in der Rolle sieht, Weisungen von Ärztinnen/Ärzten und bürokratischen Stellen anzunehmen. Respektabilität in der klinischen Medizin ist an Sprache und Wissenschaftlichkeit gebunden, die sich auch über Wissensbestände, Habitus und die eigenen kulturell gewachsenen Werte einer Profession bedingt (Giese 2020, S. 317). Die medizinanthropologische Herleitung über die Motivation von Pflegenden, die in dieser Krisenzeit häufig moderne Sagen nutzen, lässt uns besser verstehen, wie sich Ängste und Befürchtungen in einer Krisenzeit, in der die Pflege eine prominent wichtige, gesellschaftliche Relevanz einnimmt, im Zusammenhang mit ihrem eigenen professionellen Selbstverständnis gedeutet werden kann.

Zu fragen bleibt hinsichtlich dieser unterschwelligen Kritik an den Ausschluss des eigenen Verfügens über sie als selbstbestimmte Pflegekraft, inwieweit dieses pflegerische Selbstverständnis, das differenziert auf der beziehungsweise auf der persönlichen Ebene durch Machtansprüche existiert, neben einem verminderten Selbstvertrauen schon immer koexistierte, aufgrund einer Gefahr, mit der sich Pflegenden konfrontiert sehen in den Momenten, in denen die Expertinnen/Experten (Medizin & Politik) härter und schneller in ihre Welt vordringen, als sie das eigentlich akzeptieren möchten (vgl. Dingwall 2001). Medizinanthropologische Überlegungen können für diese Fragen hilfreiche Bezüge herstellen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Surkamp: Frankfurt am Main.
- Brednich, Wilhelm R. (2004). Sage. In: *Enzyklopädie des Märchens. Handwörterbuch zur historischen und vergleichenden Erzählforschung*, Bd. 11, de Gruyter: Berlin, S. 1017-1049.
- Brunvand, Jan Harold (1984). *The Choking Doberman and Other "New" Urban Legends*, W.W. Norton & Company, New York.
- Brunvand, Jan Harold (2004). *Be Afraid, Be Very Afraid: The book of scary Urban Legends*, W. W. Norton & Company, New York.
- Campion-Vincent, V. (2002). *Organ Theft Narratives as Medical and Social Critique*. *Journal of Folklore Research*, Vol. 39, No. 1, S. 33-49.
- de Vos, Gail (2012). *What Happens Next? Contemporary Urban Legends and Popular Culture*, ABC-CLIO, Santa Barbara.
- Dingwall, Robert (2001). *Contemporary legends, rumours and collective behaviour: some neglected resources for medical sociology?* In: *Sociology of Health and Illness*, <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00247>
- Douglas, Karen M.; Sutton, Robbie M.; Cichocka, Aleksandra (2017). *The Psychology of Conspiracy Theories*. In: *Current directions in psychological science* 26 (6), S. 538-542. DOI: 10.1177/0963721417718261.
- Giese, Constanze (2020). *Antimonie statt Autonomie. Iris Marion Youngs Theorie der "Fünf Formen der Unterdrückung" als Beitrag zum Verständnis der Widersprüche der Pflege- und Pflegepolitikbildung*. In: Kohlen, H., Giese, C., Riedel, A. (Hg.): *Pflege und Ethik. Aktuelle Herausforderungen. Themenheft in Ethik in der Medizin*, 31, 4, S. 305-325.
- Kendal, Evie (2019). *Public health crises in popular media: how viral outbreak films affect the public's health literacy*. In: *Medical humanities*, S. 1-9. DOI: 10.1136/medhum-2018-011446.
- Roth, Klaus (2009). *Erzählen im Internet*. In: Rolf Wilhelm Brednich (Hg.): *Erzählkultur. Beiträge zur kulturwissenschaftlichen Erzählforschung. Hans-Jörg Uther zum 65. Geburtstag. Unter Mitarbeit von Hans-Jörg Uther*. Berlin: Walter de Gruyter, S. 101-118.
- Sontag, Susan (2016). *Krankheit als Metapher*. 4. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.

Dr. phil. Sabine Wöhlke

HAWK – Hochschule für angewandte Wissenschaft
und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen
Gesundheitscampus Göttingen
Philipp-Reis-Straße 2 A
D-37075 Göttingen
sabine.woehlke@hawk.de

Therapie- & Hebammenwissenschaften

Pflegewissenschaft | Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie | hpsmedia, Hungen | April 2020



Wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten die interprofessionelle Behandlung von kritisch Kranken mit COVID-19 auf der Intensivstation unterstützen können

Sabrina Grossenbacher-Eggmann¹, Isabelle Lehmann¹, Joachim Schmidt¹, Martin L Verra¹

¹ Institut für Physiotherapie, Insel Gruppe, Inselspital, Universitätsspital Bern, Schweiz

Das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 führt bei 9 % der Infizierten zu einer schweren Lungenentzündung, welche eine mechanische Beatmung auf der Intensivstation erfordert. Aufgrund der erwarteten hohen Infizierungsrate haben Intensivstationen weltweit die Anzahl Beatmungsplätze erhöht. Dieser Artikel beschreibt, wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten einen wichtigen Beitrag zur Grundversorgung dieser schwerkranken Patientengruppe leisten könnten, indem sie beispielsweise die Pflegenden mittels einem Bauchlagerungsteam unterstützen oder die Frührehabilitation von beatmeten, kritisch kranken Erwachsenen übernehmen, um dadurch die Beatmungszeit zu verkürzen und Sekundärschäden vorzubeugen.

EINLEITUNG

Die Erholung nach einer kritischen Erkrankung mit Behandlung auf der Intensivstation ist oft langwierig und unvollständig (Eggmann et al, 2020; Fan et al, 2014). So leiden Überlebende nach einem schweren Lungenversagen (Engl.: Acute Respiratory Distress Syndrome - ARDS) häufig an funktionellen Behinderungen sowie kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen (Herridge et al, 2011; Pandharipande et al, 2013; Parker et al, 2015), welche mit einer schlechten Lebensqualität und einer erheblichen Fünf-Jahres-Sterblichkeit assoziiert sind (Cuthbertson et al, 2013). Eine frühe Rehabilitation, beginnend auf der Intensivstation, scheint sich jedoch positiv auf die Muskelkraft, die Funktionsfähigkeit sowie die Anzahl Tage an der mechanischen Beatmung auszuwirken (Tipping et al, 2017; Zhang et al, 2019). Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind demnach oft Teil des interprofessionellen Teams einer Intensivstation (Garzon-Serrano et al, 2011). Aufgaben der Physiotherapie beinhalten gemäß einer Umfrage in Europa die Frühmobilisation (100 %), Atemphysiotherapie (98 %) und Lagerungstechniken (90 %) (Norrenberg & Vincent, 2000). 70 % der Befragten gaben weiter an, dass sie beim Absaugen und 46 % bei der Nicht-Invasiven-Ventilation (NIV) involviert sind. Die Anforderungen an eine sichere physiotherapeutische Behandlung dieser Patientengruppe sind hoch und internationale Anforderungsprofile beschreiben erstens die Wichtigkeit von ausreichend medizinischem Fachwissen hinsichtlich Diagnosen, Installationen, Medikamenten oder medizinischer Therapien, zweitens wird eine hohe Teamfähigkeit im interprofessionellen Team verlangt und drittens braucht es genügend manuelle Fertigkeiten zur Rehabilitation dieser schwerkranken Patientengruppe (Twose et al, 2018). Die Schweizer Fachhochschulen bieten entsprechend spezialisierte Nachdiplom-Fachkurse zur respiratorischen und intensivmedizinischen Physiotherapie an.

HINTERGRUND UND MOTIVATION

COVID-19 ist die Infektionskrankheit, die durch das neuartige Coronavirus (SARS-CoV-2) verursacht wird (WHO Q&A on coronaviruses (COVID-19), 2020). Laut aktuellen Zahlen aus Italien führt COVID-19 bei etwa 9 % der Infizierten zu einer schweren Lungenentzündung, welche eine mechanische Beatmung auf der Intensivstation erfordert (Grasselli et al, 2020). Die hohe Anzahl an Infizierten zwingt Intensivstationen weltweit dazu ihre Kapazität und die Anzahl der Beatmungsplätze zu erhöhen. Die Erhöhung der Intensivstationskapazität braucht aber auch dringend genügend spezialisierte Fachkräfte um Patientinnen und Patienten mit COVID-19 sicher und fachkundig zu behandeln. Zur Behandlung von COVID-19 empfehlen intensivmedizinische Fachgesellschaften und die „Surviving Sepsis Campaign“ eine lungenprotektive Beatmung, eine restriktive Flüssigkeitszufuhr und die Bauchlagerung (Alhazzani et al, 2020). Weiter empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) COVID-19 Patientinnen und Patienten frühzeitig zu mobilisieren, falls dies sicher durchgeführt werden kann (World Health Organization, 2020). Wir formulierten deswegen die Hypothese, dass spezialisierte Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wichtige Teilaufgaben, wie zum Beispiel die Bauchlagerung und die Frührehabilitation in der interprofessionellen Behandlung auf der Intensivstation übernehmen könnten.

BESCHREIBUNG DES PROJEKTS

Projektentstehung und Ziel

Das Projekt wurde aufgrund der weltweiten Ereignisse rasch vorangetrieben. Wesentliche Treiber waren dabei nationale Ereignisse und internationale Berichterstattungen. Der erste auf SARS-CoV-2 positiv getestete Fall wurde in der Schweiz am 25. Februar 2020 publik („BAG Bundesamt

für Gesundheit Neues Coronavirus COVID-19: Erster bestätigter Fall in der Schweiz,” 2020). Als direkte Folge verbat der Bundesrat am 28.02.2020 Großveranstaltungen, schloss im Verlauf die Schulen, Läden und Restaurants und wies Spitäler an, auf elektive Operationen zu verzichten (Tabelle 1). Für die Physiotherapie am Inselspital Bern mit 22 Fachkräften im respiratorischen Bereich galt es rasch zu handeln, um Unsicherheit und allfälligen Ängsten entgegenzuwirken. Das Team repetierte Hygienemaßnahmen und besprach Behandlungsstrategien. Berichte aus Italien ließen allerdings rasch klarwerden, dass weitere Maßnahmen nötig sein würden. Entsprechend gründete das Institut für Physiotherapie des Inselspitals Bern am 17.03.2020 eine Pandemie Taskforce mit dem primären Ziel, die stationäre Versorgung auf der Intensivstation und der respiratorischen Akutstationen zur Behandlung von COVID-19 aufrecht zu erhalten.

Projektorganisation

Das Institut für Physiotherapie beschäftigt 195 Mitarbeitende, davon arbeiten normalerweise 22 Personen im Fachbereich Respiratory (inklusive Intensivmedizin). Um dem erwarteten Bedarfsanstieg an Ressourcen nachzukommen und um die stationäre physiotherapeutische Betreuung sicherzustellen, wurden zusätzlich 34 pulmonale Spezialistinnen und Spezialisten aus anderen Fachbereichen (z. B. aus der Neurologie, Pädiatrie oder Kardiologie) identifiziert und während eines halben Tages intensiv geschult. Die erste Schulung fand am 17. März 2020 statt. Die Schulung beinhaltete die wichtigsten Hygienemaßnahmen, das An- und Ausziehen der persönlichen Schutzausrüstung, Hintergründe zur Krankheit COVID-19 sowie Empfehlungen zur physiotherapeutischen Behandlung. Die Schulungsunterlagen inklusive Videos sind frei einsehbar auf der Homepage des Instituts für Physiotherapie: <http://www.physio.insel.ch/de/corona-schulungsunterlagen-und-informationsmaterial/> (Veröffentlichungsdatum 18. März 2020). In einem zweiten Schritt wurden alle Mitarbeitenden des Instituts zur Behandlung von milden COVID-19 Symptomen und in der Rehabilitation von Genesenen geschult. Die Schulungen wurden online organisiert, um die Abstandsregeln einzuhalten und starteten am 25.03.2020. Damit allfällige Fragen direkt eins zu eins geklärt werden konnten, wurden online mehrere Zeitfenster mittels Webkonferenz mit einer pulmonalen Spezialistin eingerichtet. Ein dritter Schritt sieht die Rekrutierung weiteren Personals vor, wobei wir in Zusammenarbeit mit dem kantonalen Berufsverband Physiotherapie die Anfragen von externen Freiwilligen nach gemeinsamen Kriterien triagieren.

Die Personaleinsatzplanung wurde für die physiotherapeutische Behandlung auf der Intensivstation auf einen Zweischichtbetrieb an sieben Tagen pro Woche erhöht. Die ambulanten physiotherapeutischen Therapien reduzierte das Institut auf ein Minimum, d. h. dass weniger als 25 % aller ambulanten Einzeltherapien noch vor Ort stattfinden und ein Großteil telemedizinisch betreut werden kann. Zur Sicherstellung der Behandlungsqualität und -sicherheit auf der Intensivstation führen seit dem 30.03.2020 mehrere intensivmedizinisch erfahrene Phy-

Datum	Nationale Ereignisse	Entscheidungen Taskforce
25. Februar 2020	Erster positiv getesteter SARS-CoV-2 Fall in der Schweiz^a	
05. März 2020	Erstes Todesopfer in einem Schweizer Spital^b	
13. März 2020	Schulen werden in der ganzen Schweiz geschlossen	- Absage der ambulanten und stationären Gruppentherapien - Reduktion der Einzeltherapie im Akutspital nach strengen Kriterien
17. März 2020	- Seit gestern gilt die «außerordentliche Lage» gemäß Epidemien Gesetz (z.B. sind Restaurants und Läden geschlossen)^c - Die Schweiz zählt 4'500 bestätigte COVID-19 Erkrankungen^c	- Start der Pandemie Strategie im Institut für Physiotherapie (Taskforce) - Mitarbeiterschulung in spezialisierter respiratorischer Physiotherapie - Personaleinsatzplanung auf der Intensivstation auf Zweischichtbetrieb erhöht
25. März 2020	Die Schweiz zählt 12'194 bestätigte COVID-19 Erkrankungen^c	Online Schulung für alle Mitarbeitenden mit Fokus auf Hygienemaßnahmen und Behandlung von Pneumonien
30. März 2020	Die Schweiz zählt insgesamt 565 COVID-19 Todesfälle^c	- Start individueller Einführung auf der Intensivstation (1 Tag) mit intensivmedizinischen Spezialisten - Gewährleistung Kommunikationsfluss und neuer Informationen durch Therapieexpertin
Geplant ab 09. April 2020		Erster Einsatz pulmonaler Spezialisten im Tandem mit intensivmedizinischen Spezialisten auf der Intensivstation

^a (BAG Bundesamt für Gesundheit Coronavirus: Bundesrat erklärt die «ausserordentliche Lage» und verschärft die Massnahmen, 2020)

^b (Der Bundesrat Das Portal der Schweizer Regierung Neues Coronavirus: Erster Todesfall im Kanton Waadt, 2020)

^c Zahlen gemäss BAG: (BAG Bundesamt für Gesundheit COVID-19 in der Schweiz, 2020)

Tabelle 1: Zeitlinie nationale Ereignisse und organisatorische Vorbereitungen der physiotherapeutischen Pandemie Taskforce COVID-19

siotherapeutinnen die neu geschulten, pulmonalen Spezialistinnen und Spezialisten während einer Tagesschicht praktisch auf der Intensivstation ein. Diese Einführung beinhaltet das Vorstellen der Räumlichkeiten und des physiotherapeutischen Materials sowie die direkte Beobachtung mehrerer physiotherapeutischer Behandlungen auf der Intensivstation. Sollten die Ressourcen im Rahmen von steigenden Patientenzahlen nicht mehr für eine Einführung aller Spezialistinnen und Spezialisten ausreichen, wird die physiotherapeutische Behandlung im Tandem von je einer erfahrenen und einer unerfahrenen Person durchgeführt. So kann sichergestellt werden, dass die Therapie sicher und zielorientiert ist und gleichzeitig erlaubt diese Arbeitsweise ein kontinuierliches Lernen während der Arbeit. Zeitgleich wird das Pflegepersonal beispielsweise von der Mobilisation entlastet.

Um das Risiko von Ansteckungen innerhalb der Teams zu minimieren, werden diese physisch getrennt. Dazu dienen Maßnahmen der Personaleinsatzplanung und die Nutzung von räumlichen Ressourcen, welche aufgrund der Reduktion im ambulanten Bereich zur Verfügung stehen. Außerdem werden Rapporte mit physischer Anwesenheit reduziert und unter konsequenter Einhaltung der 2m-Dis- tanz-Regel oder mittels Telekommunikation durchgeführt.

COVID-19 ist eine neue Krankheit, entsprechend ist es wichtig stets auf dem neusten Therapiestand zu bleiben. Die Verantwortung dafür liegt bei der Therapieexpertin des Schwerpunktes Respiratory. Sie koordiniert und stellt die physiotherapeutische Betreuung sicher und ist die Ansprechperson für Fragen zu den physiotherapeutischen Behandlungen bei COVID-19. Sie sammelt zudem positive und negative Therapieerfahrungen und kommuniziert Vorsichtssituationen direkt mit den respiratorischen Spezialistinnen und Spezialisten, damit diese über den neusten Stand informiert bleiben. Die Kommunikation ist mittels einer online Kollaborationsplattform und gut sichtbaren Postern im neu eingerichteten Turnsaal sichergestellt, welcher ebenfalls wegen der vorübergehend abgesagten Gruppentherapien als Strategieraum umfunktioniert werden konnte. Als besonders informativ und effizient haben sich publizierte Fachartikel, der fachliche Austausch auf den sozialen Medien (z. B. Twitter), Online Fortbildungen (z. B. der European Society of Intensive Care Medicine) und eine internationale Projektarbeit (International COVID-19 Physiotherapy Collaborative) herausgestellt.

Schlussendlich wurden Maßnahmen getroffen, um der erhöhten Arbeitsbelastung des Personals gerecht zu werden und das mentale Wohlbefinden zu fördern. Diese beinhalten eine regelmäßige, zentralisierte Kommunikation der Taskforce,

Peer-Unterstützung, Sicherung der Grundbedürfnisse (wie Essenspausen, genügend zu Trinken, Schlaf und arbeitsfreie Tage) sowie Vor- und Nachbesprechungen des Tages, wobei alles zur Sprache kommen darf (Highfield, 2020). Für persönliche Gespräche und Beratungen steht das interne Care Team des Universitätsspi- tals rund um die Uhr zur Verfügung.

Physiotherapeutischer Einsatz auf der Intensivstation

Unsere Behandlungsrichtlinien sind der Tabelle 2 zu entnehmen. Es war uns primär wichtig, dass das physiotherapeutische Knowhow sinnvoll und ressourcenorientiert eingesetzt werden kann. Dabei klärten wir den direkten Bedarf an Therapie mit der ärztlichen und pflegerischen Leitung der Universitätsklinik für Intensivmedizin ab und sind mit ihnen in einem regelmäßigen Austausch über die aktuellen Maßnahmen und Bedürfnisse. Das primäre Ziel der Physiotherapie ist demnach die Weiterführung der Frührehabilitation auf der Intensivstation. Dadurch sollen einerseits Langzeitfolgen wie die intensivstationserworbene Schwäche (Engl.: Intensive Care Unit Acquired Weakness - ICU-AW) und schwere funktionelle Einschränkungen vermieden werden und andererseits die Dauer der mechanischen Beatmung und Spitalaufenthaltsdauer verkürzt werden, um die Bettenkapazität während der Pandemie aufrecht zu erhalten (Eggmann et al, 2020; Fan et al, 2014; Tipping et al, 2017; Zhang et al, 2019). In der praktischen Durchführung sprechen sich die Therapeuten mit dem zuständigen ärztlichen und pflegerischen Personal ab und führen anschließend die Mobilisation zu zweit durch. Die physiotherapeutische Frührehabilitation auf der Intensivstation ist sicher (Nydahl et al, 2017). Die Inzidenz von vorübergehenden unerwünschten Ereignissen, wie beispielsweise einem vorübergehenden Sauerstoffsättigungsabfall, liegen auf unserer Intensivstation bei 0.6 % (Eggmann et al, 2018). Entsprechend können die meisten Mobilisationen direkt durch die Physiotherapie durchgeführt werden, bei instabileren Patienten wird jedoch empfohlen, eine Pflegefachperson in der Nähe zu haben, um im Notfall, beispielsweise bei einem Blutdruckabfall, sofort eingreifen zu können.

Krankheitsbild	Physiotherapeutische Maßnahmen
Pneumonie (keine Anzeichen für schwere Erkrankung, kein Sauerstoffbedarf) (World Health Organization, 2020)	Physiotherapeutische Indikation wird aufgrund des Befundes und klinischer Entscheidungsfindung gestellt. Behandlungstechniken beinhalten: atemphysiotherapeutische Übungen
Schwere Pneumonie (Fieber oder Verdacht auf eine Atemwegsinfektion sowie einer der folgenden Faktoren: Atemfrequenz >30 Atemzüge/min; schwere Atemnot oder SpO ₂ ≤ 93 % mit Raumluft) (World Health Organization, 2020).	Siehe oben plus regelmäßiges Screening auf Zeichen einer Ateminsuffizienz (z. B. Hypoxämie, mentaler Status, Atemfrequenz, Puls, klinische Atemnotzeichen). Eine Erschöpfung soll in jedem Fall vermieden werden.
Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (Schweregrad wird mittels PaO ₂ /FiO ₂ Verhältnis bestimmt, wobei ≤300mmHg als mild, ≤ 200 mmHg als moderat und ≤ 100 mmHg als schwer eingestuft wird) (World Health Organization, 2020)	Akutphase: primäre Mitarbeit in Bauchlagerungsteams zur Vermeidung von Sekundärschäden Erholungsphase: hohe Therapieindikation zur Entwöhnung der Beatmung und Frührehabilitation (gemäß individuellen Zielsetzungen).

Physiotherapeutische Behandlungsrichtlinien bei COVID-19

Das zweite Ziel der Physiotherapie während der COVID-19 Pandemie ist die Unterstützung der Intensivpflege in der Bauchlagerung. Die Bauchlagerung hat eine hohe Evidenz bei der Behandlung eines ARDS und reduziert die Mortalität signifikant (Guérin et al, 2013). Die Leitlinien zur Behandlung von COVID-19 sehen eine Bauchlagerung von 12-16 Stunden vor (Alhazzani et al, 2020). Die Bauchlagerung birgt aber auch Risiken wie brachiale Plexuspareisen (Goettler et al, 2002) oder Dekubiti (Munshi et al, 2017). Beide Risiken können durch eine korrekte Lagerung, beispielsweise die Vermeidung einer Hyperextension der Schulter (Goettler et al, 2002) oder durch regelmäßige Mikrolagerungen reduziert werden (Mikrolagerung eine unterstützende Massnahme zur Prävention von Sekundärerkrankungen, 2020). Eine sichere Lagerung benötigt zudem genügend qualifiziertes Personal. Englische Leitlinien empfehlen die sogenannte „Päckli-Methode“, welche für ein sicheres Drehmanöver mindestens 5 Personen erfordert (Bamford et al, 2019). Die Physiotherapie mit ihrem detaillierten muskuloskelettalen Fachwissen kann demnach einen wichtigen Beitrag bei der Bauchlagerung leisten, indem sie Personal für das Drehen stellt und eine anschließende Lagerungskontrolle durchführt. Diese Kontrolle wird mittels einer Checkliste durchgeführt, wobei auf eine gleichmäßige Druckverteilung und eine Antitrendelenburgposition des Bettes geachtet wird. Besonders genau sollte auch das Gesicht, die Schultern, das Abdomen, die Genitalien, die Knie und Zehen überprüft werden. Entsprechend braucht eine gute Lagerung Zeit, erfahrungsgemäß etwa im Umfang einer Stunde. Die erhöhten personellen Ressourcen lassen sich aus einer retrospektiven italienischen multizentrischen Studie ableiten, in welcher 240 von 875 (27% [95% CI, 25%-31%]) COVID-19 Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation mittels Bauchlage behandelt wurden (Grasselli et al, 2020). Außerdem beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation im Schnitt 6-13 Tage, wobei mehr als 58% zum Zeitpunkt der Studie noch auf der Intensivstation lagen (Grasselli et al, 2020). Die Autoren empfehlen demnach die intensivmedizinischen Kapazitäten zu erhöhen, um der Menge an kritisch Erkrankten gerecht zu werden. Entsprechend wurde der Einsatz des physiotherapeutischen Bauchlagerungsteams auf der Intensivstation am Inselspital Bern auf einen Zweischichtbetrieb von insgesamt 07:45 bis 23:00 Uhr erhöht. Ein Nachtdienst war bis anhin nicht nötig, ist jedoch nicht ausgeschlossen.

KRITISCHE REFLEXION

Unsere initialen Vorbereitungen decken sich ziemlich genau mit den Empfehlungen einer kürzlich veröffentlichten Handlungsanleitung von einem internationalen Expertenkomitee für die akutstationäre Physiotherapie (Thomas et al, 2020). Demnach soll die physiotherapeutische Belegschaft schrittweise erhöht werden, beispielsweise mittels Erhöhung von Teilzeitarbeitenden, Urlaubsverzicht oder indem Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aus einem anderen Bereich, z.B. der Neurologie, Pädiatrie oder Kardiologie rekrutiert werden. Die Expertengruppe empfiehlt ebenfalls eine Supervision respektive Zusammenarbeit von

Mitarbeitenden mit weniger Erfahrung durch erfahrene Fachpersonen. Dies beinhaltet die Besprechung komplexer COVID-19 Fälle sowie die Unterstützung in der klinischen Entscheidungsfindung. Thomas et al (2020) empfehlen außerdem eine klare Trennung von therapeutischem Material zwischen infizierten und nicht infizierten Patientengruppen. Wir haben uns entschlossen soweit als möglich Einwegmaterialien zu verwenden; bei den Mobilisationshilfen ist dies jedoch nicht immer möglich. Entsprechend wird es wichtig sein, Geräte nach Gebrauch korrekt zu desinfizieren, um mögliche Kreuzübertragungen zu vermeiden.

Es ist davon auszugehen, dass die psychische Belastung von Mitarbeitenden während der COVID-19 Pandemie zunehmen wird. Billings et al (2020) betonen, dass Gefühle wie Reizbarkeit, Ängste, Stimmungsschwankern oder Schlafprobleme normal sind und die Auswirkungen von erhöhtem Alkoholkonsum bis hin zum Burn-Out reichen können. Führungskräfte sollen diese Gefühle und natürlichen Gespräche zulassen. Die meisten Menschen sind resilient und finden Wege mit erhöhten Belastungssituationen umzugehen, entsprechend warnen die Autoren davor psychologische Maßnahmen zu früh zu initiieren, da sich ein zu frühes Eingreifen negativ auf die Bewältigungsmechanismen auswirken könnte. Unsere Interventionen scheinen demnach gerechtfertigt. Trotzdem gilt es über das Ende der COVID-19 Krise hinaus wachsam zu bleiben und die Unterstützung für das Personal aufrecht zu erhalten. Dabei gilt es Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung (Übererregung, Flashbacks, Vermeidungsverhalten) frühzeitig zu erkennen und eine evidenzbasierte psychologische Behandlung einzuleiten (Billings et al, 2020; Highfield 2020).

Die Evidenz zu atemphysiotherapeutischen Techniken bei einer Pneumonie ist limitiert (Yang et al, 2013). Möglicherweise können jedoch physiotherapeutische Maßnahmen wie eine Erhöhung des Inspirationsvolumens bei einer Pneumonie die Sekretexpektoriation verbessern (van der Lee et al, 2020). Allerdings zeigen laut der WHO nur etwa 33% der mit COVID-19 Infizierten eine erhöhte Sputumproduktion (Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), 2020). Weiter ist unklar, ob unsere therapeutischen Maßnahmen auch für die neue Lungenkrankheit COVID-19 effektiv sind. Unsere klinischen Erfahrungen im ersten Monat der Pandemie lassen darauf schließen, dass Physiotherapie bei diesen Patientinnen und Patienten durchaus sinnvoll sein kann und kurzzeitige Verbesserungen in der Oxygenierung hervorgerufen. Trotzdem basieren unsere Therapieempfehlungen auf Expertenmeinungen und einigen Einzelfallberichten. Entsprechend braucht es randomisierte kontrollierte Studien zur Überprüfung unserer Hypothesen.

AUSBLICK

Wir blicken auf einen turbulenten Monat zurück, sind aber zuversichtlich, dass die von der Taskforce getroffenen Maßnahmen angemessen und nötig waren. Aus heutiger Sicht schließen wir, dass es uns bis anhin gelungen ist un-

sere Ziele zu erreichen. Die Pflegefachpersonen auf der Intensivstation haben unsere Spätdienste beispielsweise sehr geschätzt. Weltweite Berichterstattungen bestärken unsere Hypothese, dass die erhöhte, physiotherapeutische Präsenz auf der Intensivstation mit klar definierten Aufgaben in der interprofessionellen Zusammenarbeit die Behandlung von COVID-19 unterstützen kann. Trotzdem bereiten wir uns auf einen längeren Ausnahmezustand vor. So lassen beispielsweise die langen Intensivstationsaufenthalte in Italien (Grasselli et al, 2020) auf eine hohe Anzahl Überlebender schließen, welche unter physischen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen leiden könnten (Herridge et al, 2011; Pandharipande et al, 2013; Parker et al, 2015). Demnach könnte die Erholung dieser Patientinnen und Patienten das Schweizer Gesundheitswesen noch über Jahre beschäftigen. In einem nächsten Schritt möchten wir entsprechend Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aus Rehabilitationskliniken und privaten Praxen über die intensivmedizinischen Langzeitfolgen aufklären sowie Behandlungspfade für die Schwerstkranken erleichtern, um damit deren Rehabilitation zu gewährleisten und eine Rückkehr von COVID-19 Patientinnen und Patienten in das Leben zu ermöglichen.

Sabrina Grossenbacher-Eggmann

Inselspital, Universitätsspital Bern
Institut für Physiotherapie
Freiburgstrasse 16p
CH-3010 Bern
sabrina.grossenbacher@insel.ch

LITERATUR

- Alhazzani, W., Möller, M., Arabi, Y. M., Loeb, M., Ng Gong, M., & Fan, E. (2020). Surviving Sepsis Campaign : Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Critical Care Medicine*, 1–32. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-5>
- BAG Bundesamt für Gesundheit Coronavirus: Bundesrat erklärt die «ausserordentliche Lage» und verschärft die Massnahmen. (2020). Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-78454.html> Am 4.4.2020.
- BAG Bundesamt für Gesundheit COVID-19 in der Schweiz (2020). Abgerufen von <https://covid-19-schweiz.bagapps.ch/de-2.html> Am 4.4.2020.
- BAG Bundesamt für Gesundheit Neues Coronavirus COVID-19: Erster bestätigter Fall in der Schweiz. (2020). Abgerufen von (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-78233.html>) Am 4.4.2020.
- Bamford, P., Denmade, C., Newmarch, C., Shirley, P., Singer, B., & Whitmore, D. (2019). Guidance For : Prone Positioning in Adult Critical Care. *Intensive Care Society*, 1–39. https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/proning_guidance_final_002.pdf
- Billings, J., Kember, T., Greene, T., Grey, N., El-Leithy, S., & Lee, D. (2020). COVID TRAUMA RESPONSE WORKING GROUP RAPID GUIDANCE Guidance for planners of the psychological response to stress experienced by hospital staff associated with COVID: Early Interventions. www.traumagroup.org.
- Cuthbertson, B. H., Elders, A., Hall, S., Taylor, J., MacLennan, G., & Mackirdy, F. (2013). Mortality and quality of life in the five years after severe sepsis. *Critical Care*, 17(2). <https://doi.org/10.1186/cc12616>
- Der Bundesrat Das Portal der Schweizer Regierung Neues Coronavirus: Erster Todesfall im Kanton Waadt. (2020). Abgerufen von <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-78354.html> Am 4.4.2020.
- Eggmann, S., Luder, G., Verra, M. L., Irincheeva, I., Bastiaenen, C. H. G., & Jakob, S. M. (2020). Functional ability and quality of life in critical illness survivors with intensive care unit acquired weakness: A secondary analysis of a randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 15(3), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229725>
- Eggmann, S., Verra, M. L., Luder, G., Takala, J., & Jakob, S. M. (2018). Effects of early, combined endurance and resistance training in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 13(11), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207428>
- Fan, E., Dowdy, D. W., Colantuoni, E., Mendez-Tellez, P. A., Sevransky, J. E., & Needham, D. M. (2014). Physical complications in acute lung injury survivors: A two-year longitudinal prospective study. *Critical Care Medicine*, 42(4), 849–859. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000040>
- Garzon-Serrano, J., Ryan, C., Waak, K., Hirschberg, R., Tully, S., & Eikermann, M. (2011). Early mobilization in critically ill patients: Patients' mobilization level depends on health care provider's profession. *PM and R*, 3(4), 307–313. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2010.12.022>
- Goettler, C. E., Pryor, J. P., & Reilly, P. M. (2002). Brachial plexopathy after prone positioning. *Critical Care*, 6(6), 540–542. <https://doi.org/10.1186/cc1823>

- Grasselli, G., Zangrillo, A., Zanella, A., Antonelli, M., Cabrini, L., Pesenti, A., & Network, C.-19 L. I. (2020). Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*, 1–8. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5394>
- Guérin, C., Reignier, J., Richard, J. C., Beuret, P., Gacouin, A., & Ayzac, L. (2013). Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2159–2168. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1214103>
- Herridge, M. S., Tansey, C. M., Matté, A., Tomlinson, G., & Cheung, A. (2011). New England Journal CREST. *New England Journal of Medicine*, 364(14), 1293–1304. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1109071>
- Highfield, J. (2020). ADVICE FOR SUSTAINING STAFF WELL-BEING IN CRITICAL CARE DURING AND BEYOND COVID-19. www.ics.ac.uk
- Mikrolagerung Eine unterstützende Massnahme zur Prävention von Sekundärerkrankungen. (2020). Abgerufen von <https://www.dekubit.us.de/Pw-Tipps/Mikrolagerung> Am 4.4.2020.
- Munshi, L., & Fan, E. (2017). Prone position for acute respiratory distress syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(October), S280–S288. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201704-343OT>
- Norrenberg, M., & Vincent, J. L. (2000). A profile of European intensive care unit physiotherapists. *Intensive Care Medicine*, 26(7), 988–994. <https://doi.org/10.1007/s001340051292>
- Nydahl, P., Sricharoenchai, T., Chandra, S., Kundt, F. S., Huang, M., & Needham, D. M. (2017). Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit: Systematic review with meta-analysis. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(5), 766–777. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201611-843SR>
- Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Jackson, J. C., Morandi, A., & Ely, E. W. (2013). Long-term cognitive impairment after critical illness. *New England Journal of Medicine*, 369(14), 1306–1316. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1301372>
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A metaanalysis. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1121–1129. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000882>
- Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). (2020). Abgerufen von https://www.who.int/Docs/Default-Source/Coronaviruse/Situation-Reports/20200402-Sitrep-73-Covid-19.Pdf?Sfvrn=5ae25bc7_2 Am 4.4.2020.
- Thomas, P., Baldwin, C., Bissett, B., Boden, I., Gosselink, R., & Van Der Lee, L. (2020). Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: Recommendations to guide clinical practice. *Journal of Physiotherapy* (2020), March, 0–28. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>
- Tipping, C. J., Harrold, M., Holland, A., Romero, L., Nisbet, T., & Hodgson, C. L. (2017). The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 43(2), 171–183. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4612-0>
- Twose, P., Jones, U., & Cornell, G. (2018). Minimum standards of clinical practice for physiotherapists working in critical care settings in the United Kingdom: A modified Delphi technique. *Journal of the Intensive Care Society*, 0(0), 1–14. <https://doi.org/10.1177/1751143718807019>
- Van der Lee, L., Hill, A.-M., Jacques, A., & Patman, S. (2020). Efficacy of Respiratory Physiotherapy Interventions for Intubated and Mechanically Ventilated Adults with Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Physiotherapy Canada*, e20190025. <https://doi.org/10.3138/ptc-2019-0025>
- WHO Q&A on coronaviruses (COVID-19). (2020). WHO Abgerufen von <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses> Am 3.4.2020.
- World Health Organization. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Who, March, 12. [https://www.who.int/internal-publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178529/1/WHO_MERS_Clinical_15.1_eng.pdf](https://www.who.int/internal-publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178529/1/WHO_MERS_Clinical_15.1_eng.pdf)
- Yang, M., Yan, Y., Yin, X., Wang, B. Y., Wu, T., & Dong, B. R. (2013). Chest physiotherapy for pneumonia in adults. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2013, Issue 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006338.pub3>
- Zhang, L., Hu, W., Cai, Z., Liu, J., Wu, J., & Qin, Y. (2019). Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(10), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223185>

Innovative Kommunikationswege in der Krise: Digitale Hebammenhilfe in Zeiten der Corona-Pandemie

Andrea Komlew, M.Sc.

Telemedizin in Form von digitalen Angeboten in der Hebammenarbeit gab es bereits vor der Corona-Pandemiewelle. Start up Unternehmen wie „Kinderheldin“ oder „Call a midwife“ bieten telefonische Beratungen oder Videokonferenzen im Wochenbett an, um dem Hebammenmangel zu begegnen und den Familien auf diesem Wege Zugang zur Hebammenhilfe zu verschaffen. Über den Bildschirm wird die Abheilung des Nabels des Neugeborenen beurteilt und Stillprobleme konnten laut den Anbietern ebenfalls digital gelöst werden. Bislang mussten die Schwangeren und Wöchnerinnen diese Leistungen selbst bezahlen, obwohl ihnen laut § 134 a SGB V Hebammenhilfe gesetzlich zusteht. Diese Situation wurde von den Hebammenverbänden kritisiert, da Hebammen nicht befugt sind, zusätzlich zu diesen gesetzlich vereinbarten Gebühren ihre Leistungen den Versicherten in Rechnung zu stellen. Digitale Hebammenleistungen beschränkten sich somit auf wenige private Anbieter, die gegen Aufpreis für Frauen zur Verfügung standen, die aufgrund des Hebammenmangels nicht versorgt werden konnten.

Telemedizin wurde von der Berufsgruppe der Hebammen vor der Corona-Pandemie kritisch gesehen. In einer Umfrage aus dem Jahr 2018 gaben 49,5% (n = 96) der befragten Hebammen an, dass sie eine alleinige Beratung der Wöchnerin mittels digitaler Medien ablehnen, 27,9% waren unentschieden und nur ein Fünftel der Hebammen konnte sich vorstellen, digitale Medien zur Beratung der Frauen zu nutzen. In dem qualitativen Teil der Umfrage erwähnten die Wöchnerinnen, dass ihnen der persönliche Kontakt zur Hebamme wichtig erschien und sie die Nutzung von Telemedizin im Wochenbett als unpersönlich empfanden. Zumindest in der ersten Zeit nach der Geburt würden sie lieber aufsuchend von der Hebamme betreut werden (Komlew, 2019).

Erst mit Einzug der Corona-Pandemiewelle im März 2020 wurde der Ruf nach digitalen Angeboten in der Hebammenhilfe laut. Aufgrund der restriktiver werdenden Ausgangsbeschränkungen und dem Gebot der sozialen Kontaktvermeidung haben sich die Hebammenverbände mit dem GKV-Spitzenverband darauf geeinigt, Hebammenhilfe mittels digitaler Medien vorübergehend zu ermöglichen. Der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe gemäß § 134 a SGB V wurde dahingehend bis zum 19.06.2020 erweitert (GKV-Spitzenverband, 2020). Voraussetzung ist, dass die Kommunikation in Echtzeit stattfindet und der Versicherten keine zusätzlichen Kosten entstehen. Selbst Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse können als digitale Live-Kurse in Echtzeit angeboten werden. Ziel die-

ser Vertragsänderung ist es, die Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen mit Hebammenhilfe trotz der Pandemie aufrecht zu erhalten und die Verdienstaussfälle für die freiberuflichen Hebammen möglichst gering zu halten (GKV-Spitzenverband, Deutscher Hebammenverband, Netzwerk der Geburtshäuser & Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands, 2020).

Um die Angebote der digitalen Hebammenhilfe möglichst schnell zu vernetzen, hat der Deutsche Hebammenverband in Zusammenarbeit mit der Keleya GmbH eine Online-Plattform zur Verfügung gestellt, die den Schwangeren und Wöchnerinnen in Zeiten von Corona die akute Suche nach digitaler Hebammenhilfe erleichtert. Die Buchungsplattform „Ammely“ ging Ende März im Zuge der Pandemie mit einem erweiterten Filter der akuten Hebammensuche an den Start, um auf die aktuelle Situation zu reagieren.

Es bleibt abzuwarten, ob sich die Telemedizin aufgrund der Corona-Pandemie in der Hebammenhilfe durchsetzen kann. Das ist sicherlich davon abhängig, ob der GKV-Spitzenverband und die Hebammenverbände auch über den 19.06.2020 hinaus, eine digitale Form der Hebammenbetreuung für sinnvoll halten. Obwohl die Telemedizin im Jahr 2018 von der Berufsgruppe der Hebammen noch kritisch beäugt wurde, erfährt sie im Jahr 2020 eine breite Anwendung. Evtl. kann der Hebammenberuf aufgrund der Corona-Krise in das digitale Zeitalter überführt werden. Somit steckt in jeder Krise auch Kreatives und Bereitschaft zu Neuem.

Andrea Komlew, M.Sc.

Kuglweg 8

D-85276 Pfaffenhofen

info@hebamme-paf.de

LITERATURVERZEICHNIS

- Bundesgesetzblatt. (2018). Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V: Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 17.8.2017. Retrieved 16.11.18, from <https://www.hebrech.de/juli2018.html>.
- GKV-Spitzenverband. (2020). Befristete Vereinbarung über alternative Möglichkeiten zur Leistungserbringung von freiberuflich tätigen Hebammen nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe gemäß § 134a SGB V im Zusammenhang mit dem Coronavirus vom 19. März 2020. Retrieved 02.04.20, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/20200319_Befristete_Vereinbarung_Corona_Leistungen_Hebammen.pdf.
- GKV-Spitzenverband, Deutscher Hebammenverband, Netzwerk der Geburtshäuser, & Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands. (2020). Per Videotelefonie umfassende Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen während der Corona-Epidemie. Retrieved 02.04.20, from https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1003008.jsp.
- Komlew, A. (2019). Akzeptanz innovativer Konzepte der ambulanten Wochenbettversorgung aus Sicht von Hebammen und Müttern: Eine Mixed-Methods-Studie (Unveröffentlichte Masterarbeit). Kath. Stiftungshochschule München, München.

Bildung, Didaktik & Schulungskonzepte

Pflegewissenschaft | Sonderausgabe: Die Corona-Pandemie | hpsmedia, Hungen | April 2020



Plötzlich digital!?

Mit E-Portfolios eine reflexive und kooperative Praxis anleiten und begleiten

Prof. Dr. phil. Mechthild Löwenstein, Dr. Gerd Bräuer

AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN DURCH SCHUL- UND HOCHSCHULSCHLISSUNGEN

In ganz Deutschland wurden zur Unterstützung bundesweiter Maßnahmen und mit dem Ziel, einer weiteren Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 möglichst entgegenzuwirken, kurzfristig für mehrere Wochen alle Schulen und damit auch die Pflegeschulen geschlossen.

Ebenso wurde der Beginn des Vorlesungsbetriebs an den Hochschulen ausgesetzt bzw. der begonnene Vorlesungsbetrieb unterbrochen.

Eine stichprobenartige Recherche zeigt aufgrund der landesrechtlichen Vorgaben sehr unterschiedliche Regelungen der einzelnen Bundesländer für die Berufsfachschulen für Pflegeberufe. Der theoretische Unterricht in den Pflegeschulen ist aktuell auf E-Learning-Formate umgestellt, eingestellt oder die Auszubildenden haben am 01.04.2020 anstelle des geplanten theoretischen Einführungsblockes ihre Ausbildung in der Pflegepraxis begonnen.

Die Regelung im Schreiben vom 13.03.2020 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen lautet: „Ein Einsatz der Auszubildenden in den Praxis-einrichtungen ist möglich. Dieser darf nur dem jeweiligen Kenntnisstand entsprechend und unterstützend erfolgen.“ Dies hat offensichtlich zur Folge, dass Auszubildende ohne Vorkenntnisse in diesen kritischen Zeiten in der Pflegepraxis einsetzbar sind. Hier bedarf es dringend einer kritischen Auseinandersetzung zu einer qualitativen, für Auszubildende und zu Pflegenden verantwortungsvoll gestalteten praktischen Pflegeausbildung, worauf allerdings in diesem Beitrag nicht weiter eingegangen werden kann. Die Konsequenz, dass der geplante Ausbildungsbeginn abgesagt wird oder die Auszubildenden ihre Pflegeausbildung ohne theoretische Kenntnisse in der Pflegepraxis starten, kann mit den heutigen Möglichkeiten der Medienbildung und vor allem einem ethisch-reflektiertem Verständnis von professioneller Pflege als gesellschaftlichem Auftrag nicht die Lösung sein.

In den Pflegeschulen standen die Lehrenden zum Ausbildungsbeginn der Frühjahrskurse nicht nur vor der Herausforderung, die seit 01. Januar 2020 eingeführte neue generalistische Pflegeausbildung zu starten, sondern sich in wenigen Tagen damit zu befassen, wie die ersten Lernangebote in der theoretischen Pflegeausbildung ad hoc auf E-Learning umgestellt werden können.

Nicht weniger herausfordernd für die Hochschullehrenden war die innerhalb weniger Tage erforderlich gewordene Umstellung der bisherigen Präsenzlehrveranstaltungen in digitale Formate zum distance learning für den Start

des Sommersemesters am 30.03.2020. Gleichzeitig galt es, eine sich auf ungewisse Zeit anschließende E-learning-Phase sowie adäquate Prüfungsformate mitzudenken und vorzubereiten.

Dabei mussten und müssen weiterhin vielfältige Fragen beantwortet werden:

- Wie erreichen die Lehrenden die Lernenden?
- Welche E-learning-Formate passen zu welchen Lehr-Lernprozessen zur Erreichung der definierten Kompetenzziele?
- Wie können Lernende mit Lehrenden kommunizieren?
- Wie erhalten die Lernenden Feedback zu ihren aktuellen Lernergebnissen?
- Woran erkennen die Lehrenden die individuellen Lernfortschritte der Auszubildenden bzw. der Studierenden?
- In welchen Formaten können die curricular definierten Kompetenzen geprüft werden?

Unter den aktuellen Bedingungen müssen sowohl Lehrende wie Lernende plötzlich gewohnte Lernwege verlassen und nicht nur technische Herausforderungen bewältigen, sondern die Lehrenden müssen bei der Nutzung von digitalen Medien gleichzeitig neue pädagogisch-didaktische Konzepte mitdenken. Darüber hinaus gestaltet sich der Support zu digitalen Lehr-Lernformaten auf den Informationsplattformen der Bildungsinstitutionen aktuell sehr unterschiedlich und reicht von Aufzählungen möglicher digitaler Medien für den Fall von längerfristigen Unterrichtsausfällen aufgrund des Corona-Virus bis hin zu konkreten Anleitungen im Umgang mit neuen oder bisher noch nicht genutzten digitalen Tools, deren Aneignung allerdings Zeit und Medienkompetenz erfordert. Gleichzeitig muss die Anschaffung von fehlender Software u. a. auf datenschutzrechtliche Bestimmungen geprüft und mit bereits vorhandenen digitalen Formaten kompatibel abgestimmt werden. Verständlicherweise bedarf die Klärung derartiger Fragen eine bestimmte Zeit, während parallel die neuen Wege der Lehr-Lernprozesse vorbereitet und durchgeführt werden müssen.

Aufgrund fehlender digitaler Konzeptionen zur effektiven und effizienten Zusammenarbeit von Lehrenden und Lernenden sind die ersten Wochen durch eine Flut von E-Mails und Videokonferenzen gekennzeichnet, die zu erheblichem Stress bei allen Beteiligten geführt hat.

Auch wenn derzeit mit Hochdruck daran gearbeitet wird, die technischen Kapazitäten auszubauen, sind viele Lehrenden zunächst innerhalb ihrer Teams auf sich gestellt. Pflegepädagog*innen berichten in den ersten Wochen von

erschweren Bedingungen aufgrund fehlender Hard- und Software sowie unzureichender Internetkapazität. Gleichzeitig wird die große Heterogenität von Lehrenden wie Lernenden im Umgang mit digitalen Medien deutlich. Für die schnelle Umstellung stand nach Aussage einer Pflegepädagogin „kein Plan B zur Verfügung“ und dies resultierte in folgender Einschätzung: „In der Tat sind derzeit viele Lehrende gestresst. Der rote Faden in der methodisch-didaktischen Ausrichtung scheint zu fehlen.“ Wie groß der Arbeitsaufwand und die Anstrengungen von Pflegepädagog*innen aktuell sind, verdeutlicht auch diese Aussage einer Kollegin: „Die Kommunikation mit den Auszubildenden ist nur per Mail möglich und aus diesem Grund zeitlich extrem aufwändig, da man gestellte Lernaufgaben ebenfalls alle einzeln per Mail zurückgeschickt bekommt“.

Mit diesem Beitrag sollen, ausgehend von den aktuellen Herausforderungen mit der kurzfristigen Umstellung auf vorerst vollständiges E-Learning an Pflegeschulen und Hochschulen, Wege zur Weiterentwicklung einer digitalen und reflexiven Bildungspraxis sowohl in beruflichen wie hochschulischen Bildungsinstitutionen durch E-Portfolios aufgezeigt werden. Auch wenn die Voraussetzungen, Anforderungen an Studierende und Auszubildende und die Bildungsgänge in der Hochschullehre und der Pflegeausbildung sich gravierend unterscheiden, stehen aktuell in beiden Bildungsbereichen die Lehrenden und Lernenden vor ähnlichen Problemen, die es zu lösen gilt.

Die Einführung von E-Portfolios bietet nicht nur eine Weiterentwicklung in der digitalen Bildungspraxis, sondern kann durch die reflexiven Elemente sowie die orts- und zeitunabhängige Prozessbegleitung neue Impulse für eine sich langfristig verändernde Lehr-Lernkultur geben.

E-PORTFOLIO ALS WERKZEUG FÜR REFLEXIVE BILDUNGSPRAXIS

E-Portfolios nehmen in der E-Learning-Diskussion eine zentrale Rolle ein und sollen ebenso wie analoge Portfolios kompetenzorientiertes Lehren und Lernen in der Hochschule und in der Schulbildung fördern. „Sie sollen, verkürzt formuliert, dem Lernen 2.0 im Kontext Schule und Hochschule einen Schub geben und den lange ersehnten Paradigmenwechsel hin zu einer neuen Lernkultur ermöglichen, in der Lernende von der Konsumenten- in die Produzentenrolle wechseln, selbstorganisiert und kollaborativ arbeiten und dabei auf einfache und offen zugängliche technische Werkzeuge zurückgreifen können.“ (Reinmann, Sippel 2011, 184 hervorgehoben im Original)

In Deutschland hat der Einsatz von E-Portfolios an Hochschulen in den letzten Jahren grundsätzlich deutlich zugenommen. Aber auch an den Pflegeschulen hat sich das Interesse an Portfolioarbeit und ebenfalls an E-Portfolios aufgrund des gesetzlich geforderten Nachweises der Kompetenzentwicklung von Auszubildenden (§ 3 Abs. 5 PflAPrV) verstärkt.

Ein E-Portfolio (elektronisches Portfolio) ist „eine spezifische Form eines Content Management Systems (CMS), das als eine elektronische Sammlung von digitalen Artefakten fungiert, zu denen verschiedene Nutzer/-innengruppen

unterschiedliche Zugänge, d. h. (Schreib- und Lese-)Rechte haben“ (Baumgartner 2012, 7). International ist diese Entwicklung vor allem in Neuseeland, Australien und den USA sowie der Schweiz und Österreich bereits seit einigen Jahren zu beobachten (Cambridge 2012; Miller & Volk 2013; Karpa, Kempf, Bosse 2013).

Daher soll zunächst das grundlegende Verständnis von Portfolioarbeit geklärt werden. Bisher gibt es keine allgemeingültige Theorie zu Portfolioarbeit (Kraler 2013), die es wohl aufgrund der Vielfältigkeit von Gestaltungs- und Verwendungsmöglichkeiten auch nicht geben kann.

Paulson et al. charakterisieren Portfolio auf einer Konferenz im Jahre 1990 unter der Fragestellung und dem gleichnamigen Artikel „What makes a portfolio a portfolio?“ folgendermaßen: „Ein Portfolio ist eine zielgerichtete Sammlung von Arbeiten, welche die individuellen Bemühungen, Fortschritte und Leistungen der/des Lernenden auf einem oder mehreren Gebieten zeigt. Die Sammlung muss die Beteiligung der/des Lernenden an der Auswahl der Inhalte, der Kriterien für die Auswahl, der Festlegung der Beurteilungskriterien sowie Hinweise auf die Selbstreflexion der/des Lernenden einschließen.“ (Paulson et al. 1991, 60 zit. aus Häcker 2007, 127).

Das Nachdenken über das eigene Lernen findet auf zwei Ebenen statt. Einerseits werden Erkenntnisse zu konkreten Lerngegenständen festgehalten und andererseits werden Arbeits- und Lernstrategien während des gesamten Lernprozesses reflektiert. Mit der Anforderung, die Auswahl der Leistungsprodukte im Portfolio zu begründen, entsteht innerhalb der Dokumentensammlung eine Metaebene des Denkens. Der Lernprozess wird sichtbar und der Selbst- und Fremdrelexion zugänglich. „Gezielte Reflexionen über das eigene Lernen sind das Herzstück des Portfolioprozesses“ (Häcker 2005, 6). Metakognitive Auseinandersetzungen mit dem eigenen Lernen stellen die Voraussetzung für selbstgesteuertes Lernen dar und erfordern „deshalb nicht nur eine Erfahrungskontinuität, sondern auch eine Offenheit für neue Erfahrungen und eine Verabschiedung lieb gewonnener ‚Muster‘ und Deutungen“ (Siebert 2003, 20 hervorgehoben im Original). Reflexionsfähigkeit muss systematisch eingeübt und über einen längeren Prozess angeeignet werden (Bräuer 2016).

E-Portfolios enthalten ebenso wie analoge Portfolios zielgerichtete, individuell ausgewählte, authentische Leistungsprodukte (Artefakte) und Dokumentationen zu dem parallel hierzu stattgefundenen Lernprozess, sog. (Meta-)Artefakte. Neben den bisher genannten (meta-)kognitiven Aspekten tragen außerdem soziale und emotionale Faktoren zum Lernerfolg bei.

Der Einsatz von E-Portfolios zielt somit auf die Förderung der Reflexionsfähigkeit und Selbstorganisation, Planung, Beobachtung, Steuerung und Begutachtung des eigenen Lernprozesses, das Sichtbarwerden und die Verantwortung für individuelle Entwicklungsprozesse sowie die Etablierung einer Feedbackkultur im Sinne eines interaktiven Dialogs zwischen Lehrenden und Lernenden.

E-Portfolios haben in den letzten zehn Jahren durch die technischen Neuerungen deutlich an Struktur und Anwendungspotentialen gewonnen. Während Baumgartner, Himpl und Zauchner noch zu dem Ergebnis kamen, E-Portfolios „sind ein relativ neuer Softwaretypus

und es ist derzeit noch unklar, welche Funktionen obligatorisch und welche Funktionen bloß fakultativ sind“ (ebd. 2009, 7), stellt sich die Anwendung von E-Portfolios inzwischen klarer, nutzerfreundlich und das selbstgesteuerte Lernen fördernd dar. Zum Beispiel bietet die E-Portfolio-Software Mahara das Plugin „Smart Evidence“, wodurch das Kompetenzraster der jeweiligen Ausbildungseinheit (z. B. ein Ausbildungsdrittel oder ein Modul im Semester) mit dem Aufgabendesign im E-Portfolio verbunden wird: Daraus ergeben sich dann für die Lernenden verbindliche Kompetenznachweise, deren Umsetzung bzw. Gestaltung zum Teil vorstrukturiert, aber auch teilweise mit individuellem Gestaltungsspielraum versehen wird.

Mit der Einführung von E-Portfolios soll darüber hinaus die Medienkompetenz von Studierenden und Auszubildenden gefordert und gefördert werden. E-Portfolios als Reflexions- und Entwicklungsinstrument gilt es, entsprechend der Taxonomie von E-Portfolios (ebd.) zu konzipieren.

Aus der Vielzahl zur Verfügung stehender Softwareprodukte gilt Mahara nach wie vor als „ausgeglichenstes Produkt“, was „ohne großen Installationsaufwand sofort für die Portfolioarbeit genutzt werden“ kann (ebd., 11).

Entsprechend dem BMWF-Abschlussbericht „E-Portfolios an Hochschulen“ (ebd.) müssen wesentliche Kategorien wie „**Zeit** (Retrospektiv, Aktuell, Prospektiv), **Feedback** (Selbst, Peers, Autorität), **Weltbezug** (Subjektiv, Sozial, Objektiv), **Aktivitäten** (Auswählen, Bewerten, Organisieren, Planen, Präsentieren, Sich vernetzen, Reflektieren), **Artefakte** (Beispiel, Bewertung, Biografie, Dokument, Erfahrung, Reflexion), **Ansicht** (Ja, Nein) und **Relation** (Isoliert, Verlinkt)“ (ebd., 5, hervorgehoben im Original) entwickelt und in Mahara und begleitenden Materialien transparent dargestellt und angeleitet werden.

Unter inhaltlichen und pädagogisch-didaktischen Aspekten gilt es daher, eine adäquate Konzeption zu entwickeln, die idealerweise in digitaler Form Anwendung finden kann. Ebenfalls kann eine strukturierte Anleitung und Förderung der Reflexionskompetenz modulübergreifend bzw. über den gesamten Verlauf der Pflegeausbildung neu konzipiert werden, die gleichzeitig zu kreativem und kritisch-reflexivem Denken anregt.

Nach Einschätzungen der Expertinnen und Experten für Portfolioarbeit im ‚Baden-württembergischen Portfolio-Netzwerk‘, welches im Juli 2019 gegründet wurden, sprechen folgende **Argumente für das Lehren und Lernen mit E-Portfolios**:

Argumente für das Lehren und Lernen mit E-Portfolios

- ✓ E-Portfolios stehen orts- und zeitunabhängig zur Verfügung
- ✓ Nutzung von verschiedenen Medien ist möglich (z. B. Sprachnachrichten, Fotos, Videos)
- ✓ Gewinnung von Medienkompetenz (u. a. Umgang mit Daten) im digitalen Zeitalter
- ✓ Integration von Reflexionsprozessen und Transparenz der Kompetenzentwicklung und Lernbiographie von Lernenden
- ✓ Heterogenität der Studierenden/Auszubildenden (Alter, Sprache, Familie, Beruf, ...) nimmt zu

- ✓ Gestaltung individueller Lernprozessbegleitungen an mehreren Lernorten (Theorie und Praxis) anhand konkreter Artefakte zeit- und ortsunabhängig gestalten
- ✓ Flexible Vernetzung von unterschiedlichen Lernorten und Transparenz der erreichten Kompetenzen für Lernende und Lehrende
- ✓ Vergleich von individuellen Kompetenzen mit erforderlichen Bildungsstandards
- ✓ Förderung von Peer-Feedback und somit kooperativem Lernen
- ✓ Aspekte der Nachhaltigkeit durch energie- und ressourcenschonenden Einsatz von Materialien
- ✓ Individualität des Lernenden wird transparent und Lernende entscheiden selbst, was wann veröffentlicht wird, d. h. sie haben Raum für ‚unfertige‘ Produkte
- ✓ Mehrmalige Überarbeitung ist leichter und ressourcenschonend durchführbar
- ✓ Förderung von selbstgesteuertem Lernen – Lernprozessbegleitung kann im Verlauf einer Bildungsmaßnahme reduziert werden
- ✓ Forderung und Förderung von Eigenverantwortung der Lernenden und damit Erhöhung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- ✓ Schrittweise Veränderung der Aufgaben und Rollen der Lehrenden
- ✓ Gezielte und aussagekräftige Überleitung von Bildungswegen
- ✓ Teilzeit- und berufsbegleitende Bildungsmaßnahmen können strukturiert begleitet und gesteuert werden
- ✓ Flexibler Umgang mit gesammelten Daten/Informationen entsprechend ihrem Nutzen und der Lernumgebung

Ein Überblick in die Anwendung und den Möglichkeiten von E-Portfolios zur Förderung von Reflexivität und selbstgesteuertem Lernen in der Bildungspraxis bieten inzwischen vielfältige Tutorials z. B. zu Mahara im Internet.

Das nachfolgende Beispiel aus dem EU-Projekt PREPARE („Promoting reflective practice in the training of teachers using e-Portfolios“) illustriert anschaulich unterschiedliche Varianten der Nutzung und lässt die Darstellung individueller Kompetenzentwicklung von Lernenden in Verbindung mit Feedback in Auszügen erkennen.

E-Portfolios: Das How-To? im berufsfeldorientierten Studium

Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte digital inszenierter Portfolioarbeit vorgestellt und anhand von Beispielen des EU-Projekts PREPARE illustriert. Weiterführende Informationen zu diesem Projekt und der dort entwickelten und evaluierten E-Portfolioarbeit finden sich auf www.prepare-campus.eu und vor allem in der dort herunterladbaren Abschlusspublikation (Arimond, Bauer & Bräuer, 2019).

Elektronische Portfolios sind digitale Konstrukte (so genannte Lehr-Lernumgebungen), die aus einer speziellen Software (z.B. Mahara/open-source; Pebble Pad/Lizenz), Lernplattform (z.B. ILIAS, Moodle, Blackboard) und/oder webbasierten Kommunikations-Tools (z.B. Video-Konferenz, Video-Annotation, Blog) bestehen. Die Auswahl bzw. Kombination der digitalen Bestandteile des E-Portfolios geschieht mit der Absicht, synchrones und asynchrones Interagieren von Lehrenden, Studierenden und Expert*innen aus dem Berufsfeld mit dem Zweck kooperativer Wissenskonsstruktion zu ermöglichen und didaktisch aufgabenorientiert zu inszenieren. Diese didaktische Inszenierung bzw. Ausrichtung des E-Portfolios erfolgt auf der Basis dessen, was im Rahmen der Lehre vermittelt bzw. angeeignet werden soll und welche Rolle dabei reflexive Praxis als zentralem Gegenstand von ePortfolioarbeit spielt. Im Folgenden soll ein hochschuldidaktisches Szenario vorgestellt werden – das Lernportfolio –, welches v.a. in berufsfeldorientierter Lehre (z.B. Pflege, Sozialarbeit, Lehrer*innenausbildung) von Bedeutung ist. In künstlerischen Studiengängen, z.B. Kunst, Musik, Tanz, wäre das so genannte Präsentationsportfolio von besonderer Notwendigkeit. Allerdings ist gerade in der E-Portfolioarbeit auch eine „Verwandlungsfunktion“ möglich, d.h. Lernportfolios, die während des Semesters schwerpunktmäßig Arbeits- und Lernprozesse abbilden helfen, können am Semesterende zum Zwecke der Leistungsüberprüfung in einen durch die Prüfungsordnung festgelegten Leistungsnachweis überführt und entsprechend umgestaltet werden.

Wie kann ein Lernportfolio **hochschuldidaktisch inszeniert** werden? Ausgangspunkt sind die in einem bestimmten Bildungsabschnitt (z.B. eine einzelne Lehrveranstaltung in einem Semester, mehrere Lehrveranstaltungen im Verbund eines Moduls oder mehrere Module eines gesamten Studiengangs) **anvisierten Kompetenzen bzw. Teilkompetenzen**. Zum Erreichen dieser (Teil-)Kompetenzen werden **Aufgaben konzipiert**, deren Bearbeitung durch die Studierenden in Verlauf und Ergebnisqualität im E-Portfolio dargestellt wird. Auf diese Weise entstehen so genannte **Artifakte** („Beweisstücke“) **für das Erreichen der curricular ausgewiesenen (Teil-) Kompetenzen**. Wie diese Artifacts gestaltet und im Portfolio letztlich präsentiert werden, wird

- entweder durch die Lehrperson (u.U. auf der Basis von Studien- und Prüfungsordnung) konkret vorgeschrieben oder
- dem Gestaltungswillen der Studierenden überlassen.

Beide hochschuldidaktischen Inszenierungen haben Vor- und Nachteile: Der Fall a) erleichtert einerseits eine vergleichbare Bewertung durch die Lehrpersonen, aber erschwert andererseits den Studierenden die Identifikation mit ihrer Arbeit. In Fall b) sind eher positive Tendenzen im motivationalen Bereich zu beobachten, wobei die Vergleichbarkeit der Bewertung auch dann im größeren institutionellen Kontext recht schwierig bleibt, wenn die Lehrenden die Bewertungskriterien mit ihren Studierenden aushandeln.

Um die Verlaufsqualität der Arbeitsprozesse bei der Erfüllung der curricular verankerten Aufgaben erfassen und dadurch die Arbeitsprozesse längerfristig eigenverantwortlich steuern zu können, ist die Unterscheidung von **Primär- und Sekundärreflexion** nötig. Im elektronischen Portfolio kann die jeweilige Handlung zur Erfüllung einer Aufgabe und zum Erlangen einer (Teil-)Kompetenz (z.B. die Simulation einer Pflegehandlung im ‚Dritten Lernort‘ oder die Vermittlung eines Sachzusammenhangs im Unterricht) durch ein Video festgehalten werden. Dieses wird auf eine zum E-Portfolio gehörigen Video-Annotationsplattform hochgeladen und kann dort auf der Basis der jeweils angezielten (Teil-)Kompetenz vom Akteur/der Akteurin (siehe Abbildung 1, privater Diskurs) und Peers (halböffentlicher Diskurs) spontan (schriftlich) kommentiert werden (Primärreflexion, siehe Abbildung 1, rotes Feld). Auf dieser Basis setzt sich der Akteur/die Akteurin in einem zweiten Schritt

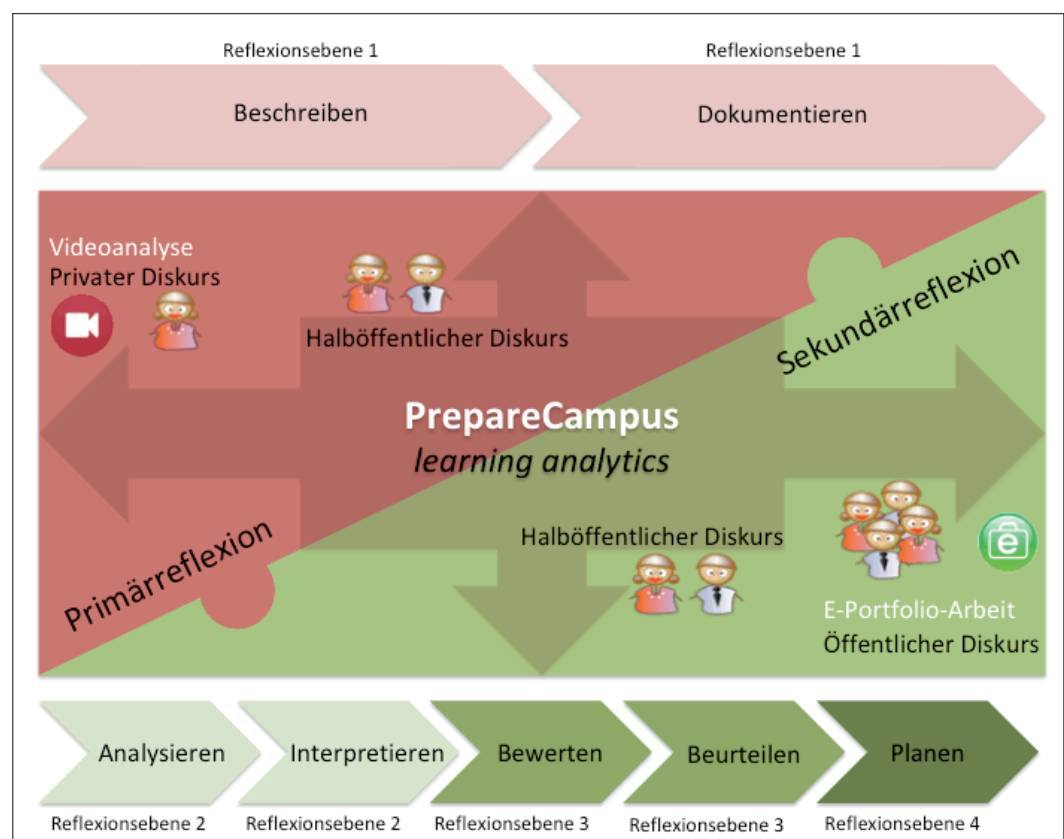


Abbildung 1: Reflexionsebenen im ePortfolio (Arimond, Bauer & Bräuer 2019)

(Sekundärreflexion, siehe Abbildung 1, grünes Feld) im Kontext der für die betrachtete Handlung jeweils relevanten fachwissenschaftlichen bzw. fachdidaktischen Theorie weiter mit der im Video sichtbaren Handlungsqualität auseinander und zieht entsprechend Konsequenzen für späteres, dann u.U. alternativ gestaltetes Handeln für ähnlich gelagerte Handlungsanforderungen. Diese vertiefte Reflexion wird weiter mit Peers (siehe Abbildung 1, halböffentlicher Diskurs), aber nun auch mit der Lehrperson und/oder Expert*innen im Berufsfeld (siehe Abbildung 1, öffentli-

cher Diskurs) diskutiert. In der Grafik (siehe Abbildung 1) ist dieses reflexive Spannungsfeld und die dabei genutzten Zwischenschritte in der Portfolioarbeit (Beschreiben/Dokumentieren, Analysieren/Interpretieren, Bewerten/Bearbeiten, Planen) schematisch vereinfacht dargestellt.

Wie die Arbeit auf der Video-Plattform und im ePortfolio konkret aussehen kann, wird in den beiden folgenden Abbildungen (vgl. Abbildung 2 und 3) exemplarisch sichtbar.

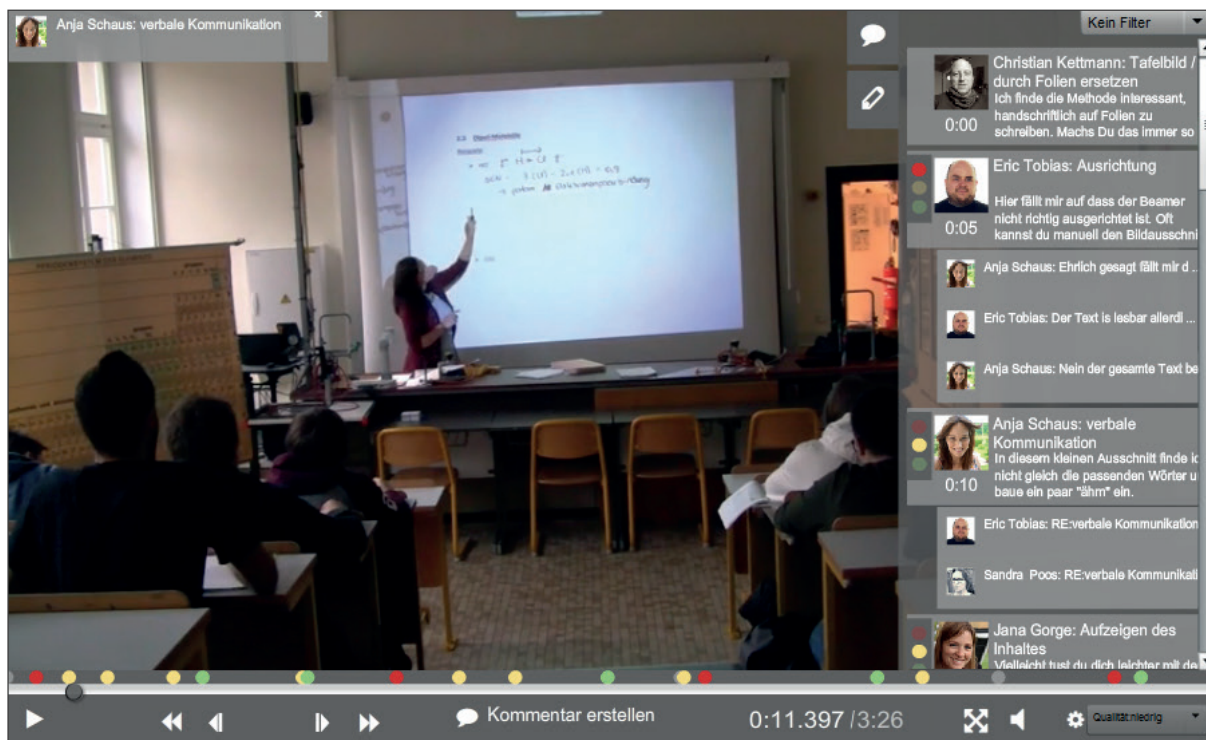


Abbildung 2: Anjas Unterrichtsvideo auf der Video-Plattform mit eingefügten Peer-Kommentaren als Teil ihrer Primärreflexion (Arimond, Bauer & Bräuer 2019)

Promoting reflective practice in the training of teachers using e-portfolios

Nutzer/innen suchen

Ruth Hau

Vorbereitung eines Versuchs anfangs werden, um sicher sie wieder ruhig indem ich nur "bitte" sage.

Größtenteils wende ich in dieser Unterrichtsstunde eine fragend-entwickelnde Unterrichtsmethode an. Die Schüler beteiligen sich interessiert am Unterricht (bis auf die Ausnahme des oben erwähnten Schülers) und stellen Fragen (mehrere sind nicht im Ausschnitt zu beobachten). Ich verdeutliche meine Aussagen bzw. erkläre die korrekten Antworten der Schüler indem ich die Inhalte auf der Tafel aufzeige (siehe Bild 8). Generell bewege ich mich im Klassenraum aber ich bleibe weitgehend in der Nähe der Tafel.

Analyse und Interpretation

Bezüglich zur **Interaktion mit den SuS**, will ich unter anderem die Situation des **negativ auffallenden Schülers** analysieren. Er ist meiner Meinung nach ein intelligenter Junge aber zeigt wenig bis keine Motivation (jedenfalls im Chemie-Unterricht). Mich stört vor allem, dass er seinen vorderen Nachbar stört, da dieser eigentlich sehr aufmerksam und fleißig ist. Das leichte Schlagen auf seine Wange interpretiere ich zudem als Langweile. Als ich ihn später im Unterricht auffordere ein einfaches Beispiel zu lösen, gelingt ihm dies nicht (nicht in der Sequenz zu beobachten). Es liegt also nicht daran, dass ihm der aktuelle Unterrichtsstoff zu einfach erscheint. Vielleicht interessiert er sich einfach nicht für Chemie oder ich gestalte ihm den Unterricht nicht interessant genug. Natürlich mag kein Lehrer es, wenn ein(e) Schüler(in) Desinteresse an seinem Unterricht zeigt, aber seien wir mal ehrlich: waren wir immer zu 100% konzentriert und fanden den Unterricht jedes Fachs interessant? Sicherlich nicht. Ich habe den SuS auch schon gesagt, dass nicht jeder Chemie mögen muss, nicht jeder dafür geschaffen ist und dies auch absolut nicht schlimm ist. Allerdings finde ich es etwas respektlos, wenn ein(e) Schüler(in) sein Desinteresse und/oder Langweile offensichtlich zeigt oder noch schlimmer, wenn er/sie motivierte SuS im Unterricht stört.

Die Interaktion mit den Schülern ist in dieser Videoaufnahme meiner Meinung nach sehr prägnant. Einige Kollegen waren ebenfalls positiv von der aktiven Teilnahme überrascht und darüber, dass die meisten Antworten richtig sind. Obwohl das Aufstellen der Formeln bereits im letzten Schuljahr und ebenfalls im 1. Trimester dieses Schuljahres behandelt wurde, habe ich von den Schülern verlangt konzentriert mitzuarbeiten indem sie mir die notwendigen Formeln der Reaktionsgleichung aufstellen. Dies sollte einerseits eine kleine

Abbildung 3: Anjas Verarbeitung des Videofeedbacks anhand zweier „Szenen-Fotos“ aus dem o.g. Video als Teil ihrer Sekundärreflexion (Arimond, Bauer & Bräuer 2019)

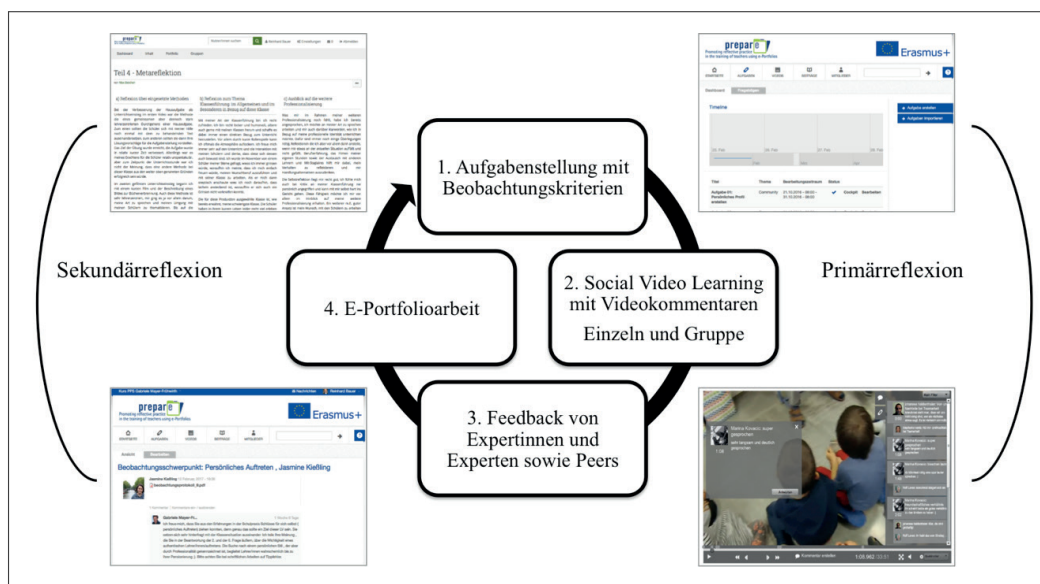


Abbildung 4: Phasen des reflexiven Aufgabendesigns (Arimond, Bauer & Bräuer 2019)

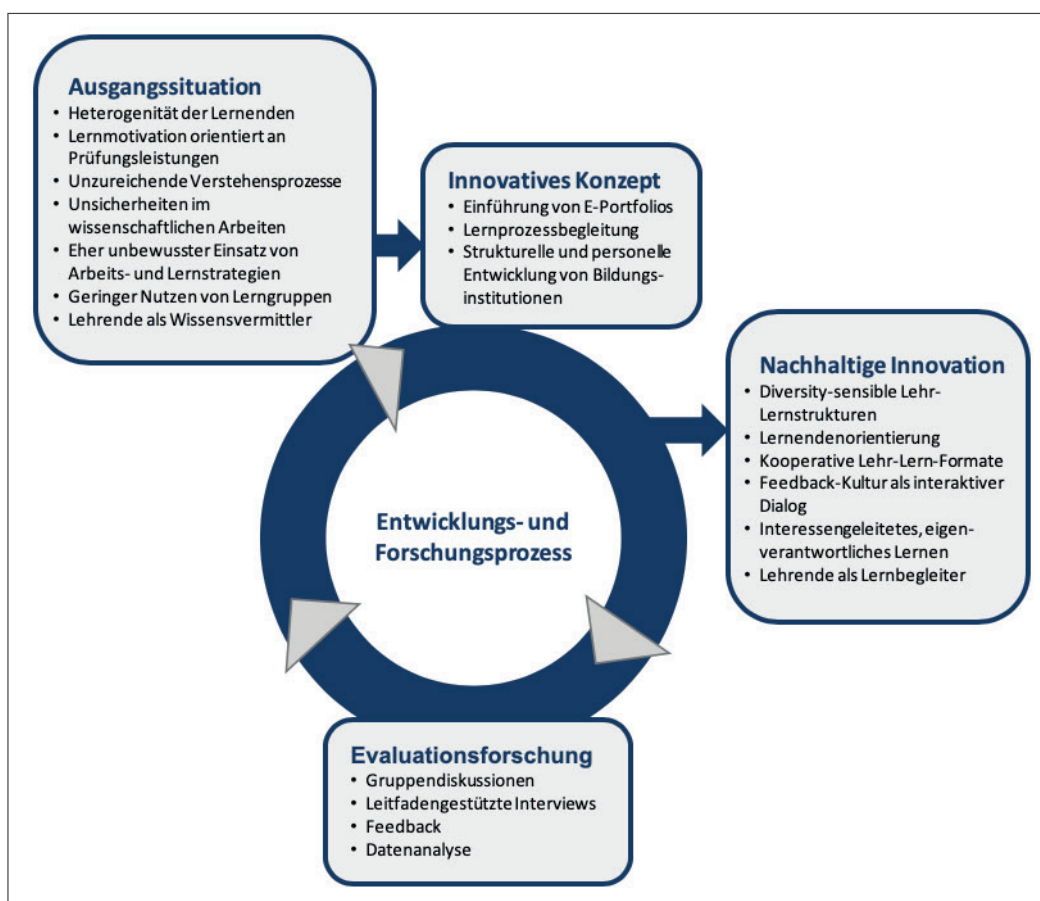


Abbildung 5: Mögliches Forschungsdesign zur Einführung von E-Portfolios und Lernprozessbegleitung (vgl. Löwenstein 2016, 120)

Primär- und Sekundärreflexion lassen sich aber auch ohne Video bzw. Video-Kommentierung didaktisch inszenieren. Hierbei ist es jedoch um so wichtiger, dass die einzelnen Ebenen reflexiver Wahrnehmung (siehe Abbildung 1) – Beschreiben und Dokumentieren der Handlung (Primärreflexion) bzw. Analysieren/Interpretieren, Bewerten/Beurteilen der Handlung und das Planen von alternativen Handlungsmustern durch Teilaufgaben (scaffolding) angeleitet und durch (Peer-)Feedback begleitet werden. Aber solche Teilaufgaben sind natürlich auch beim Umgang mit Videoauf-

zeichnungen nötig, um den Übergang von spontaner Reflexion und den damit oft zusammenhängenden Pauschalbewertungen hin zu wissenschaftlich fundierten Beobachtungen, Einsichten und Konsequenzen zu führen.

Das dafür genutzte **reflexive Aufgabendesign** ist in Abbildung 4 noch einmal schematisch zusammengefasst.

Mit der Auswahl und Einführung von E-Portfolios müssen neben technischen und organisatorischen Fragen immer auch die zentralen Ziele von Lehr-Lernarrangements mit allen Beteiligten geklärt werden. Aktuell dominieren bei der Diskussion zur Auswahl digitaler Medien jedoch immer noch technikzentrierte Ansätze (Dürkop et al. 2013, 82).

Wird Lernen als selbstgesteuerter, aktiver und sozialer Prozess verstanden, haben Lehrenden die Aufgabe, die Lernumgebung so zu gestalten, dass Lernende in zunehmender Eigenverantwortung den Verlauf ihrer Lernprozesse gestalten können. Mit einer bildungstheoretisch begründeten, pädagogisch-didaktischen Konzeption von E-Portfolios kann:

- Kompetenzentwicklung der Lernenden über den gesamten Bildungsweg dargestellt,
- Erfahrungen und das Gelernte an unterschiedlichen Lernorten in einen

Zusammenhang gebracht und

- berufliche Identität durch das Reflektieren des eigenen Wissens und Könnens gestärkt werden.

Einführung und Implementierung von E-Portfolios

Die Implementierung von E-Portfolios initiiert und erfordert immer auch strukturelle Veränderungen der Organisation von Hochschule bzw. Pflegeschule. Im Konzept zur „Förderung der Lernkompetenz in der Pflegeausbildung“ zur Veränderung der Lehr-Lernkultur durch Lernportfolios

(Löwenstein 2016) hat sich gezeigt, dass mit dem Design-Based Research-Ansatz Bildungsinnovationen in der Lehr-Lernforschung besonders gefördert werden können.

„Durch den iterativ angewandten Erkenntnis- und Entwicklungsprozess von theoriegeleitetem Design, Implementation, Analyse, Re-Designs und schließlich durch die mit neuen Ideen angereicherten theoriegeleiteten Designs schließt sich ein Entwicklungszyklus.“ (Fahrner, Unwin 2007, 153)

Die Konzeption von E-Portfolios und Implementierung in die Bildungspraxis erfordern einen Prozess in mehreren Schritten über einen längeren Zeitraum hinweg. Dabei müssen bereits mit der Einführung des Entwicklungsprojekts bzw. in der Konzeptionsphase die Rahmenbedingungen der Bildungsinstitution Beachtung finden. Prozessbegleitung sowie Absprachen zwischen Lehrenden erfordern Zeit und mehr Personalstunden. Die Einführung von Lernportfolios in die Pflegeausbildung sowie Bildungsportfolios in die Hochschulbildung haben deutlich gemacht, dass die zentralen Prinzipien der Portfolioarbeit Transparenz, Kommunikation und Partizipation (Rihm 2004) ebenfalls zum Gelingen der Implementierungsprozesse beitragen. Innovative Entwicklung der Lehr-Lernkultur mit E-Portfolios erfordern Veränderungen auf mehreren Ebenen. Parallel zu strukturellen Veränderungen der Lernumgebung in Bildungsinstitutionen müssen sich gleichzeitig die Aufgaben und Einstellungen der Lehrenden und Lernenden weiterentwickeln, da sich alle drei Ebenen „gegenseitig beeinflussen und nur als Ganzes zum Erfolg führen können“ (Löwenstein 2016, 130).

„Eine unbedachte, gegebenenfalls technodefiziente Einführung von E-Portfolios verfehlt den Mehrwert der Portfolio- und insbesondere der E-Portfolioarbeit.“ (Häcker/Seemann 2013, 73) Daher gilt es, auf der Basis der technischen und organisatorischen Herausforderungen, adäquate pädagogisch-didaktische Konzeptionen zu entwickeln, die idealerweise in digitaler Form Anwendung finden können. Zum Gelingen einer reflexiven und digitalen Lehr-Lern-Kultur bedarf es gleichzeitig Schulungen der Lehrenden. Ohne die Kompetenzen und Vorbildfunktion der Lehrenden in der Anwendung von E-Portfolios und deren Überzeugungen zu verändertem Lehren und Lernen ist eine adäquate Einführung von Portfolioarbeit mit E-Portfolios nicht zielführend. „Den Lehrenden, ihrer Kompetenz und Motivation, kommt eine Schlüsselrolle zu, um E-Learning zu verankern und eine innovative Lehr-Lernkultur zu etablieren.“ (Kerres et al. 2009, 142).

Mit erfolgreicher Einführung von reflexiven und kooperativen Bildungsräumen in der Hochschullehre sowie den verschiedenen Lernorten in der Pflegeausbildung sind gezielte Veränderungen zu innovativen Lehr-Lern-Formaten sowie kompetenzdarstellenden Prüfungsformaten möglich.

Auch in Zeiten maximaler Belastungen und Unsicherheiten bewertet ein Pflegepädagoge „die Krise als Chance“ und kommt zu der Schlussfolgerung: „Im Falle der Digitalisierung trifft dies meiner Ansicht nach zu. Eine didaktisch fundierte Heranführung an den Umgang mit den technischen Möglichkeiten für alle am Lernprozess Beteiligten ist, anders als derzeit möglich, im zukünftigen Einsatz je-

doch unabdingbar. Es besteht jedoch aktuell die Möglichkeit einer echten Problemaufgabe, um daran nachhaltig, zu lernen.“

Wie weitere Reaktionen von Kolleg*innen auf eine Spontanumfrage zeigen, werden in der aktuellen Ausbildungsreform für den Einsatz von E-Portfolios in der Pflegeausbildung vielfältige Wege gesehen: „Ich sehe es als Chance, verpasste Möglichkeiten der letzten Jahre aufzuholen und zukunftsfähiger in die neue Pflegeausbildung (Bezug zum Ausbildungsziel: Lernkompetenz, Selbstreflexion, Transferkompetenz, selbstorganisiertes Lernen, ...) zu starten.“ Diese bisher verpassten Möglichkeiten sollten auch direkt im Studium der Pflegepädagogik thematisiert werden. So schlägt eine Kollegin vor: „Die Auseinandersetzung mit E-Learning (Vor- und Nachteile) ist im Studium anzubahnen.“ Die Notwendigkeit der Koordination auf der Führungsebene wurde ebenfalls von Kolleg*innen hervorgehoben: „Zudem ist die Konzeption von E-Learning-Einheiten abhängig von der Schulleitung, die einen einheitlichen Aufbau bzw. Struktur (Leitfaden) den Lehrenden bereithält. Die Führungsperson sollte unterstützend für Fragen zu Arbeitsaufträgen und Lernsicherung zur Verfügung stehen und ausreichende Medienkompetenz besitzen.“

Die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und die verschiedenen Einflüsse auf allen Ebenen der Bildungsbereiche erfordern heute mehr denn je den Dialog zwischen allen Akteuren zu innovativen Entwicklungen mit digitalen Medien.

Für diesen Dialog zwischen Bildungspolitik, Bildungsinstitution, Lehrenden und Lernenden hat das o.g. Projekt PRE-PARE eine konkrete bildungspolitische Agenda (Arimond/Bauer/Bräuer, 2019) entwickelt, die nun auch zur Stärkung reflexiver Praxis durch E-Portfolios in der generalistischen Pflegeausbildung ebenso wie in der Hochschulbildung als Handlungsmaxime zur Anwendung kommen kann.

Prof. Dr. phil. Mechthild Löwenstein

Hochschule Esslingen

Flandernstr. 101

D-73732 Esslingen am Neckar

mechthild.loewenstein@hs-esslingen.de

Dr. Gerd Bräuer

Schreibzentrum an der PH Freiburg

Kunzenweg 21

D-79117 Freiburg

braeuer@ph-freiburg.de

LITERATUR

- Arimond, Ruth; Reinhard Bauer & Gerd Bräuer (Hrsg.) (2019). *Prepare. Promoting reflective practice in the training of teachers using electronic portfolios*. <http://prepare.pbworks.com/w/page/125607896/FrontPage> [04.04.2020]
- Baumgartner, Peter (2012). *Eine Taxonomie für E-Portfolios - Teil II des BMWF- Abschlussberichts "E-Portfolio an Hochschulen"*: GZ 51.700/0064-VII/10/2006. Forschungsbericht. Krems: Department für Interaktive Medien und Bildungstechnologien, Donau Universität Krems.
- Baumgartner, Peter; Klaus Himpsl; Sabine Zauchner (2009). *Einsatz von E-Portfolios an (österreichischen) Hochschulen: Zusammenfassung - Teil I des BMWF- Abschlussberichts "E-Portfolio an Hochschulen"*: GZ 51.700/0064-VII/10/2006. Forschungsbericht. Krems: Department für Interaktive Medien und Bildungstechnologien, Donau Universität Krems.
- Bräuer, Gerd (2016). *Das Portfolio als Reflexionsmedium für Lehrende und Studierende* (2. Aufl.). Opladen und Toronto: UTB.
- Bremer, Claudia; Detlef Krömker (Hrsg.) (2013). *E-Learning zwischen Vision und Alltag. Zum Stand der Dinge*. Münster: Waxmann.
- Cambridge, D. (2012). *E-Portfolios and Global Diffusions: Solutions for Collaborative Education*. Hershey, PA: IGI Global.
- Dürkop, Axel; Henning Klaffke; Sönke Knutzen (2013). *Lernerorientierte Forschung zur Entwicklung von digitalen und reflexiven Bildungsmedien*. In: Bremer, Claudia; Detlef Krömker (Hrsg.). *E-Learning zwischen Vision und Alltag. Zum Stand der Dinge*. Münster: Waxmann; 74-84.
- Fahrner, Ulrich; Antony Unwin (2007). *Adaptive Verfahren zur Analyse und Verbesserung realer Lehr-Lern-Systeme*. In: Reinmann, Gabi; Joachim Kahlert (Hrsg.) *Der Nutzen wird vertagt ... Bildungswissenschaften im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Profilbildung und praktischem Mehrwert*. Lengrich: Pabst; 150-172.
- Häcker, Thomas (2005). *Portfolio als Instrument der Kompetenzdarstellung und reflexiven Lernprozesssteuerung*. Online verfügbar: http://www.bwpat.de/ausgabe8/haecker_bwpat8.pdf [04.04.2020].
- Häcker, Thomas (2007). *Portfolio: ein Entwicklungsinstrument für selbstbestimmtes Lernen. Eine explorative Studie zur Arbeit mit Portfolios in der Sekundarstufe I*. 2. überarb. Aufl., Baltmannsweiler: Schneider.
- Häcker, Thomas; Jan Seemann (2013). *Von analogen Portfolios für die Entwicklung von digitalen E-Portfolios lernen* - In: Miller, Damian/ Volk, Benno (Hrsg.): *E-Portfolio an der Schnittstelle von Studium und Beruf*. Münster: Waxmann; 73-90; URN: urn:nbn:de:0111-pe-docs-109197.
- Hugger, Kai-Uwe; Markus Walber (Hrsg.) (2009). *Digitale Lernwelten*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Karpa, Dietrich; Julian Kempf; Dorit Bosse (2013). *Das E-Portfolio in der Lehrerbildung aus Perspektive von Studierenden*. *Digitale Medien und Schule*; H. 7(2013), 4. Jahrgang.
- Kerres, Michael; Jörg Stratmann; Nadine Ojstersek; Annabell Preußler (2009). *Digitale Lernwelten in der Hochschule*. In: Kai-Uwe Hugger, Markus Walber (Hrsg.): *Digitale Lernwelten*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften; 1-7.
- Koch-Priewe, Barbara; Tobias Leonhard; Anna Pineker; Jan Christoph Störtländer (Hrsg.) (2013). *Portfolio in der Lehrerbildung. Konzepte und empirische Befunde*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Kräler, Christian (2013). *Grundlagen und Umsetzung der Portfolioarbeit in der LehrerInnenbildung an der Universität Innsbruck. Ein Resümee*. In: Koch-Priewe, Barbara; Tobias Leonhard; Anna Pineker; Jan Christoph Störtländer (Hrsg.): *Portfolio in der Lehrerbildung. Konzepte und empirische Befunde*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt; 180-192.
- Löwenstein, Mechthild (2016). *Förderung der Lernkompetenz in der Pflegeausbildung - Lehr-Lern-Kultur durch Lernportfolios verändern*. Heidelberg: Springer.
- Löwenstein, Mechthild (2018). *Kompetenzorientiertes Lehren und Lernen mit Lernportfolios*. In: Sahmel, Karl-Heinz (Hrsg.): *Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe*. Berlin: Springer; 183-193.
- Miller, Damian; Benno Volk Benno (2013). *E-Portfolios an der Schnittstelle von Studium und Beruf*. Münster, New York: Waxmann.
- Paulson, F. Leon; Pearl R. Paulson; Carol A. Meyer (1991). *What makes a Portfolio a Portfolio? Eight thoughtful guidelines will help educators encourage self-directed learning*. In: *Educational Leadership*, 48, H. 5; 60-63.
- Reinmann, Gabi; Joachim Kahlert (Hrsg.) (2007). *Der Nutzen wird vertagt ... Bildungswissenschaften im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Profilbildung und praktischem Mehrwert*. Lengrich: Pabst.
- Reinmann, Gabi; Silvia Sippel (2011). *Königsweg oder Sackgasse? E-Portfolios für das Forschende Lernen*. In: Meyer, Torsten; Kerstin Mayrberger; Stephan Münte-Goussar; Christina Schwalbe (Hrsg.): *Kontrolle und Selbstkontrolle. Zur Ambivalenz von E-Portfolios in Bildungsprozessen*. Wiesbaden: Springer; 1-13.
- Rihm, Thomas (2004). *Portfolio: Baustein einer neuen Lernkultur? Anmerkungen zur Portfolioarbeit aus subjektbezogener Sicht*. <http://www01.ph-heidelberg.de/-org/ifw/Download/Info67.pdf> [24.05.2018].
- Siebert, Horst (2003). *Lernen ist immer selbstgesteuert - eine konstruktivistische Grundlegung*. In: Witthaus, Udo; Wolfgang Wittwer; Clemens Espe (Hrsg.): *Selbstgesteuertes Lernen. Theoretische und praktische Zugänge*. Bielefeld: Bertelsmann; 13-25.
- Witthaus, Udo; Wolfgang Wittwer; Clemens Espe (Hrsg.) (2003). *Selbstgesteuertes Lernen. Theoretische und praktische Zugänge*. Bielefeld: Bertelsmann.

Händehygiene zur Infektionsprävention

Schulungskonzept für Pflegendе aus der ambulanten Pflege und praktische Umsetzung

Ursula Jung, B.A., M.Sc.

PROBLEM

In Deutschland leben 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (Destatis, 2015). In diesem Rahmen werden 1,39 Millionen durch pflegende Angehörige und 692.000 durch die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes gepflegt¹ (Destatis, 2015). Aufgrund des demographischen Wandels wird die Zahl der Pflegebedürftigen² zunehmend steigen und der Bedarf nach ambulanten Pflegedienstleistungen kontinuierlich wachsen³ (Destatis, 2015).

Angesichts der genannten Zahlen wird deutlich, dass die ambulante Pflege einen großen Bereich im deutschen Gesundheitswesen umfasst und als relevantes Präventionsfeld gegen Infektionen wahrgenommen werden kann (Stiftung ZQP, 2016). Im häuslichen Umfeld können Infektionsrisiken für Pflegebedürftige mit Risikofaktoren (z.B. Wunden, Harnwegskatheter) bestehen (Destatis, 2015; Westphal & Heudorf, 2017). Begünstigt wird das Risiko durch die stetige Umgestaltung des Gesundheitswesens, da infolge der verkürzten Krankenhausaufenthalte unterschiedliche Behandlungsmethoden zunehmend aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden (Adler A., Spegel, Wilke, Höller, & Herr, 2012). Die Entwicklung kann dazu führen, dass der Umfang der ambulanten Pflegebehandlungen und das Infektionsrisiko im häuslichen Umfeld steigen kann. Speziell für multimorbide, abweh- und immungeschwächte Menschen können Infektionen durch pathogene Erreger eine Gefahr darstellen und die Lebensqualität negativ beeinflussen. Dazu gehören Infektionen mit MRSA-Erregern. Die Erreger werden am häufigsten durch Körperkontakt oder Oberflächen in direkter Umgebung des Pflegebedürftigen übertragen (Westphal & Heudorf, 2017). In Folge einer Ansteckung können MRSA-Erreger bei Risikopatienten Harnwegsinfektionen oder Wundinfektionen verursachen und die Entwicklung einer Sepsis fördern (Bermann, 2016). Im Gesundheitswesen können Pflegendе einer Ansteckung und Verbreitung von pathogenen Erregern entgegenwirken, indem Pfleger/innen die fachgerechte Händehygiene einhalten und somit den gesetzlich geforderten Patientenschutz gewährleisten (Bode Science Center, 2017; Bergen & Fleischer, 2015, S. 72).

Im Rahmen einer repräsentativen deutschlandweiten Umfrage der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege wurde das ambulante Hygienemanagement untersucht (Stiftung ZQP, 2016). 400 Leitungskräfte, Hygienefachkräfte und Qualitätsbeauftragte wurden zum Thema ‚Hygiene in ambulanten Pflegediensten‘ anonym befragt. Der Fokus wurde auf die Erfahrungen und Einschätzungen mit der Umsetzung der fachlichen und gesetzlichen Hy-

gieneanforderungen gesetzt. Primär wurde nach den Herausforderungen und Problemen bei der Umsetzung von Hygienemaßnahmen sowie nach dem internen Schulungsbedarf zu hygienerelevanten Themen gesucht (Neumann, et al., 2015). Der größte Schulungsbedarf wurde im Umgang mit Pflegebedürftigen mit MRSA-Infektionen und bei dem Thema Hygienische Händedesinfektion angegeben. Als Schwierigkeit wurde die angemessene Einhaltung der Händehygiene vor und nach einer Pflegebehandlung genannt, die aufgrund von mangelndem Problembewusstsein, unzureichender Umsetzbarkeit und Wissensdefiziten nicht situationsgerecht durchgeführt werden kann (Stiftung ZQP, 2016; Adler A., Spegel, Wilke, Höller, & Herr, 2012). Beispielsweise führen Wissensdefizite dazu, dass Ängste und Unsicherheiten bei Pflegenden im Umgang mit Pflegebedürftigen, die sich mit MRSA-Erregern angesteckt haben, gefördert und verstärkt werden können (Stiftung ZQP, 2016). Die Entwicklung kann dazu führen, dass sich die pflegerische Arbeit negativ auf den Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld auswirken kann.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass aus der wirtschaftlichen Perspektive Pflegebedürftige mit MRSA-Infektionen vereinzelt durch ambulante Pflegedienste abgelehnt werden, da die Kostenübernahme nicht eindeutig geregelt ist. Die Ursache ist, dass ambulante Pflegedienste bei notwendigen Materialien (z.B. Schutzkleidung, Verbandsmittel, Medikamente, MRSA-Sanierung) nicht ausreichend refinanziert werden und die Kosten eigenständig tragen müssen (Adler A., Spegel, Wilke, Höller, & Herr, 2012).

Angesichts der Problematik sind praxisbezogene Schulungen essentielle Instrumente, um eine erfolgreiche Umsetzung der Hygieneanforderungen zum Schutze der Pflegebedürftigen zu ermöglichen sowie eine evidenzbasierte Pflegepraxis zu fördern (Epidemiologisches Bulletin, Die hygienische Händedesinfektion, 2013).

Ursula Jung, B.A., M.Sc.

D-22885 Barbüttel

Jung-Ursula@web.de

¹ 52 Pflegebedürftige werden durchschnittlich von einem ambulanten Pflegedienst gepflegt. 2015 waren 13.300 ambulante Pflegedienste in der Versorgung von Pflegebedürftigen mit zirka 356.000 Beschäftigten tätig. Davon ist die Mehrheit teilzeitbeschäftigt, weiblich, 50 Jahre und älter (Destatis, 2015).

² Unter dem Begriff Pflegebedürftigkeit werden alle Personen umfasst, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (Bundesministerium für Gesundheit - Pflegebedürftigkeit, 2016).

³ Der Bedarf nach Pflegedienstleistungen hat sich von 2013 bis 2015 um 12,4 Prozent erhöht (Destatis, 2015). „Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Vermehrung im menschlichen Organismus“ (Bergen & Fleischer, 2015, S. 29).

LITERATURVERZEICHNIS

- Adler, A., Spegel, H., Wilke, J., Höller, C., & Herr, C. (2012). Präventionsstrategien zur Vermeidung der Übertragung multiresistenter Erreger und praktische Umsetzung in der ambulanten Pflege. Stuttgart-New York: George Thieme Verlag. Abgerufen am 21. April 2017
- Adler, A., Spegel, H., Wilke, J., Höller, C., & Herr, C. (2012). Thieme. Abgerufen am 21. April 2017 von <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0032-1309014>
- Aktion Saubere Hände (18. März 2015). Abgerufen am 16. Mai 2017 von Aktion Saubere Hände: <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/ambulante-medizin/5-indikationen/>
- Aktion Saubere Hände (2008). Abgerufen am 15. April 2017 von Aktion Saubere Hände: <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/>
- Aktion Saubere Hände (2011). Abgerufen am 25. April 2017 von Aktion Saubere Hände: http://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/pdf/fragebogen/fragebogen_zur_hygienischen_haendedesinfektion.pdf
- Aktion Saubere Hände (19. November 2014). Abgerufen am 14. Mai 2017 von Aktion Saubere Hände: <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/elemente/>
- Aktion Saubere Hände (2016). Abgerufen am 21. April 2017 von <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/patienten-und-angehoerige/>
- Aktion Saubere Hände (1. Januar 2017). Abgerufen am 15. Mai 2017 von Aktion Saubere Hände: <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/hintergrund/>
- Aktion Saubere Hände (21. April 2017). Abgerufen am 13. Mai 2017 von <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/ambulante-medizin/>
- Allegranzi, B., Bagheri Nejad, S., & Chraiti, M.-N. (2012). Weltgesundheitsorganisation. Abgerufen am 25. April 2017 von http://www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf
- ASH (Regisseur). (2017). 5 Indikationen der Händedesinfektion [Kinofilm]. Abgerufen am 23. Mai 2017 von <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/>
- Bagheri Nejad, S., Chraiti, M.-N., & Allegranzi, B. (2012). Hand Hygiene in Outpatient and Home-based Care and Long-term Care Facilities. Geneva, Schweiz. Abgerufen am 25. April 2017 von World Health Organisation: http://www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf
- Bergen, P., & Fleischer, S. (2015). Hygiene für Pflegeberufe. In 5. Auflage www.pflegeheute.de. München: Urban&Fischer.
- Berger, M., Chalupsky, J., & Hartmann, F. (2008). Change Management - (Über-)Leben in Organisationen (Bd. VI). Wetztenberg: Verlag Dr.Götz Schmidt.
- Bermann, S. e. (2016). Robert Koch Institut. Abgerufen am 19. April 2017 von http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2015.pdf?__blob=publicationFile
- Bode Science Center (2017). Bode Science Center. Abgerufen am 23. April 2017 von <http://www.bode-science-center.de/center/haende-hygiene/haendedesinfektion.html>
- Brandenburg, H., Panfil, E.-M., & Mayer, H. (Hrsg.). (2007). Pflegewissenschaften 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaften. Bern: Hans Huber.
- Bundesministerium für Gesundheit - Pflegebedürftigkeit (2016). Abgerufen am 20. April 2017 von <http://www.pflegestaerkegesetz.de/pflege-wissen-von-a-bis-z/pflege-details/erklaerung/pflegebeduerftigkeit>
- Bundesministerium für Gesundheit - Präventionsgesetz (2016). Abgerufen am 21. April 2017 von <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>
- Destatis. (2015). Statistisches Bundesamt 2015 - Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Abgerufen am 18. April 2017 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile
- Döring, K. W. (2008). Handbuch Lehren und Trainieren in der Weiterbildung. Weinheim und Basel: Beltz.
- Epidemiologisches Bulletin, Die hygienische Händedesinfektion. (29. April 2013). Robert Koch Institut. Abgerufen am 21. April 2017 von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/17_13.pdf?__blob=publicationFile
- Epidemiologisches Bulletin, Die hygienische Händedesinfektion. (29. April 2013). Robert-Koch-Institut. Abgerufen am 21. April 2017 von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/17_13.pdf?__blob=publicationFile
- Handl, G. (2014). Angewandte Hygiene, Infektionslehre und Mikrobiologie. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe und Medizinische Assistenzberufe (Bd. II). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (Hrsg.). (2010). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (Bd. III). Bern: Hans Huber.
- Indikationen erkennen und bewerten. (30. Mai 2017). Berlin, Deutschland. Abgerufen am 3. Juni 2017 von <http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/krankenhaeuser/fortbildungsmaterialien/>
- Kiger, A. (2006). Gesundheit lehren und lernen: Gesundheitserziehung und -förderung in Pflegeberufen. München: Urban & Fischer.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (3. Juni 2014). Robert-Koch-Institut. Abgerufen am 21. April 2017 von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/MRSA_Rili.pdf?__blob=publicationFile
- Kramer, T., Bunte-Schönberger, K., Walter, J., Gastmeier, P., & Francois-Kettner, H. (11. November 2014). Hintergrundinformationen zur Fortbildung der Mitarbeiter/innen in ambulanten Einrichtungen „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ bei aufwendigen invasiven Maßnahmen. Berlin, Deutschland. Abgerufen am 31. Mai 2017 von http://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/modul3/Hintergrundinformationen_Indikationen_HD_ambulant_aufwenig_invasive_Massnahmen.pdf
- London, F. (2010). Informieren, Schulen, Beraten: Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation (Bd. II). Bern: Hans Huber.
- Neumann, N., Mischler, D., Cuny, C., Hogardt, M., Kempf, V., & Heudorf, U. (2015). Multiresistente Erreger bei Patienten ambulanter Pflegedienste im Rhein- Main-Gebiet 2014. Berlin Heidelberg: Springer Verlag. Abgerufen am 28. Juni 2017 von http://www.mre-rhein-main.de/downloads/publikationen/MRE_ambPD_Bundesgesundheitsblatt_2016.pdf
- Panfil, E.-M. (Hrsg.). (2013). Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- Arbeitsbuch für Pflegenden. Bern: Verlag Hans- Huber.
- Perlitz, C. (24. August 2016). Robert Koch Institut. Abgerufen am 21. April 2017 von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Haendehyg_Rili.pdf?__blob=publicationFile
- Redman, B. K. (2009). Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe (Bd. II). Bern: Hans Huber.

- Robert-Koch-Institut (2016). Abgerufen am 18. Mai 2017 von Rober-Koch-Institut: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Haende hyg_Rili.pdf?__blob=publicationFile
- Simon, M. (2013). *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise* (Bd. IV). Bern: Verlag Hans Huber.
- Sitzmann, F. (2012). *Hygiene kompakt. In Kurzlehrbuch für professionelle Krankenhaus- und Heimhygiene*. Bern: Hans Huber.
- Stiftung ZQP (28. Juni 2016). Abgerufen am 21. April 2017 von https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Analyse_Hygiene_Ambulant_Pflege.pdf
- Vahs, D. (2009). *Organisation. Ein Lehr- und Managementbuch* (Bd. VII). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Vettori, A., Angst, V., & Von Stokar, T. (28. November 2016). *Nationale Strategien zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen im nichtstationären Bereich*. Zürich, Schweiz. Von https://www.google.de/search?q=Nationale+Startegien+zur+%C3%9Cberwachung%2C+Verh%C3%BCtung+und+Bek%C3%A4mpfung+von+healthcare-assoziierten+Infektionen+im+nichtstation%C3%A4ren+Bereich&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=KhZpWajrAo_Z8Afl1r-YDw abgerufen
- Warschburger, P. (Hrsg.). (2009). *Beratungspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Westphal, T., & Heudorf, U. (2017). *MRE Netz Rhein Main*. Abgerufen am 19. April 2017 von <http://www.mre-rhein-main.de/index.php>
- Word Health Organisation (WHO) (2012). *World Health Organization*. Abgerufen am 12. Mai 2017 von World Health Organization: http://www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf
- Word Health Organisation (WHO) (2005). Abgerufen am 14. Mai 2017 von <http://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/>

Online-Lehre zu Zeiten von Corona: Ein Studienbrief zum Modul „Kompetenzorientiert unterrichten“ im Masterstudiengang Bildungswissenschaften

Prof.in Dr. Uta Oelke

Mir scheint, als würde sich die Erde gegen den Uhrzeigersinn drehen. Fast nichts ist mehr so wie vor ein paar Wochen, viele Pläne sind über den Haufen geworfen, etliche Gewissheiten und Lebensroutinen sind infrage gestellt, Ängste und Sorgen machen sich breit, gleichzeitig aber auch immer wieder Hoffnung auf „die Zeit danach“ und Freude über solidarisches Miteinander. In diesem Gefühls- und Lebenskarussell gibt mir der Mikrokosmos Hochschule Halt. Das war aber nicht von Anfang an so: Zunächst hat mich die Vorstellung, nun „Online-Lehre“ machen zu müssen, extrem verunsichert – bin ich doch eher ein „Technik-Muffel“ und sind mir als Vertreterin erfahrungsbezogenen und szenischen Lernens, aber auch diskursiven Von- und Miteinander-Lernens, digitale Lehr-Lernformate eher suspekt und fremd. Die Vorstellung, jetzt mit Audio- oder Video-Lehr-Lern-Materialien arbeiten bzw. diese sogar entwickeln zu müssen, hat mir echte Bauchschmerzen verursacht. Und so habe ich lange nach einem Weg gerungen, der mir eine sinnvolle und befriedigende „Arbeit und Struktur“ (Wolfgang Herrndorf) gibt. Geholfen haben mir dabei Erinnerungen an eigene frühere Studienzeiten: Ich dachte daran, dass damals infolge von Studierendenstreiks Hochschullehrveranstaltungen teils wochenlang ausfielen, oder daran, wie oft ich – aus sehr unterschiedlichen Gründen – Lehrveranstaltungen „geschwänzt“ habe. Mir fielen die Zeiten „vor Bologna“ ein, in denen Studieren sehr viel mehr bedeutete, selbstbestimmt, nach eigenen Interessen und wenig verschult zu lernen, und in denen man über so manche solidarisch durchgeführte Aktivität (wie z.B. Streik) mehr gelernt hat als in einer Vorlesung.

Diese Erinnerung hat mich in der aktuellen Situation zu folgendem Vorgehen veranlasst: Ich schreibe den Studierenden (alle studieren berufsbegleitend und sind entweder an Pflegeschulen oder in der Pflegepraxis tätig – und somit aktuell ganz besonders herausgefordert) in regelmäßigen Abständen (Studien-)Briefe, zu denen ich gleichzeitig eine Auswahl von Dokumenten (Texte, Skripte etc.) auf die Lernplattform Moodle stelle. Zentral an diesen Studienbriefen ist, dass sie ausschließlich ein *Angebot* darstellen, das die Studierenden *freiwillig* – ganz oder nur in Ausschnitten – annehmen und bearbeiten können; selbstbestimmt, nach eigener Interessenlage und über selbst gewählte Lernwege (z.B. allein oder im – digitalen – Austausch mit anderen). Entsprechend werden auch die Modulprüfungen gestaltet sein: Es wird beispielsweise keine Klausuren oder mündliche Prüfungen nach dem „Frage-Antwort-Schema“ geben, sondern die Studierenden sollen sich ein (zum Modul passendes) Thema suchen, das sie dann selbstständig ausarbeiten.

Seitdem ich diesen Weg der „Online-Lehre“ gefunden habe, gibt mir der Mikrokosmos Hochschule wieder „Arbeit und Struktur“, bei der ich mich wohl fühle, auch wenn die Arbeit recht zeitintensiv ist und ein anstrengendes „Nachdenken in neuen Bahnen“ erfordert. Wie die Studierenden diesen Weg beurteilen, weiß ich noch nicht – wir werden sehen. Aber vielleicht ändert sich ja auch kurzerhand wieder alles, und wir müssen erneut neue Wege finden und gehen. Wie auch immer: Auf jeden Fall lernen wir – wenn auch anders, als gewohnt. Dabei freue ich mich allerdings jetzt schon auf den Tag, an dem ich die Studierenden als „ganze Menschen“ wiedersehe und wir endlich wieder in lebendigen (im wahrsten Sinne des Wortes) Austausch miteinander gehen.

Und nun folgt zur Verdeutlichung meiner „Online-Lehre“ ein Studienbrief, den ich im Rahmen des Moduls „Kompetenzorientiert unterrichten“ zu einem aktuellen, im anderen Sinne „virulenten“ Thema verfasst habe: der Pflegeausbildungsreform.

Liebe Studierende,
im Fokus dieses 2. Studienbriefs steht der Vergleich zwischen den Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für die ca. 350 bundesdeutschen Ausbildungsberufe einerseits und denen für die neue generalistische Pflegeausbildung durch die Fachkommission nach PflBG andererseits. Wie auch beim 1. Studienbrief gilt: Ihr bearbeitet freiwillig das, was euch interessiert, und schaut dabei gleichzeitig nach einem Schwerpunktthema, das ihr in den Fokus eurer Modulprüfung setzen möchtet. Viel Freude bei der Bearbeitung der Aufgaben und beim Nachdenken wünscht euch Uta

KMK-HANDREICHUNG (2018) UND KOMMENTIERUNG DER PFLEGERISCHEN RAHMEN-LEHRPLÄNE (2019)

Die seit 1996 in mehreren Varianten erschienene, aktuell in der Version von 2018 vorliegende „KMK-Handreichung“¹ definiert die Anforderungen an die Gestaltung von

¹ Quelle bzw. korrekter Titel: KMK (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Bonn/Berlin, 1996/2000/2007/2011/2017/2018. Aktuelle Version (2018): https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23-GEP-Handreichung.pdf (06.04.2020)

Rahmenlehrplänen für die Berufsschule (berufsbezogener Bereich) und gilt als der „Kristallisationskern“ des Lernfeldansatzes. Auf ihrer Grundlage wurden seit 1996 fast alle Rahmenlehrpläne für die rund 350 dualen Ausbildungsberufe Deutschlands überarbeitet bzw. neu erstellt. Didaktisch besonders bedeutsam sind in der „KMK-Handreichung“ (2018) die Seiten 10-12 (Lernfeld-Konzept) sowie die Seiten 14-17 (Bildungsauftrag, Definition von Handlungskompetenz inkl. ihrer Teildimensionen, didaktische Grundsätze), ggf. auch das Glossar ab Seite 29.

1. Verschafft euch zunächst einen Überblick über die *KMK-Handreichung* (2018) und einen vertieften Einblick in die eben genannten Seiten 10-12 und 14-17. Welche Kernaussagen gefallen euch (warum), welche eher nicht bzw. welche betrachtet ihr (warum) kritisch?
2. Verschafft euch nun einen vertieften Einblick in die Kommentierung (Seiten 5-17, ggf. auch 28-29) der neuen pflegerischen *Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG* (2019)². Welche Kernaussagen gefallen euch (warum), welche eher nicht bzw. welche betrachtet ihr (warum) kritisch?
3. Nehmt anschließend einen *Vergleich* zwischen (den eben genannten Passagen) der KMK-Handreichung (2018) und der Kommentierung der pflegerischen Rahmenlehrpläne (2019) vor. Mögliche Fragen können dabei sein:
 - Gibt es Gemeinsamkeiten zwischen den Ausführungen der KMK und der Fachkommission – wenn ja: Welche?
 - Welche Unterschiede zwischen beiden Dokumenten (bzw. den ausgewählten Passagen dort) fallen euch besonders auf? Wie bewertet ihr diese Unterschiede?
 - Neu an der aktuellen Version der KMK (2018) ist, dass explizit auf spezifische pädagogische Herausforderungen wie „Berufssprachliche Kompetenz“, „Digitalisierung, Globalisierung, Vernetzung“ sowie „Nachhaltige Bildung“ eingegangen wird (vgl. ebd., S. 10-21). Findet ihr dazu ein Äquivalent in den Ausführungen der Fachkommission?

VERGLEICH EINES KMK-RAHMENLEHRPLANS MIT DEN RAHMENLEHRPLÄNEN FÜR DEN THEORETISCHEN UND PRAKTISCHEN UNTERRICHT IN DER PFLEGEBERUFLICHEN AUSBILDUNG (2019)

Sucht euch aus dem „KMK-Downloadbereich für die Rahmenlehrpläne“ der ca. 350 dualen Ausbildungsberufe einen Rahmenlehrplan für einen Beruf aus, der euch besonders interessiert (Achtung: Bitte nur einen Rahmenlehrplan auswählen, der ab 1997 erschienen und damit am KMK-Lernfeldansatz von 1996 ausgerichtet ist; es gibt noch ca. 30 vor 1997 erschienene Rahmenlehrpläne, bei denen dies nicht der Fall ist).

KMK-Downloadbereich für die Rahmenlehrpläne:

<https://www.kmk.org/themen/berufliche-schulen/duale-berufsausbildung/downloadbereich-rahmenlehrplaene.html> (06.04.2020)

Bitte vergleicht nun diesen KMK-Rahmenlehrplan mit den pflegerischen Rahmenlehrplänen (Fachkommission 2019, S. 32ff.)

- Was fällt euch auf (beispielsweise bezogen auf: Umfang und Übersichtlichkeit der Rahmenlehrpläne; Titel, Stundenumfang, zeitliche Vorgaben, Formulierungen zu Zielsetzungen und Inhalten der Lernfelder/Curricularen Einheiten)?
- Wie bewertet ihr die Unterschiede?
- Welche Rahmenlehrplanstruktur erscheint hilfreicher für euer pädagogisches Handeln? Warum?

VERTIEFTE AUSEINANDERSETZUNG MIT DEN RAHMEN(LEHR)PLÄNEN DER FACHKOMMISSION NACH § 53 PflBG (2019)

Zum Schluss möchte ich sieben „Thesen & Antithesen“ aufstellen, zu denen ihr eure Position bestimmen und diese begründen oder zumindest kommentieren könnt.

- *These 1:* Da die Fachkommission keinen Bezug zur KMK nimmt (weder als Quelle ihrer Ausführungen noch in der Terminologie und inhaltlichen Ausgestaltung ihrer Schlüsselbegriffe noch in der Lehrplanstruktur), wird die Sonderstellung der pflegeberuflichen Bildung im bundesdeutschen Berufsbildungssystem zementiert. Das ist problematisch.
- *Antithese 1:* Es ist zu begrüßen und ein positives Zeichen steigenden beruflichen Selbstbewusstseins, dass die Fachkommission mit ihren Rahmenlehrplänen einen Sonderweg geht und keinen Bezug zu den KMK-Vorgaben herstellt. Das trägt der Tatsache Rechnung, dass an die Pflegeausbildung ganz andere Anforderungen gestellt werden als an die Bildungsgänge im dualen System, die sich überwiegend auf gewerblich-technische Berufe beziehen.
- *These 2:* Die in den Curricularen Einheiten der pflegerischen Rahmenlehrpläne formulierten Bildungsziele sind mit ihrem hohen Ausmaß an Reflexionsorientierung als sehr positiv einzuschätzen und längst überfällig.
- *Antithese 2:* Das hohe Ausmaß an Reflexionsorientierung in den Bildungszielen wird Lehrende und Lernende überfordern.
- *These 3:* Pflegerisches bzw. pflegebezogenes Fachwissen kommt in den pflegerischen Rahmenlehrplänen zu kurz.
- *Antithese 3:* Die exemplarische Auswahl pflegerischer bzw. pflegebezogener Fachinhalte ist in den pflegerischen Rahmenlehrplänen genau richtig dosiert.

² Quelle: Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, 1. August 2019: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf (06.04.2020) Die Rahmenpläne umschließen sowohl a) die Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht als auch b) die Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. Der Fokus dieses Studienbriefs liegt – im Sinne des stringenten Abgleichs mit den KMK-Vorgaben – auf den Rahmenlehrplänen für den Unterricht.

- *These 4:* Die pflegerischen Rahmenlehrpläne sind zu detailliert und zu geschlossen. Sie engen Lehrende und Lernende wie auch die schulinterne Curriculumentwicklungsarbeit zu sehr ein. Ein offeneres Vorgehen wie im KMK-Bereich wäre sinnvoller gewesen.
- *Antithese 4:* Die Lernfeldangaben im KMK-Bereich sind zu offen. Sie provozieren ein viel zu hohes Ausmaß an Beliebigkeit - sowohl im Blick auf den Unterricht als auch in Bezug auf die schulinterne Curriculumentwicklung. Es ist begrüßenswert und hilfreich, dass die Fachkommission die Curricularen Einheiten der pflegerischen Rahmenlehrpläne so konkret gestaltet hat.
- *These 5:* Die vielen „situativen Darlegungselemente“ der Curricularen Einheiten in den pflegerischen Rahmenlehrplänen verwirren und erschweren die schulinterne curriculare Entwicklungsarbeit. Eine Konzentration auf (Kompetenz-)Ziele und Inhalte wie bei den Lernfeldern im KMK-Bereich wäre sinnvoller gewesen.
- *Antithese 5:* Die „situativen Darlegungselemente“ geben ein sehr perspektivreiches Bild davon, welche Inhalte bzw. Aspekte in den Curricularen Einheiten relevant sind. Im Unterschied zum KMK-Bereich sind sie deutlich differenzierter und verhindern so eine verkürzte inhaltliche Umsetzung in den schulinternen Curricula wie auch im Unterricht.
- *These 6:* Das situative Darlegungselement „Erleben/Deuten/Verarbeiten“ ist sehr sinnvoll, weil es auf die Empathie und Selbstreflexionsfähigkeit der Auszubildenden abzielt.
- *Antithese 6:* Das situative Darlegungselement „Erleben/Deuten/Verarbeiten“ ist etikettierend und oberflächlich. Es verallgemeinert und verkürzt die Vielfalt individuell unterschiedlicher menschlicher Reaktionsformen, Erfahrungen und Gefühlslagen.
- *These 7:* Der zeitliche Aufbau der pflegerischen Rahmenpläne (zu Unterricht und praktischer Ausbildung) im Sinne der sogenannten Entwicklungslogik („Vom Einfachen zum Komplexen“) ist sinnvoll und wird die Qualität der Pflegeausbildung insgesamt deutlich erhöhen.
- *Antithese 7:* Der zeitliche Aufbau der pflegerischen Rahmenpläne im Sinne der sogenannten Entwicklungslogik („Vom Einfachen zum Komplexen“) ist unrealistisch, wird alle an der Pflegeausbildung Beteiligten in ein Dilemma führen, kann gerade in der praktischen Ausbildung nicht eingehalten werden und wird vermutlich nicht realisiert bzw. unterwandert.

P.S.: Ich möchte noch kurz auf eine Problematik eingehen, die sich nicht als „These & Antithese“ formulieren lässt, die ich aber gerade im Blick auf die Thematik unseres Moduls „Kompetenzorientiert unterrichten“ für wichtig halte. In der KMK-Handreichung wird von einem breiten Kompetenzbegriff ausgegangen: Die KMK definiert Handlungskompetenz als *umfassend*, also als nicht nur berufsbezogen, sondern vielmehr *berufsübergreifend* (auf persönliche, soziale, berufliche und gesellschaftliche Belange bezogen) (vgl. KMK 2018, S. 15f.). Dieses KMK-Kompetenzverständnis hat sich im Prinzip seit der ersten Version 1996 gehal-

ten und kann als konstanter Minimalkonsens des berufs-pädagogischen Diskurses der letzten Jahrzehnte betrachtet werden: Danach umschließt die Förderung von Handlungskompetenz *sowohl* berufliche Qualifizierung *als auch* (Persönlichkeits-)Bildung (wobei das Pendel mal mehr in die eine, mal mehr in die andere Richtung ausschlägt – je nach berufspädagogisch-bildungswissenschaftlicher Position).

Die Fachkommission jedoch definiert „Kompetenz“ primär *berufsbezogen* (vgl. Fachkommission 2019, S. 10). Aus meiner Sicht handelt es sich dann bei dem, was in den Curricularen Einheiten (bzw. den Anlagen 1 bis 4 der PflAPrV von 2018) als „Kompetenzen“ bezeichnet wird, eher um berufliche *Qualifikationen*. Damit erklärt sich, dass es in den Curricularen Einheiten zwei Rubriken - „Bildungsziele“ und „Kompetenzen“ - gibt. Würde man einem umfassenden Kompetenzbegriff wie dem der KMK folgen, wäre eine solche Unterscheidung nicht erforderlich gewesen. Besondere Verwirrung stiftet dann zusätzlich die Tatsache, dass den Kompetenzen – korrekt gesagt „Kompetenzbereichen“ nach Anlage 6 PflAPrV – Stunden (und Ausbildungsjahre) zugeordnet werden, den Bildungszielen jedoch nicht. Und last but not least findet sich im Ausbildungsziel des Pflegeberufgesetzes (§ 5 PflBG 2017) eine nochmals anders lautende Kompetenzdefininition, die an den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR 2011) erinnert, jedoch nicht mit ihm identisch ist. Fazit: Das Kompetenzverständnis im neuen pflegeberuflichen Gesamtregelwerk ist unscharf und verwirrend. Es dürfte – nun doch noch eine These – zukünftig zu einigen Problemen führen. Wie denkt ihr darüber?

Prof.in Dr. Uta Oelke

Hochschule Hannover

Fakultät V, Abteilung Pflege und Gesundheit

Blumhardtstr. 2

D-30625 Hannover

uta.oelke@hs-hannover.de

Problem Based Learning als digitale Lernform – Rückblick und Ausschau

Iris Ludwig¹, Odette Haefeli²

¹ Erziehungswissenschaftlerin, Pflegeberaterin, Ludwig und Partner, www.ludwigundpartner.ch

² Erziehungswissenschaftlerin, Beraterin, Good People Tomorrow, www.goodpeopletomorrow.ch

WAS BISHER GESCHAH: DER EINZUG DES PROBLEM BASED LEARNING IN DEN SCHWEIZER SCHULEN FÜR GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE

Mitte der 90er-Jahre hat sich das Problem Based Learning (PBL) als Lernform an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege in der Schweiz zunehmend etabliert. Hintergrund dafür waren die mit den neuen Ausbildungsbestimmungen der Schweiz einhergehenden generalistischen Ausbildungsgänge, welche in den Pflegecurricula mehr übergeordnetes, von der Medizin isolierbares Pflegewissen zulassen. Gepaart wurden diese Ereignisse mit den ersten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, welche insbesondere aus dem angloamerikanischen Raum stammten. In den 60er-Jahren etablierte sich an der Kaderschule des Schweizerischen Roten Kreuzes in Zürich die Ausbildung zur Lehrperson für Krankenpflege und öffnete damit für dieses Berufsfeld eine eigene didaktische Perspektive. Dem Einsatz von vielseitigen Methoden im Unterricht war in dieser Ausbildung ein eigenes Fach gewidmet. Der Einzug von Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern in Schulen und Praxis ab 1996, welche den Master in Nursing Science der Universität Maastricht mit PBL und der Methode des Siebensprungs als zentrale Lernform trainiert wurden, hatte einen bedeutenden Einfluss auf die Etablierung der Lernform in den Schweizer Pflegecurricula (Krankenpflegeschule Zürich, 2005). Die letzte Studienkohorte, die 2007 graduierte, erlebte erstmals das PBL als ein Konzept des Distance-Learnings, tutoriert von der Universität Maastricht. Damals war dies ein Unikum und E-Learning steckte technisch noch in den Kinderschuhen.

Die dem PBL inhärenten Pflegesituationen als Ausgangspunkt einer Lernsequenz versprachen mehr Nähe zur Praxis als die ursprüngliche didaktische Herangehensweise über reine Theorievermittlung. Die Akzeptanz hing aber auch zusammen mit der gestiegenen Bedeutung der Selbstverantwortung von Pflegenden in der Pflegepraxis und dem didaktischen Pendant der Selbststeuerung im Lernprozess: eide Tendenzen wurden durch die Tertiarisierung der Pflege ab 2002 gestärkt. Der gemässigte Konstruktivismus und die Bedeutung des Vorwissens für den Wissensaufbau der Studierenden (Schwarz Govaers, 2005) wurde zum wichtigen Credo der Unterrichtspraxis. Nicht zuletzt erhielt das Thema Evidenz und Rekurrenzen auf Quellen in Pflegepraxis und Pflegeunterricht – gepaart mit dem Anspruch an die Recherchier-Kompetenz – in diesen Jahren eine zunehmende Bedeutung. Das Problem Based Learning wurde in den Curricula der Höheren Fachschulen und Fachhochschulen zu dieser Zeit zur Lernform schlechthin.

Diese initiale Begeisterung ist mit den Jahren der Befürchtung gewichen, diese Lernform führe zu weniger solidem und vertieftem Fachwissen als traditioneller Ex-Cathedra-Unterricht. Diese Skepsis hält sich bis heute und wurde durch die Übersättigung der Studierenden bezüglich erforderter Eigenleistung und Selbststeuerung verstärkt. In den letzten zehn Jahren wurde die Lernform des PBL an gewissen Schulen zu Gunsten anderer Lernformen, insbesondere die Rückkehr zu lehrpersonen-zentrierten Lernformen, zurückgedrängt. Hatte man anfänglich beim Aufbau der Höheren Fachschulen und Fachhochschulen die Schulung der Lehrpersonen in der Kompetenz der Rolle als Tutorinnen und Tutoren für PBL stark gewichtet, fehlt heute diese Gewichtung sowohl in den Höheren Fachschulen und Fachhochschulen als auch in den Ausbildungsstätten des Lehrpersonals im Unterschied zu der stark auf Fachdidaktik ausgerichteten Ausbildung des Lehrpersonals Pflege am WE'G der 80er- und 90er Jahre fast durchwegs.

WAS ZU GESCHEHEN HAT: EIN PLÄDOYER FÜR DAS PBL ALS DIGITALE LERNMETHODE MIT GROSSEM POTENZIAL

Wo stehen wir heute? Auch wenn sich die anfängliche Begeisterung für die PBL als Lernform gelegt hat: PBL bringt einige Stärken mit, welche vielversprechendes Potenzial haben. Die Methode ist in sich hoch strukturiert, langjährig erprobt und erforscht. Sie verbindet Sequenzen sozialen Lernens mit Selbststudium, Diskussionen und vertiefter Auseinandersetzung mit einem Thema. Auf den Transfer in die Praxis wird viel Wert gelegt (Weber, 2007).

Die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen stellen neben den fachlichen Kompetenzen insbesondere die sozialen Kompetenzen, die interprofessionelle Zusammenarbeit und den Umgang mit digitalen Medien als zentrale Anforderungen an das Personal dar. Die Diskussion bezüglich neuer Anforderungen an die Lernenden wurde unter anderem auch vom Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI, 2017) aufgegriffen, welche das Leitbild Berufsbildung 2030 gemeinsam mit den Verbundpartnern erarbeitet hat. Abgeleitet von den für die Berufsbildung relevanten Megatrends der Zukunft (Digitalisierung, Upskilling – steigende Anforderungen, Dienstleistungsgesellschaft, steigende Mobilität und Flexibilität in den Arbeitsbeziehungen, Globalisierung, demographischer Wandel, Migration, effizienter Ressourceneinsatz, Generationenunterschiede) wurden Thesen für die Arbeitswelt entwickelt und daraus strategische Leitlinien für die Berufs-

bildung definiert. Nicht überraschend werden neben dem Vermitteln des Fachwissens, vermehrt aus den Megatrends abgeleitete berufsübergreifende Kompetenzen in den Fokus gerückt und in Anbetracht der kurzen Halbwertszeit von Wissen die Lernfähigkeit und Lernbereitschaft betont.

Diesen Anforderungen kann mit dem Einsatz der PBL Lernform in vielerlei Hinsicht Rechnung getragen werden. PBL ist die ideale Lernform in einem interprofessionellen Setting, in dem Studierende unterschiedlicher Ausbildungsgänge gemeinsam ein Problem analysieren. Sie eignet sich zum Austausch, bei dem die sozialen Kompetenzen, der fachliche Diskurs und die Anwendung in der Praxis diskutiert werden und schliesslich im digital-unterstützten Selbstlernstudium, bei dem die Kompetenz zur fundierten Recherche eingeübt wird.

Interessant scheint uns, das PBL im neuen digitalen Kleid unter fachdidaktischer und pflegepädagogischer Perspektive zu betrachten:

Die Corona-Krise, aber auch das durchwegs digitalisierte Berufsfeld der Pflege lassen erkennen, dass heute digitales Lernen keine Option, sondern eine Notwendigkeit darstellt, fachdidaktisch ebenso wie berufsbezogen. Das digitale Lernen war in der PBL Lernform zwar mit dem Auftrag zur Recherche als einer der Teilschritte im PBL Prozess angelegt, doch bis anhin weitgehend darauf beschränkt. Durch die hohe Strukturiertheit bietet sich die PBL Lernform in einem Setting des digitalen Lernens mehr denn je an und lässt eine Variation von unterschiedlichen digitalen Methoden zu: So könnte nach einem digitalen Plenumstreffen zu Beginn ein Peer-Learning bei der darauf folgenden Eruiierung der eigentlichen Problemstellung stattfinden. Die Antworten könnten darauf in einem virtuellen Lernraum priorisiert und gemeinsame Entscheidungen getroffen werden. Die im Selbststudium erarbeiteten Quellen könnten auf einer gemeinsamen Plattform eingereicht und den anderen Studierenden zur Bearbeitung zur Verfügung gestellt werden. Den Abschluss könnte nach einer virtuellen oder physischen Schlussdiskussion zur Sicherstellung des Transfers der Schritt zurück zur Problemstellung und der Reflexion über den wichtigsten Lerngewinn darstellen.

Diese Beispiele zeigen: Ein Blended-Learning PBL Konzept, bei dem verschiedene digitale Lernformen mit minimalem Präsenzunterricht kombiniert werden, zeigt sich abwechslungsreich, zeitgemäss und wirkungsvoll.

LITERATUR

- KRANKENPFLEGESCHULE ZÜRICH (2005). *Pflegewissenschaft, Jahresbericht*.
- SCHWARZ GOVAERS, R. (2005). *Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln*. Hogrefe: Göttingen.
- WEBER, A. (2007). *Problem- Based Learning. Ein Handbuch für die Ausbildung auf der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe*. 2. überarbeitete Auflage, hep Verlag: Bern.
- STAATSEKRETARIAT FÜR BILDUNG, FORSCHUNG UND INNOVATION SBFI, HRSG. (2017). *Berufsbildung 2030. Vision und strategische Leitlinien. Hintergrundbericht zum Leitbild*.
- http://edudoc.ch/record/129042/files/rapport_d.pdf

Iris Ludwig

Ludwig und Partner
im.ludwig@bluewin.ch

Odette Haefeli

Good People Tomorrow
oh@goodpepletomorrow.ch

Erfahrungen und Herausforderungen in der Corona-Krise – Sichtweisen von Pflege-Lehrenden in Österreich

Mag.a Susanne Fesl, M.Sc.

EINLEITUNG

Nichts ist mehr wie es war – diese Krise ist seit dem Zweiten Weltkrieg das schwerwiegendste und beeinträchtigendste Ereignis, das die Bevölkerung in Österreich und vielen anderen Ländern weltweit und in der EU erlebt.

Die Nachrichten überschlugen sich Tag für Tag. War Wuhan recht weit weg und es interessierte nur beiläufig, wenn darüber in den Nachrichten berichtet wurde. Doch dann war am 26.01.2020 der erste Verdachtsfall in Wien angekommen (Kurier vom 26.01.2020). In den Tiroler Schiregionen wurde Anfang März von ersten bestätigten Infizierten gesprochen, dann in Salzburger Schigebieten (Salzburg24.at vom 02.04.2020). Zu dieser Zeit war die Krise in Italien, der Schweiz und Spanien schon voll im Gange, es war klar, dass auch Österreich auf eine schwere Gesundheitskrise zusteuerte, erste Vorschläge für die Bewältigung der Krise kamen auf den Tisch.

Die WHO erklärte am 11.03.2020 den COVID-19 Ausbruch offiziell zur Pandemie (WHO Europa). An diesem Tag wurde abends über die Medien von der österreichischen Bundesregierung verbreitet: „Erste Schulen schließen am Montag“ (... den 16.03.2020 – Anmerkung der Autorin) (orf.at/stories vom 11.03.2020). Von diesem Zeitpunkt an bis zwei Tage später war klar, dass dies alle Ausbildungseinrichtungen – Grundschulen, die Universitäten und Fachhochschulen, berufsbildende Schulen usw. betrifft. Ergo war dies auch für die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege zutreffend. „Schließung“ bedeutete in diesem Zusammenhang, dass die Schulgebäude geschlossen wurden. Die Lehre wurde in einen anderen Bereich verschoben und musste weiter stattfinden – in Distance-Learning. Somit hatten die Pflege-Lehrenden die schwierige Aufgabe, ihre vorbereitete, geplante Präsenz-Lehre in zwei Tagen und einem Wochenende auf Distance-Learning umzustellen.

Die leitende Fragestellung für diesen Beitrag war nun, welche Erfahrungen und Herausforderungen Pflege-Lehrende während der Corona-Krise bisher erlebten.

METHODE

Es wurden rund 100 Personen im Umfeld der Autorin schriftlich angefragt und um Beantwortung der Fragen gebeten. Jedenfalls wurde zugesagt, alle Beiträge anonym zu verwenden und auf Verschwiegenheit Wert zu legen. Au-

ßerdem sollten keine Rückschlüsse auf ein Unternehmen möglich sein. 14 Personen hatten geantwortet und sich bereit erklärt, eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Davon sind 13 weiblich und eine männlich. Die Pflege-Lehrenden sind in allen Bereichen der Pflegeaus- und Weiterbildung tätig (PFA-Berufe, Diplom-Ausbildung alt, FH-Ausbildung neu, Fort- und Weiterbildung). Sie kommen aus sieben Ausbildungseinrichtungen unterschiedlicher Unternehmen in drei Bundesländern.

Die befragten Personen sind zwischen 11 und 35 Jahre im Pflegeberuf und zwischen 1 und 30 Jahre in der Pflege-Lehre tätig.

Die Pflege-Lehrenden wurden gebeten, zu folgenden drei Fragen Stellung zu nehmen:

- Wie erleben Sie derzeit die Corona-Krise in Ihrem Beruf?
- Welche Herausforderungen stellen sich aktuell für Ihre Arbeit?
- Welche Entwicklungen und Veränderungen aufgrund der derzeitigen Situation nehmen Sie als zukunftsweisende Chance wahr?

ERGEBNISSE

Die Ergebnisse werden hier zusammengefasst dargestellt.

Erleben der Corona-Krise im Ausbildungsberuf

„Mit der Corona-Krise hat sich mein beruflicher Alltag sehr rasch verändert.“ (I 05) So kam es durch die Ausgangsbeschränkungen zu einer massiven Umstellung des gesellschaftlichen/ sozialen Lebens (I 06). Beruflich bedeutet dies „... das Beschreiten ungewohnter und neuer Wege; neue Perspektiven, aber auch nicht geahnte Herausforderungen; völlige Umstrukturierung und Überdenken gewohnter Herangehensweisen und damit Aufbrechen von mitunter veralteten Zugangsweisen“ (I 10). Positiv gesehen, kann „... diese Krise als Chance, den Berufsalltag neu zu gestalten, neu zu entdecken“ erlebt werden (I 05).

Die Pflege-Lehrenden erleben die Situation während der Corona-Krise sehr herausfordernd, sehr zeitaufwändig, aber auch spannend. Spannend, weil „... auf einmal sehr schnell Dinge möglich werden, die bisher nicht möglich waren“ (z.B. Home-Office) (I 09). Diese ersten zwei Wochen wurden als „sehr stressig“ erlebt (I 07).

Die größte Herausforderung bezieht sich darauf, dass quasi über Nacht das komplette Schulsystem in Home-Office übertragen werden musste – ohne Vorbereitung (I 08). Und dass, obwohl manche „Pflegelehrende zu wenig Kompetenzen auf dem Gebiet des E-Learning und Blended-Learning besitzen.“ (I 01) Natürlich standen einige Tools bisher auch schon zur Verfügung, nur wurden sie „...selten bis gar nicht genutzt.“ (I 05) „Versäumnisse aus der Vergangenheit werden nun sichtbar“ (I 13). Dazu bietet der Unterricht für die meisten Pflege-Lehrenden „... ein gewohntes Bild – Schule/Lehre/Ausbildung bedeutet Anwesenheit und Präsenz.“ (I 05) Dies impliziert, dass verbreitet noch ein „... sehr veraltetes Lehrerbild vorherrscht, mit vordergründig Frontalunterricht“ (I 01). Aber auch von Seiten der Träger wurde die Situation mit den neuen Medien quasi „verschlafen“ – es gibt rigide Vorgaben und Einschränkungen (mangelhafte technische Voraussetzungen und Ressourcen, fehlende Zugänge zu bezahlten Webinaren und Bibliotheken und Videokonferenz-Software, starre und veraltete Strukturen, mangelnde Flexibilität, fehlende Rahmenbedingungen für Home-Office und Blended-Learning (I 08, 10, 14)

Großteils erhalten die Pflege-Lehrenden von ihren Vorgesetzten alle Informationen zeitnah und werden auch unterstützt. Sie erleben in der Mehrzahl einen sehr guten Zusammenhalt innerhalb des Teams, gegenseitige Unterstützung und Support, v. a. im Umgang mit den neuen Medien (I 11, 14). So ist auch wichtig, dass die Schulleitung als Ansprechpartner zur Verfügung steht (I 03, 11). Dabei ist es schwierig, up to date zu bleiben bei der Fülle von neuen Erlassen, Richtlinien und Erlaubnissen (I 12).

Als große Hürde erleben die Pflege-Lehrenden, dass die Studierenden/Auszubildenden meist nur schriftlich erreichbar sind. Falls die Mittel zur Verfügung stehen, kann auch mittels Videokonferenz gut in Kontakt getreten werden. (I 04) Jedenfalls fehlt der persönliche Austausch und die Möglichkeit zum Nachfragen, es müssen neue Formen der Kontaktaufnahme gesucht werden (I 02, 03, 04, 10, 12).

Aus Sicht der Pflege-Lehrenden ist auch die Situation der Studierenden/Auszubildenden nicht einfach, es gibt eine Fülle von Arbeitsaufträgen (I 01, 03), die mit der zur Verfügung stehenden technischen Ausstattung (kein PC oder Laptop, nur Handy, oder Technik muss geteilt werden, oder kein Geld für Internetzugang) nur unzureichend erfüllt werden können. Dazu müssen viele ihre Kinder beaufsichtigen und „... haben oft nicht ausreichendes Wissen im Umgang mit digitalen Medien“ (I 03). Dabei werden die Arbeitsmoral und Einstellung der Studierenden/Auszubildenden von den Lehrenden als vorbildlich beschrieben. Sie „... sind sehr bestrebt, die Lernaufgaben zu erfüllen.“ (I 03, 11, 13) Auch der Kontakt zu externen Lehrenden gestaltet sich in dieser Situation als herausfordernd (I 04, 07).

Herausforderungen für die Lehre während der Corona-Krise

Diese Krise bietet Pflege-Lehrenden die Möglichkeit, eigene verinnerlichte Lehrformen zu überdenken. „Didaktische, methodische Kompetenzen und Fähigkeit zu organisierter und strukturierter Arbeitsweise werden auf die Probe gestellt.“ (I 10)

Von psychologischer Seite bestehen für alle an Lehren/Unterrichten Beteiligten vielfältige Herausforderungen: Der Pflegeberuf an sich ist nach wie vor ein Frauenberuf, d.h. es müssen Kinder beaufsichtigt werden, diese brauchen ebenfalls Lernunterstützung und technische Hilfsmittel, es gibt finanzielle Sorgen und die Sorge um die Gesundheit der An- und Zugehörigen. (I 06, 09, 10, 13)

Hinzukommend, dass die Studierenden/Auszubildenden bzw. „LehrgangsteilnehmerInnen in der Regel mehrfach belastet sind (z. B. herausfordernde Arbeitssituationen am Dienort; vorhandene Ängste sich oder ihre Familienangehörigen anstecken zu können; die teilweise Überforderung durch die Notwendigkeit die Lernpakete selbstständig zu bearbeiten, ohne den permanenten Support durch andere KollegInnen oder das Lehrpersonal, vor allem, wenn Sprachprobleme vorhanden sind und die Arbeitsaufträge nicht verstanden werden; gleichzeitig die eigenen Kinder zu Hause betreuen zu müssen, die wahrscheinlich auch den Computer benötigen; Eltern die der Risikogruppe angehören und mitversorgt werden müssen, oder sich in Pflegeeinrichtungen befinden und nicht besucht werden dürfen, etc.). Das alles wird sich derzeit, auch beim Distance-Learning auf die Lernmotivation, die Leistungsfähigkeit und die Leistungsbereitschaft der LehrgangsteilnehmerInnen auswirken.“ (I 09) Hier die besonders Leistungsschwachen und Ruhigen im Blick zu behalten, ist über die Distanz schwierig (I 02, 06).

Aus pädagogischer Sicht mussten viele Ressourcen in die Umlanung von Lehrveranstaltungen investiert werden, Prüfungen mussten umgestaltet werden (I 05, 07, 11). „Arbeitsaufträge müssen ganz detailliert formuliert werden, damit auch die Ergebnisse so sind, wie man es erwartet ...“ (I 04). „Wichtig erscheint mir, dass das Distance-Learning so gestaltet wird, dass sich die TeilnehmerInnen nicht zu sehr überfordert bzw. gestresst fühlen. Die didaktische Reduktion ist jetzt wichtiger denn je!! Und diese Reduktion betrifft nicht nur die Inhalte, sondern auch die methodischen Angebote und Vorgehensweisen. Weniger ist bekanntlich mehr!“ (I 09) Schwierig gestaltet sich auch die Absprache im Team mit KollegInnen (I 11, 13). Was im Moment gar nicht möglich erscheint, sind praktische Übungen in den SkillsLabs bzw. LTT (I 06, 12, 13).

Schwierig gestalten sich derzeit auch manche Praktikums-einsätze der Studierenden/Auszubildenden. Zum Teil dürfen sie die Stationen nicht wechseln, um Kreuzinfektionen zu vermeiden (was nicht allen gefällt). Sie können dadurch evtl. die gesetzlich vorgeschriebenen zu leistenden Stunden in unterschiedlichen Bereichen nicht erfüllen. Dazu beklagen sie, dass sie anders behandelt werden als die angestellten MitarbeiterInnen, wenn sie Kontakt mit COVID-19 positiv getesteten Personen haben. Sie bekommen unterschiedliche Informationen (auch innerhalb eines Hauses) und werden teilweise auch nicht getestet. (I 11, 12)

Die Pflege-Lehrenden beklagen an vielen Einrichtungen, dass wenig Support von Seiten der Organisationen gestellt wird (gar nicht absichtlich, weil es die Mittel gar nicht gibt), es wird „technisches Equipment zu Hause vorausgesetzt“

und ebenso die Übernahme finanzieller Aufwendungen für Papier, Drucker, Soft- und Hardware (I 09, 10, 14), es gibt umfangreiche technische Probleme beim Zugriff in die meist schwerfälligen Krankenhaussysteme (die ja, das ist unbestritten, besonders schützenswert sind). (I 14) Und die trotz allem sehr freundlichen und bemühten MitarbeiterInnen der IT-Abteilungen waren umfangmäßig mit der Fülle der Aufträge (und den nicht vorhandenen Mitteln) in der Umstellungszeit überfordert. (I 06, 08, 13, 14)

Zukünftige Chancen dieser Entwicklungen bzw. Veränderungen

„Der Pflegeberuf wird nun in der Öffentlichkeit als systemrelevant wahrgenommen, die Wichtigkeit einer gut funktionierenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ist wieder in das Bewusstsein gerückt“ (I 06). Es gilt, die VerantwortungsträgerInnen dazu zu bringen, diesen Arbeitskräften die benötigten Rahmenbedingungen, Ressourcen, Wertschätzung, Besoldung usw. zukommen lassen, die diese tatsächlich verdienen“ (I 09, 12).

Das durch die Corona-Krise erzwungene Distance-Learning gibt nun allen Beteiligten die Chance, ihre eigenen Kompetenzen mit digitalen Medien zu schulen, zu entwickeln und umzusetzen. Diese Kompetenzen verändern mit Sicherheit die Ausbildungssysteme der Zeit nach Corona. Diese Chance bietet „... neue ausbaufähige Möglichkeiten, die Lehre für einen bestimmten Prozentsatz in diese andere Form des Lehrens- und Lernens zu führen“ (I 05).

„Wenn richtig angewendet, sind dies hervorragende Möglichkeiten, bei den Studierenden/Auszubildenden Fähigkeiten wie Selbstorganisation, Reflexion und Selbstständigkeit, daher auch Freude am Erwerb von Wissen und Kompetenz und intrinsische Motivation zu fördern“ (I 01).

Für die Studierenden/Auszubildenden bedeutet Distance-Learning ein „selbstständiger arbeiten lernen“ und mehr Eigenregie (I 03, 05), „mehr Verantwortungsübernahme durch Lernende durch mehr Distanz, Steigerung der Autonomie“ (I 05), sie haben den „Lern-Profit, im Sinne eines selbstorganisierten Lernens (örtlich und zeitlich flexibel, Zeitmanagement, Selbsterarbeitung von Lerninhalten mit Feedback, usw.) nun über die Wochen automatisch entwickeln“ können (I 06). Außerdem können sie die Unterrichtszeiten besser an ihren Lebens- und Arbeitsrhythmus anpassen (I 01).

„In den Fokus geraten sind umso mehr die Verantwortung und Flexibilität im Berufsleben der Pflege und die enorme Bedeutung einer hochwertigen Ausbildung (theoretisch und praktisch), die einen gut auf derartige berufliche Extremsituationen vorbereitet (Praxisreflexion, Ethik, Praktika, Hygiene, Palliativpflege, diverse Fort- und Weiterbildungen,...“ (I 06). Außerdem müssen Bewerbungsprozedere diesen Entwicklungen insofern Rechnung tragen, als BewerberInnen digitale Kompetenzen und Ressourcen mitbringen müssen (I 14).

Was zukünftig realisiert werden muss, liegt nun auf der Hand: Ein Ausbau der digitalen Kompetenzen der Lehren-

den und Ausbau von Distance-Learning und Home-Office mit allem, was dazugehört (Rahmenbedingungen, Hard- und Software, Netzabdeckung, etc.) (I 06, 07, 08, 11, 12).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Im Moment befinden wir uns noch mitten in der Corona-Krise. Diese sehr kurzfristig aber sehr zeitnah erhobenen und hier gekürzten Erfahrungen der Pflege-Lehrenden geben bereits einen ersten Einblick in die aktuelle Arbeitssituation in den Ausbildungseinrichtungen und ermöglichen uns einen Blick in die Zukunft. Was vielleicht bisher versäumt wurde, ist nun angesichts dieser Krise ins Bewusstsein gerückt und kann für zukünftige Herausforderungen „krisenfest“ machen.

Dieser Ausschnitt zeigt außerdem, wie reflektiert und mit Respekt und großem Engagement die Pflege-Lehrenden mit ihrem systemrelevanten Auftrag der Berufsausbildung in dieser Krise umgehen, wie die Studierenden/Auszubildenden dies genauso engagiert mittragen.

Der geforderten Kürze des Beitrags ist nun geschuldet, dass nicht alle Themen ausführlich diskutiert werden können. Außerdem wird die Situation in der praktischen Ausbildung während dieser Krise nicht ausführlicher beleuchtet. Und es fehlt, den wissenschaftlichen Bezug zu Lehren und Lernen in Krisen herzustellen, der ja bereits auch ausreichend vorhanden ist (in Kriegen, Ebola, etc.). Jedenfalls ist dies eine erste Stellungnahme der Lehrenden in diesem Beruf, der zukünftig mit Sicherheit mehr politische Aufmerksamkeit und Ressourcen benötigt.

**„Sowohl Auszubildende als auch Lehrende
wachsen derzeit über sich hinaus!“
(I 10)**

Mag.a Susanne Fesl, M.Sc.
fesl.susa@gmail.com

LITERATUR

- <https://kurier.at/chronik/oesterreich/coronavirus-erster-verdachtsfall-in-wien/400736928> (Zugriff 04.04.2020) <https://www.salzburg24.at/news/oesterreich/coronavirus-in-ischgl-erster-fall-bereits-am-5-februar-85725466> (Zugriff 02.04.2020)
- WHO, 12.03.2020: Regionalbüro für Europa: WHO erklärt COVID-19-Ausbruch zur Pandemie. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> (06.04.2020)
- News ORF.at, 11.03.2020: Erste Schulen schließen am Montag. <https://orf.at/stories/3157438/> (Zugriff 06.04.2020)

Positionspapier zum Bildungsmanagement des Gesundheitssystems – ein Diskussionsbeitrag am Beispiel der Covid-19-Pandemie

Dr. Sylvia Kaap-Fröhlich, MBA

AUSGANGSLAGE

Die Covid-19-Pandemie hat akut vielfältige Auswirkungen auf die Bildung und Gesundheit weltweit. Bildung als Intervention zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit muss derzeit ad-hoc und meist digital umgestaltet werden. Dabei werden Chancen und Risiken für das Bildungsmanagement des Gesundheitssystems deutlich. Obwohl Stellenausschreibungen verdeutlichen, dass zumindest von Bildungsleitungspositionen vermehrt Qualifikationen im Bildungsmanagement gefordert werden, existiert nach Wissen der Autorin kein Modell speziell für das Gesundheitssystem. Modelle sind bspw. aus der Wirtschaftspädagogik bekannt [1, 2].

FRAGESTELLUNGEN

Wie sieht der Rahmen eines gesundheitssystem-spezifischen Modells des Bildungsmanagements ausgehend von bestehenden (wirtschaftspädagogischen) Modellen [1, 2] aus? Welche Chancen und Risiken werden deutlich, wenn man diesen Rahmen auf Bildungsaspekte in der Covid-19-Pandemie anwendet? Welche Postulate lassen sich für die Zukunft des Gesundheitssystems aus Sicht des Bildungsmanagements ableiten?

METHODE

Die bestehenden Modelle aus der Wirtschaftspädagogik [1, 2] wurden explorativ transdisziplinär [vgl. 3] auf das Gesundheitssystem übertragen. Für drei Objektkriterien [1] wurden Auslegungsszenarien eines umfassenden Bildungsbegriffs skizziert sowie exemplarisch Chancen und Risiken formuliert, um daraus erste Handlungsempfehlungen abzuleiten.

ERGEBNISSE

Das Modell des Bildungsmanagements des Gesundheitssystems lehnt sich in der vertikalen Richtung an die im Gesundheitssystem üblichen operativen Ebenen an (Mikro-, Meso-, Makroebene) [vgl. 2, siehe Tab. 1]. Neben den operativen Ebenen existiert eine strategische Ebene. Die ursprünglichen Objektkategorien nach Gessler & Sebe-Opfermann [1] wurden bei der Anwendung auf das Gesundheitssystem umbenannt (Bildungspersonal

in Bildungsakteur*innen, Bildungsorganisation in Bildungsorte und Bildungsprodukte in Bildungserlebnisse). Sie bilden die horizontale Ausrichtung des Rahmens. Im Unterschied zur Ausrichtung von Gessler & Sebe-Opfermann sowie Seufert [1, 2] soll das vorliegende Modell einen umfassenden Ansatz über die Organisationsgrenzen hinaus liefern. Zudem ist das Modell in Anlehnung an Seufert [2] als polyvalent bzw. sektorenübergreifend und für das Berufs- und Handlungsfeld Gesundheit zu verstehen.

Betrachtet man die *Bildungsakteur*innen* im Gesundheitssystem im Verständnis der WHO [4] zählen neben Individuen wie Health Professionals sowie Patient*innen, Klient*innen und Angehörigen (Laien) auch Organisationen wie Spitäler und Spitex, aber auch Bildungsorganisationen dazu. Chancen ergeben sich, wenn Gesundheits- und Medizinalberufe die CanMEDs-Rolle des Scholars [5], also die des Lehrenden und Lernenden noch mehr im Bewusstsein haben und so verstärkt als Multiplikator*innen in Zukunft agieren. Vor diesem Hintergrund verdeutlichen zahlreiche Online-Videos zur Ausbreitung des Corona-Virus, aufgenommen von Gesundheitsfachpersonen, dieses Potential. Health Professionals sollten dazu noch mehr durch ihre Ausbildung befähigt werden. Patient*innen und Angehörige als Teil des interprofessionellen Teams schon während der Ausbildung von Health Professionals einzubeziehen, könnte hier erste Kontaktmöglichkeiten im Bildungskontext schaffen [vgl. 6]. Projektideen zur pflegerischen Praxisentwicklung können so im Co-Design mit Patient*innen als Expert*innen ihrer Erkrankung und Studierenden entstehen. Studierende im Rahmen von peer-assisted Learning zu befähigen, Mitstudierende anzuleiten, schafft zusätzliches Potential.

Der virtuelle *Bildungsort* hat sich nach langwierigen Digitalisierungsdebatten quasi über Nacht durch die Corona-

	Bildungs- akteur*innen	Bildungs- orte	Bildungs- erlebnisse
strategisch			
operativ- makro			
operativ- meso			
operativ- mikro			

Tabelle 1: Rahmen eines Bildungsmanagements des Gesundheitssystems

Krise und ad-hoc etabliert. Der oft diskutierte Mehrwert von Digitalisierung war unmittelbar gegeben, nämlich trotz «social distancing» Ausbildungen fortsetzen zu können. Auch der Privathaushalt wurde damit für Lehrpersonen und Auszubildende zum Bildungsort. Für die Health Professionals selbst, aber auch für Patient*innen und Angehörige erhielt die Öffentlichkeit einen anderen Stellenwert im Bildungskontext. Seit März ist das Bundesamt für Gesundheit an Schweizer Bahnhöfen mit Postern zum Verhalten in der Pandemie präsent. Health Professionals könnten hier ihrer Rolle als Health Advocat für sich selbst und Betroffene nachkommen [5]. Globales Lernen wird im Internet sichtbar – so waren für alle Länder Videos der WHO zu Covid-19 gleichermassen verfügbar, wie deren Ausführung in verschiedenen Sprachen zeigte. Nach der Pandemie sollte untersucht werden, welche Bildungsangebote digital weitergeführt werden können und wo es wieder face-to-face Angebote braucht [7], sonst besteht das Risiko der Überdigitalisierung.

Bildungserlebnisse führen zu Bildungsprodukten, die materiell oder immateriell bzw. ergebnis- oder prozessorientiert sein können [1]. Unter Bildungserlebnis sind sowohl formales Lernen in den Ausbildungsgängen, als auch non-formales und meist digitales und selbstgesteuertes Lernen zu verstehen. Es geht also auch um Bildungsselbstmanagement. Kritisch hinterfragt werden muss, wie die Ausbildungsqualität durch die veränderten Bedingungen (wie z. B. verstärkter Praxiseinsatz von Pflegestudierenden, Anpassung der Eignungsverfahren) beeinflusst wird. Hier wird die Praxis-Theorie-Verknüpfung erneut auf den Prüfstand gestellt werden. Intraprofessionell sollte die Ausbildung von Generalisten als Chance betrachtet werden und auch in der Weiterbildung Niederschlag finden, sodass das Anlernen von pflegerischen Spezialisierungen bzw. Freiwilligen (mit professionellen Erfahrungswissen) bei Bedarf in noch kürzerer Zeit möglich ist.

DISKUSSION

Die aktuelle Pandemie kann als Katalysator fungieren, um ein umfassendes Bildungsverständnis im Gesundheitssystem zu forcieren und um Aktionsfelder für die Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildungen der Health Professionals nach der Corona-Pandemie zu benennen. Das vorgeschlagene Modell muss mit Expert*innen diskutiert und auf weitere Gegenstände angewendet werden, es erscheint exemplarisch als praxistauglich. Der Beitrag einer Einzelautorin ist als erster wissenschaftlicher Diskursbeitrag zu verstehen. Aus den Ausführungen sollen erste Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

AUSBLICK

Folgende Handlungsempfehlungen können formuliert werden:

- Bildung muss noch mehr zwischen professionellen und Laienakteur*innen vernetzt werden sowie interprofessionell, teilgebend und im Co-Design gestaltet werden. Bildungsstufen- und zielgruppenübergreifendes Lernen

sollten vertieft werden, denn Gesundheits- und Medizinberufe versorgen die gleichen Patient*innen und beraten dieselben Angehörigen.

- Bildungsorte sollen sinnvoll digital und analog miteinander vernetzt werden – die Öffentlichkeit, die Welt und der Privathaushalt, der als Lern- und Lehrort in den Fokus gerückt ist, sollten effektiv genutzt werden.
- Die Struktur und Inhalte der Ausbildungen für die Health Professionals sollten vor dem Hintergrund der gemachten Erfahrungen kurz- und langfristig untersucht werden.
- Auf strategischer Ebene sollten von Politik und Gesellschaft Vernetzung und Innovationen gefördert werden, dazu braucht es nicht zuletzt finanzielle Unterstützung sowie Forschungs- und Entwicklungsprojekte sowie geeignete Austauschplattformen und -gefässe.

Dr. Sylvia Kaap-Fröhlich, MBA

Careum Stiftung Zürich
Bereich Bildungsentwicklung
Pestalozzistrasse 3
CH-8032 Zürich
sylvia.kaap@careum.ch

LITERATUR

- [1] Gessler, M. & Sebe-Opfermann, A. (Hrsg.) (2018) *Handlungsfelder des Bildungsmanagements – Ein Handbuch*. Tredition Verlag, Hamburg.
- [2] Seufert, S. (2013) *Bildungsmanagement – Einführung für Studium und Praxis*. Schäffer Pöschel Verlag, Stuttgart.
- [3] Gesellschaft für Wissenschaft- und Technikforschung e.V. (2000) *Transfer von Modellen zwischen Wissenschaftsgebieten*. Tagungsbericht. <http://www.gwtf.de/archiv/2000-main.html#bericht>.
- [4] WHO (2000) zitiert nach Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., Pelikan, J. & Probst, J. (2013) *Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik*. Careum Stiftung, Zürich.
- [5] The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (o.J.). *Better standards, better physicians, better care*. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>.
- [6] Wirth, A. (2019) *Careum Summer School – ein innovatives, interprofessionelles Lernformat für Studierende, Patienten und Angehörige*. Vortrag auf der GMA-Tagung in Frankfurt. <https://www.egms.de/static/de/meetings/gma2019/19gma076.shtml>.
- [7] Kuhn, S., Ammann, D., Cichon, I., Ehlers, J., Guttormsen, S., Hülsken-Giesler, M., Kaap-Fröhlich, S., Kickbusch, I., Pelikan, J., Reiber, K., Ritschl, H. & Wilbacher, I. (2019) *Careum working paper 8 – long version: Wie revolutioniert die digitale Transformation die Bildung der Berufe im Gesundheitswesen?* Careum Stiftung, Zürich.

Der Applaus für die (Für)Sorge fordert die Protektion der Selbst(für)sorge

Prof. Dr. phil. habil. Annette Riedel¹, M.Sc.; Prof. Dr. phil. habil. Thomas Heidenreich¹, Dipl.Psych.

¹ Hochschule Esslingen

Die COVID-19-Pandemie geht weltweit mit einer vordergründig erhöhten Wertschätzung professionellen Pflegehandelns einher. So wertvoll diese öffentliche Würdigung zunächst erscheint, birgt sie auch die Gefahr, dass die Selbst(für)sorge der Pflegenden darüber in Vergessenheit gerät. Bezugnehmend auf die Herausforderungen der Pandemie skizzieren wir übergreifend den professionellen Fürsorgeauftrag, gehen dann auf die Belastungssituationen der moralischen Unsicherheit und des (moralischen) Stresses sowie die gesundheitlichen Auswirkungen derselben ein. Wir leiten Hinweise zur Gestaltung der Arbeitsplatzfaktoren und Selbst(für)sorge ab und kommen zu dem Fazit, dass Selbst(für)sorge der Pflegenden in der COVID-19-Pandemie einen ebenso zentralen Stellenwert einnimmt wie die geleistete (Für)Sorge.

HINTERGRUND UND ZIELE

Die aktuelle mediale und gesellschaftliche Anerkennung der Berufe im Gesundheitswesen ist angesichts der COVID-19-Pandemie nachvollziehbar, die damit verbundenen Implikationen sind indes beachtlich. Der Applaus, die mediale Popularität und die öffentlichen Huldigungen können neben dem Gefühl, etwas Gutes zu tun, auf die professionell Pflegenden gleichsam appellativ dahingehend wirken, den professionellen (Für)Sorgeauftrag zu intensivieren, die individuelle (Für)Sorgeverpflichtung zu potenzieren, erlebter Überlastung nicht nachzuspüren. Dieser Druck kann zur Vernachlässigung der Selbst(für)sorge – die gerade in Zeiten hoher Belastung an Bedeutsamkeit gewinnt – führen. In der Folge sind wir der Ansicht, dass die Akklamation seitens der Gesellschaft und die gesteigerte Reputation in den Medien parallel die besondere und verantwortliche Protektion der Pflegenden einfordert. Diese Selbst(für)sorge kann nicht alleine aus den Pflegenden selbst heraus angeregt und umgesetzt werden, sie benötigt einen Rahmen, Raum und die verantwortliche Unterstützung seitens der Einrichtungen im Gesundheitswesen. Leitungen in den Kliniken, Einrichtungen und Diensten haben demnach aktuell nicht nur die Verantwortung, den Schutz vor der Ansteckung mit dem Virus zu gewährleisten (physische Gesunderhaltung), sondern sie tragen auch die Verantwortung für die Rahmenbedingungen, die eine praktizierte Selbst(für)sorge seitens der Pflegenden ermöglichen (psychische Gesunderhaltung). Wenngleich der Beitrag die Berufsgruppe der professionell Pflegenden fokussiert, sind die Befunde vielfach übertragbar auf weitere Berufe im Gesundheitswesen. Bewusst nimmt der Beitrag alle Settings im Gesundheitswesen in den Blick, davon ausgehend, dass die situativen physischen, psychischen wie auch moralischen Belastungen der COVID-19-Pandemie sowohl in der Klinik, in der stationären Altenhilfe wie auch in den ambulanten Diensten für die Pflegenden spürbar sind (AEM, 2020a; palliativ.ch, 2020b; DGP et al, 2020).

Der ethische Konflikt zwischen der situativ verstärkt geforderten (Für)Sorge (gegenüber den pflegebedürftigen Menschen, den An- und Zugehörigen) als genuin professionellem Auftrag (vgl. ICN, 2014) und dem persönlich empfundenen Bedarf an Selbst(für)sorge (angesichts der erheblichen professionell-pflegerischen Anforderungen nach verlängerten Schichten und reduzierten Tagen der Erholung) ist hier beachtlich. Wichtig ist uns angesichts dessen, dass es nicht darum geht, den Pflegenden an dieser Stelle die vollumfängliche Verantwortung zuzuweisen, über die Anforderungen hinaus Selbst(für)sorge zu realisieren (mit dem Ziel einer verbleibenden Belastbarkeit), sondern im Sinne der Pflegenden die Verantwortlichen zu sensibilisieren und in die Pflicht zu nehmen, zur Selbst(für)sorge zu ermutigen und Selbst(für)sorge zu ermöglichen (mit dem Ziel der Entlastung angesichts der Belastungen).

„Die Masken fallen“ heißt ein Beitrag der Süddeutschen Zeitung vom 17. März 2020. Darin geht es um eine Spende von Schutzmasken des chinesischen Roten Kreuzes an Italien, die mit dem Flugzeug angeliefert wurden. Die Ausstattung mit Schutzmasken (und anderer Schutzkleidung) dient der Prävention der Infektion. Die Prävention psychischer Überlastung gerät angesichts dieser sehr massiven physischen Bedrohung leicht aus dem Fokus, zugleich kommt der Selbst(für)sorge gerade in Zeiten mit besonderen Anforderungen eine herausragende Bedeutung zu. In Flugzeugen „fallen die Masken“ in einem ganz anderen Sinne: Wenn die Luft dünn wird, wird auf diesem Weg lebensrettender Sauerstoff zur Verfügung gestellt. Flugbegleiter*innen leiten die Passagiere an, die Maske zunächst sich selbst und erst dann notleidenden Mitpassagieren anzulegen. Ausgehend von dieser (unter anderem von Jon Kabat-Zinn im Kontext achtsamkeitsbasierter Ansätze verwendeten) Analogie verfolgt unser Beitrag drei Ziele:

- Die Sensibilität für die Bedeutung der Selbst(für)sorge und die Verantwortung seitens des Managements herauszuarbeiten (wenn die geforderte Fürsorge in der Pandemie in den Vordergrund rückt, wird die Selbst(für)sorge vielfach vernachlässigt).
- Die Selbst(für)sorge zu konturieren und den damit verbundenen Auftrag an die Verantwortlichen zu pointieren (die Pflegenden haben nicht auch noch die Kraft, die Rahmenbedingungen für die Selbst(für)sorge zu etablieren bzw. sich dafür stark zu machen).
- Professionell Pflegende zu ermutigen, Rahmen, Raum und Möglichkeiten der Selbst(für)sorge einzufordern (es ist legitim, in den Zeiten, in denen die Fürsorgepflicht steigt und der Druck auf die Pflegenden belastet, Möglichkeiten zur Selbst(für)sorge einzufordern).

PROFESSIONELLER (FÜR)SORGEAUFGABE

Der Kern der ethischen Identität in der Pflege ist im Ethikodex des ICN (2014, International Council of Nurses) niedergelegt. Er stellt für professionell Pflegende eine allgemeinverbindliche Beschreibung der ethischen Grundhaltung und der daraus resultierenden Verpflichtungen dar. Der Kodex verweist auf eine klare Menschenrechts- und Patient*innenorientierung; seine Verpflichtungen gehen über den reinen Konsens und die Selbstverpflichtungen der Pflegenden auf internationaler Ebene hinaus (Riedel et al, 2017; Riedel & Giese, 2018; Riedel & Giese, 2019). Im ICN-Ethikodex (2014) ist zu lesen: „Die Pflegenden üben ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus“ (S. 1). In Zeiten der COVID-19-Pandemie potenzieren sich die beruflichen Tätigkeiten zum Wohle der Familie (der Patient*innen und Bewohner*innen), die sich darauf verlässt, dass die fehlenden Besuche ihrerseits – durch die bestehenden Besuchsverbote – bestmöglich kompensiert werden. Die Gemeinschaft weiß (zumindest in der aktuellen Pandemiesituation) um den enormen Einsatz seitens der Pflegenden und versucht die Pflegenden durch Applaus und mediale Aufmerksamkeit zu motivieren („Helden der Krise“ nach Arbeitsminister Hubertus Heil am 04.04.2020 im Bayrischen Rundfunk; BR24), ihre berufliche Tätigkeit auch im weiteren Verlauf der Pandemie zu realisieren.

Der Wunsch und der Appell nach professioneller (Für)Sorge seitens der Pflegenden ist folglich immens bzw. gar potenziert – und das unter (Rahmen-)Bedingungen, die in dieser Form bislang unbekannt sind (Deutscher Ethikrat, 2020). In den Mittelpunkt rückt eine professionelle Sorge, die sich angesichts eines ganz spezifischen Grundes der Sorge in Sorgegefühlen (Ängsten, Unsicherheiten angesichts der COVID-19-Infektion) ausdrückt und in einen professionellen Verstehens- und Abwägungsprozess hinsichtlich der situativ geforderten und der situativ angemessenen Interventionen eingebunden wird. Es geht um (Für)Sorge und um Verantwortungsbeziehungen. Pflegende nehmen die jeweilige Sorge(Situation) verantwortungsvoll in den Blick, hinsichtlich der je spezifischen Facetten, die in ihrem Verantwortungsbereich liegen (Palm & Wöhlke, 2020; Riedel, Lehmeier, & Treff, 2020).

In der COVID-19-Pandemie erhält die professionelle Sorge für die Patient*innen und Bewohner*innen (und das geforderte professionelle Pflegehandeln) wie auch die professionelle Sorge um die Patient*innen und Bewohner*innen (angesichts ihrer durch die Infektion ausgelösten respiratorischen Insuffizienz, Unruhe und Angstsymptomen; vgl. DGP, 2020; vgl. palliative ch, 2020a; aber auch angesichts der Isolation) indes einen besonderen Stellenwert und eine eigene Qualität, die sich unseres Erachtens potenziert. Denn: Es geht um die Entlastung angesichts der Dyspnoe und der damit einhergehenden Ängste. Es geht um die Linderung des situativen Leidens und den Umgang mit den Sorgen der erkrankten Patient*innen und Bewohner*innen angesichts der existenziellen Lebenssituation, die eine verstärkte Zuwendung und ein Dasein einfordern in Zeiten, in denen die An- und Zugehörigen aufgrund der Besuchsverbote außen vor bleiben und deren ergänzende psychische Begleitung entfällt (palliativ ch, 2020a; palliativ ch, 2020b; DGP et al, 2020). Der Umgang mit den Schwerstkranken und Sterbenden fordert eine umfassende Solidarität unter den Handelnden und eine systematisierte Begleitung der Mitarbeitenden (DGP, 2020; OPG, 2020b; Roser, Peng-Keller, Kammerer, Karle, Lammer, & Frick, 2020; palliativ ch, 2020a). Der (Für)Sorgeauftrag verlangt angesichts der aktuellen Gegebenheiten, der dauernden Konfrontation mit existenziellem Leid somit eine Intensivierung: im Sinne der (Für)Sorge als bewusster und ethisch reflektierter Verantwortungsübernahme für die Versorgung der COVID-19-Erkrankten einerseits und im Sinne des (Um-)Sorgens angesichts der fehlenden Besuche seitens der An- und Zugehörigen, angesichts der Isolation andererseits. Wenn „Sorgearbeit“ als „Fürsorge und als Sorge um sich selbst“ verstanden wird (Kohlen, 2018), dann ist die Selbst(für)sorge zwar immanent, fordert indes jedoch einen institutionellen Rahmen und rahmende Unterstützung seitens des Managements.

BERUFLICHE BELASTUNGSSITUATIONEN UND AUSWIRKUNGEN AUF DIE GESUNDHEIT

Die aktuelle COVID-19-Pandemie fordert seitens der Pflegenden – in allen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens – ein hohes Maß an zeitlichem Einsatz, z. B. da die Begegnungen und die Versorgung veränderte Schutz- und Hygienemaßnahmen einfordern, da mit dem Virus infizierte Kolleg*innen fehlen, da die Unterstützung seitens der An- und Zugehörigen, aber auch der Ehrenamtlichen durch die Besuchsverbote wegfallen etc. Diese außergewöhnlichen Belastungen treffen dabei auf eine Berufsgruppe, die schon zuvor starken Belastungen ausgesetzt gewesen ist: Dall’Ora, Griffiths, Ball, Simon und Aiken (2015) etwa berichten auf der Basis einer Erhebung von mehr als 31.000 Pflegenden aus 12 europäischen Ländern, dass längere Arbeitszeiten mit höheren Burnout-Raten einhergehen, die sowohl für Patient*innen, die Bewohner*innen als auch die Pflegenden selbst erhebliche Sicherheitsrisiken darstellen (vgl. Burton, Burgess, Dean, Koutsopoulou, & Hugh-Jones, 2017). Das Wissen um die

Sicherheitsrisiken, aber auch die vermehrten Belastungen durch verlängerte Dienstzeiten, moralische Belastungen und möglicherweise auch die Angst vor der eigenen Infektion oder andere zu infizieren erhöhen zudem die psychische Verletzbarkeit der Pflegenden. Daraus ergibt sich auch die Relevanz des vorliegenden Themas: Die eigene physische und psychische Gesundheit (mittels Selbst(für)sorge) zu fördern, ist für professionell Pflegende auf der einen Seite „Selbstzweck“, auf der anderen Seite jedoch auch notwendig, um effektiv (weiter) arbeiten zu können. Bei dauerhaft hoher Stressbelastung bzw. ungünstiger Stressbewältigung kann es zum Auftreten von Schlafstörungen, Angststörungen, psychosomatischen Problemen und Depressionen sowie damit einhergehend zu Fehlzeiten und Erschöpfungsdepressionen (Burnout) kommen. Die Zusammenhänge zwischen den oben skizzierten Anforderungen des Arbeitsplatzes und möglicherweise resultierenden Folgeerkrankungen sind dabei komplex (vgl. das Positionspapier der DGPPN zu Burnout; Berger, Linden, Schramm, Hillert, Voderholzer, & Maier, 2012). Unbestritten ist jedoch, dass eine dauerhafte Arbeitsüberforderung mit vegetativen Stresssymptomen (Erhöhung der Herzfrequenz, kalte Hände) und Erschöpfung einhergeht. Die dann möglicherweise resultierende Belastung stellt an sich (noch) keine psychische Störung dar: In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten wird sie als „Z-Codierung“ (Z 73.0, Burnout) bezeichnet. Die Frage, ob ein weiteres Abgleiten in chronifizierte Stresszustände und damit einhergehend psychische und physische Folgeerkrankungen (z. B. depressive Verstimmung, Tinnitus, Hypertonie) stattfindet, hängt maßgeblich an den Möglichkeiten zur Regeneration. Weitere Faktoren, die im Modell der DGPPN (vgl. Abbildung 1) nicht bzw. nur am Rande diskutiert werden, beziehen sich auf außerberufliche Care-Aufgaben, die viele Pflegende (sei es in der Erziehung von Kindern oder

in der Pflege von Angehörigen) erbringen und gesellschaftlich-politische Randbedingungen (vgl. hierzu auch Leopoldina, 2020).

MORALISCHE UNSICHERHEIT UND MORALISCHER STRESS ALS SPEZIFISCHE BELASTUNGSSITUATIONEN

Die Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie in anderen europäischen Ländern (insbesondere in Italien und Frankreich) führten dazu, dass Papiere zu Triage-Entscheidungen erstellt wurden (z.B. DIVI, 2020a; SAMW/ASSM, 2020) und der Deutsche Ethikrat (2020) eine Ad-hoc-Empfehlung vorlegte: „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“. Diese Papiere rekurrieren vielfach auf die ethische Entscheidungsfindung in Triage-Situationen, in die die Pflegenden einbezogen werden sollen (AEM, 2020a; Deutscher Ethikrat, 2020; DIVI, 2020a; Stoecker, 2020). Letztendlich sind es die Pflegenden, die diejenigen Menschen palliativ versorgen, die nicht an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden können (kein Intensivpflegeplatz, kein Beatmungsgerät), die die Angehörigen begleiten (sofern sie den sterbenden Menschen besuchen dürfen). Es sind die Pflegenden, die mit den ethischen Entscheidungen konfrontiert, von diesen tangiert und mit der eigenen situativen moralischen Belastung vielfach alleine bleiben.

In der Folge erscheint uns ein weiterer Aspekt an dieser Stelle beachtlich: Neben den angedeuteten erhöhten Belastungen durch die Komplexität der Pflegebedarfe und den situativ erhöhten Zuwendungsbedürfnissen der Patient*innen und Bewohner*innen, neben den erhöhten Belastungen angesichts einer nie dagewesenen Versorgungssituation, angesichts eines gänzlich neuen und in vielen Facetten noch unbekannten Krankheitsbildes (palliativ ch, 2020a, 2020b; DGP et al, 2020), angesichts einer Versorgung unter nicht immer optimalen Rahmenbedingungen (wie fehlenden Schutzmasken und fehlender Schutzkleidung), die mit eigenen Ängsten vor der Infektion einhergehen (DHPV, 2020), ergeben sich darüber hinaus beachtliche moralische Belastungen. Die Belastungssituationen basieren sowohl auf der erhöhten moralischen Komplexität und Komplizität (Monteverde, 2019); sie führen zu moralischer Unsicherheit bis hin zu moralischem Stress. Mögliche ethische Konfliktsituationen für die professionell Pflegenden können z.B. daraus resultieren, dass aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen die dringend benötigte psycho-soziale Begleitung der Bewohner*innen und Patient*innen, die Begleitung im Sterben (OPG, 2020b; DGP et al, 2020) und/oder die Begleitung der An- und Zugehö-



Abbildung 1: DGPPN-Konzept zum Übergang von Arbeitsbelastung zur Krankheit
Quelle: DGPPN (Berger, Linden, Schramm, Hillert, Voderholzer, & Maier, 2012, S. 4.

rigen im Rahmen der professionellen (Für)Sorgebeziehung (palliativ ch, 2020b) nicht realisierbar ist (Aspekte der Rationierung und der Allokation von Ressourcen; vgl. Scott et al, 2019; s.a. SAMW/ASSM, 2020). Ethische Konfliktsituationen können sich aus der Angst heraus ergeben, sich selbst zu infizieren (z.B. aufgrund fehlender Masken und Schutzkittel) und in der Folge möglicherweise eigene Familienmitglieder zu gefährden. Die geforderte berufliche Präsenz kann zu situativen ethischen Entscheidungskonflikten seitens der Pflegenden führen, wenn darunter die familiäre Sorge leidet.

Somit sind der Wert der Menschenwürde (Deutscher Ethikrat, 2020; Stoecker, 2020), der (Verteilungs-)Gerechtigkeit, der Verhältnismäßigkeit (Deutscher Ethikrat, 2020; OPG, 2020a; SAMW/ASSM, 2020), der Solidarität, aber auch der Verantwortung (Deutscher Ethikrat, 2020; vgl. OPG, 2020a) sowie das Vertrauen (OPG, 2020a) tangiert, die sich möglicherweise situativ konfligierend gegenüberstehen. Wiederholt stellt sich die ethische Frage: Was soll ich tun? Es geht um die Frage, wie die „nahezu zwangsläufig entstehenden Normkollisionen und Konflikte aufzulösen oder wenigstens in ihren Folgen zu mildern sind“ (Deutscher Ethikrat, 2020, S. 2). Die moralische Unsicherheit steigt und die ethische Ungewissheit wird möglicherweise zur Belastung. Wird eine situativ belastende ethische Ungewissheit (Monteverde, 2019, S. 353) indes nicht kategorisch aufgegriffen und systematisiert bearbeitet, kann das langfristig zu moralischem Stress führen (Monteverde, 2019). „Moral distress“ wird verstanden als „a psychological response to morally challenging situations such as those of moral constraint or moral conflict, or both“ (Fourie, 2015, S. 97). Monteverde (2019) legt folgende Konkretion vor (S. 345; vgl. S. 353): „Wahrgenommene moralische Unerwünschtheit wird als Gesamtheit an emotionalen Reaktionen auf ethisch belastende Situationen vorgeschlagen, der bei kompromittiertem moralischen Handlungsvermögen moralischer Stress folgen kann, bei erschwertem moralischen Handlungsvermögen moralisches Unbehagen.“ Diese exemplarischen Definitionen und Einordnungen machen deutlich, dass es sich sowohl bei moralischem Stress wie auch bei moralischem Unbehagen um komplexe individuelle Phänomene, um subjektive psychologische Reaktionen auf das situative Handlungs(un)vermögen angesichts der moralischen Unsicherheit, der moralischen Ungewissheit handelt, welche ein enormes persönliches Belastungspotenzial für die Pflegenden aufweisen (Campbell, Ulrich, & Grady, 2018; Haahr, Norlyk, Martinsen, & Dreyer, 2020; Lamiani, Borghi, & Argentero, 2017; Morley, Ives, Bradbury-Jones, & Irvine, 2019; Musto & Rodney, 2018; Oh & Gastmans, 2015) und folglich „eine zentrale Herausforderung“ darstellen (Monteverde, 2019, S. 345). Die subjektiven Auswirkungen von moralischem Stress auf die Betroffenen sind vielfältig und können bis hin zu Burnout-Syndromen führen. In der Versorgung selbst führt moralischer Stress zu Qualitätseinbußen (Heinze, Holtz, & Rushton, 2017; McCarthy & Gastmans, 2015). Der moralische Stress – zwischenzeitlich inflationär und vielfach unscharf verwendet – soll hier nicht überstrapaziert werden. Das Phänomen soll vielmehr an dieser Stelle zur Untermauerung der Relevanz der Maßnahmen und Angebote der Selbst(für)sorge dienen. Es wird deutlich: Moralischer Stress ist ein Phänomen, das

in diesen besonderen Zeiten die physischen und psychischen Belastungen weiter potenziert. Über die Papiere hinausgehend, die sich mit den ethischen Implikationen der COVID-19-Pandemie befassen, existieren Papiere, die die psychische Belastung der Professionellen, die den Stress und die Angst aufgreifen (z.B. DIVI, 2020b; palliativ ch, 2020b). Die nachfolgenden Ausführungen konkretisieren den Bedarf an Selbst(für)sorge und konturieren unterstützende Formen.

GESTALTUNG DER ARBEITSPLATZFAKTOREN UND SELBST(FÜR)SORGE – ERKENNTNISSE UND IMPLIKATIONEN

Der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsplatzfaktoren sowie der Regeneration kommen demnach eine zentrale Rolle für die Aufrechterhaltung der Gesundheit von professionell Pflegenden zu. Es wurde deutlich, dass die aktuellen Entwicklungen um die COVID-19-Pandemie regelhaft zu einer stärkeren Belastung im Bereich der Arbeitsplatzfaktoren führen. Trotz und gerade in der aktuellen Pandemie ist es deshalb vordringliche Aufgabe der Gesundheitseinrichtungen, ihre Mitarbeiter*innen bestmöglich zu schützen: vor Infektionsrisiken wie auch vor gefährdenden physischen und psychischen Belastungen. Erst solch ein „sicherer“ Arbeitskontext ermöglicht es Pflegenden, sich erfolgreich zu regenerieren. Eine zentrale Rolle spielen dabei Ansätze zur Selbst(für)sorge.

Erkenntnisse zum Zusammenhang von Arbeitsplatzfaktoren und Selbst(für)sorge

Wir möchten im Folgenden kurz definieren, was wir unter dem Begriff Selbst(für)sorge verstehen und uns dann mit Implikationen im Angesicht der COVID-19-Pandemie beschäftigen.

Selbstsorge ist Dietschi und Reichenbach (2014) zufolge ein bereits in der Antike bedeutsames Konzept, das im zurückliegenden Jahrhundert zunächst vor allem von Martin Heidegger („Sorge“, Heidegger, 1927) und Michel Foucault (1994, „*maîtrise de soi*“, vgl. Dietschi & Reichenbach, 2014, S. 729) thematisiert wurde. Aktuell setzte sich Wilhelm Schmid (1995) mit diesem Begriff auseinander. Im Kern geht es dabei darum, Sorge für sich und sein Wohlergehen zu tragen. Der Begriff „Selbstfürsorge“ weist dabei eher pragmatische Konnotationen auf (vgl. Dahl, 2019). Küchenhoff (1999, S. 151) beschreibt Selbstfürsorge als die „Fähigkeit mit sich gut umzugehen, zu sich selbst gut zu sein, sich zu schützen und nach sich selbst zu schauen, die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen, Belastungen richtig einzuschätzen, sich selbst nicht zu überfordern oder sensibel auf Überforderungen zu bleiben“. Die selbstsorgende bzw. selbstfürsorgliche Haltung kann demnach nur in entsprechenden Handlungen gelebt werden und setzt – gerade in Krisenzeiten – institutionelle Unterstützung voraus. Keinesfalls dürfen Appelle an die Selbst(für)sorge im Sinne eines „jede/r ist seines/ihrer Glückes Schmied“ missverstanden werden, das institutionelle Sorge-Verantwortung auf einzelne Mitarbeitende abwälzt. Der Umgang

mit COVID-19 entspricht – um eine andere Metapher zu bemühen – einem Marathon auf gesellschaftlicher wie institutioneller Ebene. Einzelne Etappen davon können sicher bei entsprechender Unterstützung im Sprint zurückgelegt werden – unter der Bedingung, dass mittel- und langfristig Rückzugs- und Regenerationsräume zur Verfügung stehen.

In jüngerer Zeit haben Fachgesellschaften aus dem Bereich der Psychiatrie (DGPPN, 2020) und Klinischen Psychologie (DGPs, 2020) frei verfügbare Online-Ressourcen zur Verfügung gestellt, die auch für professionell Pflegende hilfreich sein können. Die DGPPN (2020) empfiehlt demnach folgende fünf Tipps für die seelische Gesundheit: 1. informiert bleiben, aber richtig; 2. den Alltag positiv gestalten; 3. sich austauschen und einander helfen; 4. negative Gefühle anerkennen, positive Gefühle stärken; 5. wenn es Ihnen sehr schlecht geht: professionelle Hilfe suchen.

Organisationsethik als Beitrag Selbst(für)sorge abzustützen

Angesichts der COVID-19-Therapie ist damit zu rechnen, dass die Konfrontation mit situativer moralischer Unsicherheit zu einem gesteigerten Bedarf an Ethikberatung führt (aktuell: als Videokonferenz, Telefonkonferenz). Um diesem Bedarf der moralischen Entlastung Rechnung tragen zu können und in der Folge auch einen Beitrag zur Selbst(für)sorge zu leisten, bedarf es der spezifischen – bestenfalls der regelmäßigen und offensiven – Angebote der ethischen Fallbesprechung (prospektiv, aktuell und retrospektiv) (AEM, 2020a; AEM, 2020b; DIVI, 2020b). Das Instrument der „4A's to rise above moral distress“ (Ask, Affirm, Assess, Act) der American Association of Critical Care Nurses (2012) kann hierbei eine erste Selbsteinschätzung und persönliche Orientierung in moralischen Belastungssituationen eröffnen und den Impuls einer ethischen Fallbesprechung auslösen.

Eine gelebte Organisationsethik zeigt sich darin, dass in Situationen von moralischer Unsicherheit Methoden und Verfahren der Ethikberatung – wie ethische Fallbesprechungen – zur Verfügung stehen, die einen Rahmen eröffnen, in einer systematisierten ethischen Abwägung und Reflexion die moralischen Belastungssituationen zu antizipieren, zu reflektieren und einzuordnen, die einen Perspektivwechsel eröffnen, zur moralischen Entlastung beitragen und ein konsentiertes ethisch gut begründetes Handeln ermöglichen. Fehlen indes organisationsethische Strukturen der Reflexion, verbleiben moralisches Unbehagen und verfestigt sich moralischer Stress, entstehen Handlungsunsicherheit oder gar Handlungsunvermögen, staut sich die psychische Belastung auf und leidet die Gesundheit, zunehmend reduziert sich die situative Pflege und Versorgungsqualität (AEM, 2020b; Campbell et al, 2018; Heinze et al, 2017; McCarthy et al, 2015; Monteverde, 2019; Musto et al, 2018). Das Management ist folglich für die partizipative Realisierung organisationsethischer Strukturen verantwortlich – es geht darum, einen Rahmen und Strukturen für moralische Entlastung zur Verfügung zu stellen (vgl. Riedel, 2020). Angesichts der aktuellen Situation sollte der Schutz der Mitarbeitenden einen besonderen Stellenwert erhalten, und „das betrifft gleichermaßen ihre psychische wie ihre physische Gesundheit“ (AEM, 2020a, S.4; AEM, 2020b; Berlinger et al, 2020; SAMW/ASSM, 2020).

FAZIT

Die beiden, parallel formulierten, Ansprüche der (Für)Sorge und der Selbst(für)sorge provozieren per se bereits ein moralisches Konfliktfeld und können folglich moralischen wie auch psychischen Stress auslösen. Identische Belastungen sind angesichts eingangs beschriebener medialer und gesellschaftlicher Huldigungen zu konstatieren. Diese können neben dem Gefühl, etwas Gutes zu tun, gleichsam appellativ dahingehend wirken, den professionellen (Für)Sorgeauftrag zu intensivieren, die individuelle (Für)Sorgeverpflichtung zu potenzieren und zur Vernachlässigung der Selbst(für)sorge – die gerade in Zeiten hoher Belastung an Bedeutsamkeit erlangt! – führen. Neben den erheblichen physischen Belastungen angesichts der Anforderungen, die die COVID-19-Pandemie abverlangt, sind die psychischen und moralischen Belastungen – so wurde deutlich – bereits während der Pandemie beachtlich. Gerät die notwendige Selbst(für)sorge jetzt aus dem Blickfeld, fehlen den Pflegenden die Ressourcen für die Zeit nach der Pandemie (die auf eine andere Weise herausforderungsvoll werden wird). Nehmen die Einrichtungen und Dienste jetzt ihren (Für)Sorgeauftrag nicht wahr und schaffen den notwendigen Rahmen für die Selbst(für)sorge der Pflegenden, kann aufgrund der nachhaltigen Belastungen, aufgrund von Burnout-Symptomen, die Versorgungsqualität in der Zeit nach der COVID-19-Pandemie nicht sichergestellt werden. Zu hoffen bleibt, dass die gesellschaftliche und politische Anerkennung der professionellen Pflege und der Pflegenden über die Pandemie und auch über das Internationale Jahr der Pflege (Gallagher, 2020) hinaus anhält.

Prof. Dr. phil. habil. Annette Riedel, M.Sc.

Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstr. 101
D-73732 Esslingen
annette.riedel@hs-esslingen.de

LITERATUR

- AEM (Akademie für Ethik in der Medizin) (2020a). Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Abgerufen von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/AEM_Ethikberatung_im_Rahmen_von_COVID-19_2020-03-31.pdf am 5.4.2020.
- AEM (Akademie für Ethik in der Medizin) (2020b). Psychische Belastungen von Gesundheitspersonal im Umgang mit moralischen Konflikten. Abgerufen von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/HandreichungPsychischeBelastungen2020-03-31.pdf am 5.4.2020.
- American Association of Critical Care Nurses (2012). The 4A's to rise above moral distress. Abgerufen von https://www.emergingnurseleader.com/wp-content/uploads/2012/06/4As_to_Rise_Above_Moral_Distress.pdf am 6.4.2020.
- B5 aktuell Nachrichten (4.4.2020). Bundesarbeitsminister Heil fordert anständige Gehälter für die "Helden der Krise". BR24 Nachrichten. Abgerufen von <https://www.br.de/nachrichten/meldung/bundesarbeitsminister-heil-fordert-anstaendige-gehaelter-fuer-die-helden-der-krise,3002b28b0> am 7.4.2020.
- Beisel, K. M., Deuber, L., Dörries, B., Ludwig, K., Meiler, O., & Hulverscheidt, C. (17.3.2020). Die Masken fallen. Süddeutsche Zeitung. Abgerufen von <https://www.sueddeutsche.de/politik/coronavirus-masken-china-1.4847186> am 5.4.2020.
- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Vorderholzer, U., & Maier, W. (2012). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout (07.03.2012). Abgerufen von www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/stellungnahme_dgppn_2012.pdf am 7.4.2020.
- Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, M., Milliken, A., Fabi, R., ... Piper Jenks, N. (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel SARS-CoV-2 (COVID-19). Abgerufen von <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf> am 5.4.2020.
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health*, 33, 3-13.
- Campbell, M., Ulrich, C. M., & Grady, C. (2018). A broader understanding of moral distress. In: C. M. Ulrich & C. Grady (Hrsg), *Moral distress in the health professions* (pp. 59-77). New York: Springer.
- Dahl, C. (2019). Warum es sich lohnt, gut für sich zu sorgen. Über den langfristigen Nutzen der Selbstfürsorge – Ergebnisse zweier empirischer Studien. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14, 69-78.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 hour shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5, E008331.
- Deutscher Ethikrat (2020). Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. AD-HOC Empfehlung. Abgerufen von <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> am 5.4.2020.
- DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) (2020). Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Sicht. Abgerufen von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200318_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_Update2.pdf am 4.4.2020.
- DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin), DIVI, BVT, PSO, DVSG (2020). Empfehlungen zu Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Sicht. Abgerufen von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Unterstuetzung_Belastete_Schwerstkranken_Sterbende_Trauernde.pdf am 14.04.2020.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) (2012). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout (07.03.2012) (Berger, Linden, Schramm, Hillert, Vorderholzer, & Maier, 2012, S. 4). Abgerufen von www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/stellungnahme_dgppn_2012.pdf am 7.4.2020.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) (2020). Coronavirus: Tipps für die seelische Gesundheit. Abgerufen von <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/corona-psyche.html> am 7.4.2020.
- DGPs (Deutsche Gesellschaft für Psychologie) (2020). Psychologische Hilfen in der Corona-Krise, für Erwachsene, Kinder- und Jugendliche, Familien. Abgerufen von <https://psychologische-coronahilfe.de/hilfen-fuer-familien/> am 7.4.2020.
- DHPV (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband) (2020) Arbeitshilfe des DHPV – COVID-19. Abgerufen von https://www.dhpv.de/tl_files/public/Aktuelles/News/20200316_Arbeitshilfe_Corona_EF.pdf am 5.4.2020.
- Dietschi, D., & Reichenbach, R. (2014). Selbstsorge. In: C. Wulf & J. Zirfas (Hrsg), *Handbuch Pädagogische Anthropologie* (pp. 579-588). Wiesbaden: Springer VS.
- DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) (2020a). Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Abgerufen von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/COVID-19_Ethik_Empfehlung-v2.pdf am 5.4.2020.
- DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) (2020b). Klinische psychosoziale Notfallversorgung im Rahmen von COVID19 – Handlungsempfehlungen. Abgerufen von <https://www.divi.de/images/Dokumente/PeerReview/200321-COVID19-psychosoziale-notfallversorgung.pdf> am 6.4.2020.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits*. Bd. 4: 1980 – 1988. Paris: Gallimard.
- Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29, 91-97.
- Gallagher, A. (2020). How should we mark the International Year of the Nurse and Midwife. *Nursing Ethics*, 27, 331-332.
- Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, 27, 258-272
- Heidegger, M. (2001). *Sein und Zeit* (1927). Tübingen: Niemeyer.
- Heinze, K. E., Holtz, H. K., & Rushton, C. H. (2017). Strategies for promoting high-quality care and personal resilience in palliative care. *AMA Journal of Ethics*, 19, 601-607.
- ICN (2014). ICN-Ethikkodex für Pflegenden. Abgerufen von <https://deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf> am 6.4.2020.
- Kohlen, H. (2018). Sorgearbeit als Fürsorge und als Sorge um sich selbst. *Praxis Palliative Care*, 38, 26-29.

- Küchenhoff, J. (1999). Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge – die seelischen Voraussetzungen. In: J. Küchenhoff (Hrsg), Selbstzerstörung und Selbstfürsorge (pp. 147-164). Gießen: Psychosozial.
 - Lamiani, G., Borghi, L., & Argentero, P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*, 22, 51-67.
 - Leopoldina. Nationale Akademie der Wissenschaften (2020). Dritte Ad-hoc-Stellungnahme: Coronavirus-Pandemie – Die Krise nachhaltig überwinden. Abgerufen von https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_04_13_Coronavirus-Pandemie-Die_Krise_nachhaltig_überwinden_final.pdf am 14.04.2020.
 - McCarthy, J., & Gastmans, C. (2015). Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 22, 131-152.
 - Monteverde, S. (2019). Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. *Ethik in der Medizin*, 31, 345-360.
 - Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, 26, 646-662.
 - Musto, L. C., & Rodney, P. (2018). What we know about moral distress. In: C. Ulrich & C. Grady (Hrsg), *Moral distress in the health professions* (pp. 9-20). Cham: Springer.
 - Oh, Y., & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22, 15-31.
 - OPG (Österreichische Palliativgesellschaft) (2020a). Positionspapier der Österreichischen Palliativgesellschaft zu COVID-19. Abgerufen von https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownload&p=17&u=0&g=0&t=1588325512&hash=b2433bab89581d394b4bb1d9b101497de33c0c0a&file=/fileadmin/redakteur/images/news/OPG.DokumentCOVID19.final.2020.03.20.pdf am 4.4.2020.
 - OPG (2020b). Empfehlungen zur Anwendung pflegerischer Maßnahmen in der Betreuung von Patient*innen mit COVID-19 in einer palliativen Situation. Abgerufen von https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownload&p=17&u=0&g=0&t=1588159651&hash=47df68658fdac5b3fefbaf60610136ab47acedef&file=/fileadmin/redakteur/Stellungnahmen/Empfehlung_Pflegerische_Maßnahmen_zur_Betreuung_von_PatientInnen_mit_Covid-19_in_palliativer_Situation_-_2.pdf am 5.4.2020.
 - palliative.ch (2020a). Guidelines für Pflegefachpersonen bei Patientinnen und Patienten mit COVID-19 mit zu erwartender ungünstiger Prognose. 10 Punkte - relevant für Pflegefachpersonen in COVID-19 Zeiten. Abgerufen von https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/200401_Merkblatt_Pflegefachpersonen_Patienten_mit_Convid-19.pdf am 14.04.2020
 - Palliative.ch (2020b). Covid-19 Pandemie - Merkblatt zu Spiritual Care und Seelsorge in Langzeitpflegeinstitutionen. Abgerufen von https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/200327_Merkblatt_Langzeitpflege_SpiritualCare_Seelsorge_Covid_19.pdf am 14.04.2020.
 - Palm, A., & Wöhlke, S. (2020). Verwandtschaft, Sorge, Technologie. *Curare. Zeitschrift für Medizinethnologie*, 4 (1+2), 9-16.
 - Riedel, A. (2020). Organisationsethik aus der Pflege heraus und mit der Pflege entwickeln – Professionelle Besonderheiten und Implikationen als Motiv und intrinsische Motivation in den Entwicklungsprozess einbinden. *Ethik in der Medizin*, im Druck.
 - Riedel, A., Lehmeier, S., & Treff, N. (2020). Sorge am Lebensende. Gegenstand professioneller Sorge in der Pflege. In: Bundeszentrale für Politische Bildung (Hrsg), *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik* (pp. 330-340). Bonn: APuZ.
 - Riedel, A., Behrens, J., Giese, C., Geiselhart, M., Fuchs, G., Kohlen, H., ... Schütze, L. (2017). Zentrale Aspekte der Ethikkompetenz in der Pflege. Empfehlungen der Sektion Lehrende im Bereich der Pflegeausbildung und Pflegestudiengänge in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM). *Ethik in der Medizin*, 29, 161-166.
 - Riedel, A., & Giese, C. (2019). Ethikkompetenzentwicklung in der (zukünftigen) pflegeberuflichen Qualifizierung – Konkretion und Stufung als Grundlage für curriculare Entwicklungen. *Ethik in der Medizin*, 31, 61-79.
 - Riedel, A., & Giese, C. (2018). Empfehlungen für eine künftige Ethikbildung der Pflegeberufe. Ein Beitrag zur Entwicklung einer professionellen und beruflichen Identität. In: J. Kemser & A. Kerres (Hrsg), *Lehrkompetenz lehren* (pp. 3-21). Oldenbourg: De Gruyter.
 - Roser, T., Peng-Keller, S., Kammerer, T., Karle, I., Lammer, K., & Frick, E. (2020). Die Corona-Pandemie als Herausforderung für Spiritual Care. Abgerufen von https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/evtheol/personen/2020_03_25_die_corona-pandemie_als_herausforderung_f_r_spiritual_care.pdf am 6.4.2020.
 - SAMW/ASSM (2020). COVID-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Abgerufen von <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html> am 5.4.2020.
 - Schmid, W. (1995). Selbstsorge. In: J. Ritter & K. Gründer (Hrsg), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 9 (pp. 528-535). Basel: Schwabe Verlag.
 - Scott, A., Harvey, C., Felzmann, H., Suhonen, R., Habermann, M., Halvorsen, K., ... Papastavrou, E. (2019). Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. *Nursing Ethics*, 26, 1528-1539.
 - Stoecker, R. (2020). Verteilung knapper Ressourcen in der Intensiv- und Notfallmedizin. Abgerufen von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Ralf-Stoecker-Ethischer-Hintergrundkommentar-zur-Stellungnahme-der-Fachverbände-und-AEM-1.pdf am 4.4.2020.
- Hinweis:** Die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) pflegt eine laufend aktualisierte Liste mit „Empfehlungen und Materialien zu ethischen Fragen der Patientenversorgung angesichts der COVID-19-Pandemie“: <https://www.aem-online.de/index.php?id=162>
- Ebenso gibt es auf der Homepage ein Online-Forum zu der Thematik: <https://forum.aem-online.de>

Schulschließung in Zeiten der Pandemie von Covid-19: ein Schlaglicht auf die Sicht der Pflegelehrenden

Christiane Wissing¹, Daniel Flemming¹, Andrea Kerres¹

¹ Katholische Stiftungshochschule München

EINLEITUNG

Neben den Pflegefachkräften, betrifft die Pandemie-Situation des Coronavirus SARS-CoV-2 durch die damit verbundenen Schulschließungen (KMK-Beschluss am 12. März 2020) auch die Lehrerinnen und Lehrer von Berufsfachschulen (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (KM) 2020a). Der Unterrichtsausfall soll nun mit dem Einsatz digitaler Lernangebote aufgefangen werden. Die digitale Ausstattung der Schulen im Gesundheitsbereich bezieht sich bisher jedoch häufig auf die Ausstattung der Klassenzimmer, in denen größtenteils ein Beamer und ein Laptop, in wenigen Fällen ein Smartboard zu finden ist (Heinitz/Wieschowski 2016: 12). Zielgruppenegerechte eLearning-Angebote finden sich bis jetzt hingegen kaum in der Pflegeausbildung.

FRAGESTELLUNG UND METHODE

Vor diesem Hintergrund stellten sich in der krisenhaften Situation aus pflegepädagogischer Sicht zwei Fragen: Wie wird dem Unterrichtsausfall in der Pflegeausbildung begegnet? Wie geht es den Lehrkräften für Pflege in der aktuellen Situation?

Im Rahmen einer Snapshot-Befragung wurden 187 Berufsfachschulen für Pflege in Bayern mit einem elektronischen Fragebogen über den Befragungsserver SoSci Survey befragt. Die Schulen wurden über das KM (KM o. J.) ermittelt und mittels händischer Recherche soweit möglich konkrete Ansprechpersonen identifiziert. Der Fragebogen erfasst folgende Bereiche anhand geschlossener und offener Fragen: soziodemografische Daten, Stimmungsbild zur Schulschließung, Lösungen zum Unterrichtsausfall, Formen der Lernangebote, Informationswege der Lehrkräfte zu eLearning sowie Fragen zum subjektiven Erleben der Pandemie-Situation. Die Befragung startete am 26. März 2020 und läuft noch bis zum 27. April 2020. Bis zum 3. April 2020 konnte auf einen Rücklauf von 78 Fragebögen zurückgegriffen werden. Folgend werden ausgewählte Zwischenergebnisse dieses ersten Rücklaufs schlaglichtartig dargestellt.

ERGEBNISSE

Im Umgang mit den Schulschließungen ergibt sich bisher kein einheitliches Bild: Etwa 58 % der Schulen geben an,

dass die Unterrichtstage wie geplant beibehalten werden und Lernmaterialien sowie Arbeitsaufträge zur Verfügung gestellt werden. Als zweite Variante geben 23 % der Schulen an, den anstehenden Theorie- mit einem Praxisblock zu tauschen und die Auszubildenden gehen in die praktischen Einsätze. Als dritte Form nennen 19 % der Fälle einen ersatzlosen Ausfall des Unterrichts, verbunden mit der Hoffnung, die ausgefallenen Stunden im Sommer nachholen zu können. Diese Auszubildenden gehen vorerst in die Praxis. Somit werden in gut vier von 10 Schulen die Lernenden vorerst in die praktischen Lernorte entsandt.

Grundsätzlich sehen 70 % der teilnehmenden Lehrkräfte die Fortführung des theoretischen Unterrichts mittels digitaler Medien als positiv an. In der Umsetzung zeigen sich jedoch Unterschiede: So werden in 15 Schulen feste Lernzeiten bzw. -tage festgelegt, an denen die Lernenden von der Praxis freigestellt werden, um Lernmaterialien und Arbeitsaufträge, die sie per Mail von der Schule erhalten haben, zu bearbeiten. Die Bearbeitung der Aufträge ist den Schülerinnen und Schülern zum Teil freigestellt, eine digitale Ergebnissicherung findet nur an einer Schule statt. Eine Schule bereitet aktuell eLearning-Einheiten vor, die ab dem 20.04.2020 genutzt werden sollen. Zwei andere Schulen können hingegen nicht auf digitale Medien zurückgreifen und eine Schule verteilt die Materialien und Aufgaben per Post.

An knapp der Hälfte (48 %) der teilnehmenden Schulen stehen Learning-Content-Management-Systeme (LCMS = Lernplattformen) zur Verfügung, von denen wiederum 42 % diese auch nutzen. An zwei Schulen wird aktuell aufgrund der Corona-Pandemie ein LCMS implementiert. Fast ein Viertel (23 %) nutzt Videokonferenzsysteme, um mit den Schülerinnen und Schülern in Interaktion zu treten.

Im Antwortverhalten der Schulen zeigt sich eine gewisse Überforderung mit der Umstellung auf eLearning: Ein Viertel der Befragten stimmt der Aussage, ob ihnen das Erstellen einer digitalen Lerneinheit leichtfällt, nicht zu. Über die Hälfte (55 %) geben an, dass das Erstellen einer Lerneinheit für sie zeitlich sehr aufwendig ist. Mit dem Unterrichtsausfall und der Forderung nach digitalen Lernangeboten sind 19 % der Schulen überfordert. Rund 50 % der befragten Lehrkräfte sehen die Schülerinnen und Schüler (SuS) als gesellschaftliche Unterstützung in der Pflege an. Ein geringer Anteil von 7 % kann dem gar nicht zustimmen. Rund 40 % der Schulen haben keine Möglichkeit mit den SuS die Situ-

ation zu reflektieren obwohl sie dies für wichtig erachten. Eine Schule gibt an, dass die Praxisbesuche durch eine Lehrkraft am praktischen Einsatzort aufgrund des im Rahmen der Allgemeinverfügung ausgesprochenen Besuchsverbots zum Schutz der Patienten und Bewohner entfallen (StMGP 2020).

DISKUSSION

Die Schulschließungen stellen die Berufsfachschulen vor große Herausforderungen. Grundsätzlich sind die Schulen auf den plötzlichen Transfer der Unterrichtsinhalte in ein digitales Format nicht adäquat vorbereitet. Es mangelt an Anwendungswissen, an mediendidaktischen Kompetenzen sowie an der digitalen Ausstattung. Insgesamt fehlt ein interaktives Verständnis von eLearning im Sinne der gestaltungsorientierten Perspektive (Kerres 2013) in den Berufsfachschulen. Anhand des Antwortverhaltens der befragten Schulen entsteht der Eindruck einer einseitigen Kommunikation im aktuellen eLearning-Setting: Lernmaterialien und Aufträge werden zur Verfügung gestellt, jedoch entsteht hier der Eindruck einer „statischen Angelegenheit“ (Wieschowski/Heinitz/Hagemann 2016). Eine „untergeordnete Rolle“ der kommunikativen Tools benannten auch Heinitz und Wieschowski (2016: 20) in ihrer Studie. Videokonferenzen werden zwar genutzt, aber auch hier wird nicht klar, wie der Einsatz konkret umgesetzt wird. Zur Umsetzung digitaler Lernangebote in Zeiten der Schulschließung, fehlen den Schulen konkrete Vorgaben. Es liegen zwar Hinweise des KM zur Umsetzung der Pflegeausbildung sowie zum Vollzug des Infektionsschutzgesetzes in beruflichen Schulen vor (KM 2020b/KM 2020c), jedoch wird die finale Entscheidung, ob Unterrichtersatz, praktische Prüfungen sowie Praxisan- und -begleitung und wenn ja, wie, den Trägern überlassen. Die Auszubildenden gehen bzw. bleiben zur Unterstützung in die Praxis, gemäß Vorgaben des KM (2020c). Hier finden sie möglicherweise auf den Stationen veränderte Abläufe und Hygienemaßnahmen sowie mangelnde Schutzausrüstung vor. Zum Erleben der Lernenden der Pandemie-Situation befindet sich eine Befragung in Vorbereitung. Weiterzudenken wäre auch ein Vergleich zwischen Berufsfachschulen und Hochschulen hinsichtlich des Umgangs mit elektronischen Lernangeboten. Auch wenn die Pandemie-Situation die Schulen erstmal vor Herausforderungen stellt, so sollte diese Krise als Chance betrachtet und genutzt werden, um zielgruppengerechte eLearning-Angebote in der Pflegebildung auszuprobieren und nachhaltig in die Curricula zu implementieren. Dies wäre ein wichtiger Schritt der Lehrenden, um digitale Wege in der Bildungslandschaft zukünftig zu beschreiten.

LITERATUR

- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) (2020). Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) Corona-Pandemie: Einschränkung der Besuchsrechte für Krankenhäuser, Pflege- und Behinderteneinrichtungen. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 13. März 2020. Online unter <https://www.verkuendung-bayern.de/files/baym-bl/2020/141/baymbl-2020-141.pdf> [07.04.2020]
- Heinitz, M./Wieschowski, S. (2016). Bestandsaufnahme zum Einsatz von E-Learning an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten für Fachberufe des Sozial- und Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Forschungsbericht des Projekts BEST WSG (Berufsintegrierte Studiengänge zur Weiterqualifizierung im Sozial- und Gesundheitswesen) an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld. Online unter https://www.fh-diakonie.de/obj/offene_fh/Ergebnisse_Umfrage_28_06_2016.pdf [07.04.2020]
- Kerres, M. (2013). Mediendidaktik. München: Oldenburg.
- KM (2020a). Coronavirus aktuell. Unterricht an bayerischen Schulen ist eingestellt. Online unter <https://www.km.bayern.de/allgemein/meldung/6901/unterricht-an-bayerischen-schulen-wird-eingestellt.html> [07.04.2020]
- KM (2020b). Aktuelle Hinweise zur Umsetzung der Pflegeausbildung nach dem Altenpflegegesetz (AltPflG), Krankenpflegegesetz (KrPflG) und Pflegeberufegesetz (PflBG) sowie in der Pflegefachhilfe. Unveröffentlichtes Schreiben der Ministerialrätin Hefner vom 27.03.2020.
- KM (2020c). Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG); hier: Informationen zu COVID – 19 (Coronavirus SARS-CoV-2). Umsetzung an beruflichen Schulen. Unveröffentlichtes Schreiben des Ministerialdirigenten Denneborg vom 13.03.2020.
- KM (o. J.). Alle Schulen in Bayern suchen und finden. Online unter <https://www.km.bayern.de/schulsuche> [07.04.2020]
- Wieschowski, S./ Heinitz, M., & Hagemann, T. (2016). E-Learning: Zaghafte Schritte zur Pflegeausbildung 2.0. Online unter <https://www.bibliomed-pflege.de/zeitschriften/die-schwester-der-pfleger/heftarchiv/ausgabe/artikel/sp-7-2016-wieviel-technik-braucht-die-pflege/28065-e-learning-zaghafte-schritte-zur-pflegeausbildung-20/> [08.04.2020]

Christiane Wissing

Katholische Stiftungshochschule München
Preysingstraße 95
D-81667 München
christiane.wissing@ksh-m.de

Schulentwicklung in Zeiten der Pandemie: Wie eine Berufsfachschule für den Rettungsdienst die Krise als Chance zur Weiterentwicklung nutzt

Dominik Hahnen¹, M.Ed., Peter Reichartz², Christina Heßling³, Stefan Markus⁴

¹ Pädagogischer Leiter, Malteser Bildungszentrum Euregio

² Fach- und Klassenlehrer / Stabstelle digitale Lehre, Malteser Bildungszentrum Euregio

³ Referentin Abteilung Ausbildung, Malteser Hilfsdienst e.V.

⁴ Abteilungsleiter Ausbildung, Malteser Hilfsdienst e.V.

Das Malteser Bildungszentrum Euregio in Aachen ist als Berufsfachschule für den Rettungsdienst in die Edukation von Einsatzkräften in unterschiedlichen Qualifikationsstufen involviert. Dabei ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen dem erhöhten Bedarf an Einsatzkräften bei einer auch weiterhin hochqualitativen Ausbildung auf der einen, sowie der Notwendigkeit der Pandemieeingrenzung auf der anderen Seite. Es zeigt sich, dass die Anforderungen, welche an das Bildungszentrum gestellt werden, durchaus eine Möglichkeit zur Evolution des Schulbetriebes genutzt werden können, wenn man neuen Perspektiven offen gegenübersteht.

AUSGANGSSITUATION

Das Malteser Bildungszentrum (MBZ) Euregio mit Sitz in Aachen sowie Standorten in Erkelenz, Euskirchen und Krefeld ist als Berufsfachschule für den Rettungsdienst in allen Bereichen der Ausbildung des Rettungsdienstes und des Bevölkerungsschutzes tätig. Mit mehr als 20.000 Teilnehmertagen pro Kalenderjahr ist es eine der größten Bildungseinrichtungen des Bundesgebietes in diesem Bereich. Den größten Teil der Aktivitäten des MBZ nehmen die Lehrgänge der rettungsdienstlichen Basisqualifikationen Rettungshelfer (RettHelf) und Rettungssanitäter (RettSan) sowie die dreijährige Berufsausbildung zur Notfallsanitäterin und Notfallsanitäter (NotSan) in Anspruch. Das Portfolio wird ergänzt durch notfallmedizinische Fort- und Weiterbildungen, internationale Kursformate, Ausbildungen für Führungskräfte und sozialpflegerische Ausbildungen.

Bereits am 26.02.2020 erfolgte das Aussetzen des Schulbetriebes am Standort Erkelenz, nachdem der Landrat des Kreises Heinsberg aufgrund der sich ausweitenden SARS-CoV-2-Pandemie die Schließung aller Schulen veranlasst hatte und sich das MBZ Euregio dieser Risikobewertung angeschlossen hatte. In diesem Zusammenhang war zunächst einmal nur ein Kurs der dreijährigen NotSan-Ausbildung mit wenigen Unterrichtstagen betroffen, so dass eine Umgestaltung der Zeitplanung dieses Kurses in Verbindung mit dem Ausgleich des Workloads im Rahmen einer der nächsten schulischen Ausbildungsphase keine wesentlichen Schwierigkeiten darstellte. Als jedoch aufgrund des Fortschreitens der Pandemie per Erlass durch das zuständige Ministerium am 13.03.2020 die „Einstellung des Unterrichtsbetriebs an allen Schulen der Pflege- und Gesundheitsberufe“ (MAGS, 2020a) angeordnet wurde, stand

das MBZ Euregio vor der Herausforderung, dass alle Bildungsveranstaltungen an den MBZ-Standorten bis zum 20.04.2020 zu beenden. Die Schüler der dreijährigen NotSan-Ausbildung, welche sich aktuell in einer schulischen Ausbildungsphase befanden, wurden in eine außerplanmäßige praktische Ausbildungsphase entsendet. Fort- und Weiterbildungsangebote wurden flächendeckend abgesagt, darunter auch der jährlich stattfindende Kurs „Arzt im Rettungsdienst“, der mit einem hohen personellen und materiellen Aufwand Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit als Notärztin bzw. Notarzt qualifiziert.

Das MBZ befindet sich aktuell in einem Spannungsfeld zwischen seinem Beitrag zu Pandemieeingrenzung durch die Reduzierung der Kontaktpersonen auf der einen Seite und seiner Verpflichtung als Bildungseinrichtung des Malteser Hilfsdienstes als Hilfsorganisation die Qualifizierung von Einsatzpersonal sicherzustellen, auf der anderen Seite. Verschärft wird diese Situation noch einmal zusätzlich dadurch, dass aufgrund der Krise mit einem erhöhten Personalbedarf im Bevölkerungsschutz- und Gesundheitswesen zu rechnen ist. Aus diesem Grund wurde das MBZ auch von Seiten des Krisenstabes der Städteregion Aachen gehalten zu prüfen inwiefern die Fortführung der rettungsdienstlichen Basisqualifikationen aufrechterhalten werden kann und dies entsprechend umzusetzen. Es wurden verschiedene Maßnahmen getroffen, um der beschriebenen Situation gerecht zu werden, welche gleichzeitig ebenso weitreichende Folgen für die Entwicklung des MBZ in Zukunft bedingen können.

UMSTRUKTURIERUNG VON ARBEITSPROZESSEN UND DIDAKTISCHEN KONZEPTIONEN

Mit einer Ergänzung des Erlasses vom 13.04.2020 wurde am 17.04.2020 die „Weiterführung der Ausbildungen der Pflege- und Gesundheitsfachberufe“ zumindest unter bestimmten Voraussetzungen legitimiert (MAGS, 2020b), wodurch sich die Möglichkeit ergab dem Wunsch des Krisenstabes gerecht zu werden und die rettungsdienstlichen Basisqualifikationen unter besonderen Verfahrensweisen fortzusetzen. Sehr kurzfristig wurde die Möglichkeit geschaffen die in der Ergänzung des Erlasses geforderte theoretische Ausbildung im häuslichen Umfeld zu ermöglichen (MAGS, 2020b). Praktische Übungen sowie die Prüfungen wurden so geplant und strukturiert, dass Kontakte zwi-

schen den Lernenden untereinander sowie den Lehrenden möglichst reduziert wurden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die sehr kooperative Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Städteregion Aachen als zuständige Behörde zu erwähnen, welche unbürokratisch und zielorientiert gemeinsam mit den Verantwortlichen des Bildungszentrums Euregio nach Lösungen für die besondere Lage suchte und diese umsetzte.

Während innerhalb der hierarchischen Organisationsstruktur des Malteser Hilfsdienstes bereits früh Maßnahmen zur Reduzierung der Kontaktpersonen ergriffen wurden, waren von ebendiesen auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schulverwaltung und die Lehrkräfte betroffen. Es zeigte sich, dass die Investitionen in ortsunabhängige EDV-Lösungen, mit welchen die Mitarbeitenden schon lange vor und unabhängig von der Pandemiesituation ausgestattet wurden, in jeglicher Form gerechtfertigt sind und eine prompte Umsetzung des unabdingbaren „Homeoffice“ ermöglichten. Insofern gab es hinsichtlich der Schul- und Kursverwaltung keine nennenswerten Informationsverluste oder ähnliche Schwierigkeiten durch die nicht vorhandene Präsenz der Mitarbeitenden. Die Lehrkräfte stimmten sich mit der im Gesamtverband der Malteser zur Verfügung gestellte Applikationen situationsgerecht ab, bereiteten ihre Lehr-Lerneinheiten vor und führten diese im digitalen Klassenzimmer durch. Gleichzeitig konnten die Lehrkräfte, die allesamt über hohe rettungsdienstliche Qualifikationen verfügen, auch die Kolleginnen und Kollegen des operativen Rettungsdienstes beim zu bewältigenden Mehrbedarf an Einsätzen aktiv unterstützen. Sofern dies zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Artikels bereits zu bewerten ist, lässt sich ableiten, dass zeitgemäße digitale Ausstattung und die entsprechende digitale Kompetenz der Mitarbeitenden den alltäglichen Betrieb einer Bildungseinrichtung optimieren und zeitgemäße und angemessen flexible Beschäftigungsmodelle im Bildungsbereich etabliert werden können und sollten.

Durch eine flexible Umplanung der Kurse aus der dreijährigen NotSan-Ausbildung konnte für alle diese Kurse eine Lösung gefunden werden, bei der eine Verlängerung der Ausbildung aufgrund von mangelnden theoretischen oder praktischen Ausbildungsstunden vermieden werden konnte. In allen Fällen kam es nicht zu einer Unterbrechung der Ausbildung, sondern lediglich zu einer individuellen Umplanung der schulischen und praktischen Ausbildungsphasen, auch wenn hier insbesondere die räumlichen, personellen und materiellen Ressourcen des Bildungszentrum im zweiten Halbjahr 2020 bis an die Belastungsgrenze genutzt werden müssen. Die Lernenden, welche allesamt ab dem 14.03.2020 gemäß dem Erlass des MAGS (2020a) in ihrem jeweiligen praktischen Ausbildungsbereich eingesetzt werden, tragen dazu bei, die systemrelevanten Strukturen des Rettungsdienstes aufrecht zu erhalten, da sie, wie es in der Ergänzung des Erlasses beschrieben ist, gemäß ihres jeweiligen Kenntnisstandes eingesetzt werden können (MAGS, 2020b). Dies belegt, wie wertvoll die in Nordrhein-Westfalen explizit formulierte Möglichkeit ist, dass die Lernenden im Rahmen einer Äquivalenzprüfung während der NotSan-Ausbildung auch die Qualifikation zum RettSan erwerben können (MGEPA, 2016a). Es besteht so die Möglichkeit, sie im Rahmen der besonderen Lage mit erhöhtem Personalbedarf im Bevölkerungsschutz auch als Produktivkräfte

einzusetzen, was innerhalb vieler Rettungsdienstbereiche besonders relevant ist, da aus Gründen der Kontaktreduktion und ressourcensparendem Umgang von Infektionsschutzmaterial, dort zusätzliche Besatzungsmitglieder auf den Rettungsmitteln untersagt wurden. Die praktische Ausbildung hätte in diesem Fall nicht fortgesetzt werden können. Nur der Form halber soll an dieser Stelle beschrieben sein, dass im Falle des Einsatzes als Produktivkraft (im Rahmen der besonderen Lage) der Einsatz entsprechend des Kenntnisstandes des Lernenden erfolgen muss und die praktische Anleitung jederzeit sichergestellt ist.

Zum Teil wurden die anzubahnenden Kompetenzen des Rahmenlehrplanes zur NotSan-Ausbildung in Nordrhein-Westfalen auch hinsichtlich der Umsetzbarkeit von digitaler Lehre überprüft (MGEPA, 2016b), so dass auch Klassen der dreijährigen NotSan-Ausbildung anteilig im digitalen Klassenraum des MBZ Euregio unterrichtet werden können.

ERARBEITUNG EINER DIGITALSTRATEGIE UND UNTERRICHTSGESTALTUNG IN DIGITALEN KLASSENÄUMEN

Am MBZ Euregio kommt bereits seit mehreren Jahren das Open-Source-Lernmanagementsystem (LMS) ILIAS unterrichts- und lernbegleitend zum Einsatz. Zunächst als kleines Pilotprojekt gestartet, etablierte sich die Lernplattform insbesondere im Bereich der dreijährigen Berufsausbildung als wertvolles Werkzeug einer modernen wie interaktiven Unterrichtsgestaltung, dessen intensive Weiterentwicklung und inhaltliche Gestaltung man in den kommenden Jahren geplant hat.

ILIAS bedarf keiner hohen Anforderungen an die technische Ausstattung der Nutzergruppe, die Plattform ist webbasiert, plattformübergreifend erreichbar und in großen Teilen bereits für die Verwendung auf Mobilgeräten optimiert. Da keine zusätzliche App oder Software benötigt wird, können problemlos verschiedene Nutzergruppen angesprochen werden, es reicht ein Internetzugang und ein Gerät mit aktuellem Browser. Vor allem steht mit ILIAS ein mächtiges LMS zur Verfügung, welches bereits in der Grundkonfiguration eine Fülle an verwendbaren Organisations- und Inhaltsobjekten mitbringt. Exemplarisch benannt seien Kurse und Gruppen, Glossare, Lernmodule, Tests, Übungen und Wikis. Das System macht es leicht Inhalte direkt auf der Plattform zu gestalten und bietet die Integration standardkonformer Inhalte wie von SCORM 2004 Lernmodulen, ein (Export-)Format, das die meisten Tools für E-Learning-Kurse und andere LMS-Systeme bieten. Die Skalierbarkeit von ILIAS bietet ausreichend Spielraum, bei entsprechender Serverinfrastruktur, kleinere Nutzergruppen oder auch mehrere Tausend Nutzerinnen und Nutzer zu verwalten. Ein entsprechendes Rechtssystem bietet detaillierte Anpassungsmöglichkeiten zur Bereitstellung zielgruppenspezifischer Inhalte. ILIAS steht als Open-Source Lösung ohne Lizenzgebühren zur Verfügung und wird von einer aktiven Community ständig weiterentwickelt und verbessert, Einfluss auf die Entwicklung ist über eine Vereinsmitgliedschaft und die Beteiligung am Crowdfunding für neue Features möglich.

Von Beginn an wurde die Plattform auch als mögliches Bindeglied zwischen den drei Lernorten in der NotSan-Ausbildung Berufsschule, Klinik und Rettungswache sowie den jeweiligen Lehrenden und Praxisanleitenden bedacht. Entsprechend erfolgt der Einsatz nicht nur als Lern-, sondern im Sinne eines Wissensmanagements auch als Informationsplattform, auf der ausbildungsrelevante Dokumente und Informationen zusammengetragen und diskutiert werden können.

Einleitend bereits kurz beschrieben wird das größte Einsatzpotential der Lernplattform im Bereich des Blended-Learnings, daher als Ergänzung zu bestehenden und etablierten Präsenzunterricht, gesehen. Ein regulärer anteiliger Ersatz von Präsenzanteilen durch die Bearbeitung von E-Learning-Modulen war bislang nicht vorgesehen, vielmehr sollte den Lernenden Berufsausbildung mit dem optionalen (in Entwicklung befindlichem) Angebot ein zusätzlicher Mehrwert geboten werden. Darüber hinaus finden die erwähnten Tools wie beispielsweise Übungen, die das digitale Einreichen von bearbeiteten Aufgaben erlauben und klasseninterne „Peer-Review“-Funktion bieten, methodischen Einsatz in der Unterrichtsgestaltung.

Als sich erste Einschränkungen des öffentlichen Lebens durch die Corona- Epidemie abzeichneten und das Aussetzen des Präsenzunterrichtes an den Schulen drohte, reagierten die Verantwortlichen für die Lernplattform seitens des MBZ Euregio präventiv mit dem Vorzug, ohnehin ausstehender Pläne, der Realisierung eines virtuellen Klassenraums. An dieser Stelle soll die hervorragende Unterstützung durch die Databay AG in Würselen nicht unerwähnt bleiben, die diese kurzfristige Umsetzung erst möglich gemacht haben.

Die Umsetzung des virtuellen Klassenraums erfolgte mit dem für online Lernen gestaltetem Open Source Webkonferenz- System BigBlueButton, auf einem zusätzlich angemieteten Server. Mithilfe eines Plugins gelingt die nahtlose Integration in die ILIAS-basierte Lernplattform. Das Webkonferenzsystem bietet neben klassischer Audio-Video-Konferenz- und Chatfunktion, die Möglichkeiten Präsentationen gängiger Formate live zu präsentieren oder direkt den gesamten Bildschirm des Präsentierenden zu übertragen. Mit einem virtuellen Whiteboard, einem gemeinsamen Notizblock und der Möglichkeit zeitlich begrenzte Breakout-Räume für virtuelle Gruppensequenzen zu erstellen, bietet BigBlueButton als virtueller Klassenraum ausreichend Möglichkeiten auch webbasierten Unterricht möglichst interaktiv mit hoher Beteiligung der Teilnehmenden zu gestalten.

Das Aussetzen des Präsenzunterrichtes und auch die durch die Pandemie bedingten Einschränkungen in den praktischen Ausbildungen machen eine kurzfristige Erweiterung der Digitalstrategie erforderlich, um mindestens anteilig, in der Präsenz ausfallenden, theoretischen Unterricht zu kompensieren und etwaige Verlängerungen von Ausbildungszeiträumen zu vermeiden. Dank der am MBZ Euregio fest verankerten Innovationsoffenheit, kann diese Digitalstrategie auf dem beschriebenen soliden Fundament aufbauen.

Im Bereich der NotSan-Ausbildung betätigen sich verfügbare Lehrkräfte seither intensiv in der Entwicklung und Gestaltung von Lernmodulen, der Aufzeichnung von We-

binaren und dem Bereitstellen anderer vielfältiger Inhalte. Dabei werden die jeweiligen Themen in kleine 20 bis 30-minütige Einheiten sequenziert, um Aufmerksamkeitsphasen voll zu nutzen und ein zeitunabhängiges Intervalllernen zu ermöglichen. Ergänzt wird dieses Lernangebot um Online-Präsenzphasen im virtuellen Klassenraum, der sich neben dem Einsatz in der NotSan-Ausbildung, in Abstimmung mit der zuständigen Behörde, auch schnell als hervorragende Möglichkeit zur Reduktion der Kontaktpunkte im Rahmen der Fortführung der rettungsdienstlichen Basisqualifikationen bewährt hat. Der Unterricht im virtuellen Klassenraum erfordert dabei von Lernenden wie Lehrenden einen hohen Grad an Konzentration, ein gutes Zeit- und angepasstes Pausenmanagement sowie viel Kreativität, um auch im virtuellen Kontext alle Lernenden gleichermaßen einzubeziehen. Die bisherige Resonanz ist positiv, bedarf aber der weiteren und kontinuierlichen Evaluation. Möglicherweise bietet der virtuelle Klassenraum, in Kombination mit etwaigen Lernmodulen, sogar bessere Möglichkeiten auf individuelle Voraussetzungen der Lernenden einzugehen. Fragen gehen im gemeinsamen Chat nicht unter und können in einem begleitend geschalteten Forum auch zu späterem Zeitpunkt gestellt und diskutiert werden.

NEUES FORMAT: „PFLEGEFIT“ ALS UNTERSTÜTZUNG IN DER PFLEGE DURCH EINSATZKRÄFTE

Eine weitere Chance, um den hohen Bedarf an Healthcare Professionals für die gegenwertige Pandemiesituation zu decken, ist die Weiterbildung von Einsatzpersonal mit niederschweligen Qualifikationen, welche insbesondere im Bereich der Pflegekräfte wertvolle Unterstützung leisten können. Gemeinsam mit der Abteilung Ausbildung der Bundeszentrale des Malteser Hilfsdienstes in Köln wurde durch das MBZ Euregio ein E-Learning Angebot für interessierte Personen entwickelt, welche die grundpflegerische Versorgung in den sogenannten Behelfskrankenhäuser unterstützend durchführen. Außerdem können Sie auch bei Bedarf in der stationären und ambulanten Altenpflege die Pflegefachkräfte unterstützen.

Im Bereich der Pflege herrscht Fachkräftemangel, gleichzeitig bereiten sich die Krankenhäuser durch die SARS-CoV-2-Pandemie auf ein mögliches Szenario vor, bei dem viele Menschen gleichzeitig beatmet werden müssten. Um die pflegerische Versorgung zu unterstützen, bilden die Malteser Personen, auch ohne bzw. mit wenigen medizinischen oder pflegerischen Vorkenntnissen im Rahmen seines E-Learning-Angebotes „Pflegetfit“ aus, insbesondere sollen die Einsatzkräfte aus dem Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz für ein breiteres Einsatzspektrum ermöglicht werden.

Das E-Learning Angebot deckt fachliche Basiskompetenzen ab, welche erforderlich sind, um die Pflege zu unterstützen und fokussiert sich dabei auf die Durchführung der grundpflegerischen Versorgung, aber auch auf die Themen Krankenbeobachtung, Hygiene und anwendungsbezogenes Wissen zu SARS-CoV-2 und COVID-19. Ebenso sol-

len Kompetenzen aus den Themenkomplexen der Grundpflege, sowie Unterstützung bei der Körperpflege und bei der Nahrungsaufnahme angebahnt werden. Dazu werden auf der oben dargestellten digitalen Plattform der Malteser Videos, Webinare und virtuelle Klassenzimmer sowie verschiedene Arbeitsaufträge, die online bearbeitet werden können genutzt. Eine Übersicht über die Inhalte ist in Tabelle 1 dargestellt.

Das Bildungsangebot ist modular aufgebaut und die Lernenden absolvieren diese hintereinander mit abschließenden kompakten Erfolgskontrollen. Nach erfolgreicher Bearbeitung aller Module wird eine Teilnahmebescheinigung durch das System generiert.

Die Lehrenden unterstützen die Lernenden individuell bei Bedarf fernmündlich. Das Kursangebot „Pflegetfit“ umfasst 40 Unterrichtseinheiten, welche alle digital, ohne Präsenzunterricht im Sinne der Kontaktvermeidung, vermittelt werden. Die Zielgruppe dieses Angebotes, welches grundsätzlich auch weiteren interessierten geöffnet werden kann, verfügt in der Regel (als Einsatzsanitäterin/Einsatzsanitäter) über medizinische Kenntnisse, jedoch nicht über Kompetenzen aus dem Bereich der Pflegewissenschaft. Um hier schnell und pragmatisch unterstützen zu können, darf das Angebot eher als eine spontane Lösung für einen möglichen Peak an Pflegebedürftigen behandeln zu können betrachtet werden. Es ist nicht als dauerhafte Lösung gedacht und kann selbstverständlich keine pflegerische Ausbildung ersetzen.

Gleichzeitig können im Sinne der Organisationsentwicklung die Möglichkeiten von digitalen Ausbildungsangeboten erforscht werden, um künftig andere pflegerische Bildungsangebote der Malteser zu digitalisieren.

Modul	Inhalte
1	Erste Hilfe Maßnahmen (insb. Lebensrettende Sofortmaßnahmen, HLW, Verbände)
2	Allgemeine Hygiene (inkl. Durchführung Händedesinfektion)
3	Spezielle Hygiene Corona/Covid-19
4	Grundlagenwissen über Corona/Covid-19
5	Krankenbeobachtung und Prüfung der Vitalzeichen (RR, Puls, Temperatur, Atmung)
6	Grundpflege (ohne Möglichkeit einer Dusche, Pflege im Bett bzw. am Waschbecken)
7	Prophylaxen (inkl. Lagerung / Mobilisation)
8	Ernährung (insb. Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme)
9	Ausscheidung (insb. Hilfestellung beim Toilettengang)
10	Grundlagen zu verschiedenen Krankheitsbildern
11	Palliativversorgung
12	Psychohygiene / Selbstpflege / Umgang mit Grenzerfahrungen
13	Rechtliche Bestimmungen

Tabelle 1: Übersicht über die Module des „Pflegetfit“

FAZIT

Auch wenn es zum aktuellen Zeitpunkt noch zu früh ist, um wirkliche Lehren aus der SARS-CoV-2-Pandemie zu ziehen, lassen sich doch bereits einige Erkenntnisse in Bezug auf die Entwicklung einer Berufsfachschule im Gesundheitswesen herleiten. Es zeigt sich, dass besondere Situationen eben auch besondere Lösungswege erfordern und Flexibilität als Teil des Grundverständnis eines Unternehmens oder Bildungsbetriebes auch in einer globalen Krise die Handlungsfähigkeit ermöglicht und neue Perspektiven zulässt. So ist beispielsweise das „Pflegetfit“-Konzept keinesfalls eine konkrete Lösung für den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, ermöglicht jedoch eine kurzfristige Unterstützung der Strukturen in der Pandemielage. Die Vielseitigkeit einer Hilfsorganisation und deren Strukturen unterstützt dabei eine zügige Umsetzung von Konzeptionen und stellt dabei wiederum eine wichtige Säule im Bevölkerungsschutz dar.

Weiterhin zeigt sich, dass die Investition in zeitgemäße digitale Infrastrukturen und die kontinuierliche und vorausschauende Weiterentwicklung ebensolcher Konzepte auch eine kurzfristige Umsetzung von alternativen Bildungsformaten ermöglicht. Die etablierte Innovationsstrategie einer Bildungseinrichtung zahlt sich in Krisensituationen aus, da auf bestehenden Ansätzen kurzfristig aufgebaut werden kann.

Dass die Umsetzung digitaler Inhalte auch in den Bereichen der Gesundheits- und Bevölkerungsschutzpädagogik zeitgemäß ist, zeigt sich auch daran, wie selbstverständlich das Angebot der digitalen Lehre bzw. des digitalen Klassenraumes von den Lernenden, die größtenteils deutlich digitalisierter sozialisiert wurden als ihre Lehrenden, angenommen wurde.

Dominik Hahnen, M. Ed.

Malteser Bildungszentrum Euregio
Auf der Hüls 201
D-52068 Aachen
dominik.hahnen@malteser.org

LITERATUR

- *Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (2020a). Einstellung des Unterrichtsbetriebs an allen Schulen der Pflege- und Gesundheitsberufe [Erlass] Düsseldorf: Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen*
- *Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (2020b). Weiterführung der Ausbildungen der Pflege- und Gesundheitsberufe [Ergänzung zum Erlass vom 13.03.2020] Düsseldorf: Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen*
- *Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA); heute Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) (2016a). Ausführungsbestimmungen zur Notfallsanitäter Ausbildung in NRW – Teil II. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen*
- *Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA); heute Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) (2016b). Rahmenlehrplan Ausbildung zum Notfallsanitäter / zur Notfallsanitäterin in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.*

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. Sandro Bliemetsrieder

Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstraße 101
D-73732 Esslingen
Sandro-Thomas.Bliemetsrieder@hs-esslingen.de

Dr. Gerd Bräuer

Schreibzentrum an der PH Freiburg
Kunzenweg 21
D-79117 Freiburg
braeuer@ph-freiburg.de

Prof. Dr. Christa Bükler

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.
(DGP)
Bürgerstr. 47
D-47057 Duisburg
christa.bueker@fh-bielefeld.de

Prof.in Dr.in Olivia Dibelius

Evangelische Hochschule Berlin
Teltower Damm 118-122
D-14167 Berlin
dibelius@eh-berlin.eu

Dr. sc. nat. Jutta Ernst

Zentrum Klinische Pflegewissenschaft
Universitätsspital Zürich
CH-8091 Zürich
jutta.ernst@usz.ch

Mag.a Susanne Fesl, M.Sc.

fesl.susa@gmail.com

Manfred Fiedler

Universität Witten-Herdecke
Department für Humanmedizin
Stockumer Straße 12
D-58453 Witten
Manfred.Fiedler@uni-wh.de

Prof. Dr. Gabriele Fischer

Hochschule München
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
Am Stadtpark 20
D-81243 München
gabriele.fischer@hm.edu

Hedwig François-Kettner

Sarntaler Weg 40
D-12209 Berlin
francois-kettner@progewi.de

Carola Fromm, M.A.

Regionale Kliniken Holding RKH Ludwigsburg
Kastanienweg 9
D-71739 Oberriexingen
carola@fromminet.de

Prof. Dr. phil. Uta Gaidys

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Ham-
burg
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
D-20099 Hamburg
Uta.Gaidys@haw-hamburg.de

Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer

Schloßmühlgasse 22
A-2351 Wiener Neudorf
gerald@gatterer.at

Prof. Dr. Constanze Giese

Katholische Stiftungshochschule München
Preysingstr. 95
D-81667 München
constanze.giese@ksh-m.de

Sabrina Grossenbacher-Eggmann

Inselspital, Universitätsspital Bern
Institut für Physiotherapie
Freiburgstrasse 16p
CH-3010 Bern
sabrina.grossenbacher@insel.ch

Andrea Gundolf, M.Ed.

Lehrerin für Gesundheitsberufe
Akad. Gesundheits- und Pflegemanagerin
St. Margarethenweg 5
A-9081 Reifnitz am Wörthersee
andrea@gundolf.at

Odette Haefeli

Good People Tomorrow
oh@goodpeopletomorrow.ch

Dominik Hahnen, M. Ed.

Malteser Bildungszentrum Euregio
Auf der Hüls 201
D-52068 Aachen
dominik.hahnen@malteser.org

Birgit Hartleb, M.A., Dipl. Pflegewirtin (FH)

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissen-
schaften - Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel
Fakultät Gesundheitswesen
Rothenfelder Straße 10
38440 Wolfsburg
b.hartleb@ostfalia.de

Prof. Dr. Martina Hasseler

Ostfalia – Hochschule für angewandte
Wissenschaften
Fakultät Gesundheitswesen,
Robert-Koch-Platz 8a
D-38440 Wolfsburg
m.hasseler@ostfalia.de

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. Barbara Hellige

Hochschule Hannover
Blumhardtstr. 2
D-30625 Hannover
barbara.hellige@hs-hannover.de

Prof. Dr. Anke Helmbold

Katholische Hochschule NRW (KatHO NRW)
Abteilung Köln
Wörthstraße 10
D-50668 Köln
a.helmbold@katho-nrw.de

Daniele Hunlede, M.A.

Pflegekammer Niedersachsen KdÖR
Hans-Böckler-Allee 9
D-30173 Hannover
daniele.hunlede@pflegekammer-nds.de

Prof. Dr. iur. Gerhard Igl, Universitätsprofessor a. D.

Universität Kiel

Tobias Immenroth, M.A.

Vorsitzender des Ausschusses
Qualitätsentwicklung und -sicherung
Pflegekammer Niedersachsen KdÖR
Hans-Böckler-Allee 9
D-38173 Hannover
tobias.immenroth@pflegekammer-nds.de

Dr. Julia Inthorn

Direktorin des Zentrums für Gesundheitsethik
Knochenhauerstr. 33
30159 Hannover
Julia.inthorn@evlka.de

PD Dr. Till Jansen

Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
D-58455 Witten
Till.Jansen@uni-wh.de

Ursula Jung, B.A., M.Sc.

D-22885 Barbüttel
Jung-Ursula@web.de

Dr. Sylvia Kaap-Fröhlich, MBA

Careum Stiftung Zürich
Bereich Bildungsentwicklung
Pestalozzistrasse 3
CH-8032 Zürich
sylvia.kaap@careum.ch

Hanna Klingshirn

Katholische Stiftungshochschule München
Preysingstraße 95
D-81667 München
hanna.klingshirn@ksh-m.de

Kerstin Köhler

Stockumer Str. 12
D-58453 Witten
kerstin.koehler@dzne.de

Andrea Komlew, M.Sc.

Kuglweg 8
D-85276 Pfaffenhofen
info@hebamme-paf.de

Prof. Dr. Frauke Koppelin

Jade Hochschule Wilhelmshaven Oldenburg Elsfleth
Abteilung Technik und Gesundheit
Ofenerstr. 16-19
D-28121 Oldenburg
frauke.koppelin@jade-hs.de

Prof. Dr. phil. Mechthild Löwenstein

Hochschule Esslingen
Flandernstr. 101
D-73732 Esslingen am Neckar
mechthild.loewenstein@hs-esslingen.de

Iris Ludwig

Ludwig und Partner
im.ludwig@bluewin.ch

Christina Manietta, MSc, RN

Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
D-58455 Witten
christina.manietta@uni-wh.de

Prof.in Dr. Uta Oelke

Hochschule Hannover
Fakultät V, Abteilung Pflege und Gesundheit
Blumhardtstr. 2
D-30625 Hannover
uta.oelke@hs-hannover.de

Sabrina Pelz, M.Sc., APN

pelz.sabrina@t-online.de

Ilja Petkovic, , B.Sc. Pflege, cand. M.Sc. ANP

Hochschule München
Infektiologie und Tropenmedizin
Westendstraße 119
D-80339 München
petkovic@hm.edu

Prof.in Dr.in Gudrun Piechotta-Henze

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
D-12627 Berlin
piechotta@ash-berlin.eu

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. rer. soc. Karin Reiber

Hochschule Esslingen
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Flandernstraße 101
D-73732 Esslingen
Karin.Reiber@hs-esslingen.de

Prof. Dr. phil. habil. Annette Riedel, M.Sc.

Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstr. 101
D-73732 Esslingen
annette.riedel@hs-esslingen.de

Patrick Roigk, M.A.

Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik für Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation
Auerbachstraße 110
D-70376 Stuttgart
Patrick.Roigk@rbk.de

Dr. phil. Felicitas Söhner

Institut für Geschichte, Theorie und
Ethik der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
D-40225 Düsseldorf
felicitas.soehner@hhu.de

Regina Stolz, M.A., RbP

Universitätsklinikum Tübingen
Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung
Osianderstr. 5
D-72076 Tübingen
regina.stolz@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
D-12627 Berlin
tezcan@ash-berlin.eu

Prof. Dr. rer. cur. Maik H.-J. Winter

Ravensburg-Weingarten University, Institut für
Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung
(IGVP)
Postfach 30 22
D-88216 Weingarten
maik.winter@rwu.de

Dr. Lena Marie Wirth

Universität Osnabrück
Fachbereich Humanwissenschaften
Institut für Gesundheitsforschung und Bildung
Fachgebiet Pflegewissenschaft
Barbarastrasse 22c
D - 49069 Osnabrück
lena.marie.wirth@uos.de

Christiane Wissing

Katholische Stiftungshochschule München
Preysingstraße 95
D-81667 München
christiane.wissing@ksh-m.de

Dr. phil. Sabine Wöhlke

HAWK – Hochschule für angewandte Wissenschaft
und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen
Gesundheitscampus Göttingen
Philipp-Reis-Straße 2 A
D-37075 Göttingen
sabine.woehlke@hawk.de

Herausgeber

Dr. Andreas Lauterbach

Abo-Service

Lieselotte Heinbach

Tel.: +49 (0) 6402 7082-660

Fax: +49 (0) 6402 7082-669

kundenservice@hpsmedia.info

Chefredakteur

Dr. Andreas Lauterbach

Tel.: +49 (0) 6402 7082-664

Fax: +49 (0) 6402 7082-669

lauterbach@hpsmedia.info

Layout

Franziska Reuther

Tel.: +49 (0) 6402 7082-663

cm@hpsmedia.info

Manuskriptzentrale

Manuskripte können unter
www.hpsmedia.info/manuskripte
eingereicht und eingesehen werden.

Wir sind 

www.hpsmedia.info

www.pflege-wissenschaft.info

www.zeitschrift-gesundheitsberufe.info

www.geschichte-der-pflege.info

www.lernwelten.info

www.forschungswelten.info

www.geschichtswelten.info

www.kongress-eni.eu

Editorial Board dieser Ausgabe

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach, Prof. Dr. Anke Fesenfeld, Mag. Andrea Guldolf,
Markus Golla, MScN, Prof. Dr. Beate Blättner, Prof. Dr. Jörg Lehmann,
Prof. Dr. Andreas Lauterbach, Prof. Dr. Sabine Oltersdorf-Steffan

Datenbanken und Impact Factor

Pflegewissenschaft ist in EBSCOhost, CINAHL, GeroLit, CareLit und CC MED – Current Contents Medizin verschlagwortet. Beiträge werden der VG Wort gemeldet. Pflegewissenschaft Online ist HON-Code zertifiziert. Impact-Factor wird auf Anfrage mitgeteilt.

Print-ISSN 1662-3029

Internet-ISSN 1664-0969

hpsmedia GmbH
Geschäftsführer:
Dr. Andreas Lauterbach
Gießener Straße 2
D-35410 Hungen

Geschäftsführer: Andreas Lauterbach
Vertretungsberechtigt: Dr. Andreas Lauterbach (verantwortlich i. S. v. § 55 Abs. 2 RStV)
USt.ID.nr. gemäß § 27 a Umsatzsteuergesetz: DE268903302
Registergericht: Registergericht Gießen, Registernummer: HRB 106942
Inhaltlich Verantwortlicher gemäß TMG: Dr. Andreas Lauterbach

Alle Rechte vorbehalten. Alle Inhalte (Texte, Bilder, Animationen) sowie deren Anordnung unterliegen dem Schutz des Urheberrechtsgesetzes und anderer Schutzgesetze. Die Inhalte dürfen nur im Rahmen der Schrankenbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes vorbehaltlich weiterer anwendbarer Gesetze ohne vorherige schriftliche Zustimmung der hpsmedia GmbH genutzt werden. Sollten Sie daran interessiert sein, Artikel und Grafiken zu gewerblichen Zwecken in Ihr Online-Angebot zu übernehmen, in einem Newsletter zu veröffentlichen oder nachzudrucken, setzen Sie sich bitte vorher mit uns in Verbindung. Bildquellen und Rechte: hpsmedia GmbH, Pixelio, Adobe Stock, Fotolia, Privat.

Verlagsanschrift

hpsmedia GmbH
Gießener Straße 2
D-35410 Hungen



hpsmedia, Pflegewissenschaft sind Markenzeichen der hpsmedia GmbH Deutschland. Sitz der Gesellschaft: Hungen. Registergericht Gießen HRB 106942. Geschäftsführer: Andreas Lauterbach. Ust. Id-Nr.: DE268903302