

RP Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich

Frühling 2023



**INFO
EVENT**

Master Lounge
27. April 2023

Die Zukunft im Gesundheitswesen mitgestalten

Master-Studiengang Advanced Nursing Practice

„Primary Nursing: Unser berufsbegleitender Master-Studiengang Advanced Nursing Practice (ANP) bereitet Sie in 2 Jahren auf verantwortungsvolle Aufgaben im Gesundheitssektor vor. Wir bilden die zukünftigen Expert*innen der Pflege aus. Machen Sie sich bereit für die sich stetig verändernden Chancen und Herausforderungen in der Pflege und beteiligen Sie sich an der Entwicklung von neuen Pflege- und Versorgungskonzepten.“

Prof. (FH) Mag.^a Adelheid Schönthaler, Studiengangsleiterin

- 2 Jahre (120 ECTS)
- Berufsbegleitend
- Studienbeitrag: 363 Euro/Semester (EU Staatsbürger*innen)
- Abschluss: Master of Science in Health Studies
- Studienstart: Oktober 2023

Nähere Informationen
zum FH-Studiengang



Bildung & Management

- 05** **Punktuelle Anregungen zur Pflegebildungsdiskussion**
Hilde Schädle-Deiningner
- 17** **Gibt es einen Zusammenhang zwischen höherer Bildungsstufe im Bereich der Pflege und der Patientensicherheit bzw. Pflegequalität?**
Mag. Dr. Franco Mantovan BSc
- 19** **Gibt es einen Zusammenhang zwischen höherer Bildungsstufe bzw eine Personalausstattung (Anzahl bzw Skill Mix) im Bereich der Pflege und andere Patienten-Ergebnisse/Ereignisse?**
Mag. Dr. Franco Mantovan BSc
- 23** **Arbeitsengagement steigert das Wohlbefinden der Pflegekräfte**
Anne Kokko RN MNsc
Kirsi Leinonen RN MNsc
- 29** **Pflege neu denken Österreich: Ein Fazit für die Zukunft**
Prof. (FH) Markus Golla BScN MScN

Gesundheitspolitik

- 37** **Interview mit Bildungsminister ao. Univ.-Prof. Dr. Martin Polaschek**

Fachwissen

- 41** **„Kinder und Jugendliche - Long COVID oder Echo Pandemie“**
Mag.^a phil. Dr.ⁱⁿ scient.med.
Caroline Culen
- 49** **Die moralische Bedrängnis und psychische Gesundheit vom Pflegepersonal im Krankenhaus während COVID-19**
Dr.ⁱⁿ Eileen T. Lake
Aliza M. Narva JD MSN RN
Sara Holland DNP RN
Dr.ⁱⁿ Jessica G. Smith
Emily Cramer PhD
Kathleen E. Fitzpatrick Rosenbaum BS BSN RN
Rachel French PhD RN
Rebecca R. S. Clark PhD RN
Jeannette A. Rogowski PhD
- 63** **Intensivstation: Wie kann Kommunikation gelingen?**
Brigitte Teigeler
Dr.ⁱⁿ Sabine Walther M.A.
- 73** **Rosenwurz | Rhodiola rosea**
Mag.^a Katrin Schützenauer

Erleben

- 80** **Darstellung von Pflege**
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Zegelin

IMPRESSUM**Medieninhaber**

Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

Herausgeber

Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

Redaktion

Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat

Prof. (FH) Markus Golla BScN MScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion

Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo

www.pflege-professionell.at

Printausgabe

bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe

Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt

office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) peopleimages.com

(C) 2023 Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780

Printversion: ISSN 2518-0258

Berufsbegleitend oder Vollzeit Gesundheit & Soziales an der FH Kärnten studieren

* Bewerbung
bis 15. März
möglich!



10 Bachelor- und 3 Masterstudien



Bachelor

Biomedizinische Analytik* (VZ)
Disability & Diversity Studies (BB)
Ergotherapie* (VZ)
Gesundheits- und Krankenpflege (VZ)
Gesundheits- und Pflegemanagement** (VZ/BB)
Hebammen* (VZ)
Logopädie* (VZ)
Physiotherapie* (VZ)
Radiologietechnologie* (VZ)
Soziale Arbeit (VZ/BB)

Master

Disability, Diversity & Digitalisierung (BB)
Gesundheitsmanagement (BB)
Soziale Arbeit: Entwickeln und Gestalten (VZ/BB)

Individuellen Beratungstermin vereinbaren:
Online oder vor Ort unter info@fh-kaernten.at
oder unter +43 5 905007700.

** **Jetzt NEU:** Studieren ohne Matura!
Voraussetzung: 3 Jahre Berufserfahrung als DGKP.

VZ = Vollzeit | BB = berufsbegleitend



**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,**

Und nun gibt es einen neunten Jahresknopf auf der Downloadseite von Pflege Professionell. 30 Ausgaben und insgesamt 52 Magazine gab es bisher von unserer kleinen Redaktion. Auf der Webseite finden sich mittlerweile über 14000 Artikel aus dem Gesundheitswesen (Pflege, Medizin, Forschung) und man könnte meinen, dass die Artikelquelle bald versickern wird.

Doch das Gegenteil ist der Fall. Jedes Jahr wird in der Pflege stürmischer als das Vorjahr. Die Stimmen werden lauter, die Art der Konversation professioneller und auch das Thema PR ist für Pflegende kein rotes Tuch mehr. Sind wir an einem Punkt angekommen, an dem wir auch im deutschsprachigen Raum endgültig die opferbereite Dienendenrolle gegen eine professionelle Expert:innenrolle eintauschen? Wird aus dem zaghaften „Proud to be a nurse“ Bilder teilen auf Facebook (immer am Geburtstag von Florence Nightingale) eine Berufshaltung mit Stolz die durchgehend gelebt wird? Es könnte auch nur ein Wunschtraum meinerseits sein.

Ich bin mir sicher, wir werden noch ganz viele tolle Artikel von neuen Schreibenden erhalten und auch die „Altexpert:innen“ werden nicht leise werden. Ein Grund auch noch die nächsten Jahre mit unserem Hobby „Pflege Professionell“ nicht aufzuhören.

Aber nicht nur schriftlich, sondern auch auf den Bühnen der Symposien und sonstigen Events wird Pflege lauter, sicherer und zeigt hier auf, dass wir als Berufsgruppe sehr wohl unseren gewünschten Weg kennen und immer weniger bereit sind, sich von anderen die Butter vom Brot nehmen zu lassen.

Man könnte es auch eine Pflegerevolution oder vielleicht sogar eine Pflegeevolution nennen. Für den eine/n oder andere/n wird aus der Pflegeutopie eine Pflegewirklichkeit und für weitere ist es langsam Zeit das Feld zu räumen.

Es ist Bewegung in der Pflege und immer mehr Pflegeexpert:innen nehmen daran teil.

Wir freuen uns sehr, diese Menschen begleiten zu dürfen, Sie mit neuen Inhalten zu bestärken oder zum Denken anzuregen, um Teil dieses Tsunamis zu sein.

Viel Spaß beim Lesen
Markus Golla



Markus Golla
Herausgeber

Punktuelle Anregungen zur Pflegebildungsdiskussion

„Die Zukunft beginnt heute – Leben heißt denken und handeln, denken und handeln aber heißt verändern.“ (James Allen, zit. aus „Pflege neu Denken“ S. 9)

In Verbänden und Gremien der Pflege ist das Thema „Pflegebildung“ ein Dauerbrenner, vor allem hinsichtlich der Frage, wie und wohin soll sie sich langfristig entwickeln.

Lange Zeit ist die Pflege Sonderwege gegangen, beispielsweise in der Bezahlung (KR-Tarif), aber auch in der Bildung. Die Krankenpflegeausbildung wurde weder der schulischen noch der beruflichen Bildung zugeordnet. Brenner betont, dass die Krankenpflegeausbildung der Organisation nach eher ausschließlich eine betriebliche Ausbildung sei, da auch die Krankenpflegeschule in der Regel ein organisatorischer Teil des jeweiligen Krankenhauses ist. „Auch wenn Krankenpflegeschulen den Schulgesetzen des Landes unterstellt wären, würde dies am betrieblichen Charakter der Ausbildung nichts ändern“ (Brenner 1994 S. 41). Auch Unterrichtsschwestern und -pfleger hatten einen Bildungs-Sonderweg in Fortbildungsinstituten und waren von daher keine akademisch ausgebildeten „Berufsschullehrer*innen“ mit entsprechender Qualifikation, wie es bei anderen Berufsausbildungen Voraussetzung ist.



1781 wurde in Mannheim durch den Arzt Franz Anton Mai die erste öffentliche deutsche Kranken-pflege-schule gegründet. Er versuchte eine minimale Ausbildung der Pflegekräfte zu erreichen.

Eine Regelung für die Kranken-pflege in Form gesetzlicher Vorschriften wurde am 1. September 1938 durch das „Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege“ vereinheitlicht und trat reichweit in Kraft.

Das erste Krankenpflegegesetz im heutigen Verständnis wurde 1957 gesetzlich verankert, es folgten Neufassungen und Anpassungen (z. B. 1965, 1985, 2003 ...).

Das heutige Pflegeberufegesetz (PflBG), das 2020 Inkraftgetreten ist, spricht von schulischer und betrieblicher Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann mit einem Ausbildungsvertrag. Es gibt zudem primärqualifizierende Studiengänge / Pflegeausbildung an Hochschulen. Diese „Zweigliedrigkeit“ müsste auf längere Sicht in eine generelle Akademisierung des Pflegeberufes überführt werden und sich internationalen Standards anzugleichen.

Blick zurück - ein paar Eckpunkte

In diesem Abschnitt werden ein paar wenige subjektiv ausgewählte frühere Veröffentlichungen herangezogen, um einige Anhaltspunkte der bisherigen Diskussion und Entwicklung in der Pflegebildung zu verdeutlichen, die in die dringend notwendige breite Diskussion neben anderen Aspekten mit eingehen sollten.

Das 1972 von der Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V. herausgegebene Buch „Lehren und Lernen in der Krankenpflege“ ist eine Sammlung unterschiedlicher

Aufsätze und Referate, die auf der ersten Jahrestagung für Unterrichtskräfte in Hannover gehalten wurden.

Dabei fällt auf, dass neben inhaltlich-didaktischen Schwerpunkten betont wurde wie wichtig eine „ständige Überprüfung von Überzeugungen“ sei, Reflexion sei das einzige Mittel Einstellungen zu überprüfen, denn das Zweifeln stehe am Anfang allen Wissens. Hervorgehoben wurde, dass reflektierende Fähigkeiten verbessert und verfeinert und Traditionen, die hinderlich sind, ebenso in Frage gestellt werden müssten, wie Rahmenbedingungen.

In diesem Zusammenhang wird immer wieder darauf hingewiesen, dass Verantwortung, Anstoß zu notwendigen Veränderungen und berufliche Selbstvertretung selbstverständlich zum Lehren und Lernen in der Krankenpflege gehören.

Festzuhalten ist, dass Reflexionsfähigkeit ein qualitatives Kriterium professionell Pflegenden sein muss, ebenso wie berufsständische Selbstverwaltung, die Berufsordnungen, Qualitätsstandards und Inhalte der Aus- und Weiterbildung festlegt.

1979 befasste sich die DGSP, der Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung mit der Situation der verschiedenen Berufsgruppen in der Psychiatrie bzw. der Psychosozialen Versorgung. Um den Stand der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege zu erarbeiten, trafen sich einige Krankenschwestern und -pfleger. Dabei ergab sich das Bedürfnis und die Notwendigkeit, sich genauer mit den Inhalten psychiatrischer Pflege und mit dem nicht vorhandenen Berufsbild zu befassen. Mit dem Inkrafttreten des Kran-

kenpflegegesetzes mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung 1985 wurde ein Praktikum der Auszubildenden in der Psychiatrie vorgeschrieben. Auch wenn es mit dem Krankenpflegegesetz von 1985 nicht gelungen ist den internationalen Ausbildungsstandard zu erreichen, wird der psychiatrischen Pflege einen höheren Stellenwert eingeräumt. Als Anregung für die praktische Ausbildung in der Psychiatrie erarbeitete der Arbeitskreis (AK) Pflege in der DGSP 1987 einen fachbezogenen Lernzielkatalog. Der AK Pflege in der DGSP ging dabei von einem Pflegeverständnis aus, das umfassende, ganzheitlich individuelle und geplante Pflege anstrebt. Es wurden mehrere Pflegemodelle heranbezogen, die sich am oben genannten Pflegeverständnis orientierten. Bei der Erarbeitung von Vorschlägen für einen „Lernzielkatalog für die praktische Ausbildung in der Psychiatrie“ wurde von der Vorstellung ausgegangen, dass die Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege eine Grundausbildung darstellt, in der von den Auszubildenden eine Grundeinstellung zum Gesundsein und Kranksein erworben werden soll, einschließlich der dazu notwendigen Fähigkeiten wie Kontaktaufnahme, Gesprächsführung und Beobachtung, und die darüber hinaus einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Tätigkeitsfelder der Krankenpflege bieten sollte. Erst nach einem so vielfältigen Überblick während der Grundausbildung kann jemand eine fundierte Entscheidung darüber treffen, wo er/sie in Zukunft seinen/ ihren beruflichen Schwerpunkt suchen will. Danach ist eine 2-jährige Weiterbildung in dem ausgewählten Fachgebiet erforderlich.

Deutlich wird, dass in der Ausbil-

derung der Wissens-Grundstein gelegt wird, um darauf in der jeweiligen Disziplin und entsprechenden Setting der Arbeit aufzubauen.

Dr. Anna-Paula Kruse (Krankenschwester und Dipl. Pädagogin), frühere Ministerialrätin im Niedersächsischen Sozialministerium schreibt 1987 in „Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts“ an Ende im Kapitel Perspektiven, dass die zukünftige Form der Krankenpflegeausbildung und auch ihre Inhalte weiterhin von dem Berufsverständnis der Krankenschwestern und von dem Maß, eigene Vorstellungen über die Berufsbildung und Berufsausübung bei der gesetzlichen Ausbildungsregelung durchzusetzen, abhängt. „Die berufliche Autonomie der Krankenpflege wird um so mehr zunehmen, desto intensiver es den Krankenschwestern gelingt, gesellschaftlich eta-

blierte Kräfte von der Bedeutung der Pflege kranker Menschen – orientiert an deren Bedürfnissen – zu überzeugen. Verstärkte Ansätze zur Professionalisierung sind vorhanden. Kennzeichen dafür ist eine sich allmählich ausweitende Reflexion über die berufliche Situation der Krankenschwestern und damit über die Diskrepanz zwischen dem einerseits von der Gesellschaft und der eigenen Berufsgruppe grundsätzlich akzeptierten Anspruch einer patientenorientierten Pflege und andererseits der derzeitigen Aufgabenübernahme innerhalb der Administration – als Helferin der Verwaltung – und der Diagnostik und Therapie – als Gehilfin des Arztes. “

Sie stellt fest, dass ein Umdenken und eine Umstellung Kraft und Mut zu kleinen Schritten der Veränderung benötigt und führt die beiden Modellversuche der Ende 1970er

und Anfang 1980er Jahre an:

1. Modellversuch an der Freien Universität Berlin „Dreijähriger Studiengang für Lehrkräfte an Lehranstalten für Medizinalfachberufe“
2. Modellversuch an der Universität Osnabrück „Neue Studienangebote für Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen – Teil Lehrpersonal“

Die Ausführungen erinnern daran, dass im pflegerischen Kontext viele Veränderungen, Notwendigkeiten und Ansätze zwar formuliert werden, jedoch zu wenig konsequent verfolgt werden.

1988 veröffentlichten Georg Wodraschke u. a. das Buch „Curriculum: Theoretische Ausbildung in der Krankenpflege“ nach der Novelle des Krankenpflegegesetzes 1985. Das an einer Katholischen



(C) Africa Studio

Krankenpflegeschule entstandene Buch formuliert Grundlagen und Entwicklungen und bereitet diese gezielt für den Unterricht auf.

Das Curriculum gliedert sich in grundwissenschaftliche Erkenntnisse wie Anthropologie, Sozial- und Naturwissenschaften ...; in einen beruflichen Schwerpunkt wie Berufsethik, Recht, praktisches Handeln ...; in einen ausführlichen medizinisch-pflegerischen Bereich wie Krankenpflege, Medizin, Arzneimittellehre, Hygiene ...

Das Buch umfasst sowohl konzeptionelle Grundlagen und methodische Empfehlungen der Umsetzung als auch Anregungen zur Organisation zeitliche Planung oder thematische Unterrichtseinheiten.

Festzuhalten ist: Inhaltliches Wissen und strukturelle Umsetzung sind kontinuierlich dem neusten Erkenntnisstand anzupassen.

Das Buch ist ein Beispiel für das Bemühen, pflegerische Inhalte festzulegen und Wege der Vermittlung zu beschreiben, um dies dann flexibel in der jeweiligen Situation umzusetzen.

Der Arbeitskreis Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. veröffentlichte, nachdem er sich längere Zeit mit dem Thema pflegerische Bildung beschäftigt hat, vor 35 Jahren (1988) die Broschüre „Denkanstöße zu bildungspolitischen Konzepten in der Pflege“. Es wurde festgehalten, wie wichtig eine Übergangszeit zur generellen Akademisierung der Pflege ist.

Unter anderem ist in zu lesen: Wenn in Zukunft die Attraktivität des Pflegeberufes zunehmen soll, wenn zudem die Ziele der WHO

„Gesundheit für alle im Jahr 2000“ verwirklicht werden sollen und die Pflege der ihr darin zgedachten Rolle gerecht werden soll, ist der Bildungsnotstand der Pflege auf dem [in der Broschüre] dargestellten Weg zu beseitigen. Insbesondere sind Durchlässigkeit des Bildungswesens, Weiterentwicklung von Pflege im Sinne von Gesundheitsförderung und berufliche Eigenständigkeit zu verwirklichen. Individuelle berufliche Planung und ggf. die Änderung der Pläne sind in diesem System leicht möglich und der Veränderung von Interessen anzupassen.

Das vorgelegte Konzept kommt sowohl den Interessen einer guten sowie individuell planbaren beruflichen Bildung entgegen als auch den Interessen einer individuellen beruflichen Planung. Dies fördert nicht nur die Zufriedenheit im Beruf, es eröffnet auch Qualifizierungschancen je nach Lebenssituation und beruflichen wie privaten Bedürfnissen. Damit kann auch erreicht werden, daß Pflegekräfte nicht nur mit ihrem Beruf zufriedener sind und ihn länger ausüben, sondern auch spezifischer ihre Pflegekompetenz (im Sinne von Pflegeexperten) über einen längeren Zeitraum einsetzen.

Leider stieß diese Diskussion auf kein großes Interesse, obwohl ein Anliegen des Arbeitskreises war, Modellprojekte anzustoßen.

Vor 30 Jahren startete der erste Pflegestudiengang an der Fachhochschule in Frankfurt am Main (1993). Es wurde 30 Studierende aufgenommen. In der Schrift des Hochschulverlags Frankfurt „Pflege auf dem Weg zur Hochschule“ wird schon im Begleitwort betont, dass im Grundsatz seit einigen Jahren unumstritten sei, dass die Qualifizierungsangebote für Pfl-

geberufe erweitert werden müssten. Der Bedarf an professionellen pflegerischen Dienstleistungen sei bedingt durch die gesellschaftlichen Veränderungen stark gestiegen und werde voraussichtlich weiter steigen. Zudem habe sich der qualitative Anspruch an eine individuelle und umfassende Pflegeleistung grundlegend verändert. Festgestellt wird in dem Band, dass eine Öffnung der Hochschule für die Pflegeberufe zum einen auf den Bedarf antwortete, der aus den veränderten Ansprüchen an eine zukunftsorientierte und qualitativ hochwertige Pflege resultiere, zum anderen ermögliche sie den professionellen Pflegenden eine weitergehende Qualifizierung. Angesprochen wird auch, dass die bisherigen Ausbildungsgänge als sinnvolle Ergänzung erhalten bleiben sollen, so dass an der Pflege interessierte sich für einen Bildungsweg entscheiden können, der den persönlichen Neigungen und Fähigkeiten am ehesten entspricht. Durch das Studium Pflege sollen Fachkräfte ausgebildet werden, die in der Praxis dringend erforderlich sind. Die Fachhochschule leiste somit einen wichtigen Beitrag zur Beseitigung des qualitativen Pflegenotstands. Schon aufgrund demographischer Veränderungen werde die Bedeutung zahlreicher Konsumgüter und Dienstleistungen sowie die damit einhergehenden Versorgungsstrukturen abnehmen, andere dagegen, die häufig noch ein Schattendasein in der Gesellschaft führten, würden an Bedeutung gewinnen. Zur letzten Gruppe gehöre auch die Pflege. Insofern gleiche das Pflegestudium nicht nur eine Angebotslücke auf dem Arbeitsmarkt aus, sondern es trage auch zur Gestaltung des Strukturwandels im Gesundheitswesen bei (Fachhochschule Frankfurt 1993, S. 3-5).

Bei näherer Betrachtung muss festgestellt werden, dass die ersten Absolventen von grundständigen Studiengängen der Pflege, die vorher keine Pflegeausbildung hatten, meist nicht in der Pflegepraxis angekommen sind, sondern eher in „Sonderbereichen“ wie Medizinischer Dienst der Krankenkasse, Stabsstellen oder Innerbetriebliche Fortbildung, da in der Praxis die Stellung, Bezahlung usw. nicht geregelt war und auch heute teils noch nicht ist.

Ingeborg Löser fasst in ihrem Buch „Pflege studieren“ zusammen, dass die Angehörigen des Pflegeberufes nicht für das Zugeständnis der Akademisierung auf eine grundsätzliche Neuordnung der Berufsbildung insgesamt verzichten sollten. Eine Verbesserung der Pflegequalität und eine größere Berufszufriedenheit der Pflegekräfte werde sich nur erreichen lassen, wenn ein qualifikatorisches Gesamtkonzept der Aus-, Fort- und Weiterbildung umgesetzt wird, das auf eine berufsfeldbreite Qualifikation abziele, sich in Anlehnung an die Vorschläge der Weltgesundheitsorganisation an den künftigen Aufgaben der Pflege in allen Versorgungssettings

orientiert (Löser 1995, S. 86).

Deutlich wird, dass die Akademisierung der Pflegeberufe nicht getrennt vom derzeitigen Bildungssystem der Pflege betrachtet werden kann und eine Strategie einer sinnvollen Überleitung ins tertiäre Bildungssystem zu bewerkstelligen ist.

Viele Denkanstöße enthalten die Veröffentlichungen der Robert-Bosch-Stiftung „Pflege braucht Eliten“ (1992) und „Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung“ (2000).

In der in Auftrag gegebene Studie zum Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegekräften wird vor allem die Notwendigkeit von wissenschaftlich qualifizierten Lehrkräften und eine wirtschaftswissenschaftliche Qualifizierung den Leitungs- und Managementbereich der Pflege betont (Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung 1992).

2000 kommen die Mitglieder der „Zukunftswerkstatt zur Verbesserung der Pflegeausbildung“ der Robert-Bosch-Stiftung nach einer systematischen Analyse zu dem Ergebnis, dass eine Reform der

Ausbildung in den Pflegeberufen überfällig sei.

Zentrale Aussagen sind u. a.:

- Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege zu einer generalistischen Pflegeausbildung zusammenzufassen und einen Ausbildungsabschluss mit Schwerpunktsetzung zu ermöglichen,
- zwei bis vierjährige Ausbildungsgänge zu schaffen, die sich im Zugangs-, Anforderungs- und Kompetenzprofil unterscheiden,
- vier Qualifikationsstufen einzurichten, denen patienten- und klienten- sowie organisations- und gesellschaftsbezogene Aufgaben zuzuordnen sind.
- die Ausbildungsinhalte weitgehend fächerübergreifend zu ordnen, in Modulen zusammenzufassen und entsprechend zu unterrichten,
- die Leistungsbeurteilung nach einem Kreditpunkt-System vorzunehmen, das auf einer breiten Absprache unter den Bildungseinrichtungen gegründet ist. (Robert-Bosch-Stiftung 2000, S. 4).

Die grundlegende Änderung und



das zukunftsgerichtete Modell sollen die Pflegebildung in das bestehende Bildungssystem einbinden, so dass gleichzeitig eine Bildungsdurchlässigkeit im Sinne von Lebenslangem Lernen erreicht wird.

Das Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart hat im Jahr 2000 durch eine Expertengruppe ein Curriculum als Antwort auf den gesellschaftlichen Wandel entwickelt und das Modellprojekt „Integrative Pflegeausbildung“ ins Leben gerufen. Es wurden fünf Ausbildungsziele formuliert: Orientierung am Handeln von Menschen, Wissenschaftsorientierung, Lebenslauforientierung, Theorie-Praxis-Vernetzung und Fächerintegration.

Ziel war es dem erweiterten pfelegerischen Handlungsbedarf in den Bereichen der Rehabilitation, der Gesundheitsförderung und -beratung Rechnung zu tragen. Außerdem sollten dadurch die Flexibilität, das Aufgabenspektrum und die Berufschancen, auch auf dem europäischen Arbeitsmarkt erweitert werden.

Wenn wir diese wenigen Eckpunkte auf uns wirken lassen, stellen wir fest, dass es an der Zeit ist die Pflegebildung zukunftsfähig aufzustellen und einen Zeitplan für die Umsetzung festzulegen.

„Man muss lernen, was zu lernen ist und dann seinen eigenen Weg gehen.“ (Georg Friedrich Händel)

Annäherung an einige allgemeine Bildungs-Aspekte

Das Bildungssystem in Deutschland besteht aus fünf großen Bereichen, nämlich dem Elementarbereich (frühkindliche und

Vorschulschulbildung), der Primarbereich (Schule Klasse 1-4 oder 1-6, Übergang in andere Schulformen), Sekundarbereich I und II (schulische Bildungsgänge von Jahrgangsstufe 5/7 bis 9/10, Bildungsgänge, die auf dem Sekundarbereich I aufbauen, der Tertiäre Bereich umfasst Abschlüsse an Fach- oder Verwaltungs-Hochschulen, Berufs- und Fachakademien und Universitäten. Die Bildungsbereiche wiederum finden in verschiedene Bildungseinrichtungen statt.

Als „Berufs-Ausbildung“ wird die Ausbildung bezeichnet, die den Berufstätigen in die Lage versetzt, seinen Beruf auszuüben. Zu unterscheiden sind dabei die betriebliche Ausbildung, die schulische Ausbildung, die Ausbildung im dualen System und das Studium.

Berufsausbildung ist die Vermittlung theoretischen Wissens und praktischer Fertigkeiten, die zur beruflichen Handlungsfähigkeit führen. Die praktische Ausbildung wird durch eine theoretische Wis-

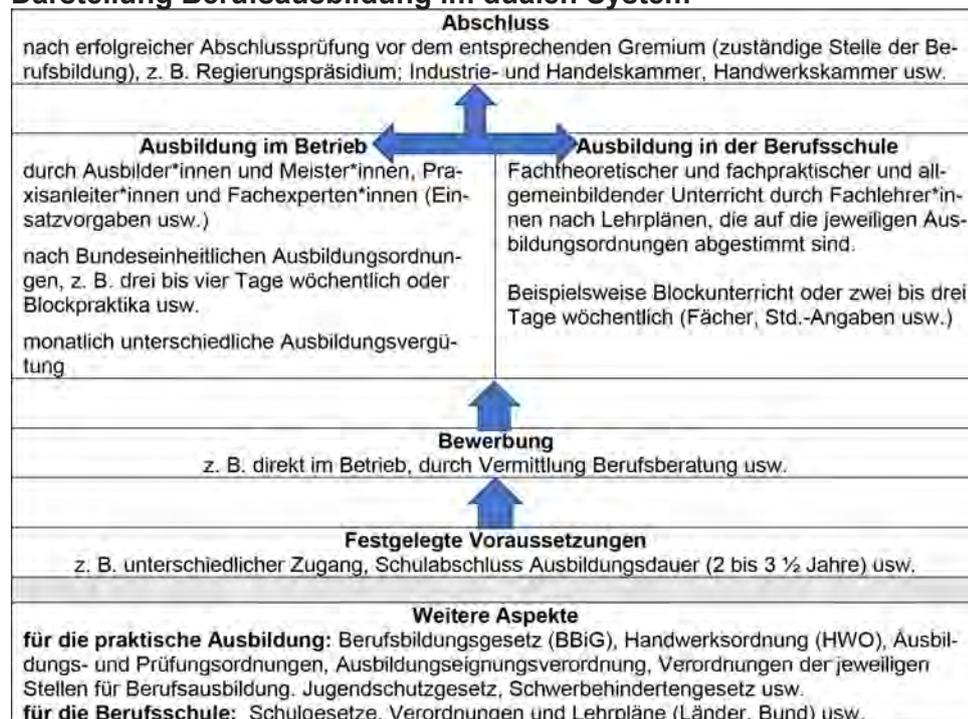
sensvermittlung in einer Berufsschule und/oder außerbetriebliche Bildungseinrichtungen ergänzt (Duale Ausbildung).

Sie dauert in der Regel 2 bis 3 ½ Jahre je nach Beruf, Grundlage ist das Berufsbildungsgesetz (BBiG). Stichworte sind: Bezeichnung des Berufs, Ausbildungsordnung und Rahmenplan, sachliche und zeitliche Gliederung, Prüfungsanforderungen, ggf. Stufenpläne, Verzahnung betrieblicher und schulischer Bildung usw. Das Berufsbildungsgesetz regelt die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Umschulungen.

Fort- und Weiterbildung

Der wesentliche Unterschied zwischen Fort- und Weiterbildung besteht darin, dass die Fortbildung sich auf eine konkrete Anforderung im Rahmen der aktuellen beruflichen Tätigkeiten bzw. auf den Tätigkeitsbereich bezieht, während bei einer Weiterbildung zusätzliche Qualifikationen.

Darstellung Berufsausbildung im dualen System



Eigene Darstellung H. Schädle-Deinger

Weiterbildungsmaßnahmen sind umfangreicher und komplexer als Fortbildungen und zeitaufwändiger. Häufig dienen sie beispielsweise dazu, sich für höherwertige Positionen zu qualifizieren oder fachlich zu spezialisieren.

Der Begriff der Fortbildung ist im Berufsbildungsgesetz (§ 1 Abs. 4 BBiG) geregelt.

Fortbildungen setzen in der Regel einen Berufsabschluss und Berufserfahrung voraus. Fortbildung dienen dazu, um handlungsfähig im aktuellen Tätigkeitsfeld zu bleiben, dazu gehören auch sog. Anpassungsfortbildungen, um auf dem neusten Stand zu bleiben oder sog. Aufstiegsfortbildungen, um andere oder neue Aufgaben zu übernehmen. Regelmäßige Fortbildungen bieten beispielsweise Fort- und Weiterbildungsträger, Kammern oder Berufsverbände an, häufig werden die Kosten vom Arbeitgeber getragen.

Eine Weiterbildung dient dem Ausbau der im Berufsleben bereits erworbenen Fähig- und Fertigkeiten und erweitert den beruflichen Handlungsspielraum über die aktuell ausgeübte berufliche Tätigkeit hinaus. Eine solche Zusatzqualifikation kann dazu dienen, Positionen als Fach- und/oder Führungskraft im Unternehmen zu erreichen – oder aus der Arbeitslosigkeit heraus eine (höherwertige) Anstellung zu finden. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung wird mit einem Zertifikat, das die erworbenen Qualifikationen bescheinigt, dokumentiert.

Weiterbildungen werden von zertifizierten Weiterbildungsträgern sowie (Fach-) Hochschulen oder Fernuniversitäten angeboten. Die Finanzierung kann (freiwillig) vom

Arbeitgeber übernommen werden, der sowohl von der höheren Qualifikation des oder der Mitarbeitenden als auch vom Motivationsschub auf dieser Seite profitieren kann. Zudem besteht, bei privater Finanzierung, die Möglichkeit, staatliche Fördergelder in Anspruch zu nehmen. Über das Qualifizierungschancengesetz werden der Arbeitsagentur durch den Bund umfangreiche staatliche Fördermittel für Weiterbildung zur Verfügung gestellt.

Entwicklung und Durchlässigkeit in der Pflegebildung

Durch europäischen Bildungsabkommen (Bologna, Lissabon, Kopenhagen) und Entwicklung von Qualitätsindikatoren (EQR = Europäischer Qualitätsrahmen und DQR = Deutscher Qualitätsrahmen) sind Rahmenbedingungen entstanden, die ermöglichen, dass Bildungsgänge miteinander verglichen werden.

Der EQR ermöglicht eine internationale Vergleichbarkeit in den EU-Ländern. Gleichzeitig können

Darstellung der acht Kompetenzniveaustufen des Deutschen Qualitätsrahmens (DQR)

DQR-Stufe	Beschreibung
Niveau-Stufe 1 Berufsausbildungsvorbereitung	beschreibt Kompetenzen zur Erfüllung einfacher Anforderungen in einem überschaubar und stabil strukturierten Lern- oder Arbeitsbereich. Die Erfüllung der Aufgaben erfolgt unter Anleitung
Niveau-Stufe 2 Einstiegsqualifizierung Berufsfachschule	beschreibt Kompetenzen zur fachgerechten Erfüllung grundlegender Anforderungen in einem überschaubar und stabil strukturierten Lern- oder Arbeitsbereich. Die Erfüllung der Aufgaben erfolgt weitgehend unter Anleitung
Niveau-Stufe 3 Berufsausbildung 2-jährig	beschreibt Kompetenzen zur selbständigen Erfüllung fachlicher Anforderungen in einem noch überschaubaren und zum Teil offen strukturierten Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld
Niveau-Stufe 4 3-jährige Berufsausbildung	beschreibt Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld
Niveau-Stufe 5 Kurzstudiengang Spezialisten	beschreibt Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld.
Niveau-Stufe 6 Bachelor	beschreibt Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet
Niveau-Stufe 7 Master	beschreibt Kompetenzen zur Bearbeitung von neuen komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch häufige und unvorhersehbare Veränderungen gekennzeichnet
Niveau-Stufe 8 Promotion	beschreibt Kompetenzen zur Gewinnung von Forschungserkenntnissen in einem wissenschaftlichen Fach oder zur Entwicklung innovativer Lösungen und Verfahren in einem beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch neuartige und unklare Problemlagen gekennzeichnet

Eigene Darstellung H. Schädle-Deininger

jeweils eigene nationale Besonderheiten zum Tragen kommen wie im DQR, wenn Transparenz und Vergleichbarkeit gewährleistet ist.

Weitere Aspekte

- **Das Bundesministerium für Bildung und Forschung** hat in der beruflichen Bildung das „Lebenslange Lernen“ hohe Priorität, es wird betont, dass „Schlüsselkompetenzen“ für Beruf und Arbeitswelt besonders wichtig sind. Das BMBF unterscheidet drei Arten von Bildungsangeboten: die allgemeine und politische Weiterbildung, die berufliche Weiterbildung und die Weiterbildung an Hochschulen.
- **Die Agentur für Arbeit** definiert zum Begriff „Weiterbildung“, welche Maßnahmen der beruflichen Weiterbildungsförderung (§§ 179, 180 SGB III) zugeordnet werden können. Die Aussagen gelten für beide Rechtskreise (SGB II und SGB III) gleichermaßen.

Mögliche Ansätze in der psychosozialen Versorgung

Nur ein Ineinandergreifen unterschiedlicher Qualifikationen und damit verschiedene Zugangswege werden den Bedarfen und Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen und ihrem sozialen Umfeld individuelle Hilfen im jeweils notwendigen Ausmaß anbieten können. Die vielfältigen Aufgaben im psychosozialen Arbeitsfeld und umfassende Angebote an Unterstützung und Hilfen haben das Ziel zum Wohlbefinden und zur Gesundheit beizutragen. Unterschiedliche Qualifikationen und Qualifikationsbedarfe des „Pflegens“, im Sinne des „sich sorgen um“, kann nicht nur von professionellen Helfern sinnvoll erbracht werden. Dies kann nur gemeinsam mit Psychiatrie-Erfahrenen und Bezugspersonen und im multiprofessionellen Miteinander gelingen.

Die partnerschaftliche Zusammenarbeit, auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bzw. im Studium von Sozial- und Gesund-

heitsberufen muss unter Einbezug von Betroffenen und Angehörigen erfolgen.

Die Tabelle zeigt deutlich, dass nur ein Zusammenspiel unterschiedlicher Qualifikationen und Kompetenzen zu einem umfassenden und partnerschaftlich arbeitenden Hilfesystem möglich ist. Nur ein Miteinander der unterschiedlichen Akteure in der psychosozialen Versorgung auf „Augenhöhe“ kann die verschiedenen Bedürfnisse eines Menschen, der sich in einer Krise befindet oder über einen längeren Zeitraum Begleitung, Betreuung und Hilfe benötigt, hinsichtlich seiner Gesundheit und seines Wohlbefindens unterstützen.

Wie die Zusammensetzung im Einzelnen sein muss, ist mit den Vertretern unterschiedlicher Kompetenzen, einschließlich der Experten aus Erfahrung (Betroffenen) und Experten aus Miterleben (Angehörige und Bezugspersonen, soziales Umfeld oder „Zugehörige“), gemeinsam zu erarbeiten und immer wieder neu zu reflektieren und zu überprüfen.

Dazu gehört auch die Auseinandersetzung, dass an Hochschulen ausgebildete Pflegeexperten ganz selbstverständlich in der Praxis mitarbeiten und ihre Expertise einbringen.

Trialogisch Inhalte vermitteln

Ob im Studium professioneller Pflege oder in der Fort- und Weiterbildung der unterschiedlichen aufgezeigten Qualifikationsgrade in der Begleitung und Betreuung psychisch erkrankter Menschen muss die Sichtweise und die selbstverständliche Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen immer mitgedacht werden, denn nur so kann eine umfassende und qualitativ gute, an den Bedürfnissen und am Bedarf orientierte psychosoziale Versorgung gelingen. Ausgangspunkt ist, dass es inhaltliche Themen gibt, die ohne die Betroffenen und/oder Angehörigen nicht zu vermitteln sind, wie beispielsweise Krisen, Vorurteile, Stigmatisierung oder bedarfsorientierte psychosoziale Versorgung oder auch Gewalt. Die gemeinsamen Themen sind je nach Curriculum und Zielsetzung festzulegen und kontinuierlich trialogisch zu reflektieren und zu überprüfen. „Nur durch das unterschiedliche Expertentum können spezifische Anliegen nahegebracht und vermittelt werden und somit zu einer verständnisvolleren und humaneren psychiatrisch/psychosozialen Versorgung beitragen und vermitteln, wie wichtig es ist, sich gegenseitig zuzuhören und respektvoll miteinander umzugehen. Voneinander lernen bedeutet im gemeinsamen Erleben die eigene Wahrnehmung und die des anderen zu vervollständigen und gegenseitige Vorurteile abzubauen. Störungen und Erkrankungen aus allen drei

Einige Ansatzpunkte von Qualifikationsgraden und Bildungsdurchlässigkeit

Qualifikationen	Einordnung	Einsatz und Weiterentwicklung
Service- und Betreuungskräfte (unterschiedliche Angebote)	Nach Bedarf Angebote für verschiedene begrenzte Alltagsbereiche (z. B. Alltagsunterstützung, Putz- und Einkaufsdienste)	Keine besondere formale Qualifikation für diese Hilfestellungen, einfach Menschen, die zugewandt sind und Kontakt aufnehmen können, regelmäßige Besprechungs- und Reflexionsmöglichkeit und fachliche Begleitung
Assistenz und Alltagsbegleiter	Peers, Angehörige, Bürgerhelfer, andere Begleiter*innen, die „Normalität“ vermitteln und menschlich begleitend, auch aufgrund eigener Krisenerfahrung tätig sind	Peer- oder EX-IN-Ausbildung oder andere Grundlage der Auseinandersetzung mit Krankheit und Psychosozialer Versorgung Fortbildungsangebot mit Zertifikat (ähnlich wie bei den Hospizhelfern), evtl. Schwerpunktsetzung z. B. Sozialassistenten, Gruppen- oder Einzelangebote
Berufliche Weiterqualifizierung - Bildungsdurchlässigkeit mit Abschluss bei entsprechenden Voraussetzungen/Qualitätsrahmen		
Pflegeassistenten	Erweiterte Kranken- oder Altenpflegehilfeausbildung Theorie-Praxis-Verknüpfung	Möglichkeit der Weiterqualifikation durch Schwerpunktsetzung z. B. in den unterschiedlichen Disziplinen, Settings, Altersgruppen
Berufliche Weiterqualifizierung - Bildungsdurchlässigkeit mit Abschluss bei entsprechenden Voraussetzungen/Qualitätsrahmen		
Bachelor of Nursing	Grundausbildung professioneller Pflege (generalistisch) auf wissenschaftlicher Basis, Theorie-Praxis-Verknüpfung	Um eine erweiterte Pflegekompetenz in einer Disziplin zu erlangen ist ein Masterstudium oder gestufte qualitätsgesicherte Bildungsnachweise erforderlich, der Bachelor Pflege ist eine Ausbildung auf Hochschulebene
Master of Nursing	Weiterbildungsstudium in unterschiedlichen Bereichen und Schwerpunkten sowohl berufsgruppenübergreifend als auch berufsgruppenspezifisch	Pflegepädagogik, Management, Public Health, fachspezifische z. B. Psychiatrie, Onkologie usw. Pflegeexperten in der Praxis, erweiterte Pflegekompetenz ANP (Advanced Nursing Practice) Dieser Bereich bedarf der Entwicklung
Promotion - (Pflegerwissenschaft und Forschung)	Wissenserweiterung, spezifische und übergreifende Forschung, systematische und statistische Grundlagen, Förderung der Praxis aufgreifen von Fragen usw.	Pflegewissenschaftler, die neue Erkenntnisse in der Praxis implementieren, ein vertieftes Verständnis für den sozialen Kontext und Interaktionen vermitteln, die Qualität sichern, trialogisch orientiert sind, Forschungsnotwendigkeiten erkennen usw.

Schädle-Deiningner, H.: veränderte Darstellung in Anlehnung Pflege Professionell 2/2021

Perspektiven wahrzunehmen ermöglicht ein individuelles Gesundheits- und Krankheitsverständnis, das Ressourcen auf allen Seiten in den Blick nimmt und partizipative Strukturen schafft.“ (Nolde / Schädle-Deiningner 2022)

Schlussfolgerung

- Es muss in der Bildungsdiskussion darum gehen, das gängige Bildungssystem mitzudenken und keinen Sonderweg zu gehen.
- Im Kontext der Diskussion um eine qualitativ gute psychosoziale Versorgung müssen Peers und Zu- oder Angehörige selbstverständlicher Bestandteil psychosozialer Arbeit sein und in das System integriert werden.
- In diesem Zusammenhang gilt es einen Weg zu finden, dem differenzierten Peer-Angebot, auch in der Bildungsdiskussion, den entsprechenden Stellenwert einzuräumen, nach konstruktiven und sachdienlichen Lösungen zu suchen und dies konzeptionell umzusetzen.
- Zu unterschiedlichen Qualifikationen könnten auch Strukturen, Vorgaben und gesetzliche Verankerungen wie beispielsweise in der Hospizarbeit mit herangezogen werden.
- Eine qualitätsbasierte Durchlässigkeit der verschiedenen Qualifikationsstufen, im Sinne von Lebenslangem Lernen muss verankert sein und unterstützt werden.
- Es ist an der Zeit, die Diskussion um eine generelle Reform der pflegerischen Bildung, der Verankerung triologischer Arbeitsweisen und die Frage nach finanziellen, nicht Profit-orientierten Rahmen-

bedingungen des Gesundheits- und Sozialwesens in geeigneter Form in die Politik zu bringen.

Fazit

Die fehlenden sachlich-fachlichen Diskussionen innerhalb der professionellen Pflege stehen den notwendigen politischen Auseinandersetzungen im Weg. Es ist an der Zeit dies zu ändern.

Wäre es nicht erstrebenswert, wenn sich mehr junge Menschen bewusst für den Pflegeberuf auf den unterschiedlichen Ebenen entscheiden und sich mit ihrer Tätigkeit identifizieren können, weil sie Sinn macht? Freude am Beruf schafft Zufriedenheit und Wohlbefinden!

„Mit anderen kann man sich nur belehren, begeistert wird man nur allein.“ (Johann Wolfgang von Goethe)

Literatur

Arbeitskreis Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.:

Broschüre:

Brenner, R.: (1994). Krankenpflegeausbildung – Berufsausbildung im Abseits, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe Hrsg.: (2006). Pflegebildung offensive, Elsevier Urban & Fischer München

Autorin



Hilde Schädle Deiningner

Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachautorin, Dipl. Pflegewirtin (FH), Dozentin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegenden, Fachbuchautorin

schaedle-deiningner@t-online.de

Ertl-Schmuck, R.: (1990). Die Ausbildung zum Lehrer für Krankenpflege – Eine Analyse der Curricula und der didaktisch-methodischen Konzepte aus Sicht der Erwachsenenbildung, Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen

Fachhochschule Frankfurt am Main: (1993). Pflege auf dem Weg zur Hochschule – Ein neuer Studiengang, Band 60 Fachhochschulverlag Frankfurt am Main

Kruse, A.-P.: (1987). Berufskunde II; die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 10. Jahrhunderts, Verlag W. Kohlhammer GmbH Köln Stuttgart Berlin Mainz

Kurtenbach, H.; Golombek, G.; Siebers, H. (1986). Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege – Kommentar, Krankenhausrecht Band 5, Verlag W. Kohlhammer GmbH Köln Stuttgart Berlin Mainz

Löser, I.: (1995). Pflege studieren – Der Akademisierungsprozeß in den Pflegeberufen am Beispiel hessischer Pflegestudiengänge, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Nolde, E.; Schädle-Deiningner,

H.: Triologisch lehren und lernen – fragmentarischer Rückblick -fachliches und Erfahrungswissen zusammenbringen, Pflege Professionell – Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich, Frühling 2022

Dr. Rachold-Raps, R.: (1975). Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsordnung – Kommentar, Carl Heymanns Verlag KG Köln Berlin Bonn München

Robert-Bosch-Krankenhaus: (ohne Jahreszahl). Neue integrative Pflegeausbildung – Qualifiziert für die Zukunft, Modellschule Auerbachstr. 108, 70376 Stuttgart

Robert Bosch Stiftung; (1992). Pflege braucht Eliten – Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege, Band 28

Robert Bosch Stiftung GmbH Stuttgart: (1999). Neue Wege in der Pflege – Förderung der Robert-Bosch-Stiftung für die Praxis und Theorie – Zur Zukunft der Pflegebildung, Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart

Robert Bosch Stiftung GmbH Stuttgart: (2000). Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegebildung, Schattauer Stuttgart New York

Schwitajewski, H.; Rohde J.J. Herausgegeben für die Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V.: (1972). Lehren und Lernen in der Krankenpflege – Inhalte. Methoden, psycho-soziale Voraussetzungen Urban & Schwarzenberg München-Berlin-Wien

Wodraschke, G. u. a.: (1988). Curriculum: Theoretische Ausbildung in der Krankenpflege, Lambertus Verlag Freiburg im Breisgau

Weiterführende Literatur

Aktion Psychisch Kranke e. V.: (1979). Weiterbildung für Pflegepersonal in der Psychiatrie – Tagungsbericht – 3. Fortbildungstagung am Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wunstorf

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (1988). 4. Bayerische Berufsbildungskongress: „Beruflich qualifizieren – im Wettbewerb bestehen – Studien und Berichte zur Berufsbildung, 24. bis 27. November 1988 in Nürnberg

Berkefeld, T., Frie, G.: (2007). Gesundheit und Pflege Basiskompetenzen, Verlag Dr. Vüchner – Handwerk und Technik Hamburg

Bundesinstitut für Berufsbildung (bibb): Becker, W.; Bergmann-Krause, B.: (1978). Weiterbildungsmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialwesen – Berichte zur beruflichen Bildung Heft 15, bibb, Fehrbelliner Platz 3, Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Referat Öffentlichkeitsarbeit (2022). Ausbildungsoffensive Pflege (2029 – 2023), Zweiter Bericht, www.bmfsfj.de, E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Der Minister für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein: (1990)- Rahmenlehrplan für den theoretischen und praktischen Unterricht in der Krankenpflege, Lehrplanausschuß Krankenpflege ISSN 0935-4379

Deutscher Berufsverband für Krankenpflege e. V. im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums Wiesbaden (1975). Teil I,

Sozialminister Dr. Horst Schmidt; (1977). Teil II, Sozialminister Armin Claus: Lernzielkatalog Krankenpflegeausbildung in Hessen – Teil I: Die praktische Ausbildung, Teil II: Die theoretische Ausbildung

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK 2012). Pflegebildung verstehen – Eine kurze Einführung, www.dbfk.de

Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode (2021). Antwort auf die kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Zum Stand der Pflegewissenschaft in Deutschland, Drucksache 19/32662 (08.10.2021)

Ertl-Schmuck, R.: (2000). Pflegedidaktik unter subjekttheoretischer Perspektive, Mabusse Verlag Frankfurt am Main

Friedrich-Ebert-Stiftung (2015). WISO Diskurs: Auf der Highroad der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem – Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, Hrsg.: Abteilung für Wirtschaft und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Godesberger Allee 149, 53175 Bonn

Gläser-Zikuda, M.; Hascher, T. Hrsg.: (2007). Lernprozesse dokumentieren, reflektieren und beurteilen – Lerntagebuch und Portfolio in Bildungsforschung und Bildungspraxis, Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn

Im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums, Curriculum-Kommission. Vorsitz Dr. Gerhard Schmidt Regierungspräsidium Darmstadt: (1985/1986) Curriculum Krankenpflege 1. und 2. Ausbildungsabschnitt

Im Auftrag des Hessischen Sozial-

ministerium, Curriculum-Kommission. Vorsitz Dr. Gerhard Schmidt Regierungspräsidium Darmstadt: (1985/1986) Curriculum Kinderkrankenpflege 1. und 2. Ausbildungsabschnitt

Hessisches Sozialministerium (2003). Rahmenlehrplan für die Altenpflege in Hessen – auf der Basis der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV) vom 26.11.2002, Dostojewskistraße 4. 65187 Wiesbaden

Hessisches Sozialministerium (2004). Rahmenlehrplan für die Gesundheits- und Krankenpflege und Kinderkrankenpflege in Hessen – auf der Basis der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003, Dostojewskistraße 4. 65187 Wiesbaden

Hessisches Sozialministerium (2007). Bericht zur Reform der Weiterbildung in den Pflegeberufen – Pflegeberufe heute: Professionalität und Menschlichkeit

Luft, L.; Schädle-Deininger, H.: (2021). Erfahrungen aus einem Projekt zur Förderung von „Bildungsdurchlässigkeit im Bereich der psychiatrischen Pflege“, Pflege Professionell – Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich, Herbst 2021

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen: (1998, 2003). Ausbildungsrichtlinien für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW

Moses, S.: (2015). Die Akademisierung der Pflege in Deutschland,

Verlag Hans Huber Bern

Projektgruppe Subjektives Gesundheits- und Krankheitserleben, Fachhochschule Frankfurt am Main Hrsg.: (1997). Die Kunst der patienten-orientierten Pflege – POP-ART, Mabuse Verlag Frankfurt am Main

Schädle-Deininger, H.: (2015) Entwicklungen in der Pflegebildung – Einige unfrisierte Gedanken zur Pflegebildung in Deutschland, PADUA – Zeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung, Bern Hogrefe Verlag

Schädle-Deininger, H.; Luft, L.; Kohlesch, A.: (2016). Auf dem Weg zur Akademisierung der Pflege, Soziale Psychiatrie 1/2016, (Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V., Zeltinger Str. 9, 50969 Köln)

Schädle-Deininger, H., Behrens, J.: (2018) Pflegerische Bildung, Akademisierung und Qualifizierung – Möglichkeiten der Verknüpfung von beruflicher und hochschulischer Bildung am Beispiel der Psychiatrischen Pflege, Pädagogik der Gesundheitsberufe 3/2018, Nidda hpsmedia

Schädle-Deininger, H. (2020). Bildung und Psychiatrische Pflege – Bildungsdurchlässigkeit – mögliche Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung, 1/2020 PADUA, Bern Hogrefe

Schädle-Deininger, H.: (2021). Einblick in die Pflegebildung in Deutschland – subjektive Betrachtung der Pflegebildung in der BRD, Pflege Professionell – Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich, Herbst 2021

Schwesternschule der Universität Heidelberg; (1993). Festschrift 40

Jahre. Im Neuenheimer Feld 23, 69128 Heidelberg

Stahler, S. (1995). Die spezialisierte Ausbildung für Pflegepersonal in der Psychiatrie /Neurologie/Psychotherapie seit 1945 auf gesamtdeutschen Gebiert, unveröffentlichte Diplomarbeit am Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften Leipzig

Neues aus der Pflege



Iren Bischofberger

work & care – Der Weg zur Vereinbarkeits- kompetenz

Erwerbstätigkeit und Angehörigen-
pflege kompetent vereinbaren

Wie können erwerbstätige Angehörige die Pflege von Angehörigen und ihre Berufstätigkeit miteinander vereinbaren? – Die Autorin klärt dazu Begriffe und Konzepte, bündelt die Forschungsliteratur und beziffert die Zahlen erwerbstätiger Angehöriger.

2023. 312 S., 3 Abb., 8 Tab., Kt
€ 39,95 (DE)/€ 41,10 (AT)/CHF 52.90
ISBN 978-3-456-86262-0
Auch als eBook erhältlich



Judy E. Boychuk Duchscher

Überlebensbuch Pflege

Erfolgreicher Berufseinstieg für
Pflegefachfrauen und -männer

Die Pflegeexpertin erläutert begünstigende und behindernde Faktoren für einen gelingenden Berufseinstieg, Rollenwechsel und eine gute Teamintegration. Sie bietet Einsteigern, Praktikern, Leitenden und Lehrenden praxisbezogene Methoden und Orientierungen.

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Barbara Müller.
Übersetzt von Dietrich Börger.
2023. 192 S., 12 Abb., 2 Tab., Kt
€ 36,95 (DE)/38,00 (AT)/CHF 48.90
ISBN 978-3-456-86163-0
Auch als eBook erhältlich



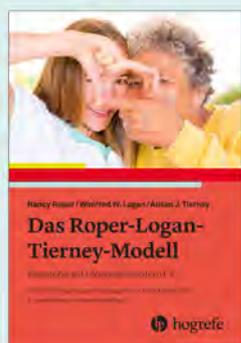
Hermann Brandenburg et al. (Hrsg.)

Pflegewissenschaft 2

Lehr- und Arbeitsbuch zur
Einführung in die Methoden
der Pflegeforschung

Die Lehr- und erfahrungsbereichten Herausgeberinnen des orientierenden Lehrbuchs zur Pflegeforschung, führen verständlich in die Grundlagen der Pflegeforschung, ihre Methoden, Designs und den Forschungsprozess ein.

4., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2023.
488 S., 63 Abb., 69 Tab., Kt
€ 49,95 (DE)/€ 51,40 (AT)/CHF 65.00
ISBN 978-3-456-86225-5
Auch als eBook erhältlich



Nancy Roper / Winifred W. Logan /
Alison J. Tierney

Das Roper-Logan- Tierney-Modell

Basierend auf Lebensaktivitäten
(LA)

Roper, Logan und Tierney legen hier ihr letztes gemeinsames Buch vor, das die Entwicklung des RLT-Modells nachzeichnet, die zentralen Konzepte Lebensspanne, Lebensaktivitäten, Einflussfaktoren, Abhängigkeitskontinuum und Pflegeprozess zusammenfasst.

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Maria Angelika Mischo-Kelling. Übersetzt von Ute Villwock.
4. überarb. u. erw. Auflage 2023. 279 S., 36 Abb., 1 Tab., Kt
€ 36,95 (DE)/38,00 (AT)/CHF 48.90
ISBN 978-3-456-86208-8
Auch als eBook erhältlich

Gibt es einen Zusammenhang zwischen höherer Bildungsstufe im Bereich der Pflege und der Patientensicherheit bzw. Pflegequalität?

Es gibt Studien, die darauf hinweisen, dass eine höhere Bildungsstufe im Bereich der Pflege mit einer besseren Patientensicherheit und einer höheren Qualität der Pflege verbunden ist. Ein Bachelor-Abschluss im Bereich der Krankenpflege bietet Pflegefachkräften eine breitere und tiefere Ausbildung, einschließlich einer fundierten Ausbildung in den Bereichen Krankheitslehre, Pflegeprozesse und Patientensicherheit.

Studien belegen, dass Bachelor-Absolventen in der Pflege ein höheres Niveau an klinischer Kompetenz aufweisen, einschließlich einer besseren Fähigkeit, komplexe Pflegeprozesse zu bewältigen und Patientenbedürfnisse

zu erkennen und zu befriedigen. Ebenfalls gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen einer höheren Bildungsstufe im Bereich der Pflege und einer höheren Qualität der Pflege. Eine Sekundäranalyse von Daten, die in zwei Studien über den Zusammenhang zwischen der Personalausstattung mit Pflegekräften (Pflegestunden, Personalmix) und der Qualität der Patientenversorgung erhoben wurden, diente dazu, den Zusammenhang zwischen der Ausbildung und Erfahrung der Pflegekräfte und der Qualität der geleisteten Pflege zu ermitteln. Die Daten wurden auf der Ebene der Pflegestationen erhoben (42 Stationen in Studie 1 und 39 Stationen in Studie 2). Die Qualität der Pfl-

ge wurde durch niedrigere Raten von Medikationsfehlern und Patientenstürzen auf den Stationen angezeigt. Nach Überprüfung der Patientenzahl, der Pflegestunden und der Personalausstattung wiesen Stationen mit erfahreneren Krankenpflegepersonen geringere Medikationsfehler und niedrigere Sturzraten auf (Blegen et al., 2001).

Die Studie von Blegen et al. (2013) über die Zukunft der Krankenpflege, empfiehlt den Prozentsatz der Krankenpflegepersonen mit Abitur bis 2020 von 50 % auf 80 % zu erhöhen. In der Forschung wurde ein Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsniveau von Krankenpflegepersonen und



(C) Argus

der Sterblichkeitsrate in Krankenhäusern hergestellt, nicht aber mit anderen pflegesensitiven Resultaten. In dieser Querschnittsstudie wurde anhand von Daten aus 21 Krankenhäusern des University HealthSystem Consortium der Zusammenhang zwischen der Ausbildung von Pflegekräften und den Patientenergebnissen (risikobereinigte Indikatoren für Patientensicherheit und Pflegequalität) untersucht, wobei die Personalausstattung und die Krankenhausmerkmale berücksichtigt wurden. Krankenhäuser mit einem höheren Prozentsatz an Krankenpflegepersonen mit Abitur oder höherem Abschluss wiesen eine geringere Sterblichkeitsrate bei Herzinsuffizienz, Druckgeschwüren, Rettungsversagen und postoperativen tiefen Venenthrombosen oder Lungenembolien sowie eine kürzere Verweildauer, auf.

Jüngste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass eine höhere Zahl von Krankenpflegepersonen mit Hochschulabschluss zu einer besseren Qualität der Pflege in Krankenhäusern führt. Für geriatrische Langzeitpflegeeinrichtungen wie Pflegeheime ist dieser Zusammenhang weniger eindeutig. Die meisten Studien, die den Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Qualität der Pflege in Langzeitpflegeeinrichtungen untersuchen, stammen aus den USA, und nur wenige haben sich auf den besonderen Beitrag von examinierten Pflegekräften konzentriert. Backhaus et al. (2017) untersuchten examinierte Krankenpflegepersonen, da von ihnen erwartet wird, dass sie eine Vorbildfunktion einnehmen und Veränderungen herbeiführen, während über ihren besonderen Beitrag zur Qualität der Pflege in Langzeitpflegeeinrichtungen

nur wenig bekannt ist. Backhaus et al. (2017) fand heraus, dass auf den Stationen, die Bachelorabsolventen beschäftigten, die durchschnittliche Zeitaufwand pro Bewohner gering, während die Qualität der Pflege auf den meisten Stationen akzeptabel war.

Insgesamt lässt sich sagen, dass es Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen einer höheren Bildungsstufe im Bereich der Pflege und einer besseren Patientensicherheit und Qualität der Pflege gibt.

Quellen:

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014 May 24;383(9931):1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.

Backhaus, R., van Rossum, E., Verbeek, H. et al. Relationship between the presence of baccalaureate-educated RNs and quality of care: a cross-sectional study in Dutch long-term care facilities. *BMC Health Serv Res* 17, 53 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1947-8>.

Blegen, Mary A., Vaughn, Thomas, Goode, Colleen J. Nurse Experience and Education: Effect

Autor

Mag. Dr. Franco Mantovan, BSc.
 Studiengangsleiter des Bachelorlehrganges in
 Krankenpflege, Universität Verona - Claudiana |
 Universitäres Ausbildungszentrum für
 Gesundheitsberufe in Südtirol/Italien



on Quality of Care. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 31(1): p 33-39, January 2001.

Blegen, M.A., Goode, C.J., Park, S.H., Vaughn, T. & Spetz, J. Baccalaureate Education in Nursing and Patient Outcomes. *The Journal of Nursing Administration*. 43, No. 2 (February 2013), pp. 89-94 (6 pages).

Jutkowitz E, Landsteiner A, Ratner E, Shippee T, Madrigal C, Ullman K, Linskens E, Wilt TJ, Duan-Porter W. Effects of Nurse Staffing on Resident Outcomes in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2023 Jan;24(1):75-81.e11. doi: 10.1016/j.jamda.2022.11.002.

(C) ibreakstock



Gibt es einen Zusammenhang zwischen höherer Bildungsstufe bzw eine Personalausstattung (Anzahl bzw Skill Mix) im Bereich der Pflege und andere Patienten-Ergebnisse/Ereignisse?

Die Studien von Linda Aiken et al., sowie andere Studien, haben ebenfalls zusätzliche Hinweise zum Zusammenhang zwischen höherer Bildung in der Pflege und einer besseren Patientensicherheit und Qualität der Pflege geliefert. Hier sind einige der wichtigsten Studien von Aiken und Kollegen:

Diese Studien zeigen, dass ein höheres Bildungsniveau unter Krankenpflegefachkräften mit einer besseren Patientenoutcome und einer höheren Zufriedenheit der Pflegekräfte verbunden ist.

Es besteht einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau der Krankenpfle-

gefachkräfte in Krankenhäusern und der Sterblichkeitsrate von Patienten, die einer Operation unterzogen werden. Krankenhäuser mit einem höheren Prozentsatz an Krankenpflegefachkräften mit einem Bachelor-Abschluss hatten niedrigere Sterblichkeitsraten als Krankenhäuser mit einem geringeren Prozentsatz an hochqualifizierten Pflegekräften.

Eine höhere Patienten-zu-Krankenpfleger-Ratio ist mit höheren Raten von Krankenhaus-Mortalität, Pflegekräfte-Erschöpfung (Burnout) und Pflegekräfte-Unzufriedenheit verbunden. Krankenhäuser mit einem höheren Prozentsatz an Pflegekräften mit einem Bachelor-Abschluss hatten

niedrigere Raten von Krankenhaus-Mortalität und höhere Raten von Pflegekräfte-Zufriedenheit.

Es gibt ein Zusammenhang zwischen der Personalausstattung von Krankenhäusern und den Patientenergebnissen. Die Ergebnisse zeigten, dass eine höhere Patienten-zu-Krankenpfleger-Ratio mit einer schlechteren Patientenversorgung verbunden war. Krankenhäuser mit einem höheren Prozentsatz an Pflegekräften mit einem Bachelor-Abschluss hatten bessere Patientenergebnisse.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein höheres Bildungsniveau unter Krankenpflegefachkräften mit einer verbesserten

Patientensicherheit und einer besseren Qualität der Pflege verbunden ist.

RN4CAST ist eine groß angelegte Studie, die im Rahmen des 7. Rahmenprogramms der Europäischen Kommission durchgeführt wurde. Ziel der Studie war es, den Einfluss der Personalausstattung von Krankenpflegefachkräften auf die Patientenergebnisse und die Pflegequalität in Krankenhäusern in Europa zu untersuchen.

Einige wichtige Ergebnisse der Studie RN4CAST sind:

1. Krankenhäuser mit einer höheren Personalausstattung von Krankenpflegefachkräften hatten bessere Patientenergebnisse, einschließlich niedrigerer Sterblichkeitsraten und einer besseren Gesamtbewertung der Patientenzufriedenheit.
2. Ein höheres Bildungsniveau unter den Krankenpflegefachkräften war mit besseren Patientenergebnissen verbunden, insbesondere mit einer geringeren Sterblichkeitsrate und einer besseren Beurteilung der Pflegequalität.
3. Eine höhere Personalausstattung mit Pflegekräften auf Intensivstationen und in medizinischen Abteilungen war mit einer verbesserten Überlebensrate von Patienten verbunden, die einer intensiven Pflege bedurften.

Rationierung in der Pflege, die als Einschränkung der Ressourcen oder der Zeit, die einem Patienten zur Verfügung stehen, definiert wird, kann zu negativen Ergebnissen für den Patienten führen. Ein Mangel an Zeit und Ressourcen kann dazu führen, dass Pflege-

personal nicht in der Lage ist, den Bedürfnissen aller Patienten gerecht zu werden, was zu unzureichender Versorgung und erhöhter Gefahr für Patientensicherheit und Gesundheit führen kann. Studien haben gezeigt, dass ein höheres Pflegepersonal-Patienten-Verhältnis zu einer besseren Patientenversorgung und höherer Patientensicherheit führt. Es ist wichtig, dass Gesundheitseinrichtungen angemessene Ressourcen bereitstellen, um sicherzustellen, dass Pflegepersonal die Bedürfnisse aller Patienten angemessen erfüllen kann.

Viele Studien belegen, dass ein höheres Pflegepersonal-Patienten-Verhältnis zu einer besseren Patientenversorgung und höherer Patientensicherheit führt. Hier sind ein paar Beispiele:

In der Studie Twigg et al. (2018) zum Beispiel, wurden Dreißig Artikel in der Systematik Review einbezogen. Zwölf Patientenergebnisse standen in umgekehrtem Zusammenhang mit der Anzahl der Pflegefachkräfte (d. h., eine höhere Anzahl von Pflegefachkräften war signifikant mit besseren Patientenergebnissen assoziiert). Dabei handelte es sich um Verweildauer, Magengeschwüre, Gastritis und obere gastrointestinale Blutungen, akuten Myokardinfarkt, Fixierungen, Rettungsversagen, Lungenentzündung, Sepsis, Harnwegsinfektionen, Sterblichkeit/30-Tage-Sterblichkeit, Druckverletzungen, Infektionen und Schock/Herzstillstand/Herzversagen. Diese Studie zeigte, dass die Qualifikation der Pflegekräfte sich auf 12 Patientenresultate auswirkte. Es ist ein Konsens über die Definition des Qualifikationsmixes erforderlich, um eine solidere Bewertung der Auswirkungen von

Veränderungen im Qualifikationsmix auf die Patientenergebnisse zu ermöglichen: Der Qualifikationsmix ist vielleicht wichtiger als die Anzahl der Krankenpfleger/Innen, wenn es darum geht, negative Auswirkungen auf die Patienten zu verringern, wie z. B. die Sterblichkeit und das Scheitern von Rettungsmaßnahmen, auch wenn das optimale Personalprofil bei der Personalplanung schwer zu bestimmen ist.

Diese sind nur einige Beispiele für Studien, die den Zusammenhang zwischen Pflegepersonal-Patienten-Verhältnis und Patientensicherheit untersucht haben. Es gibt viele weitere Studien, die ähnliche Ergebnisse zeigen. Es ist wichtig zu beachten, dass es auch andere Faktoren gibt, die die Patientensicherheit beeinflussen können, aber ein angemessenes Pflegepersonal-Patienten-Verhältnis ist ein wichtiger Faktor für eine sichere und effektive Patientenversorgung. Dieser Zusammenhang wurde auch beim Auftreten von postoperativen pulmonalen Komplikationen, postoperativer Pneumonie und postoperativer Sepsis in klinisches pädiatrisches Setting, festgestellt (Mark et al., 2007).

Zusammenfassend kann man sagen, dass eine höhere Personalausstattung von Krankenpflegefachkräften und ein höheres Bildungsniveau unter diesen Pflegekräften mit besseren Patientenergebnissen und einer verbesserten Pflegequalität verbunden sind.

„Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality“ veröffentlicht im Journal of the American Medical Association, Vol. 290, No. 12 (2003): Autoren:

L. S. Aiken, P. S. Sloane, S. R. Sochalski, S. R. Charlottesville, & J. R. Lichtenberg.

„Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction“ veröffentlicht im Journal of the American Medical Association, Vol. 288, No. 16 (2002): Autoren: L. S. Aiken, S. R. Sochalski, S. R. Charlottesville, P. S. Sloane, & J. R. Lichtenberg.

„Hospital nurse staffing and patient outcomes“ veröffentlicht im Milbank Quarterly, Vol. 82, No. 4 (2004): Autoren: L. S. Aiken, S. R. Sochalski, J. R. Cimiotti, & M. S. Aiken.

Audet, L-A., Bourgault, P., Rocherfort, C.M. (2018): Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. International Journal of Nursing Studies.

Morioka, N., Okubo, S., Moriwakim M., Hayashiba, K. (2022): Evidence of the Association between Nurse Staffing Levels and Patient and Nurses' Outcomes in Acute Care Hospitals across Japan: A Scoping Review. MDPI.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Busse, R., ... & Kwakman, M. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ, 344, e1717.

Twigg, D.E., Kutzer, Y, Jacob, E., Seaman, K. (2019): A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient out-

Autor

Mag. Dr. Franco Mantovan, BSc.
 Studiengangsleiter des Bachelorlehrganges in
 Krankenpflege, Universität Verona - Claudiana |
 Universitäres Ausbildungszentrum für
 Gesundheitsberufe in Südtirol/Italien



comes in the acute care setting. 04 September 2019. <https://doi.org/10.1111/jan.14194>.

Mark BA, Harless DW, Berman WF. Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitalized Children. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2007;8(2):83-92. doi:1177/1527154407303499.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Rafferty, A. M. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ, 344, e1717.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Steward, R., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine, 346(22), 1715-1722.



Isabel Haider-Strutz

Lernpaket

Allgemeine Pathologie

Das Lernpaket zur Pathologie, bestehend aus Lehr- und Übungsbuch!

Das Lehrbuch bietet eine fundierte Auseinandersetzung mit dem Fach der Allgemeinen Pathologie. Sie erfahren alles über die Ursachen, Verläufe und Folgen von Krankheiten sowie über grundlegende medizinisch-biologische Vorgänge (Tumorbildung, Entzündungen, Zell- und Gewebsschäden, Störungen des Kreislaufs, Wundheilung, Funktionen des Immunsystems usw.).

Das Buch ist mit vielen neuen, farbigen Abbildungen und durchgehend mit Merksätzen, Erläuterungen zur Fachterminologie, Begriffsdefinitionen, Zusammenfassungen und Wissensfragen versehen.

Das Übungsbuch bietet eine Möglichkeit zum Üben, Überprüfen von bereits Erlerntem und zum Erkennen von Wissenslücken. Die Abfolge der Kapitel orientiert sich an jener des dazugehörigen Lehrbuches Allgemeine Pathologie. Der Inhalt setzt sich aus Bildern zum Beschriften, Lückentexten, Zuordnungsfragen, „Richtig oder Falsch“-Aufgaben und Übersetzungen von Fachbegriffen zusammen. Im Schlussteil des Übungsbuches sind die richtigen Antworten zu finden.

Eine ideale Ergänzung des Pathologieunterrichts!

facultas 2022

312 Seiten, broschiert

EUR 41,90 (A) / EUR 40,80 (D) / sFr 50,80 UVP

ISBN 978-3-7089-2201-0



Arbeitsengagement steigert das Wohlbefinden der Pflegekräfte

Eine Gruppe finnischer Krankenpflegestudenten im zweiten Studienjahr machte sich mit dem Konzept des Arbeitsengagements an der Laurea University of Applied Sciences vertraut. Die Studierenden lösten hiermit in einem imaginären Pflegearbeitsumfeld eine herausfordernde Situation, mit der Methode der Betrachtung der Zukunft. Als sie eine Lösung für das Problem fanden, erlebten sie ein starkes Gefühl des Arbeitsengagements. Ziel war es, die Fähigkeiten der angehenden Pflegefachkraft während des Studiums zu steigern und die Bedeutung des Arbeitseinsatzes für das Wohlbefinden bei der Arbeit in der Pflege zu verstehen. Eine Krankenpflegefachkraft, die Arbeitsengagement erlebt und Spaß an der Arbeit hat, wird mit geringerer Wahrscheinlichkeit ei-

nen Karrierewechsel in Betracht ziehen. Der Sozial- und Gesundheitssektor braucht begeisterte Pflegekräfte, um seine Ziele besser erreichen zu können.

Dieser Artikel untersucht einzelne Faktoren, die sich auf das Erleben von Arbeitsengagement auswirken und wie Studierende während des Pflegestudiums gefördert werden könnten. Der Artikel betont die positiven Faktoren, die das Wohlbefinden bei der Arbeit beeinflussen. Die Pflegefachkräfte bringen durch ihre Einstellung und Motivation Positivität in ihre Arbeit. Die Verarbeitung von Faktoren, die das Wohlbefinden bei der Arbeit negativ beeinflussen könnten, ist einfacher, wenn die Betonung auf den positiven Faktoren liegt. (Sierra et al. 2017.)

Bei der Untersuchung individueller Faktoren, die das Wohlbefinden bei der Arbeit beeinflussen, bestand eine Möglichkeit darin, das Wohlbefinden bei der Arbeit durch Arbeitsengagement zu verarbeiten. Arbeitsengagement wird am häufigsten als positiver emotionaler Zustand definiert, der durch Kraft, Hingabe und Aufnahmefähigkeit gekennzeichnet ist. Kraft ist das Gefühl von Energie, mentaler Belastbarkeit und Ausdauer trotz Widrigkeiten. Hingabe hingegen spiegelt das Gefühl der Arbeitsbegeisterung, der Bedeutung, der Herausforderung und des Berufsstolzes einer Person wider. Menschen, die in ihre Arbeit vertieft sind, sind konzentriert und fühlen sich von ihrer Arbeit mitgenommen. (Keyko et al. 2016, Slåtten et al. 2022, TTL 2022.)

Arbeitsengagement ist ein Geisteszustand, weniger ein Persönlichkeitsmerkmal einer Person, und es kann sich in einer bestimmten Zeitachse in eine positive oder negative Richtung ändern (Slåtten et al. 2022). Das Konzept des Arbeitsengagements gehört zur Forschungsrichtung der Positiven Psychologie, deren Ziel es ist, beispielsweise die Stärken in der Arbeitsgemeinschaft zu identifizieren und die Bewältigung der Anforderungen des Berufs zu fördern. Außerdem geht es um das Thema, wie man sich trotz komplexer Anforderungen für die Arbeit begeistern kann. (Hakanen 2011.)

Arbeitsengagement wirkt sich positiv auf eine einzelne Pflegekraft aus. Die Pflegekräfte, die Arbeitsengagement erfahren, sind mit ihrer Karriere und Arbeit zufrieden. Sie kommen besser mit ihrer Arbeit zurecht und denken seltener über einen Berufswechsel nach (Keyko et al. 2016, Kutney-Lee et al. 2016, Slåtten et al. 2022.). Die gesteigerte Erfahrung des Arbeitsengagements trägt deutlich zur Qualität der Pflege bei. (Keyko et al. 2016, Kutney-Lee et al. 2016, Parr et al. 2021, Slåtten et al. 2022.) Laut Hakanen (2011) kann Arbeitsengagement als positive Energie bei der Arbeit gesehen werden, die Art und Weise, wie Mitarbeiter proaktiv, innovativ, produktiv, hilfsbereit gegenüber ihren Kollegen und engagiert sind und das Arbeitsengagement auch auf andere übertragen. Die Angestellten selbst beeinflussen können, wie sie an ihre Arbeit herangehen und welche Vorstellungen sie von ihrer Arbeit haben.

Arbeitsengagement hat auch Auswirkungen innerhalb der Gesundheitsorganisation, auf die Zusammenarbeit und auf die interne Kultur der Organisation. Das vom

Mitarbeiter erlebte Arbeitsengagement ist ein strategisch wichtiges Instrument, um die Organisation bei der Erreichung der ihr gesetzten Ziele zu fördern. Die Bewertung des Arbeitsengagements kann als sensibles Instrument zur Messung und Erkennung von Veränderungen der Arbeitsbedingungen eingesetzt werden. Wenn Mitarbeiter die interne Kultur der Organisation als positiv wahrnehmen, erhöht dies ihre Arbeitszufriedenheit und reduziert damit Pläne für einen Job- oder Karrierewechsel. (Slåtten et al. 2022.)

Das Erleben von Arbeitsengagement kann auch von den Mitarbeitern selbst gefördert werden. Hakanen (2011) diskutiert Work-Tuning, also die Anpassung der Arbeit an den Mitarbeiter je nach Stellenbeschreibung und Verantwortungsbereich des Mitarbeiters. Bei der Abstimmung des Zwecks und der sozialen Bedeutung der Arbeit wird die Fähigkeit hinzugefügt, den Wert der eigenen Arbeit umfassender zu sehen und einzelne Aufgaben als Teil einer größeren Einheit zu verstehen. Der Mitarbeiter selbst kann Einfluss darauf nehmen, wie er seine Arbeit macht, sich weiterentwickeln und seine Talente in seiner Arbeit einsetzen. Eine Verbesserung der Kompetenzen kann durch die Übernahme neuer Handlungsweisen erreicht werden. Es ist auch möglich, Inspiration und Feedback von außerhalb Ihrer eigenen Arbeitsgemeinschaft zu erhalten. (Hakanen 2011.)

Praktiken zur Selbstentwicklung und Selbstevaluation der eigenen Arbeit sowie zur Verwirklichung der zentralen Werte der Pflege steigern die Erfahrung des Arbeitsengagements. Arbeitsengagement stärkt auch eine ethisch nachhaltige Arbeitsweise in der

Pflege. (Keyko et al. 2016.). Eine gute Kommunikation und multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Arbeitsgemeinschaft, die die Entscheidungsfindung in der Pflege unterstützt und die Teamarbeit fördert, erhöht das Engagement für die Pflege und die Arbeitsermächtigung (van Bogaert et al. 2017). Wenn Krankenpflegefachkräfte in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, wirkt sich dies positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Krankenpflegefachkräfte, für die gewünschten Pflegeergebnisse und die Patientenerfahrung aus. Das von Pflegekräften erfahrene Arbeitsengagement sollte als Ansatz zur Verbesserung der Ergebnisse der Pflege gesehen werden. (Kutney-Lee et al. 2016).

Nachdenken über die Zukunft

Das Nachdenken über die Zukunft ist eine Methode in Prognosedialogen, die in verschiedenen Situationen von Arbeitsgemeinschaften wie Planung oder Problemlösung eingesetzt werden kann. Es eignet sich für die interne Entwicklung der Arbeitsgemeinschaft ebenso wie für die Entwicklung der Kundenschnittstelle oder multiprofessionelle Zusammenarbeit. Ihr Ziel ist es, die Zusammenarbeit zu fördern, Ressourcen zu vermehren und Hoffnung für die Zukunft zu wecken. (Eriksson, Arnkil und Rautava 2006; Kokko 2007). Das Nachdenken über die zukünftige Methode stärkt auch das Vertrauen der Teilnehmer, dass Herausforderungen der gegenwärtigen Umstände beeinflusst werden können (Kokko 2007).

Ausgangspunkt für das Nachdenken über die zukünftige Methode ist das Erkennen der Herausforderungen der gegenwärtigen Umstände. Dabei muss man sich aber nicht in den Herausforderungen

verzetteln, indem man sie genauer definiert, sondern in die Zukunft rücken, meist ein halbes oder ein Jahr von der Gegenwart entfernt.

Die an der Methode beteiligten Teilnehmer werden gebeten, darüber nachzudenken, was für eine Zukunft besser sein könnte als die Gegenwart, welche Faktoren dazu führen und vor allem, wie sie selbst die Umsetzung des gewünschten Ergebnisses vorangetrieben haben. Auch wenn es um die Zukunft geht, die Idee der Methode ist es, die bereits vorhandenen Faktoren hervorzuheben. Beim Zukunfts-Recall wird jeder Teilnehmer ermutigt, aus seiner eigenen Sichtweise zu sprechen und eigene Wünsche und Meinungen einzubringen, wodurch das Bild der Zukunft bereichert und diversifiziert werden kann. (Eriksson, Arnkil und Rautava 2006; Kokko 2007.)

Bei der Aufgabe, über die Zukunft nachzudenken, bekamen die PflegestudentInnen einen imaginären Arbeitsplatz, ein Pflegeheim für ältere Menschen, in dem die StudentInnen derzeit als Ersatzpfleger arbeiten. Nach einem Jahr hat sich der Arbeitsplatz zu einer attraktiven Einheit entwickelt, in der das Pflegepersonal ein starkes Arbeitsengagement erfährt. In Kleingruppen reflektierten die Studierenden die Gründe für diesen Wandel anhand der folgenden Fragen:

Thema 1: Wie hat sich das Pflegeheim im vergangenen Jahr verändert, dem mit den Fragen nachgegangen wurde: Was macht Sie glücklich, wenn Sie in diesem Pflegeheim arbeiten? Wie hat sich die Tätigkeit des Pflegepersonals verändert? Wofür und von wem wird das Pflegeheim besonders geschätzt?

Thema 2: Was hat die einzelne Pflegekraft getan, um die Situation zu ändern, was mit den Fragen untersucht wurde: Was haben Sie getan, um das Pflegeheim zu einem wunderbaren Arbeitsplatz zu machen? Hast du von jemandem Unterstützung bekommen?

Studierendenmeinungen zum attraktiven Pflegeheim

Zunächst bewerteten die Studierenden, wie sich das Pflegeheim im vergangenen Jahr verändert hat, sodass es heute ein attraktiver Arbeitsplatz ist. Die Arbeitsatmosphäre im Pflegeheim ist heute gemeinschaftlich, dialogisch und hilfsbereit. Konkrete Maßnahmen, wie die faire Umsetzung von Arbeits- und Schichtdiensten und die Zusammenarbeit mit dem gesamten Pflegepersonal und den Bewohnern, hätten zu der guten Entwicklung beigetragen. Das positive Feedback von KollegInnen, BewohnerInnen und ihren Angehörigen hatte zugenommen. Bei den wöchentlichen Treffen nahmen alle teil und wurden in Diskussionen gehört. Auch wurde auf die positive Sichtbarkeit des Pflegeheims geachtet.

Auch das Vorgehen der Vorgesetzten wurde gelobt; sie hatten den Pflegekräften die Teilnahme an Fortbildungen ermöglicht, die notwendige Hilfestellung für eine gute Arbeitsleistung vermittelt und für eine angemessene Orientierung gesorgt und ausreichend Unterstützung angeboten. Durch die Steigerung dieser guten Faktoren seien Krankenstände und MitarbeiterInnenfluktuation zurückgegangen, die Rekrutierung einfacher geworden und das Arbeitsengagement gestiegen. Angehörige der Bewohner hatten das Pflegeheim vor allem für die gute Pflegequalität und den Wohnkom-

fort der Bewohner gelobt, ihnen sei aber auch die offene und entspannte Atmosphäre aufgefallen.

Zweitens reflektierten die Studierenden, was eine einzelne Pflegekraft getan hatte, um eine Veränderung herbeizuführen, sodass das Pflegeheim heute ein attraktiver Arbeitsplatz ist. Die Studierenden hatten das Gefühl, dass sie in der Rolle einer Pflegekraft in vielerlei Hinsicht selbst Einfluss auf das Thema hätten nehmen können. Gute Grundmanieren wie Begrüßungen, Rücksichtnahme auf andere und allgemein freundliches Verhalten gegenüber anderen wurden als gute Ausgangsbasis wahrgenommen. Es wurde darauf geachtet, die eigene positive Einstellung zum Ausdruck zu bringen, indem sie sich beispielsweise nicht über Dinge beschwerten, die sie für unwichtig hielten, sondern versuchten, ein gutes Image ihrer Arbeit zu schaffen.

Sie waren aktiv und hilfsbereit, beteiligten sich an Entwicklungsprojekten und engagierten sich für alle Entscheidungen. Sie erhielten und gaben einem Kollegen gutes Feedback. Alle wurden ermutigt, auch über mögliche schwierige Situationen oder sogar Missstände zu sprechen. Die Bemühungen der Pflegekräfte zu handeln gleichermaßen bedeutsam war. Sie erkannten alle MitarbeiterInnen als gleich wichtig in der Arbeitsgemeinschaft an. Sie hatten das Gefühl, dass sie die Planung während der Schichten so beeinflussen könnten, dass jeder in der Schicht Pausen machen und die Arbeitsbelastung gleichmäßig verteilen kann. Dazu gehörte auch die Übernahme von Verantwortung für die eigenen Arbeitsaufgaben. Wenn Sie Ihre eigene Arbeit wie vereinbart erledigen, wird die Belastung der Kollegen reduziert.

Darüber hinaus wurde das Pflegeheim als attraktiver Arbeitsplatz als flexibler Kollege und eine positive Grundeinstellung empfunden.

Überprüfung der Ergebnisse

Bei dieser Lernaufgabe konnten sich die Pflegestudierenden vorstellen, dass sie ihr Studium bereits abgeschlossen hatten und in einem Pflegeheim arbeiteten, wo ihnen die Arbeit sehr viel Spaß machte. Die Antworten spiegeln die aktuellen Gedanken der Studierenden wider, können aber in der zukünftigen Arbeit als Pflegekraft umgesetzt werden.

Die Schülerinnen und Schüler wiesen auf viele positive Veränderungen im Pflegeheim hin. Dies wird auch durch frühere Forschung gestützt. Kutney-Lee et al. (2016) stellten fest, dass die Möglichkeit für Pflegekräfte, sich an gemein-

samen Entscheidungen zu beteiligen, die Arbeitszufriedenheit und Beharrlichkeit der Pflegekräfte bei der Arbeit erhöht, was sich auch in den gewünschten Ergebnissen der Pflege und einer besseren Patientenerfahrung widerspiegelt.

Bei dieser Lernaufgabe hatten die Angehörigen der BewohnerInnen das Pflegeheim für die gute Betreuung der BewohnerInnen gelobt. In diesem Pflegeheim erlebten die Pflegekräfte ein erhöhtes Arbeitsengagement, was zu einer verbesserten Pflegequalität führte. Dies war deckungsgleich mit der bisherigen Forschung (Keyko et al. 2016, Kutney-Lee et al. 2016, Parr et al. 2021, Slätten et al. 2022). Pflegequalität ist mit festem Personal leichter zu erreichen. Die Befragten wiesen darauf hin, dass die Mitarbeiterfluktuation zurückgegangen und die Rekrutierung einfacher geworden

sei. Auch nach Kutney-Lee et al. (2017) erwägen Pflegekräfte, die am Arbeitsplatz ausgebrannt sind, seltener einen Berufswechsel.

Es gab auch Ähnlichkeiten mit der Beobachtung von van Bogaert et al. (2017) über die Bedeutung einer guten Kommunikation und multiprofessionellen Zusammenarbeit. Im Pflegeheim war die Diskussion offen und alle wurden gehört. Dies trägt zur pflegerischen Entscheidungsfindung bei, fördert die Teamarbeit, erhöht das Engagement für die Pflegearbeit und das Arbeitsmanagement (van Bogaert et al. 2017).

Um die Veränderung herbeizuführen, hatten die einzelnen Pflegekräfte auf ihre eigenen Aktivitäten geachtet. Während ihrer Arbeit als Krankenpflegefachkraft waren sie aktiv an der gemeinsamen Entwicklung beteiligt. Sie halfen sich



(C) Africa Studio

gerne gegenseitig und wussten um Hilfe zu bitten und engagierten sich für die gemeinsam getroffenen Entscheidungen. Sie verstanden auch, wie sich die eigene Haltung in der Atmosphäre des Pflegeheims widerspiegeln konnte. Einer früheren Studie zufolge zeigt sich Arbeitsengagement an Aktivitäten wie Eigeninitiative, Innovationsbereitschaft, Produktivität, Hilfsbereitschaft und Engagement (Hakanen 2011).

Abschließend

Die Arbeit einer Krankenpflegefachkraft hat in letzter Zeit viel Publizität erfahren und könnte bei denen, die die Pflege als Beruf in Betracht ziehen, Verwirrung gestiftet haben. Die Pflege bietet nach wie vor viele unterschiedliche Arbeitswelten und Möglichkeiten, sich vielseitig auf der Grundlage der Pflegewissenschaft auszuüben und weiterzuentwickeln, und damit auch viele Erfahrungsmöglichkeiten, Sinnhaftigkeit der Arbeit und Arbeitsengagement. Während des Studiums ist es wichtig, PflegestudentInnen die Möglichkeit zu bieten, Erfahrungen in der Pflege auszutauschen, die Begeisterung aufrechtzuerhalten und ermutigendes Feedback zu geben, um die Erfahrung der Pflege als bedeutenden Beruf zu erweitern. Mit Hilfe der Methode des Zukunftsdenkens ist es möglich, das Vertrauen der Pflegestudierenden zu stärken, die Arbeitsbedingungen der Pflege auch selbst beeinflussen zu können. Es ist ein einfaches Werkzeug, um Ziele für die Entwicklung festzulegen.

Literaturverzeichnis

Eriksson, E., Arnkil, T.E. & Rautava, M. 2006. Ennakointialoigeja huolten vyöhykkeellä verkostokonsultin käsikirja – ohjeita verkostomaiseen

työskentelyyn. Stakesin työpapereita 29/2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämisskeskus STAKES.

García-Sierra, R., Fernández-Castro, J. & Martínez-Zaragoza, F. 2017. Engagement of nurses in their profession. Qualitative study on engagement. *Enferm Clin.* May-Jun 2017;27(3):153-162. <https://doi.org/10.1016/j.enfclle.2017.03.006>

Hakanen, J. 2011 Työn imu. *Työterveyslaitos.*

Keyko, K., Cummings, G., Yonge, O. & Wong, C. 2016. Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 61(2016):142-164. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.003>

Kokko, R.-L. 2007. Tulevaisuuden muistelu -palaveri – toiveikkuutta tuottava yhteistyömenetelmä. *Yhteiskuntapolitiikka* 72, (2), 166–174.

Kutney-Lee A., Germack H., Hatfield L., Kelly S., Maguire P., Dierkes A., Guidice D. & Aiken L.H. 2016. Engagement in Shared Governance and Patient and Nurse Outcomes. *Journal of Nursing Administration.* 2016; 46(11): 605–612. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000412>

Parr, J., Teo, S. & Koziol-McLain, J. 2021. A quest for quality care: Exploration of a model of leadership relationships, work engagement, and patient outcomes. *J Adv Nurs.* 2021;77:207–220. <https://doi.org/10.1111/jan.14583>

Slåtten, T., Lien, G. & Mutonyi, B.R. 2022. Precursors and outcomes of work engagement among nursing

Autorin



Anne Kokko RN, MNSc

Specially trained nurse, Senior Lecturer, Laurea UAS (acute care)

Autorin



Kirsi Leinonen RN, MNSc

Public health nurse, Senior Lecturer, Laurea UAS (elderly care)

professionals—a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* (2022) 22:21. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07405-0>

TTL 2022. Työn imu. <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/tyon-imu>

Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z. & Erik Franck1,5 2017. Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing* (2017) 16:5. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4>



Angelika Feichtner

Palliativpflege

für Pflege- und andere
Gesundheitsberufe

facultas 2022

6., überarbeitete und erweiterte Auflage

352 Seiten, broschiert

EUR 36,90 (A) / 35,90 (D) / sFr 45,30 UVP

ISBN 978-3-7089-2167-9

e-ISBN 978-3-99111-481-9

Den letzten Lebensweg würdevoll beschreiten

In der Pflege von schwer kranken und sterbenden Menschen sind spezielles Wissen, fachliches Können und eine respektvolle, achtsame Haltung, aber auch eine gelingende Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen entscheidend. Das vorrangige Ziel palliativer Betreuung ist das größtmögliche Wohlbefinden der Patient:innen.

Dieses Buch liefert die Grundlagen für die Pflege und Betreuung von Patient:innen in palliativen Situationen und bietet Anleitung und Unterstützung für Gesundheitsberufe.

Die 6. Auflage ist vollständig überarbeitet, berücksichtigt neue Entwicklungen beim assistierten Suizid sowie Tötung auf Verlangen in Europa und vertieft die Kapitel zum deliranten Syndrom, zu Schmerz und Demenz.



Angelika Feichtner, Hilde Kössler
**Palliative Wundversorgung
in der Praxis**

facultas 2020

296 Seiten, 2-farbig, broschiert

EUR 29,90 (A)

EUR 28,90 (D) / sFr 36,60 UVP

ISBN 978-3-7089-1996-6

e-ISBN 978-3-99030-998-8



Angelika Feichtner
Palliativpflege in der Praxis
Wissen und Anwendungen

facultas 2021

3., überarb. und erweiterte Auflage

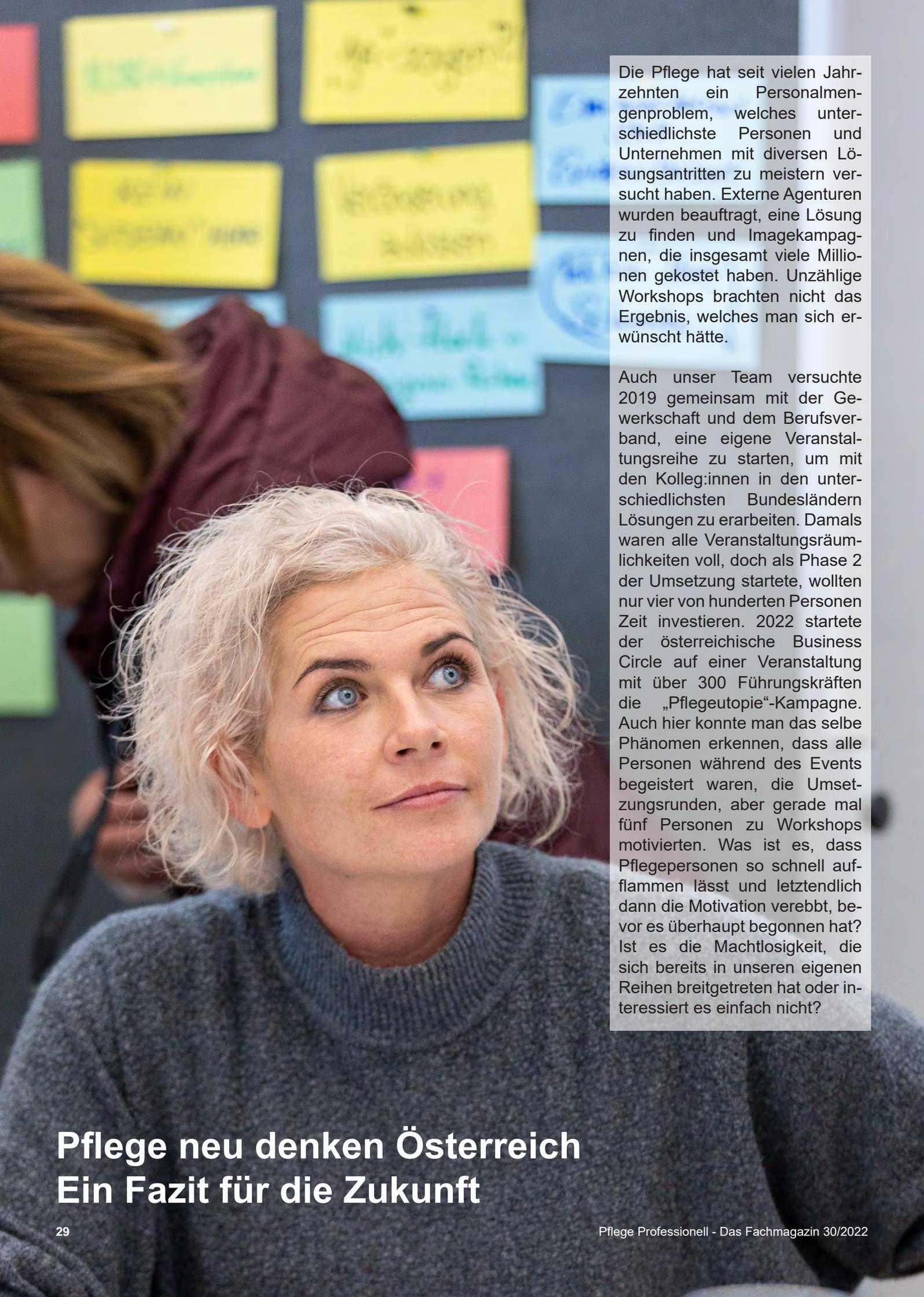
248 Seiten, 2-farbig, broschiert

EUR 23,90 (A)

23,10 (D) / sFr 29,10 UVP

ISBN 978-3-7089-2135-8

e-ISBN 978-3-99111-342-3



Die Pflege hat seit vielen Jahrzehnten ein Personalmanagementproblem, welches unterschiedlichste Personen und Unternehmen mit diversen Lösungsansätzen zu meistern versucht haben. Externe Agenturen wurden beauftragt, eine Lösung zu finden und Imagekampagnen, die insgesamt viele Millionen gekostet haben. Unzählige Workshops brachten nicht das Ergebnis, welches man sich erwünscht hätte.

Auch unser Team versuchte 2019 gemeinsam mit der Gewerkschaft und dem Berufsverband, eine eigene Veranstaltungsreihe zu starten, um mit den Kolleg:innen in den unterschiedlichsten Bundesländern Lösungen zu erarbeiten. Damals waren alle Veranstaltungsräumlichkeiten voll, doch als Phase 2 der Umsetzung startete, wollten nur vier von hundert Personen Zeit investieren. 2022 startete der österreichische Business Circle auf einer Veranstaltung mit über 300 Führungskräften die „Pflegeutopie“-Kampagne. Auch hier konnte man das selbe Phänomen erkennen, dass alle Personen während des Events begeistert waren, die Umsetzungsrunden, aber gerade mal fünf Personen zu Workshops motivierten. Was ist es, dass Pflegepersonen so schnell aufflammen lässt und letztendlich dann die Motivation verebbt, bevor es überhaupt begonnen hat? Ist es die Machtlosigkeit, die sich bereits in unseren eigenen Reihen breitgetreten hat oder interessiert es einfach nicht?

Pflege neu denken Österreich Ein Fazit für die Zukunft

Pflege neu denken - Der Beginn

Dies war für Pflege Professionell und dem Business Circle aber kein Grund zur Aufgabe. Mit der neuen Reihe „Pflege neu denken“ begann im Herbst 2022 ein Workshopversuch, mit Fachkräften aus den unterschiedlichsten Settings eine Visualisierung der Probleme, Bedürfnisse und ToDos zu erarbeiten. Alle 3 Teile „Pflege neu denken - Akutbereich“, „Pflege neu denken - Langzeitpflege“ und „Pflege neu denken - Hauskrankenpflege“ waren gut besucht und die Stimmung entspannt und voller Energie. Die IMC Fachhochschule Krems stellte hierzu die Räumlichkeiten zur Verfügung, mit einem kleinen Catering wurde kulinarisch für Entspannung gesorgt. Alle Weichen standen in Richtung „Gehen wir es an“. Der Workshop diente zur Erarbeitung, aber auch zur Vernetzung aktiver Akteur:innen.

Nach entsprechendem Input zur IST-Situation, versuchten die Teilnehmer:innen ihre Altlast, Missionen und Visionen gemeinsam zu diskutieren und sie auf einer Pinwand in Worte zu fassen. Schnell fand man einen gemeinsamen Nenner bei den Problemen und Bedürfnissen.

Pflege neu denken - Das Fazit der Visualisierung

Das spannende an den Auswertungen der drei Bereiche war, dass die Tafeln von den Inhalten her nahezu ident waren. Obwohl keiner der Bereiche (Akutpflege, Langzeitpflege, Hauskrankenpflege) von den Ausarbeitungen der anderen wusste, gab es einheitliche Gedankengänge und Themen, auf die man keine oder besonders Lust hatte.



Alle Fotos (C) K. Schützenauer



Alle Fotos (C) K. Schützenauer

Altlast: In allen Bereichen deklarierte die Teilnehmer:innen ganz klar, dass Themen wie Hierarchien, Jammerei, der ewige Hickhack in der eigenen Berufsgruppe, das ewige Kompensieren des fehlenden Personals, die Rahmenbedingungen, aber auch die geringe Wertschätzung, ausgehend aus der eigenen und anderen Berufsgruppen, Punkte sind, über die man sich nicht mehr unterhalten möchte. Vor allem die engstirnigen Traditionen, die in vielen Fällen nicht mehr zeitgemäß sind oder sogar von der Wissenschaft als „kontraproduktiv“ bezeichnet wurden, wolle man endlich vom Tisch haben. „Wir haben das hier immer schon so gemacht.“ ist ein Satz, den wirklich keiner mehr hören kann (und dies seit Jahrzehnten) und in Wirklichkeit nur Ausdruck von zukunftsresistenten Kolleg:innen ist.

Mission: Unter dieser Kategorie erarbeiteten die Teilnehmer:innen die Punkte, die man im JETZT ändern kann. Auch hier gab es sehr viele Gemeinsamkeiten zwischen den drei Berufskategorien. „Der Blick nach vorne“, der auf der einen Seite positiv sein soll, auf der anderen Seite aber auch realistisch die Fakten (Ressourcenmangel, etc.) beleuchtet. Man will Sachen klar und sachlich aussprechen können. Berufshaltung und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, um den Beruf so darzustellen, wie er wirklich ist, standen auf den Tafeln als oberstes Gebot. Professionell, evidenzbasiert, empathisch, drei Punkte die einander ergänzen und nicht gegenseitig ausschließen. Dies ist vor allem in den medialen Diskussionen immer ein KO-Kriterium. Viele präsentieren sich so, als ob Empathie das Wichtigste ist und man auf den Rest verzichten kann. Die „Gegenfraktion“ hingegen versucht alles

rein wissenschaftlich zu erklären und lässt allzu oft die notwendige Herzlichkeit außer Acht. In der Mitte steht die Professionalität, die aus beiden Ecken ihre Essenz zieht. Genau diese Professionalität wäre die perfekte Berufshaltung, die auch gegenüber Politik und Gesellschaft eine entsprechende Stärke aufzeigt, die es gemeinsam zu präsentieren gilt.

Vision: Natürlich gab es auch ein „Wünsch dir was“ auszudiskutieren. Themen waren hierbei Fachkarrieren, Erweiterungen der Kernkompetenzen, eine bessere Vernetzung in der eigenen Berufsgruppe, eine Berufskammer und eine Berufssolidarität in allen Bereichen. „Pflege soll über Pflege entscheiden.“

Natürlich wollte Pflege Professionell nicht andauernd auf den alten Fakten und Themen herum kauen. Die demographische Entwicklung, der Personalnotstand, aber auch der internationale Vergleich ist längst kein neues Thema mehr und eigentlich kann man die Daten auch nicht mehr hören. Auf den meisten Symposien werden diese Zahlen weiterhin präsentiert als ob dies neue Erkenntnisse oder der heilige Gral sind. Darum gab es im Vorfeld zum Thema Langzeitpflege, Hauskrankenpflege und Ausbildung entsprechende Umfragen.

In einer ersten Umfrage wurde in Österreich die Frage an frische Absolvent:innen des Studiums „Gesundheits- und Krankenpflege“ geschickt, ob sie nun in die Akutpflege, Langzeitpflege oder Hauskrankenpflege gegangen sind. Sollte die Langzeitpflege oder die Hauskrankenpflege im Moment nicht in Frage kommen, würde die Begründung interessieren. Rund 600 Studierende meldeten bei dieser Umfrage zurück.



Alle Fotos (C) K. Schützenauer

Pflege Professionell - Langzeitpflege

Von den ca. 600 Studierenden gaben 13% an in die Langzeitpflege zu gehen, 18% konnten sich ein Jobwechsel in die Langzeitpflege zu einem späteren Zeitpunkt vorstellen und 69% der Befragten fanden diesen Bereich auch für die Zukunft absolut uninteressant.

Hauptsächliche Gründe waren die Kategorie „Eintönigkeit“ (meist mit dem Zusatz „Man ist zu wenig mit dem/der Patient:in beschäftigt und zu viel mit Dokumentation), „Medizinische Kompetenzen die verloren gehen“, „Alleinige Verantwortung im Nachtdienst“ und der „Ressourcenmangel“ (Nicht im Bezug auf Personal!). „Schlechte Bezahlung“ und „Fehlendes Personal“ waren erst an den hinteren

Stellen der Befragung.

In Österreich hat man im Studium ein bis zwei Praktika in der Langzeitpflege. Hier wird sich, wie bei allen anderen Praktika, ein Urteil über die Arbeit in diesem Bereich gebildet. Hat man in dieser Zeit schlechte Erfahrungen mit Kolleg:innen oder der Arbeit selbst gemacht, wird im Kopf ein generelles „In die Langzeitpflege gehe ich sicher nicht“ gespeichert, obwohl es woanders vielleicht besser sein könnte. Um hier ein wenig nach zu evaluieren, befragten wir die Personen erneut, wie denn das Praktikum in der Langzeitpflege generell war. Auf einer Skala von 5 (am besten) und 1 (sehr schlecht) bewerteten die Studierenden die Praktika. Überraschenderweise waren die Noten für diese Zeit primär auf einer Skalenniveauhöhe von 3-5. Viele

Praktikumsstellen erreichten eine vier. Auf die Frage, wie oft die Auszubildenden Feedback zu ihrer Arbeit erhalten haben, gab es unterschiedliche Angaben. Feedback zählt zu den wichtigsten Lernschleifen, die man nicht nur als Auszubildender benötigt, sondern auch als fertige Pflegekraft, aber auch als Führungskraft, als Basis für eine Weiterentwicklung notwendig hat. 2% der Studierenden erhielt in den 4 Wochen überhaupt keine Rückmeldung, 14% gerade mal alle 2 Wochen, 31% nur beim Zwischengespräch und beim Endgespräch, 18% einmal in der Woche und 35% bekamen mehrmals wöchentlich eine Rückmeldung. Im Großen und Ganzen kann man hierzu sagen, dass ungefähr die Hälfte aller Ausbildungseinrichtungen im Langzeitpflegebereich eine gute Feedbackkultur haben (unter Berücksichtigung des Personal-



mangels).

Es liegt also primär an den Büro-tätigkeiten und den Nachtdiensten die alleine zu absolvieren sind. Des Weiteren ist die Frage offen, ob es wirklich an den fehlenden medizinischen Inhalten liegt oder ob man hier nicht erweitert mit guten Pflegekonzepten arbeiten könnte, um auch für die fertig ausgebildete Pflegekraft einen entsprechenden kognitiven Anspruch zu gewährleisten. Patient:innen rein auf „warm, satt und sauber“ zu pflegen, stellt für absolut niemanden eine Herausforderung dar. Dabei gäbe es national und international so einzigartige Ideen, wie Bewohner:innen und Pflegepersonen ihre gemeinsame Zeit top bereichern könnten. Dies ist mit Sicherheit ein weiterer Grund, warum es die meisten Absolvent:innen eher in die Akutpflege treibt.

Pflege Professionell - Hauskrankenpflege

Vergleicht man dies mit den Befragungsangaben im Bereich Hauskrankenpflege, kommt man auf ein ähnliches Ergebnis.

Von den ca. 600 Studierenden gaben 14% an, in die Hauskrankenpflege zu gehen, 27% konnten sich ein Jobwechsel in die Langzeitpflege zu einem späteren Zeitpunkt vorstellen und 59% der Befragten fanden diesen Bereich auch für die Zukunft absolut uninteressant.

Gründe warum man nicht in die Hauskrankenpflege möchte: „Verpflichtende Teildienste“, „Man ist alleine unterwegs und die direkte Teamarbeit fehlt“ und die „Dienstzeit ist unattraktiv“ waren die meist genannten Punkte, warum dieser Bereich für neue Pflegefachkräfte

uninteressant ist. „Zeitdruck beim Klienten“ und „Zu viel Zeit im Auto“ waren ebenso häufig genannte Punkte. Das Gehalt spielte wieder nur auf den hinteren Reihen eine Rolle. Es sind also wieder die Rahmenbedingungen, die diesen Bereich so uninteressant machen. Den Punkt „Direkte Teamarbeit fehlt“ kann man bei neuen Pflegenden auch so interpretieren, dass ein Sicherheitsnetz, welches zum Beispiel im Krankenhaus vorhanden ist, hier für die Personen fehlt und man sich fachlich noch unsicher ist.

Auch in diesem Bereich gibt es (mindestens) ein verpflichtendes Praktikum für die Studierenden. Die Bewertungen der Praktikumsqualität war in vielen Regionen auf einer Bewertung von 4 oder 5. Die Personen sind also nicht vom Bereich aus fachlicher Sicht abgeschreckt, sondern haben Respekt vor diesem Bereich bzw. sehen die Arbeitsbedingungen als uninteressant an. Es haben zwar schon viele Unternehmen an diesen Teildiensten gearbeitet, dies ist aber immer noch nicht die Norm, sondern eher regionale Einzelfälle. Auch hier haben nur 2% der Befragten angegeben, dass sie keinerlei Feedback erhalten haben, 16% erhielten nur sporadisch ein Feedback, 28% nur beim Zwischen- und Endgespräch, 11% einmal in der Woche und 43% mehrmals wöchentlich. Die Feedbackkultur ist in der Hauskrankenpflege also noch besser als in anderen Bereichen. Abschließend kann man sagen, dass hier von den Rückmeldungen auch die meiste Wertschätzung gegenüber Auszubildenden entgegengebracht wurde.

Die andere Seite der Medaille

Liest man in der Gegenüberstel-

lung aber alle Praktikumsberichte gesamt, lernt man auch die Schattenseite der Ausbildung näher kennen. Gerade Studierende erleben seit einiger Zeit ein erhöhtes aggressives Vorgehen einzelner Pflegepersonen gegenüber dem Nachwuchs. Man wird jeden Ausbildungstag mit Sätzen wie „Du willst doch nicht pflegen, tu nicht so als ob es dich interessiert.“, „Menschen die Studieren wollen nicht mit Menschen arbeiten.“ oder mit „Wir wollen dich hier nicht.“ konfrontiert. Dies geht sogar soweit, dass rund 25% Studierende einer niederösterreichischen Fachhochschule angaben, im Jahr 2022 in der Spüle ihre Pause machen mussten, weil der Gemeinschaftsraum (Sozialraum) nur für „Altdiplomiertere“ ist und man seinen Platz kennen muss. Da kann die restliche Station noch so bemüht sein, sich mit dem neuen Nachwuchs zu beschäftigen, zerstört mitunter eine einzige Person diese Bemühungen und eventuell sogar den Ruf des Arbeitsbereiches. Dies trifft natürlich nicht nur die Studierenden, auch Pflegefachassistentenschüler:innen berichten von solchen Erlebnissen. Der Ton in der Pflege wird rauher (als er schon früher war). Um diesen Artikelbereich mit einem Bericht abzuschließen: „In meinem ersten Praktikum erlebte ich das Sterben von sieben Menschen. Ich musste als erste Handlung die Toten waschen. Als ich fragte, ob ich mit jemanden über das Thema reden kann oder ob es eine Supervision gibt, bekam ich als Antwort: „Wenn du das nicht aushältst, dann hast du hier und in der Pflege nichts zu suchen.““ Was macht das mit einer Pflegekraft, wenn man so verhärtete unempathische Menschen erlebt und vor allem, was macht es dann mit einem Auszubildenden? Burnoutgefährdet durch traumatische Erlebnisse, noch bevor man

die Ausbildung verlässt, nicht anhand einer Situation, sondern durch eine Pflegekraft, die in Wirklichkeit absolut keine Empathie zeigt. Leider mittlerweile kein Einzelfall.

Das Fazit

Was nehmen wir also alle aus diesen Tagen und Berichten mit? Es gibt viel Potenzial in allen Bereichen, viel Energie die es zu kanalisieren gilt. Wir wissen als Berufsgruppe was wir wollen und was nicht, können dies auch problemlos zum Ausdruck bringen, wenn man uns lässt. Dies zeichnet gerade eine absolut professionelle und empathische Berufsgruppe aus und diejenigen, die nicht diesen Weg gehen, sollten den Beruf umgehend verlassen, da sie sich selbst und ihrer Umgebung nichts Gutes tun.

Wir freuen uns als Veranstalter über die nachfolgenden Workshops und haben schon bei den ersten drei tolle Pflegefachpersonen kennengelernt, die auf jeden Fall eines bewiesen haben: Pflege ist professionell, empathisch, evidenzbasiert und ROCKT! #imcnurse #pflegerockt #professionell

Autor



Prof. (FH) Markus Golla, BScN MScN

Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Institutsleiter & Studiengangsleiter „Gesundheits- und Krankenpflege“ IMC FH KREMS, Journalist & Verleger „Pflege Professionell“



Alle Fotos (C) K. Schützenauer



nursing_in_austria

Isabella Raab setzt sich mit neuen kreativen Ideen für die Pflege auseinander. Immer ein Klick wert!



nurse.ification

Christina Klopff betreut unter der Woche Patient*innen in der interdisziplinären Ambulanz, am Wochenende ist sie mit ihrem Masterstudium beschäftigt.

nurse.est2020

Sophie Herzog, die Pflegekraft, die auch vor schwarzem Humor nicht zurückschreckt. Seit zwei Jahren ist die Chirurgie ihr Arbeitsplatz, den sie gemeinsam mit ihren Kolleg*innen und einer großen Portion Spaß auf ihrem Account zeigt.

nursing_development

Heidrun Nycz nimmt dich mit in die Welt der Pflegeberatung sowie der Pflegeexpert*innen. Was das Ganze mit einem Wissensschungel und dem Room of Horrors zu tun hat? Das zeigt dir Heidrun auf ihrem Account!

#ProudToBeANurse

Influencer*innen halten nicht nur fragwürdige Produkte in die Kamera und lassen sich für teure Reisen bezahlen. Sechs engagierte Mitarbeiterinnen im **Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien** zeigen auf Social Media was der Pflegeberuf so alles kann. Sie produzieren Content, der unterhaltsam ist, zum Nachdenken anregt oder mit dem du dich als Pflegekraft einfach identifizieren kannst. Folgen lohnt sich!

nursingiscaring

Isabella Martins ist #proudtocare und zeigt dir das auch gerne auf Social Media. Sie ist eine Junior Bereichsleitung und baut derzeit die neue Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation auf.

Es wird Zeit den positiven Aspekten unseres Berufs mehr Aufmerksamkeit zu schenken!

ISABELLA MARTINS



www.bhswien.at/karriere

Das Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien ist eine Fachklinik für den Verdauungstrakt, Urologie, Onkologie und Psychosomatik. Hier wird vertrauensvoll in Teams, professionell und digital zusammengearbeitet.

(C) Andy Wenzel



Interview mit Bildungsminister ao. Univ.-Prof. Dr. Martin Polaschek

Eines der Hauptthemen in der Gesundheits- und Krankenpflegebildungslandschaft ist das sogenannte „Upgrade“ des gehobenen Dienstes für Gesundheit- und Krankenpflege. Die Modalitäten dazu haben sich mit dem neuen Hochschulgesetz verändert und die Pflegeszene in Österreich hat hier den Überblick verloren. Dies war für Pflege Professionell ein Grund beim Bildungsminister direkt nachzufragen. Trotz des vollen Terminkalenders, konnten wir innerhalb weniger Tage den Bundesminister für ein kurzes Inter-

view gewinnen. Hierfür ein herzliches Dankeschön!

„Durch das neue Hochschulgesetz ist es wesentlich schwerer geworden „Diplomierte Gesundheit- und Krankenpfleger:innen“ mit einem Upgrade zum BSc zu versorgen. Die Personen haben 3 Jahre Berufsausbildung, die in vielen Bereichen dem Studium „Pflege“ gleicht und müssen dadurch 3 Semester Vollzeitstudium absolvieren. Da zwischen dem DGKP und dem BSc Abschluss

kein Gehaltsunterschied ist, finden dies die meisten Personen unattraktiv. Könnten Sie ein wenig erläutern, warum es genau zu so einer Hochschulgesetzänderung gekommen ist?

Es war uns wichtig, dass alle Hochschulen die Möglichkeit haben, auch berufliche oder außerberufliche Qualifikationen für ein Studium anzuerkennen. Im Sinne der Durchlässigkeit weisen wir in allen Hochschulgesetzen darauf hin. Es handelt sich hier also um keine spezielle Regelung für den

(C) Andy Wenzel

FH-Sektor oder die Gesundheits- und Krankenpflege, sondern um eine einheitlich geltende gesetzliche Regelung für Studieninteressierte aller Studienrichtungen an unseren Hochschulen. Neben formal erworbenen Kompetenzen werden eben auch andere Qualifikationen nach Durchführung einer speziellen Prüfung der Lernergebnisse – der Validierung – bis zu einem festgelegten Höchstausmaß für ein Studium anerkannt. Diese Änderung bringt somit eine enorme Aufwertung der beruflichen und außerberuflichen Qualifikationen. Und das gilt für alle Studien. Im Detail heißt diese Vereinheitlichung der Anerkennungsbestimmungen, dass nun z.B. Prüfungen aus BHS oder AHS – die also außerhalb der Hochschule abgelegt wurden – mit bis zu 60 ECTS anerkannt werden. Das gleiche gilt auch für berufliche oder außerberufliche Qualifikationen, die auch bis zu einem Höchstausmaß von 60 ECTS-Anrechnungspunkten anerkannt werden. Für alle Hochschultypen gilt für diese Anerkennungen aus dem nicht-hochschulischen Bereich ein Höchstausmaß von insgesamt 90 ECTS-Punkten.

Viele Menschen legen den neuen Bildungsplan so aus, dass Forschung nicht mehr an Fachhochschulen stattfinden soll. Dies wirft die Gesundheit- und Krankenpflege in vielen Bereichen Jahre nach hinten. Dies lässt Österreich in der Vergleichbarkeit mit anderen Ländern im Bereich „Nursing“ wesentlich schlechter darstellen. Könnten Sie auch hier bitte unserer Leserschaft die Beweggründe darlegen.

Der - wie ich denke - von Ihnen angesprochene Österreichische Hochschulplan (HOP) legt generell den Schwerpunkt verstärkt auf

die (forschungsgelieferte) Lehre. Das bedeutet in Bezug auf die Fachhochschulen aber keineswegs, dass die ihrer Ausrichtung entsprechende anwendungsorientierte Forschung und Entwicklung an Fachhochschulen nicht mehr stattfinden soll. Die Verpflichtung zur Durchführung anwendungsbezogener Forschung und Entwicklung an Fachhochschulen ist ja auch gesetzlich grundgelegt.

Die Forschungsfinanzierung der Fachhochschulen durch den Bund wird dabei über Förderprogramme sichergestellt, die von der Österreichischen Forschungsförderungsgesellschaft FFG, dem Wissenschaftsfonds FWF, der Christian Doppler Forschungsgesellschaft (CDG) und der aws, der Austria Wirtschaftservice Gesellschaft, im Auftrag verschiedener Bundesministerien abgewickelt werden. Die Fachhochschulen profitieren beispielsweise gezielt vom FFG-Programm COIN Aufbau „FH - Forschung für die Wirtschaft“ und den Josef-Ressel-Zentren der CDG.

Wenn es an FHs keine Masterabschlüsse mehr geben soll, dann wird es auch kein „Advanced Nursing Practice“ mehr geben. Diese Pflegerichtung ist in allen anderen Ländern anerkannt, nur in Österreich gibt es hierzu keinen Titelschutz. Eine Minimierung dieser Fachgruppe, wird sich auch für das Gesundheitswesen negativ auswirken. Wie könnte hier eine Lösung aussehen?

Es wird weiterhin Masterabschlüsse an Fachhochschulen geben. Das Fachhochschulgesetz macht hier sehr klare Vorgaben, sodass es für eine Fachhochschule gar nicht möglich wäre, ausschließlich Bachelorstudiengänge an-



zubieten. Mit ihrer hochwertigen theoretischen und praxisorientierten Ausbildung der dringend benötigten Fachkräfte sowohl auf Bachelor- als auch auf Masterebene leisten die Fachhochschulen einen unverzichtbaren Beitrag für unsere Wirtschaft und Gesellschaft. Dieser Umstand wurde meinerseits auch in den vergangenen Ausschreibungsrunden für bundesfinanzierte Studienplätze reflektiert, indem in diesen kriteriengeleiteten Auswahlverfahren immer sowohl Studienplätze für Bachelor- als auch Masterstudiengänge für die bundeseitige Finanzierung berücksichtigt wurden.

Um auf die Gesundheits- und Krankenpflege sprechen zu kommen, so erfolgt die Finanzierung der einschlägigen FH-Studiengänge ja ausschließlich landesseitig. Diese Form der Finanzierung bzw. Kostentragung durch die Länder ergibt sich aus der entsprechen-

den Kompetenzverteilung. Gerade der FH-Masterstudiengang „Advanced Nursing Practice“ an der FH IMC KREMS ist jedoch ein Beispiel dafür, dass auch die Länder ein Interesse und einen Bedarf an einschlägigen Masterstudien bekunden. Und ich wüsste keinen Grund, warum dies nicht auch weiterhin der Fall sein kann und soll.

Was kann die Pflege tun um bei solchen Entscheidungen mehr Gehör in der Politik zu bekommen?

Sie können sich sicher sein: Wir wissen, dass Menschen im Bereich Pflege Tag für Tag Unglaubliches leisten. Das verdient höchsten Respekt und Anerkennung. Im Vorjahr konnte die Bundesregierung die größte Pflegereform seit Jahrzehnten präsentieren. Der

steigende Bedarf an Pflegepersonal bleibt aber eine große Herausforderung. Deshalb arbeiten wir tagtäglich an konkreten Lösungen im Pflegebereich. Seit dem Vorjahr etwa erhalten FH-Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege einen monatlichen Ausbildungsbeitrag von € 600,-. Eine Aufwertung und Attraktivierung dieses wichtigen Studienzweigs und eine Wertschätzung und Anerkennung für die Studierenden.

Autor



Prof. (FH) Markus Golla, BScN MScN

Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Institutsleiter & Studiengangsleiter „Gesundheits- und Krankenpflege“ IMC FH KREMS, Journalist & Verleger „Pflege Professionell“

Wir sind da,
wo jedes Glück eine schwierige Geburt ist.

Jetzt spenden und helfen!

Wir gehen da hin, wo's weh tut.

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

www.aerzte-ohne-grenzen.at

© Peter Bräutigam/MSF

hpsmedia

®

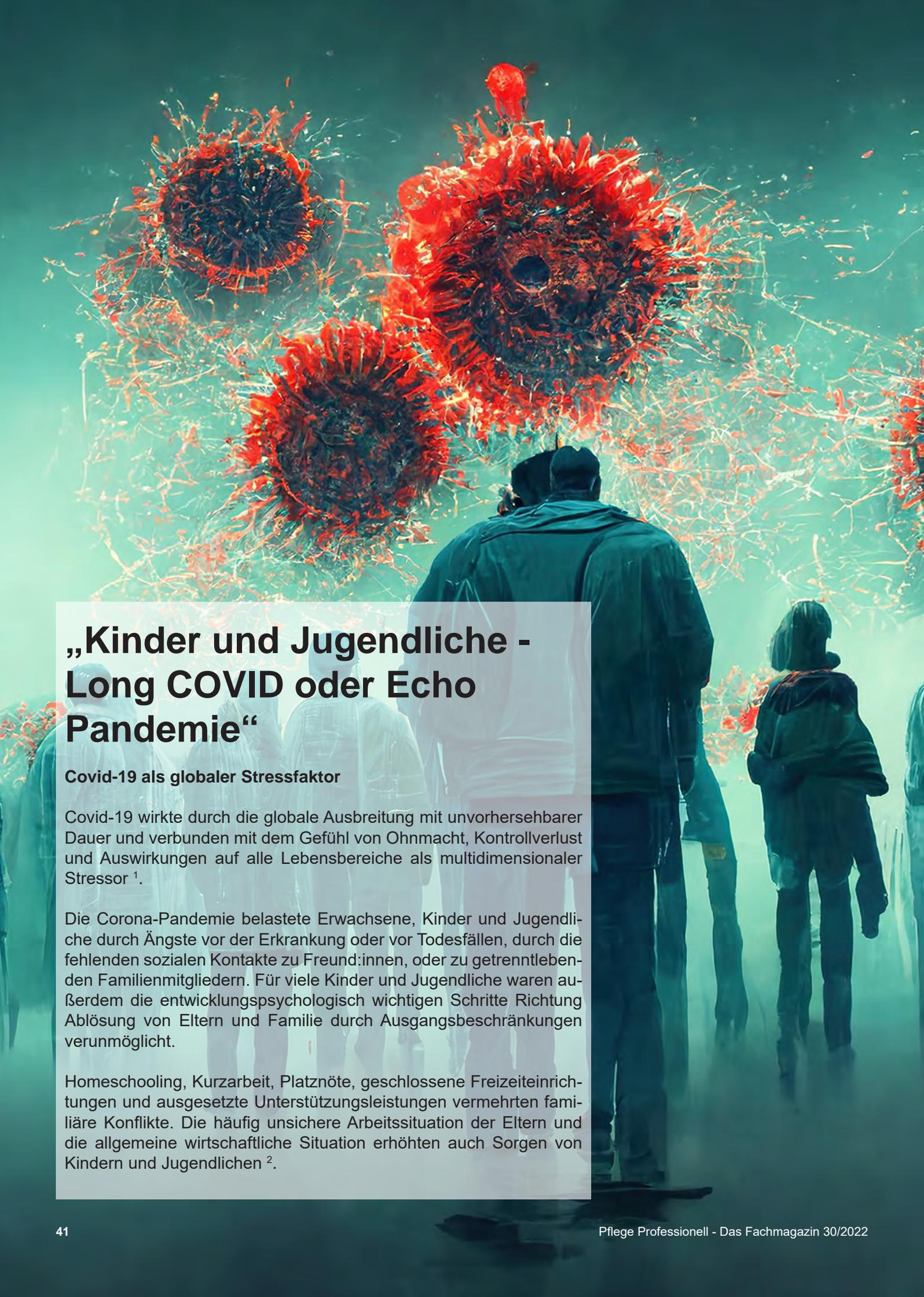
CareLit

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.



Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de



„Kinder und Jugendliche - Long COVID oder Echo Pandemie“

Covid-19 als globaler Stressfaktor

Covid-19 wirkte durch die globale Ausbreitung mit unvorhersehbarer Dauer und verbunden mit dem Gefühl von Ohnmacht, Kontrollverlust und Auswirkungen auf alle Lebensbereiche als multidimensionaler Stressor ¹.

Die Corona-Pandemie belastete Erwachsene, Kinder und Jugendliche durch Ängste vor der Erkrankung oder vor Todesfällen, durch die fehlenden sozialen Kontakte zu Freund:innen, oder zu getrenntlebenden Familienmitgliedern. Für viele Kinder und Jugendliche waren außerdem die entwicklungspsychologisch wichtigen Schritte Richtung Ablösung von Eltern und Familie durch Ausgangsbeschränkungen verunmöglicht.

Homeschooling, Kurzarbeit, Platznöte, geschlossene Freizeiteinrichtungen und ausgesetzte Unterstützungsleistungen vermehrten familiäre Konflikte. Die häufig unsichere Arbeitssituation der Eltern und die allgemeine wirtschaftliche Situation erhöhten auch Sorgen von Kindern und Jugendlichen ².

Körperliche Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie.

SARS-CoV-19 wurde von Beginn an als nicht allzu großes Gesundheitsrisiko für Kinder und Jugendliche selbst eingestuft. Dennoch war auch bei Kindern und Jugendlichen die Gesundheitsversorgung, z.B. Vorsorgetermine, nur eingeschränkt möglich. Routineuntersuchungen, Kontroll- und Impftermine wurden verschoben, therapeutische Interventionen verspätet eingeleitet, in manchen Fällen Therapien auch abgesagt. Für den gesundheitlichen Zustand von Kindern mit chronischen und seltenen Erkrankungen bedeutete die medizinische und therapeutische Versorgungslage eine noch größere Herausforderung. Für sie wurden kaum Ausnahmen oder Sonderregelungen getroffen, teilweise ärztliche Kontrolltermine oder funktionelle Therapien wie Physio- Ergo- oder Logotherapien nicht oder nur eingeschränkt angeboten³.

Die Erwartung, dass Bewegungsverhalten und Essgewohnheiten sich verändern würden, wurde schon früh im Verlauf der Pandemie von Expert:innen geäußert, allgemein berichtet und später auch durch Studien bestätigt^{4,5,6}.

Long COVID bei Kindern und Jugendlichen

Long COVID beschreibt gesundheitliche Langzeitfolgen nach einer COVID-19 Erkrankung. Die Symptome können sehr verschieden sein. Häufige Symptome sind zum Beispiel Kurzatmigkeit, Erschöpfung, verminderte Leistungsfähigkeit sowie Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme. Long COVID umfasst eine langanhaltende COVID-19 Erkrankung (ab vier Wochen Symptombdauer) und das sogenannte Post-COVID-Syndrom (ab 12 Wochen Symptombdauer). Von Long COVID spricht man ebenfalls, wenn nach einer COVID-19 Erkrankung neue Beschwerden hinzukommen, die anderweitig nicht erklärbar sind⁷.

Bei den Begrifflichkeiten orientiert sich der DACH-Raum an den offiziellen internationalen Definitionen, wie etwa jener der WHO oder des britischen NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Der WHO zufolge werden Symptome über sechs Wochen als Long COVID und Symptome über zwölf Wochen als Post COVID bezeichnet.

In der öffentlichen Kommunikation und den Medien finden wir vor allem den Begriff Long COVID, wissenschafts- bzw. forschungsorientierte Institutionen sprechen zusätzlich von Post COVID. Stellenweise wird auch der Begriff „Langzeitfolgen von SARS-CoV-2“ verwendet. In Österreich wurde in einem Grundlagendokument der Zielsteuerung Gesundheit die Begriffsverwendung „Long COVID“ gemäß NICE vorgeschlagen⁸.

Die Studienlage zu Long COVID bei Kindern und Jugendlichen wird zunehmend dichter, aber nach wie vor sind die Daten nicht eindeutig. Die Prävalenzabschätzung, wie viele Kinder nach einer SARS-CoV-19 Infektion von einer Long oder Post COVID Symptomatik betroffen sind, ist nach wie vor schwierig.

Im Zusammenhang mit Long COVID ist wichtig, die zwei folgenden Syndrome bei Kindern davon abzugrenzen: einerseits PIMS (Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome) und andererseits MIS-C (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children, auf Deutsch das Multisystemische Entzündungssyndrom). Teilweise, vor allem anfänglich, wurden MIS-C bzw. PIMS mit Long COVID gleichgesetzt. Diese beiden Syndrome entstehen in Folge einer Überaktivierung des Immunsystems und können nach einer SARS-CoV-19-Infektion auftreten. Gerade in den Anfangszeiten der Pandemie gab es immer wieder Warnungen vor diesen Reaktionen auf SARS-CoV-19 bei sehr jungen Kindern. Um die Häufigkeit einzuordnen, hilft der Blick nach Deutschland. Seit dem 1. Jänner 2020 wurden in Deutschland gesamt 919 Krankheitsfälle erfasst, d.h. PIMS ist ein bedrohliches, aber sehr seltenes Gesundheitsrisiko⁹.

Die Untersuchung von Long COVID bei Kindern und Jugendlichen führt zu sehr heterogenen, teils widersprüchlichen Ergebnissen, wie Metaanalysen¹⁰ zeigen: die Studiendesigns der in den Publikationen beschriebenen, internationalen Studien waren zumeist sehr verschieden. So wurden Symptome etwa zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten gemessen: die Spanne der Datenerhebung reicht von 4 Wochen nach einer Infektion bis zu über 7 Monate danach. Einig sind sich die untersuchten Studien lediglich, dass die beschriebenen Long COVID Symptome bei Kindern und Jugendlichen jenen von Erwachsenen sehr ähnlich zu sein scheinen. Zusätzlich zeigen die Daten der Studien, die nicht-infizierte Kontrollgruppen untersuchten, dass hier mitunter sehr ähnliche Symptome beobachtet wurden wie bei Kindern und Jugendlichen nach SARS-CoV-2 Infektion. Dazu zählen Müdigkeit, Kurzatmigkeit,

kognitive Funktionseinschränkungen und psychische Probleme.

Symptome, die seit der Pandemie bei Kindern und Jugendlichen insgesamt weit häufiger als früher auftreten, sind Stimmungsschwankungen, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und als eingeschränkt erlebte Lebensqualität. Diese Symptome wurden bei Kindern und Jugendlichen unabhängig von einer SARS-CoV-19 Infektion gefunden¹¹⁻¹⁴. Aus den zitierten Studien könnte man für Post COVID Zustände trotz der beschriebenen Ungenauigkeiten eine Prävalenz von 2% ableiten. Diese Zahlen werden in Publikationen im Laufe des Jahres 2023 sicher präziser eingeschätzt werden können.

Ebenso schwierig präzise einzuordnen sind die Ergebnisse einer großen Untersuchung in Dänemark. In einer kontrollierten Studie¹⁵ zeigte sich, dass Studienteilnehmer:innen mit SARS-CoV-2-positiven Tests länger anhaltende Symptome und Krankschreibungen aufwiesen, die Teilnehmer:innen der Kontrollgruppe (KG) hingegen mehr kurz anhaltende Symptome. In dieser vergleichsweise großen Studie mit mehr als 6.600 Jugendlichen (15 bis 18 Jahre) in der Versuchsgruppe (VG) und mehr als 21.600 Jugendlichen in der KG erreichte die VG, also jene nach einer Infektion, in den Endpunkten Beschwerdelast und Lebensqualität sogar bessere Ergebnisse als die KG – wenn auch bei sehr kleinen Unterschieden. Die statistische Signifikanz ergibt sich vermutlich durch die Gruppengröße.

Probleme in Bezug auf die Vergleichbarkeit der Studien können anhand von zwei italienischen Studien gezeigt werden. In ei-

ner davon wurden Daten zu über 600 Kindern mittels Fragebögen, die von niedergelassenen Pädiater:innen ausgefüllt wurden, gesammelt. Befragungszeitpunkte waren zwischen 8 und 36 Wochen nach einer COVID-Infektion. Die Studienautoren berichten von einer fast 25% Inzidenz von Long COVID¹⁶. Eine zweite italienische Studie beobachtete Kinder mit COVID-Infektion, die ambulant in einer Kinderklinik behandelt wurden. In der mindestens 6 Monate andauernden Verlaufskontrolle wurden neben klinischen Untersuchungen Laborwerte überprüft und telefonische Kontakte durchgeführt. Die Zahl der Kinder mit Post COVID Conditions (PCC), also mit Symptomen, die noch 12 Wochen nach Infektion bestanden, wurden in dieser Studie als gering bezeichnet: nur 25 Kinder von 417 zeigten 6 Monate nach einer Infektion noch Long COVID Symptome¹⁷. Auch wenn die Ergebnisse auf den ersten Blick sehr unterschiedlich scheinen, ist ein seriöser Vergleich kaum möglich – zu unterschiedlich sind die Methoden der Studien hinsichtlich Messzeitpunkten der medizinischen Outcomes, der Befragungen, der klinischen Daten.

Viele Long COVID Studien weisen zusätzliche Limitationen auf: häufig wurden nur kleine Fallzahlen positiv getesteter Kinder untersucht, es gibt marginale Informationen zu dem Schweregrad einer allfälligen COVID-19 Erkrankung, und klinische Untersuchungen der betroffenen Kinder fehlen^{10,14}.

Es ist leicht ersichtlich, dass anhand solch unterschiedlicher Studiendesigns bis dato kaum verlässliche Daten zur Prävalenz erhältlich waren.

In Deutschland laufen aktuell

mehrere Long COVID Studien mit Kindern und Jugendlichen. Mit April 2022 starteten das Universitätsklinikum Jena, die Technische Universität Ilmenau und die Universität Magdeburg eine Studie mit dem Titel Long COVIDCOCid¹⁸. Die Krankheitslast nach einer SARS-CoV-2-Infektion bei Kindern und Jugendlichen wird per Fragebogenbefragung, Biomarkern und Organuntersuchungen erhoben und mit jener einer ebenso großen Kontrollgruppe verglichen, die aus Kindern und Jugendlichen besteht, die an einer anderen Infektion erkrankt waren. Daten und Forschungsfortgang werden laufend über die Website zum Forschungsprojekt aktualisiert und dokumentiert.

Um sich in Österreich zu Long COVID und Fragen der Versorgung zu informieren, finden sich Hinweise und weiterführende Links auf dem öffentlichen Gesundheitsportal Österreichs¹⁹.

Das Sozialministeriums gibt auf seiner Website zusätzlich die klare Empfehlung, dass Gesundheitsdienstleister:innen gut auf Long COVID vorbereitet sein sollen. Hier werden der niedergelassene Bereich, Ambulanzen, sowie der stationäre Bereich dezidiert angesprochen. Dort sind zusätzlich sowohl eine S1 Leitlinie zu Long COVID als auch ein Versorgungspfad Long COVID aufzurufen⁷.

Der spannenden und noch unklaren Datenlage gegenüber stehen allgemein anerkannte, verlässliche und gut begründete Ergebnisse aus weltweiten Studien zur Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Zuge der Pandemie, die nicht mehr in Frage gestellt werden.

Hintergrundwissen: psychische Gesundheit vor Corona

In Österreich leben rund 1,7 Millionen junge Menschen unter 20 Jahren. Laut der Mental Health in Austrian Teenagers-Studie (MHAT-Studie)²⁰ der Medizinischen Universität Wien aus den Jahren vor Ausbruch der COVID-19 Pandemie litten schon damals rund 24% der Kinder und Jugendlichen in Österreich im Laufe ihrer jungen Leben an Symptomen zumindest einer psychischen Erkrankung. Dazu zählen Depressionen, Angstzustände, Zwangsverhalten, Essstörungen, suizidale Gedanken, nicht-suizidales selbstverletzendes Verhal-

ten und Aggressionen. Gleichzeitig war schon zum Zeitpunkt der damaligen Erhebung ein großer Teil der Betroffenen ohne Diagnose und ohne Behandlung. Ebenso gaben Jugendliche auch schon vor dem Jahr 2020 laut Berichten der Schulpsychologie und des Berufsverbandes der Österreichischen Psychologinnen und Psychologen (BÖP) an, gegenüber aufsuchenden und unterstützenden psychosozialen Angeboten offen und positiv eingestellt zu sein – von denen es jedoch schon damals zu wenige gab. Hürden im Zugang waren darüber hinaus vor allem die Kosten, aber auch fehlende wohnortnahe Unterstützungsleistungen oder lange Wartelisten bei Psycholog:innen,

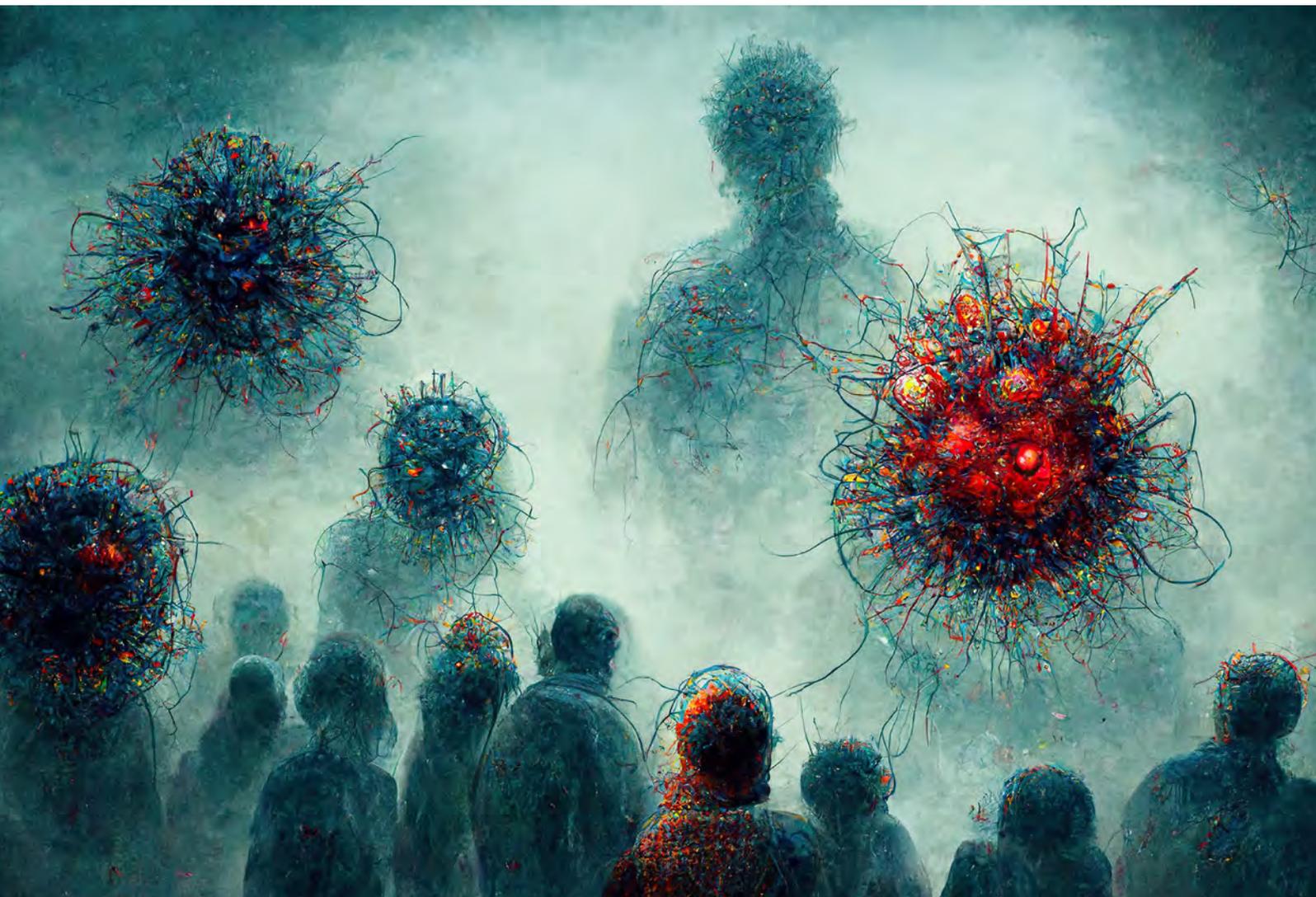
Psychotherapeut:innen oder multiprofessionellen Ambulatorien in der Umgebung.

Und dann kam Corona....

Die lange Dauer der Pandemie mit ihren unterschiedlichen Wellen, neuen Virusvarianten, den kontroversen Diskussionen rund um Impfungen oder Maskenempfehlungen und ein immer wieder nach hinten verschobenes Ende der Maßnahmen legte sich schwer auf die Psyche.

Echopandemie

Echopandemie ist ein Begriff, den Gesundheitsexpert:innen im Jahr 2020 erstmals verwendeten, um



(C) Rick

vor den Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit zu warnen, aber auch um Versorgungsmöglichkeiten aufzuzeigen²¹.

Corona und Psyche

Schon kurz nach dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020 wiesen Publikationen auf die Auswirkungen auf die Psyche speziell bei Kindern und Jugendlichen hin. Aufgrund schon in anderen Zusammenhängen beobachteter Reaktionen auf Quarantänemaßnahmen erwarteten internationale Studien, dass bei rund 10% der Kinder und Eltern posttraumatische Symptome zu sehen sein würden. Typische Reaktionen auf Quarantänemaßnahmen sind etwa gedrückte Stimmung, erhöhte Reizbarkeit, Traurigkeit, Ängste und Schuldgefühle²²⁻²⁴.

Erste internationale und nationale Studien zeigten einhellig bald ein differenziertes Bild. Aufgrund der gesundheitlichen Bedrohung und der häuslichen Isolation wurden bei Kindern und Jugendlichen, aber auch Erwachsenen, Belastungssymptome wie Angst und Depression, eingeschränkte Schlafqualität sowie eine geminderte Lebensqualität beschrieben^{23,25}. Rat auf Draht, die Telefonberatungsstelle des SOS-Kinderdorfs, berichtete schon im Frühjahr 2020 von rund 30% mehr Anrufen, speziell in der Nacht, vor allem von jungen Menschen. Ausgelöst durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie standen die Themen Überforderung mit Schule und Homeschooling, Schlafstörungen und Ängste im Vordergrund. Vermehrt wurden zunehmend auch Essstörungen und Suizidgedanken thematisiert.

Die Jugendwertestudie²⁶ 2020

identifizierte schon im ersten Coronajahr drei große Angstbereiche jugendlicher Österreicher:innen: Angst vor Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzverlust, vor materieller Not und Verlust der Lebensqualität und vor Verzögerungen und Qualitätseinbußen in der Ausbildung und damit einer Verminderung der persönlichen Chancen am Arbeitsmarkt.

In einer online Umfrage der Donau-Universität Krems nach dem ersten Semester Homeschooling unter 3.052 jungen Menschen im Alter zwischen 14 und 20 Jahren zeigten sich bei 55% eine depressive Symptomatik, bei knapp der Hälfte Angststörungen, bei über 60% Symptome von Essstörungen, bei 23% Schlafstörungen und eine Zunahme an täglichen suizidalen Gedanken²⁷. Allerdings liegen hier keine Daten aus ähnlichen Studien mit gleichen Erhebungsinstrumenten zum Vergleich aus den Jahren vor der Pandemie vor.

Die Copsy-Studie (Corona und Psyche) aus Deutschland dagegen bietet gute Vergleichsdaten zu den Zeiten von vor der Pandemie. Die Daten aus den Erhebungen vor 2020 wurden mit den Daten aus zwei Erhebungswellen (1. Welle Mai/Juni 2020 und 2. Welle Dezember 2020 bis Jänner 2021) im Laufe der Pandemie verglichen. Schon vor der Pandemie zeigten 2 von 10 Kindern psychische Auffälligkeiten. Im Laufe der zwei Befragungswellen stiegen die Zahlen auf 3 von 10 Kindern. Die Lebensqualität der Kinder sank rapide im Laufe der Pandemienmonate. Fand man vor der Pandemie bei 3 von 10 Kindern eine eingeschränkte Lebensqualität, so sank diese in der ersten Befragungswelle für 6 von 10 Kindern. In der 2. Welle konnten dann nur mehr 3 Kinder

für sich eine gute Lebensqualität angeben, während sich 7 von 10 belastet fühlten. Sorgen, Ängste, psychosomatische Beschwerden und depressive Symptomatik hatten zugenommen, das Gesundheitsverhalten hatte sich weiter verschlechtert. Besonders starke Verschlechterungen zeigten sich bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status, mit Migrationshintergrund und denjenigen, die in beengten Wohnverhältnissen leben²⁸.

Psychische Belastungssymptome stiegen im Zuge der Pandemiedauer also massiv an. Im November 2021 wies die österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP) darauf hin, dass der Prozentsatz an Kindern mit klinischen psychiatrischen Symptomen in Österreich zwischen März 2020 und Sommer 2021 von sechs auf 23 Prozent angestiegen war.²⁹

Die Ergebnisse einer aktuellen Studie des Institute of Social Research and Consulting (SORA) im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich vom Frühjahr 2022 alarmierten³⁰: 29.500 junge Menschen in Oberösterreich gaben Bedarf an psychosozialer Unterstützung an.

Die österreichische Sozialversicherung schreibt für das Jahr 2022 auf ihrer Website, dass rund 900.000 Personen (hier wird nicht zwischen Kindern und Erwachsenen unterschieden) der Gesamtbevölkerung das Gesundheitssystem aufgrund psychischer Belastungen und Erkrankungen in Anspruch nahmen. Das sind rund 10% der österreichischen Bevölkerung³¹. Hier sind jene nicht mitgezählt, die private Leistungen in Anspruch nehmen oder über andere Gesundheitsdienste psy-

chische Unterstützung erhalten: Hier sind z.B. Schulpsychologie, multiprofessionelle Ambulatorien, Kinderschutzzentren u.v.m. zu nennen.

Diese große Anzahl an hilfeschenden jungen Menschen führt dazu, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrien überlaufen sind, zu unverträglich langen Wartelisten für Psychotherapie und dazu, dass der stark gestiegene Bedarf an psychologischen Angeboten bei weitem nicht gedeckt werden kann.

Schlussfolgerungen

Long COVID kann nach Überwindung einer akuten SARS-CoV-2 Infektion auch Kinder und Jugendliche betreffen. In der Betrachtung der Long COVID Symptomatik fällt auf, wie nah körperliche und psychische Symptome liegen. Die Differenzierung ist teilweise kaum möglich, denken wir an Schlafstörungen, Müdigkeit, Motivations- und Lebensqualitätsverlust. Genauere Daten dazu aus kontrollierten Studien wie der deutschen Long COVIDCOCid Studie werden erwartet.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Kinder und Jugendliche psychisch schwer belastet aus den multiplen Krisen der Pandemiejahre hervorgingen. Körperliche und psychische Gesundheit hängen gerade hier eng und oft ununterscheidbar zusammen, sie dürfen daher bei Versorgungsmöglichkeiten heute nicht mehr unterschieden werden.

Sei es nun Long COVID, Post COVID oder Echopandemie, Kinder und Jugendliche brauchen in jedem Fall rasche, unkomplizierte, leistbare Behandlung und Begleitung. In diesem Sinne bietet in

Österreich die Kinder- und Jugendrehabilitation KOKON spezielle Therapie-Angebote an, um Kindern und Jugendlichen nach einer akuten COVID-19-Infektion, einer Corona-Folgeerkrankung oder schweren psychischen Belastungen aufgrund der Pandemie wieder auf die Beine zu helfen ³².

Vielfältige weitere Unterstützungen für Kinder und Jugendliche bieten die vielen Mitgliedsorganisationen der Liga für Kinder- und Jugendgesundheit in ganz Österreich an: das gemeinsame Ziel ist gesundes Aufwachsen für alle jungen Menschen.

Referenzen:

1. Brakemeier, E.-L. et al. Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit: Erkenntnisse und Implikationen für die Forschung und Praxis aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Z. Für Klin. Psychol. Psychother.* 49, 1–31 (2020).
2. Zartler, U., Dafert, V. & Dirnberger, P. What will the coronavirus do to our kids? Parents in Austria dealing with the effects of the COVID-19 pandemic on their children. *J. Fam. Res.* 34, 367–393 (2022).
3. Sturz, D., Promussas, I., Krones, T. & Röhl, C. Statement zur Versorgung von Menschen mit seltenen und/oder chronischen Erkrankungen in Zeiten von COVID-19. 3 (2020).
4. Schmidt, S. C. E. et al. Physical activity and screen time of children and adolescents before and during the COVID-19 lockdown in Germany: a natural experiment. *Sci. Rep.* 10, 21780 (2020).

Autorin



Mag.^a phil. Dr.ⁱⁿ scient. med. Caroline Culen

Klinische und Gesundheitspsychologin, Geschäftsführerin der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, culen@kinderjugendgesundheit.at, www.kinderjugendgesundheit.at

Die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (kurz Kinderliga) ist ein interdisziplinäres Netzwerk mit über 100 Mitgliederorganisationen aus den Bereichen Gesundheitsversorgung, Kindeswohl und soziale Integration. Die körperliche, psychische, soziale und seelische Gesundheit, der Schutz und die Förderung von Kindern und Jugendlichen sind die Hauptanliegen der Kinderliga. Die Schwerpunktthemen der Kinderliga lagen in den letzten Jahren bei

- Kinderschutz und Kinderrechten, Kinderschutzkonzepte als präventive Schutzmaßnahmen
- Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischer oder seltener Erkrankung
- Inklusion, Bildung
- Kinderarmut
- Kinder und Jugendliche auf der Flucht
- Chancengerechtigkeit
- psychische Gesundheit
- Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder, Jugendliche und Familien.

Teile dieses Textes sind schon erschienen in:

Culen, C. (2022). Corona, Kinder, Jugendliche und Psyche. In: Schenk, M. und Wölfl, H. (Hrsg), Was Kindern jetzt gut tut: Gesundheit fördern in einer Welt im Umbruch. Ampuls Verlag.

Culen, C. (2023). Corona, Kindergesundheit und Armut. In: Dimmel, N., Schweiger, G. (eds) Kinder und Jugendliche in pandemischer Gesellschaft. Springer VS, Wiesbaden.

5. Neville, R. D. et al. Global Changes in Child and Adolescent Physical Activity During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* (2022) doi:10.1001/jama-pediatrics.2022.2313.
6. Skotnicka, M., Karwowska, K., Kłobukowski, F., Wasilewska, E. & Małgorzewicz, S. Dietary Habits before and during the COVID-19 Epidemic in Selected European Countries. *Nutrients* 13, 1690 (2021).
7. Sozialministerium, Long COVID COVID. https://www.sozialministerium.at/Corona/allgemeine-informationen/Long_COVID-covid.html.
8. Winkler, R. Long COVID COVID: Status quo, Problemlagen und Herausforderungen in der Versorgung.
9. PIMS-Survey. <https://dgpi.de/pims-survey-update/>.
10. Behnood, S. A. et al. Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection amongst children and young people: A meta-analysis of controlled and uncontrolled studies. *J. Infect.* 84, 158–170 (2022).
11. Stephenson, T. et al. Long COVID COVID (post-COVID-19 condition) in children: a modified Delphi process. *Arch. Dis. Child.* 107, 674–680 (2022).
12. Lopez-Leon, S. et al. Long COVID-COVID in children and adolescents: a systematic review and meta-analyses. *Sci. Rep.* 12, 9950 (2022).
13. Kostev, K., Smith, L., Koyanagi, A., Konrad, M. & Jacob, L. Post-COVID-19 conditions in children and adolescents diagnosed with COVID-19. *Pediatr. Res.* (2022) doi:10.1038/s41390-022-02111-x.
14. Zimmermann, P., Pittet, L. F. & Curtis, N. The Challenge of Studying Long COVID COVID: An Updated Review. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 41, 424–426 (2022).
15. Kikkenborg Berg, S. et al. Long COVID COVID symptoms in SARS-CoV-2-positive children aged 0–14 years and matched controls in Denmark (Long COVIDCOVIDKidsDK): a national, cross-sectional study. *Lancet Child Adolesc. Health* 6, 614–623 (2022).
16. Trapani, G. et al. Long COVID COVID-19 in children: an Italian cohort study. *Ital. J. Pediatr.* 48, 83 (2022).
17. Garazzino, S. et al. Long COVID COVID-19/post-COVID condition in children: do we all speak the same language? *Ital. J. Pediatr.* 49, 12 (2023).
18. Long COVIDCOCid. Long COVID-COCid - Long COVID COVID-19 bei Kindern, Förderung von Forschungsvorhaben zu Spätsymptomen von COVID-19 (Long COVID-COVID) https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/Long_COVIDcovid-Long_COVID-covid-19-bei-kindern-14424.php.
19. Öffentliches Gesundheitsportal. https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/immunsystem/coronavirus-covid-19/Long_COVID-covid.html#koennen-auch-kinder-Long_COVID-covid-haben.
20. Wagner, G. et al. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* (2017) doi:10.1007/s00787-017-0999-6.
21. COVID-19 AND MENTAL HEALTH: HEADING OFF AN ECHO PANDEMIC. www.cmha.ca (2020).
22. Brooks, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. 395, 10 (2020).
23. Xie, X. et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr.* 174(9):898-900, (2020).
24. Upadhyay, R., Sweta, Singh, B. & Singh, U. Psychological impact of quarantine period on asymptomatic individuals with COVID-19. *Soc. Sci. Humanit. Open* 2, 100061 (2020).
25. Rajkumar, R. P. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J. Psychiatry* 52, 102066 (2020).
26. Jugendwertestudie 2020: Was kommt nach Corona. Jugendwertestudie 2020. <https://jugendkultur.at/jugendwertestudie-2020-was-kommt-nach-corona/>.
27. Pieh, C., Budimir, S., Humer, E. & Probst, T. Comparing Mental Health During the COVID-19 Lockdown and 6 Months After the Lockdown in Austria: A Long COVIDitudinal Study. *Front. Psychiatry* 12, 625973 (2021).
28. Ravens-Sieberer, U. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* (2021) doi:10.1007/s00787-021-01726-5.
29. Plener, P. L., Klier, C. M., Thun-Hohenstein, L. & Sevecke, K. Psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich neu aufstellen: Dringender Handlungsbedarf besteht JETZT! *neuro-psychiatrie* 35, 213–215 (2021).
30. Zandonella, M. & Hoser, B. Zur psychosozialen Situation der Oberösterreicher*innen während der Pandemie. 44 (2022).
31. Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) - Psychische Erkrankungen in Österreich: Neue Volkskrankheit oder angebotsinduzierte Nachfrage? <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844616&portal=svportal>.
32. KOKON - Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. <https://kokon.rehab/>.

Ausbildungsbücher

Bücher für Personen, die sich in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf befinden. Juristisches Basiswissen für den Berufseinstieg.



DGKP



PFA



PA



weitere Berufe ...

Praxisbücher

Bücher für Gesundheitspersonal, Führungskräfte, Lehrende und Interessierte am Gesundheitswesen.



Erwachsenenschutz



Patientenverfügung



Recht in Palliative
Care



Ass. Suizid /
Sterbehilfe



Juristische Seminare / Fortbildungen

(auch online)

Der Autor dieser Bücher, Dr. Michael Halmich LL.M., bietet auch juristische Fortbildungen und Seminare in Ihrer Institution an. Die Themenpalette erstreckt sich über das gesamte Gesundheitsrecht mit Schwerpunktsetzung u.a. im Recht in der Pflege.



Eileen T. Lake¹ | Aliza M. Narva² | Sara Holland² | Jessica G. Smith³ | Emily Cramer⁴ | Kathleen E. Fitzpatrick Rosenbaum¹ | Rachel French¹ | Rebecca R. S. Clark¹ | Jeannette A. Rogowski⁵



Die moralische Bedrängnis und psychische Gesundheit vom Pflegepersonal im Krankenhaus während COVID-19

Krankenpflegefachkräfte, die während der COVID-19-Pandemie an vorderster Front standen, sahen sich beispiellosen Risiken und Herausforderungen gegenüber. KrankenpflegerInnen fehlte es an persönlicher Schutzausrüstung (PSA) (American Nurses Association [ANA], 2020c) und es fehlten praktische Leitlinien (Rosa et al., 2020). Krankenpflegefachkräfte lieferten einen Krisenstandard der Pflege und balancierten ihre Pflicht, sich um Patienten zu kümmern und ihre Verpflichtung, ihre Familien und sich selbst zu schützen. Die moralische Not von Pflegekräften während der Pandemie, ihr Zusammenhang mit der Ver-

sorgung von PatientInnen mit COVID-19 und einem Mangel an PSA wurden bisher nicht untersucht. Darüber hinaus sind der Einfluss der Führungskommunikation, auf die Minderung der moralischen Belastung von Pflegekräften und die langfristigen Auswirkungen der moralischen Belastung, auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften, nicht bekannt. Dieser Artikel befasst sich mit diesen Wissenslücken und fördert das theoretische Verständnis der Ursachen und Folgen der moralischen Belastung von Pflegekräften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie.

Hintergrund

Krisenstandards der Pflege und die moralische Bedrängnis der Pflegenden

Obwohl jüngste Epidemien wie SARS und Ebola die Pflege in anderen Teilen der Welt vor ethische Herausforderungen gestellt haben (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2015), ist COVID-19 die erste neuere Pandemie, die in US-Krankenhäusern aufgetreten ist. Dementsprechend waren US-Krankenhäuser nicht darauf vorbereitet, Krisenversorgungsstandards einzuführen, die während einer Pandemie erforderlich

sind, um Gesundheitsdienstleister während des Prozesses der Zuweisung und Nutzung knapper medizinischer Ressourcen anzuleiten (ANA, 2020a).

Krisenpflegestandards beinhalten einen utilitaristischen ethischen Rahmen, der im Widerspruch zum tugendbasierten ethischen Rahmen steht, der typischerweise den Pflegestandard antreibt (Webster & Wocial, 2020). Diese widersprüchlichen Rahmenbedingungen führen zu moralischem Leid, da Pflegekräfte versuchen, ihren Wunsch, den einzelnen Patienten die beste Versorgung zukommen zu lassen, mit der Notwendigkeit in Einklang zu bringen, angesichts begrenzter Ressourcen das Beste für die größtmögliche Zahl zu leisten.

Die Pandemie verstärkte die moralische Belastung, der Pflegekräfte in der Praxis routinemäßig begegnen. Moralische Not wurde von mehreren Ethikern definiert, oft abgeleitet von Jameton (1984). Das zentrale Konzept ist, das Richtige zu wissen, aber eingeschränkt und unfähig zu handeln, was die moralische Integrität bedroht. Moralische Not ist dadurch gekennzeichnet, dass man sich machtlos fühlt und nicht in der Lage ist, sich zu äußern oder gehört zu werden (Hamric, 2014). Es ist mit der Pflicht des Einzelnen verbunden, berufsethische Standards und Verantwortlichkeiten einzuhalten. Wir definieren moralische Bedrängnis als auftretend, wenn eine Person nicht in der Lage ist, das zu tun, was sie für moralisch vertretbar hält oder nicht in der Lage ist, ein ethisches Ergebnis zu erzielen, was zu einer Beeinträchtigung der moralischen Integrität und emotionaler Bedrängnis führt (Hamric, 2014).

Wir verwenden das Framework von Epstein et al. (2019), in der Quellen moralischer Belastung auf drei Ebenen konzeptualisiert werden: Patient, Abteilung/Team und Krankenhaus/System. Ein Beispiel für eine Quelle der Belastung eines Patienten ist die Bereitstellung vergeblicher Behandlungen. Ein Beispiel für eine Einheits-/Teamquelle ist ein Mangel an interdisziplinärer Zusammenarbeit. Ein Beispiel für eine Krankenhaus-/Systemquelle ist eine unzureichende Personalausstattung oder Versorgung. Dieser Rahmen bietet Managern Möglichkeiten, die moralische Belastung der Pflegekräfte auf den beiden oberen Ebenen (d. h. Abteilung/Team und Krankenhaus/System) zu lindern.

Änderungen in der klinischen Praxis aufgrund von COVID-19 stellten neue ethische Herausforderungen dar und erhöhten das Potenzial für moralischen Stress. Zu den wichtigsten Änderungen gehörten Besuchsbeschränkungen, Risiken für die Sicherheit von Personen und Angehörigen und reduzierte Gesundheitsdienste (Morley et al., 2020). Nun beschreiben wir, wie diese Veränderungen gemäß dem Framework von Epstein et al. (2019) moralisches Leid auf den drei Ebenen auslösten. Zu den Quellen der moralischen Belastung der Patienten gehörten das Übertragungsrisiko und die Auswirkungen von PSA-Knappheit. Mangels angemessener PSA waren die Krankenpflegefachkräfte dem Risiko ausgesetzt, sich mit dem Virus zu infizieren. Wenn die berufliche Verpflichtung mit ihrer persönlichen Verpflichtung, sich selbst und ihre Familie zu schützen, in Konflikt geraten ist, können Gefühle der Ohnmacht und moralischer Not die Folge sein (Zuzelo, 2020). Darüber hinaus veränderte die Bereitstellung von Pflegeleis-

tungen, durch das Tragen belastender PSA, die Pflegeleistung, verringerte die Interaktionen mit PatientInnen und beeinträchtigte die Kommunikation aufgrund von Masken und Schilden (Wolf et al., 2016). Moralische Not entsteht, wenn die Patientenversorgung aufgrund von PSA-Anforderungen beeinträchtigt wird.

Erhöhte Arbeitsbelastung führt zu Personalmangel. Wenn Pflegekräfte daran gehindert werden, ausreichend Zeit mit Patienten zu verbringen, können sie ihrer Fürsorgepflicht nicht nachkommen. Per Epstein et al. (2019) ist Personalmangel eine Ursache für moralisches Leid in Krankenhäusern/Systemen. Wenn Patienten starben, ohne dass Familienmitglieder oder Geistliche anwesend waren, konnten die spirituellen Bedürfnisse am Lebensende nicht auf die übliche Weise erfüllt werden (Webster & Wocial, 2020). Sich nicht um die spirituellen Bedürfnisse der Patienten zu kümmern, hat ihren Ursprung in der Krankenhauspolitik, wird aber als moralisches Leiden auf Patientenebene erlebt.

Der Mangel an PSA trug zur moralischen Not der Krankenpflegefachkräfte bei

Der weit verbreitete Mangel an PSA während der Pandemie führte zu einer beispiellosen Verwendung und Wiederverwendung von PSA (Webster & Wocial, 2020). Über die Hälfte von 32.000 im März-April 2020 befragten Pflegekräften berichtete von einem PSA-Mangel (ANA, 2020c). Die Zentren für die Kontrolle und Prävention von Krankheiten stellten Richtlinien zur Wiederverwendung von PSAs und zur Verwendung von Bandanas oder Schals zur Verfügung, die ein höheres Risiko dar-

stellen als herkömmliche Richtlinien (CDC, 2020). Die Realitäten des PSA-Mangels, der Wiederverwendung von PSA oder der Verwendung von Schutztüchern oder Schals waren in den USA außergewöhnlich. Der PSA-Mangel führte zu beispiellosen psychischen Belastungen, einschließlich Stress und Angst, bei Gesundheitsdienstleistern (Arnetz et al., 2020; Young et al., 2020).

Führungskommunikation kann moralischen Stress reduzieren

Während moralische Belastungen während der Pandemie-Pflege unvermeidlich sind, kann eine effektive Kommunikation des Vorgesetzten mit dem Personal während einer Krise die moralische Belastung lindern. Wir definieren Kommunikation, die eine Kernverantwortung der Pflegefachkraft darstellt, als die Bereitstellung von Informationen über Richtlinien, Verfahren und Erwartungen an das Personal. Da „Kommunikation das wichtigste Werkzeug der Pflegefachkraft“ ist, würde eine optimale Kommunikation „Offenheit, Genauigkeit, Pünktlichkeit, Verständnis und Zufriedenheit“ umfassen (Scott-Cawiezell et al., 2004, S. 243). Der SARS-Ausbruch 2002–2004 hat gezeigt, dass Transparenz und Vertrauen angesichts ständig neuer Informationen und politischer Änderungen „Schlüssel-elemente für den Umgang mit Angst und Unsicherheit“ unter den Beschäftigten im Gesundheitswesen (HCWs) waren (Spalluto et al., 2020). Bemerkenswerterweise gaben nur 44 % der Pflegekräfte in einer Umfrage im März 2020 mit 6500 Befragten an, dass ihr Arbeitgeber ihnen die notwendigen Informationen über COVID-19 zur Verfügung gestellt hat (National Nurses United, 2020).

Die psychische Gesundheit von Krankenpflegefachkräften im Zusammenhang mit der Pandemiepflege

Die bisherigen Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie zeigen die negativen psychologischen Auswirkungen der Krisenversorgung auf Pflegekräfte. Eine landesweite Umfrage im April 2020 ergab, dass fast die Hälfte der MitarbeiterInnen über Angstzustände, Depressionen und PTBS berichteten (Young et al., 2020). Eine Umfrage von Mai bis Juni 2020 ergab unter 400 Pflegekräften unterschiedliche Schlaflosigkeit, mäßige bis starke chronische Müdigkeit, hohe akute Müdigkeit und geringe bis mäßige Erholung zwischen den Schichten, erhöhte emotionale Erschöpfung und Depersonalisation, mäßige psychische Belastung und hohen posttraumatischen Stress (Sagherian et al., 2020). Diese Ergebnisse waren bei Pflegekräften, die COVID-19-PatientInnen betreuten, schlimmer (Sagherian et al., 2020).

Insbesondere hat sich unseres Wissens nach die Literatur über die psychische Gesundheit von medizinischen Fachkräften im Allgemeinen und von Pflegekräften im Besonderen nicht mit der moralischen Not von Pflegekräften befasst, trotz der einzigartigen Umstände, von denen erwartet wurde, dass sie sich verschlimmern. Moralische Not ist nicht nur in Echtzeit belastend zu erleben, sondern hat auch viele negative Folgen, darunter Wut, Frustration, Depression, Hilflosigkeit, Traurigkeit, Angst, emotionaler Rückzug, verminderte Arbeitszufriedenheit, Absicht zu kündigen und Arbeitsplatzverlust (Huffman & Rittenmeyer, 2012; Oh & Gastmans, 2015). Es ist daher wahrscheinlich, dass die moralische Not, die

Pflegekräfte während der Pandemie erlebten, zu einer späteren schlechten psychischen Gesundheit beitrug. Die Wissenslücken umfassen daher die Arten und das Ausmaß der moralischen Belastung, die Pflegekräfte während der Pandemie erfahren, Faktoren, die mit der moralischen Belastung während der Pandemie verbunden sind, und ihre Beziehung zur längerfristigen psychischen Gesundheit. Empirische Beweise dafür, wie der Zugang zu PSA und die Kommunikation durch die Krankenhausleitung mit der psychischen Belastung der Pflegekräfte und der längerfristigen psychischen Gesundheit zusammenhängen, waren nicht verfügbar.

Der Zweck dieser Studie bestand darin, mehrere Fragen zu untersuchen: wie (1) die Häufigkeit der Versorgung von Patienten mit COVID-19, (2) der Zugang zu PSA und Reinigungsmitteln und (3) die Qualität der Kommunikation der Krankenhausleitung über Krankenhausrichtlinien für Patientenversorgung im Zusammenhang mit der moralischen Not der Krankenpflegefachkräfte während des ersten Höhepunkts von COVID-19 und mit der längerfristigen psychischen Gesundheit der Krankenpflegefachkräfte. Darüber hinaus untersuchten wir, wie die moralische Belastung der Pflegekräfte mit ihrer längerfristigen psychischen Gesundheit zusammenhängt.

Die Studie

Ziele

Die Studienziele bestanden darin, Faktoren zu untersuchen, die mit der moralischen Belastung von Pflegekräften während des ersten COVID-19-Anstiegs und

ihrer längerfristigen psychischen Gesundheit verbunden sind.

Design

Wir verwendeten ein Querschnitts-korrelationsdesign. Wir haben Krankenpflegefachkräfte aus zwei akademischen medizinischen Zentren in einer Stadt im Nordosten der USA befragt, um die Schlüsselvariablen zu messen. Pflegekräfte wurden Ende September 2020 zu ihren Erfahrungen im ersten Spitzenmonat von COVID-19 (d. h. April 2020) befragt.

TeilnehmerInnen

Die Teilnehmer waren registrierte Krankenpflegefachkräfte (RNs), die die Patienten direkt versorgten. Eine praktische Probe wurde von der wissenschaftlichen Krankenpflegefachkraft jedes Kranken-

hauses identifiziert. Um eine Variation zwischen den Teilnehmern in der Häufigkeit der Betreuung von COVID-19-Patienten sicherzustellen, wurden Krankenpflegefachkräfte aus Einheiten mit und ohne COVID-19-PatientInnen sowie aus der Notaufnahme und dem SpringerInnen-Team rekrutiert. Bei der Rückvergütung handelte es sich um Starbucks-Geschenkkarten im Wert von 15 USD. So konnte die Größe des Stichprobenrahmens gewährleistet werden. Wir prognostizierten eine Rücklaufquote von 25 % und luden 800 Pflegekräfte zur Teilnahme ein, um eine Stichprobe von 200 zu erhalten. Für diese Studie war das Einschlusskriterium für die Stichprobe nicht fehlende Daten für mindestens 10 von 13 Items für die primäre Ergebnisvariable (moralische Belastung).

Data Collection

Die Daten wurden über eine Online-Umfrage gesammelt, die über RedCap für eine Woche (die letzte Septemberwoche 2020) durchgeführt wurde. E-Mail-Einladungen des Hauptforschers wurden von WissenschaftlerInnen an geeignete Krankenpflegefachkräfte verteilt. Die E-Mail enthielt einen Link zur Umfrage.

Ethische Überlegungen

Wir haben überlegt, ob es ethisch vertretbar ist, Pflegekräfte nach sensiblen moralischen Belastungen und psychischer Gesundheit zu fragen, ohne Dienstleistungen zu erbringen. Wir kamen zu dem Schluss, dass diese Forschung angesichts des Potenzials für umsetzbare Beweise aus dieser Umfrage zur Verbesserung der zu-



künftigen moralischen Belastung und der längerfristigen psychischen Gesundheit von Pflegekräften ethisch einwandfrei ist. Das Forschungsprotokoll wurde als freigestellt bestimmt. In der Rekrutierungs-E-Mail war ein Einwilligungsschreiben enthalten, in dem darauf hingewiesen wurde, dass die Teilnahme anonym und freiwillig war und die Entscheidung, nicht teilzunehmen, die Beschäftigung in keiner Weise beeinträchtigen würde. Die Umfrage begann mit der Aussage, dass der Inhalt unangenehme Erinnerungen hervorrufen könnte und die Teilnehmer möglicherweise nicht an der Umfrage teilnehmen möchten.

Maßnahmen

Die Maßnahmen werden in der Reihenfolge beschrieben, in der sie in der Umfrage vorgestellt wurden. Zwei demografische Variablen waren der Typ der Pflegeeinheit und die Jahre der Erfahrung in der Krankenpflege ausfüllen.

Die COVID-19-Versorgungshäufigkeit wurde anhand von drei Fragen gemessen: (1) Haben Sie mindestens einen COVID-19-Patienten betreut? (2) Wie häufig haben Sie während des Spitzenmonats COVID-19-Patienten oder mutmaßlich positive COVID-19-Patienten betreut? (Antwortkategorien: mehrmals im Monat, wöchentlich oder täglich) und (3) Wenn Sie an den Spitzenmonat zurückdenken, wie viele COVID-19- oder mutmaßlich COVID-19-positive Patienten haben Sie insgesamt betreut? (Antwortkategorien: 1–5, 6–10, 11–20, 21–50 und über 50). Wir haben Kategorien mit unterschiedlichen Patientenzahlen bereitgestellt, weil wir erwarteten, dass sich die Pflegekräfte bei über 10 die ge-

naue Zahl mit weniger Genauigkeit merken, und wir ihre Auswahl vereinfachen wollten, um die Belastung der Befragten durch eine potenziell auslösende Frage zu verringern und gleichzeitig den gesamten Frequenzbereich anzuzeigen.

Der Zugriffsmöglichkeit zu PSA und Reinigungsmitteln wurde gemessen, indem gefragt wurde: „Hatten Sie während des COVID-19-Spitzenmonats Schwierigkeiten beim Zugriff auf PSA oder Reinigungsmitteln?“ Den Befragten, die von Schwierigkeiten berichteten, wurde eine „Kreuzen Sie alles Zutreffende an“-Frage für jede der fünf Arten angebotener PSA (N95-Masken, chirurgische Masken, Gesichtsschutz, Kittel und Handschuhe) und zwei Arten von Reinigungsmitteln (Desinfektionstücher und Reinigungslösung), mit denen sie melden konnten, wie sie auf diese Gegenstände Zugang hatten. Wir verwenden für diese Zugangsversuche den Begriff Workaround. Die drei Problemumgehungen waren: (1) Nutzung erforderte Wiederverwendung oder erweiterte Verwendung; (2) Zugriff zu erforderlicher „improvisierter“ PSA oder Reinigungsmitteln (z. B. Stoffmasken oder Papierhandtücher mit Alkohol); und (3) Einzelpersonen stellten ihre eigene PSA oder Reinigungsmittel zur Verfügung. Für jede Krankenpflegefachkraft summierten wir die Anzahl der überprüften Problemumgehungen für (1) jede Art von PSA/Reinigungsmittel, (2) alle Arten sowie (3) die Teilmenge, die Gesicht-PSA (Masken, Schilde) umfasst. Der maximal mögliche Wert für eine Art von PSA/Reinigungsmittel war drei. Der Maximalwert für alle PSA/Reinigungsmittel betrug 21 (sieben Arten von PSA durch drei Workarounds). Der

Maximalwert für die Teilmenge der Gesicht-PSA war neun.

Das COVID-MDS umfasst neun Items, die klassische moralische Belastungssituationen widerspiegeln, mit denen Pflegekräfte konfrontiert sind, und vier Items, die COVID-19-spezifische Situationen widerspiegeln. Die vier COVID-19-spezifischen Situationen waren Patientenebene (Pflege von Patienten, die einen Krankenhausaufenthalt ohne Anwesenheit der Familie erleben müssen; während eines Krankenhausaufenthalts ohne Anwesenheit von Familie und/oder Geistlichen sterben; ein Übertragungsrisiko für Ihre Familie/Ihren Haushalt darstellen) und Krankensebene (wird einer neuen Einheit zugewiesen/schwebt, was ungewohnte Fähigkeiten oder Verfahren erfordert). Für jedes Item wurden die Befragten gefragt, wie oft sie die Situation in ihrem Job erlebt hatten und wie stark sie sich dabei gefühlt haben. Likert-Antwortkategorien und ihre Bewertungswerte waren: nicht erlebt (0), selten erlebt (1), gelegentlich erlebt (2) und oft erlebt (3). In Bezug auf das Ausmaß der Belastung waren die Antwortkategorien und ihre Bewertungswerte: keine (0), leicht (1), mäßig (2) und schwer (3). Wir multiplizierten die beiden Werte, um eine itemspezifische moralische Belastung zu erstellen, die von 0 bis 9 reichte. Der COVID-MDS-Gesamtwert wurde als Mittelwert der Itemwerte berechnet. Der COVID-19-Subskalenwert wurde als Mittelwert der vier COVID-19-spezifischen Items berechnet. Die Punktzahlen wurden berechnet, indem Items mit fehlenden Daten für Befragte weggelassen wurden, bei denen bis zu drei der insgesamt 13 Items oder eines der vier COVID-19-Items fehlten. Diese Schwellenwerte

wurden so gewählt, dass mindestens 75 % der Skalenelemente mit nicht fehlenden Daten erforderlich sind, um diese Schlüsselvariablen zu generieren.

Die psychische Gesundheit der Pflegekräfte wurde anhand einer Kombination kürzlich erlebter Symptome gemessen („fühlte sich ängstlich“, „hatte Schlafstörungen“ und „fühlte sich zurückgezogen“). Das Format ähnelte dem des Patient Reported Outcome Measure Indicator Sets. Unser Stamm war „Wie viele Tage hatten Sie in der letzten Woche?“ Die Befragten konnten einen Wert von 0 bis 7 auswählen. Wir summierten die Anzahl der Tage über die drei Symptome hinweg und berechneten den Mittelwert über diese Symptome. Der Mittelwert gibt die Anzahl der Tage an, an denen sie jedes Symptom erlebten. Unsere Daten zeigen nicht, ob mehrere Symptome am selben Tag oder nicht in der Vorwoche aufgetreten sind.

In einem Umfrageabschnitt mit dem Titel „Führung und Kommunikation“ fragten wir: „Wie oft haben sich die Krankenhausrichtlinien während des Spitzenmonats geändert und wie wurden sie dem klinischen Personal mitgeteilt?“ Dann präsentierten wir drei Aussagen mit dem Stamm: „Die Kommunikation von der Krankenhausleitung war :“ und fragt die Begriffe „transparent“, „effektiv“ und „zeitnah“ ab. Wir haben diese Fragen entwickelt, um die Wahrnehmung von Pflegekräften zu den wichtigsten Elementen der Kommunikation unter Pandemiebedingungen zu messen (Scott-Cawiezell et al., 2004; Spalluto et al., 2020), während wir das Instrument so kurz wie möglich hielten. Es wurden sechs Likert-Antwortkategorien

verwendet: von stimme überhaupt nicht zu bis stimme voll und ganz zu. Für jede Pflegekraft wurde eine durchschnittliche Gesamtzusammenfassung berechnet.

Gütekriterien

Die neue, validierte COVID-19 Moral Distress Scale (COVID-MDS) wurde verwendet (Cramer et al., 2021; zur Veröffentlichung in Prüfung). Das COVID-MDS wurde erstellt, um eine kurze Skala für die moralische Belastung bereitzustellen und die moralische Belastung zu erfassen, die für die COVID-19-Patientenversorgungssituation spezifisch ist. Wir verwiesen auf das Maß der moralischen Belastung für Angehörige der Gesundheitsberufe (MMD-HP) (Epstein et al., 2019), das 27 Items umfasst und als Goldstandard angesehen, aber als zu langwierig angesehen wird. Wir haben Faksimile-Elemente erstellt, die die drei Dimensionen der MMD-HP widerspiegeln: Ursachen auf Patientenebene, Team/Einheit und Systemebene (Epstein et al., 2019). COVID-19-spezifische Items wurden von den Autoren erstellt, zu denen ein Krankenpflegefachkräfte und eine Pflegefachkraft in der Intensivpflege des Gesundheitssystems gehören, basierend auf ihrem Wissen über die einzigartigen Grundlagen moralischer Belastungen aus den Umständen der Pandemie und der Literatur (Morley et al., 2020). Die psychometrische Bewertung zeigte zwei hypothetische Faktoren (klassische moralische Belastung und COVID-19-spezifische moralische Belastung) durch konfirmatorische Analyse und gleichzeitige Gültigkeit in Bezug auf das Volumen der betreuten COVID-19-Patienten. Die interne Konsistenz für jeden Faktor wurde mit einem

Cronbach-Alpha im Bereich von 0,74 (COVID-19-spezifisch) bis 0,84 (traditionell) ermittelt (Cramer et al., 2021). Die Gesamtskalenreliabilität betrug 0,88.

Datenanalyse

Stichprobenmerkmale und Schlüsselvariablen wurden mit deskriptiven Statistiken beschrieben. Die Erfahrung der Krankenpflegefachkräfte und der Typ der Intensivstation korrelierten mit der moralischen Belastung (Ergebnisse nicht gezeigt). Lineare Regressionsmodelle wurden für moralische Belastungen und psychische Gesundheit geschätzt. Für die moralische Belastung waren die erklärenden Variablen die Häufigkeit der COVID-19-Patientenversorgung, die Kommunikation mit der Führungsebene und der Zugang zu PSA/Reinigungsmitteln. Für die psychische Gesundheit verwendeten wir die gleichen erklärenden Variablen und fügten moralischen Stress hinzu. Diese Modelle kontrollierten die Erfahrung der Pflegekraft und den Stationstyp (ICU/andere).

Wir haben versucht einem Unconscious Bias zu entgehen, indem wir das Ausmaß und die Muster fehlender Daten bewertet haben. Die meisten fehlenden Daten wurden bei der Variablen der Führungskommunikation und die psychischen Gesundheitssymptome identifiziert, für die die gleichen 19 Beobachtungen (6,2 %) fehlten, was als gering angesehen wurde. Diese Befragten hörten auf, die Umfrage mittendrin zu beantworten, und dies waren spätere Abschnitte. Es gab keine signifikanten Unterschiede in der moralischen Belastung für diejenigen mit vollständigen und fehlenden Daten. Um Beobachtungen für die Regression beizubehal-

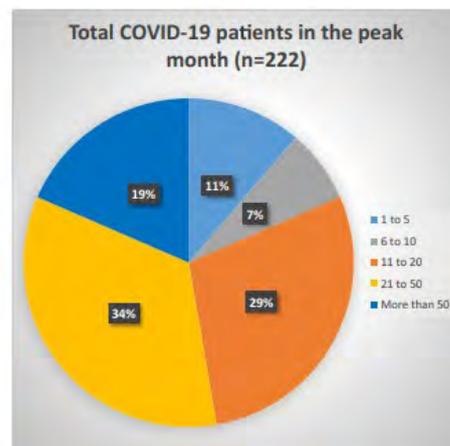
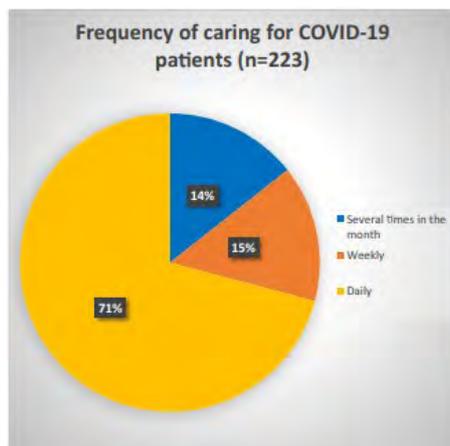
ten, haben wir fehlende Daten zur Zusammenfassungsveränderung durch den Mittelwert aus jedem Krankenhaus ersetzt. Die Analysen wurden mit der Software Stata 16 (Stata Press, 2021) durchgeführt.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote betrug 43 % (338/795). Diese Stichprobe umfasste 307, die die Einschlusskriterien erfüllten. Die Befragten stammten überwiegend aus der Akutversorgung (41 %); Intensivstation für Erwachsene (24 %) und Notaufnahme (24 %). Der Rest waren Pooldienste (6,5 %) oder andere (3,6 %). Die durchschnittliche RN-Erfahrungsjahre betragen 8,69 (SD=6,8).

Die meisten Befragten (73 %) hatten mindestens einen COVID-19-Patienten betreut. Von diesen hatten 71 % während des Spitzenmonats täglich COVID-19-Patienten betreut (Abbildung 1). Der größte Anteil der Befragten hatte 21–50 Patienten mit COVID-19 betreut (34 %).

Über die Hälfte (52,8 %) der Befragten hatte Schwierigkeiten beim Zugang zu PSA oder Reinigungsmitteln, hauptsächlich Masken und Augenschutz (d. h. Gesichtsschutz oder Schutzbrille). Tabelle 1 und Abbildung 2 zeigen Listen für Problemumgehungen beim Zugang nach Art der PSA/des Reinigungsmittels. Nahezu alle Pflegekräfte, die angaben, Schwierigkeiten beim Zugang zu PSA zu haben, gaben an, N95-Masken (98 %) oder OP-Masken (96 %) wiederzuverwenden/erweitert zu verwenden (eine Problemumgehung). Neunzig Prozent gaben die Wiederverwendung/erweiterte Verwendung von Gesichtsschutzschilden an. Von den drei Work-



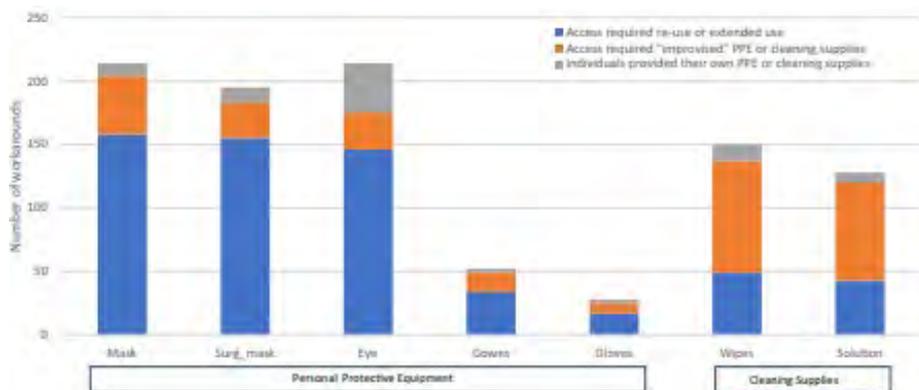
Häufigkeit der COVID-19-Patientenversorgung während des Spitzenmonats.

rounds für den Zugang (Wiederverwendung/erweiterte Nutzung, improvisierte Nutzung, eigene Bereitstellung) betrug die größte Nutzung 1,3 Workarounds pro Pflegekraft für N95 und Gesichtsschutz/Brille. Handschuhe waren am zugänglichsten, was aus sehr wenigen Problemumgehungen hervorgeht: 0,17 pro Pflegekraft. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte mit Zugangsschwierigkeiten mussten Desinfektionstücher und Reini-

gungslösung improvisieren. Etwa ein Viertel der Pflegekräfte berichtete von der Wiederverwendung/erweiterten Verwendung von Reinigungsmitteln. Insgesamt gaben Pflegekräfte an, im Durchschnitt 6 von 21 Problemumgehungen ausprobiert zu haben, um Zugang zu verschiedenen Arten von PSA und Reinigungsmitteln zu erhalten. Sie versuchten im Durchschnitt 4 von 9 Problemumgehungen, um auf Gesicht-PSA zuzugreifen.

Type of PPE/cleaning supply	Access required re-use or extended use		Access required 'improvised' PPE or cleaning supplies (e.g. cloth masks or paper towels with alcohol)		Individuals provided their own PPE or cleaning supplies	
	Frequency	Frequency	Frequency	Frequency	Frequency	Frequency
N95 masks	158	46				10
Surgical masks	155	28				12
Eye protection including face shields or goggles	146	29				39
Gowns	34	15				3
Gloves	17	8				3
Disinfectant wipes	49	88				13
Cleaning solution	43	77				8
Total mask/eye/shield difficult to access, mean (SD)					3.8 (1.6)	
Total PPE/supplies difficult to access, mean (SD)					6.1 (2.9)	

Tab1: Häufigkeit der COVID-19-Patientenversorgung während des Spitzenmonats.



n=162 Pflegenden beantworteten diese Fragen. Krankenpflegefachkräfte haben möglicherweise mehrere Arten von Problemumgehungen gemeldet

Tabelle 2 zeigt die prozentualen Verteilungen für die Antwortkategorien der Kommunikation von Führungskräften über Richtlinienänderungen an klinisches Personal während des COVID-19-Spitzenmonats und den Mittelwert und die Standardabweichung für das zusammenfassende Maß. Die meisten Pflegekräfte berichteten, dass die Kommunikation der

Krankenhausleitung transparent (70 %), effektiv (70 %) und zeitnah (78 %) war. Der zusammenfassende Mittelwert betrug 4,1, was einer „eher zustimmen“-Antwort entspricht, wobei die SD von 1,1 einer Änderung um eine Kategorie entspricht.

Tabelle 3 zeigt Items zur moralischen Belastung, Unterskalen und

zusammenfassende Punktzahlen. Der durchschnittliche Moral Distress Score betrug 1,9 (Bereich: 0,0–7,8; hypothetischer Bereich 0–9). Krankenpflegefachkräfte auf Intensivstationen zeigten die höchste moralische Belastung (2,4), die signifikant höher war als die von Krankenpflegefachkräften auf anderen Pflegestationen ($p < 0,001$), mit Ausnahme von Krankenpflegefachkräften auf Schwimmbecken, deren moralische Belastung 2,0 betrug.

Insgesamt berichteten die Pflegekräfte, dass sie häufiger COVID-19-spezifische moralisch belastende Situationen erlebten, was „gelegentlich“ entspricht, und empfanden diese Situationen als mäßig belastend im Vergleich zu Nicht-COVID-19-Situationen, die selten erlebt wurden, während sie mäßige Belastung erzeug-

	Transparent	Effective	Timely
	Percentage	Percentage	Percentage
Strongly disagree	5.6	4.9	4.5
Disagree	5.6	4.9	4.2
Tend to disagree	18.8	20.1	13.5
Tend to agree	29.5	32.6	35.1
Agree	29.2	29.5	34.4
Strongly agree	11.5	8.0	8.3
Leadership communication summary, mean (SD)	4.1 (1.1)		

Tab 2: Die Tabellendaten spiegeln eine Teilstichprobe von Pflegekräften wider, die berichteten, dass sie Schwierigkeiten beim Zugang zu PSA oder Reinigungsmitteln hatten.

	Frequency	Distress	Multiplied score
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Experiencing poor communication between members of the care team that adversely affects patient care	1.0 (0.9)	0.9 (0.9)	1.6 (1.9)
Being assigned an unsafe number of patients to care for at once considering the acuity level for each patient assigned to me	0.8 (0.9)	0.8 (1.0)	1.4 (2.1)
Being asked to provide and continue aggressive and potentially futile treatments when I believe it is not in the best interest of the patient	0.9 (1.0)	0.9 (1.0)	1.6 (2.4)
Lacking enough resources or bed capacity and therefore being required to 'ration' care (i.e. care is provided to some patients)	0.5 (0.9)	0.5 (0.9)	1.0 (2.0)
Using technology and documentation that burdens me and compromises patient care	0.5 (0.8)	0.4 (0.7)	0.7 (1.5)
Witnessing or experiencing uncivil behaviour among members of the care team	0.4 (0.7)	0.4 (0.8)	0.7 (1.5)
Caring for patients who must experience hospitalization without family presence	2.6 (0.9)	1.7 (0.9)	4.8 (2.8)
Caring for patients who die during a hospitalization without family and/or clergy present	1.4 (1.1)	1.5 (1.2)	3.2 (3.1)
Being assigned/floated to a new unit, requiring unfamiliar skills or procedures	1.0 (1.1)	0.8 (1.0)	1.7 (2.5)
Caring for COVID-19 patients that presents transmission risk to your family/household	2.2 (1.1)	1.9 (1.1)	5.1 (3.4)
Witnessing orders for unnecessary or inappropriate care that do not adequately address patient needs	0.7 (0.8)	0.6 (0.8)	1.0 (1.8)
Witnessing lack of respect among healthcare team for patients from vulnerable populations or minority groups	0.4 (0.7)	0.4 (0.8)	0.7 (1.7)
Providing care to patients who have not been adequately informed or included in decisions about their own care	0.7 (0.8)	0.6 (0.8)	1.0 (1.7)
COVID subscale, mean (SD)	1.8 (0.7)	1.9 (0.6)	3.7 (2.2)
Summary score, mean (SD)	1.0 (0.6)	0.9 (0.6)	1.9 (1.4)

Tab 3: n variiert von 306 bis 307 aufgrund fehlender Daten.

ten. COVID-19-spezifische Situationen, die die größte Belastung hervorriefen, waren das Übertragungsrisiko, die Versorgung von Patienten ohne anwesende Familienmitglieder und die Versorgung von Patienten, die ohne die Anwesenheit von Angehörigen/Geistlichen starben. Unter den nicht-COVID-19-spezifischen Situationen, die in der Umfrage vorgestellt wurden, waren diejenigen, die die größte moralische Belastung hervorriefen, die Aufforderung, die Pflege zu rationieren, die Aufforderung, aggressive, möglicherweise vergebliche Behandlungen durchzuführen, wenn die Krankenpflegefachkraft glaubt, dass dies nicht im Interesse des Patienten ist, Zeuge zu sein ein Mangel an Respekt seitens der Mitglieder des Pflegeteams gegenüber Patienten aus gefährdeten Gruppen/Minderheitsgruppen und die Zuweisung einer unsicheren Anzahl von Patienten.

In Bezug auf die psychische Gesundheit berichteten die Pflegekräfte in der Woche vor der Umfrage (5 Monate nach dem ersten COVID-19-Peak) durchschnittlich 3,1 (SD = 2,1) Tage Angstgefühle, 1,8 (SD = 2,2) Tage Rückzugsgefühle und 2,7 (SD = 2,3) Tage mit Schlafstörungen. Die Gesamtzahl der Tage, an denen Pflegekräfte die drei Symptome erlebten, betrug 7,6 (SD = 5,7), was von 0 bis 21 reichte; 21 würde bedeuten, dass alle drei Symptome alle 7 Tage aufgetreten sind. Die durchschnittliche Anzahl der Tage betrug 2,5 (SD = 1,9), an denen in der vergangenen Woche ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind. Tabelle 4 zeigt Regressionsergebnisse für moralisches Leiden und längerfristige psychische Gesundheit. In bivariaten Modellen waren eine geringere COVID-19-Versorgungshäufigkeit, eine bessere

Outcome variable	Bivariate		Multivariate		Multivariate with control variables	
	Coef.	p > t	Coef.	p > t	Coef.	p > t
Moral distress						
COVID care frequency						
1-10	-0.14	.593	-0.37	.101	-0.34	.116
11-20	0.30	.174	-0.08	.670	0.06	.733
21-50	0.89	<.001	0.40	.034	0.42	.024
>50	1.20	<.001	0.78	.001	0.82	<.001
Leadership communication	-0.56	<.001	-0.41	<.001	-0.39	<.001
PPE/supplies access	0.61	<.001	0.46	<.001	0.41	<.001
Mental health (longer term)						
COVID care frequency						
1-10	-0.66	.074	-0.64	.079	-0.62	.085
11-20	-0.64	.050	-0.75	.017	-0.69	.030
21-50	-0.32	.300	-0.69	.024	-0.72	.019
>50	0.78	.042	0.37	.326	0.28	.463
Leadership communication	-0.35	.001	-0.20	.086	-0.20	.074
PPE/supplies access	0.25	.026	0.2	.869	0.03	.821
Moral distress (COVID-19 peak)	1.67	<.001	0.44	.001	0.45	.001

Tab 4: Die moralische Belastung wurde über den ersten Monat mit der höchsten Zahl von COVID-19-Patienten, d. h. April 2020, abgefragt. Die psychische Gesundheit wurde etwa in der Woche vor der Befragung, also Ende September 2020, abgefragt. Die Kontrolle: Die Variablen waren ein Dummy, der die Intensivstation oder einen anderen Stationstyp und die Jahre der Berufserfahrung angibt.

Kommunikation der Führungsebene und weniger Schwierigkeiten beim Zugang zu PSA/Zubehör signifikant mit weniger moralischem Stress verbunden. In einem multivariaten Regressionsmodell, das die Pflegeererfahrung und den Stationstyp (Dummy-Variablen ICU ja/nein) kontrollierte, nahm die moralische Belastung mit einer effektiven Kommunikation der Führungsebene und dem Zugang zu PSA/Reinigungsmitteln ab und stieg mit mehr als 20 COVID-19-Patienten in der Spitze an Monat ($p < 0,01$). Eine typische Veränderung in der Führungskommunikation (eine Verbesserung um 1 SD), d. h. eine Verschiebung der Likert-Antwortkategorie um eine Stufe, war mit einer Veränderung der moralischen Belas-

tung um 0,28 SD verbunden. Ein Anstieg der Anzahl der verwendeten PSA-Workarounds um 1 SD war mit einem Anstieg des moralischen Distress-Scores um 0,41 Punkte, einem SD von 0,29, verbunden. Pflegekräfte, die 21–50 Patienten betreuten, hatten einen um 0,42 höheren moralischen Distress-Score (0,29 SD). Pflegekräfte, die mehr als 50 COVID-19-Patienten betreuten, hatten einen um 0,82 höheren Wert für moralische Belastung (0,58 SD). Die erklärte Varianz (R-Quadrat) für das multivariate Modell betrug 0,39. Die beiden demografischen Kontrollvariablen, jahrelange Erfahrung in der Krankenpflege und ob die Krankenpflegefachkräfte auf der Intensivstation arbeitete, standen beide in signifikantem Zusammen-

hang mit der moralischen Belastung. Krankenpflegefachkräfte auf der Intensivstation hatten einen um 0,52 höheren moralischen Distress-Score ($p = 0,001$), was einer SD von 0,36 entspricht. Jedes weitere Jahr der RN-Erfahrung war mit einer um 0,02 geringeren moralischen Belastung ($p = 0,016$) verbunden, was einer SD von 0,01 entspricht.

In bivariaten Modellen der längerfristigen psychischen Gesundheit waren mehr als 50 COVID-19-Patienten im Spitzenmonat, eine bessere Kommunikation der Führungsebene, weniger Schwierigkeiten beim Zugang zu PSA/Zubehör und geringere moralische Belastungen im Spitzenmonat signifikant mit einer besseren psychischen Gesundheit verbunden. In einem multivariaten Modell, das die Erfahrung und den Ein-

heitentyp kontrollierte, waren moralische Belastung während des COVID-19-Spitzenmonats und effektive Führungskommunikation signifikant mit der psychischen Gesundheit verbunden ($p < 0,01$). Ein Anstieg um 1 SD in der Wertung der moralischen Belastungsskala war mit einem Anstieg der Punktzahl für psychische Gesundheit um 0,45 verbunden, was einer SD von 0,24 entspricht. Die erklärte Varianz (R-Quadrat) für das multivariate Modell betrug 0,15.

Diskussion

Wir waren motiviert zu untersuchen, wie die Kommunikation von Führungskräften als modifizierbarer Faktor die moralische Not und später die psychische Gesundheit von Krankenpflegefachkräften während der COVID-19-Pandemie lindern könnte. Unter Verwendung

von Epsteins drei Ebenen der moralischen Not haben wir die Kommunikation von Führungskräften als eine Strategie auf mittlerer Ebene zur Minderung der moralischen Not konzipiert. Dementsprechend stellten wir die Hypothese auf, dass eine transparente, zeitnahe und effektive Kommunikation die moralische Belastung und die psychischen Gesundheitssymptome der Pflegekräfte verringern würde.

In Übereinstimmung mit dem Rahmenwerk von Epstein (2019) stellten wir fest, dass das Patientenversorgungsvolumen von COVID-19 und Workarounds für PSA die moralische Belastung erhöhten, während eine effektive Kommunikation mit Führungskräften sie verringerte. Einzigartige Merkmale der Versorgung von Pandemiepatienten waren die größten Ursachen für die moralische Not



der Pflegekräfte. Erhöhter moralischer Stress führte zu einer schlechteren psychischen Gesundheit. Die größte Auswirkung auf die moralische Belastung wurde bei Pflegekräften festgestellt, die im April 2020 mehr als 50 COVID-19-Patienten betreut hatten. Diese Gruppe hatte einen um mehr als die Hälfte SD höheren Wert für die moralische Belastung. Verbleibende signifikante erklärende Variablen, d. h. Führungskommunikation, Workarounds für PSA und 21–50 COVID-19-Patienten, hatten alle einen ähnlichen, kleinen bis mittleren Effekt auf die moralische Belastung. Unser multivariates Modell der moralischen Belastung erklärte 39 % der Varianz, ein hohes Maß an erklärter Varianz. Obwohl die meisten Pflegekräfte positiv über die Kommunikation mit Führungskräften berichteten, deckten die Antworten die gesamte Bandbreite von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“ ab. Diese Ergebnisse ergänzen die Literatur, in der eine erhöhte Belastung durch mehr COVID-19-Patienten, schlechte Kommunikation und weniger PSA festgestellt wurde, wie in zwei systematischen Übersichtsarbeiten festgestellt wurde. Unter 8500 US-Krankenpflegefachkräfte, die im Februar 2021 von der American Nurses Foundation (ANF) dazu befragt wurden, was sie besser auf künftige Pandemien vorbereiten würde, war die dritthäufigste Antwort effektive Führungskommunikation, die von 70 % der Befragten angegeben wurde. Ein Fünftel wollte seine Stelle in den nächsten sechs Monaten verlassen. Bemerkenswerterweise arbeitete die Hälfte dieser Pflegekräfte in Magnet- oder Pathway-to-Excellence-Krankenhäusern, die für ihre hervorragenden Pflegestandards bzw. Arbeitsumgebungen anerkannt sind

(ANF, 2021).

In Bezug auf die große Wirkungsgröße der COVID-19-Patientenhäufigkeit gehen wir davon aus, dass die Pflege einer großen Anzahl von COVID-19-Patienten von Natur aus die Exposition der Pflegekraft gegenüber moralisch belastenden Situationen erhöht, die Probleme beim Zugang zu PSA verstärkt und den Umgang mit schnellen Richtlinienänderungen erfordert.

Wir gehen davon aus, dass es mehrere Möglichkeiten gibt, wie die Kommunikation von Führungskräften moralisches Distress beeinflussen kann. Schlechte Führungskommunikation kann dazu führen, dass sich Krankenpflegefachkräfte in einer Krise nicht unterstützt fühlen. Gute Führungskommunikation erkennt die Schwierigkeit der Situation und ihren sich schnell ändernden Status an und liefert Gründe für eine Änderung der Politik.

Die Assoziation von Workarounds für PSA mit moralischem Stress ist angesichts der Übertragungsrisiken, denen Pflegekräfte ausgesetzt sind, nicht überraschend. Unzivilisiertes Verhalten unter den Mitarbeitern könnte zu moralischem Leid beigetragen haben, wenn begrenzte PSA zu problematischen Interaktionen zwischen Kollegen oder denjenigen führten, die über die Rationierung von PSA entscheiden. Die Umstände schwerwiegender Problemumgebungen zur Beschaffung von PSA korrelieren wahrscheinlich mit einem damit einhergehenden breiteren Chaos im Gesundheitswesen, das moralisch belastende Situationen schürt, selbst wenn es nicht um Übertragungsrisiken geht.

Die Forschung zeigt, dass Fach-

kräfte in den frühen Pandemiemonaten unter Angstzuständen, Depressionen und Schlafproblemen litten (Muller et al., 2020). Unser neuartiger Beitrag zeigt Monate später kontinuierlich höhere Raten, während diese Stadt 4 Monate lang nach dem Höhepunkt stabile, relativ niedrige Raten von COVID-19 erlebt hatte.

Wir fanden heraus, dass die einzige erklärende Variable, die signifikant mit der längerfristigen psychischen Gesundheit assoziiert war, die moralische Belastung im COVID-19-Spitzenmonat war. Obwohl eine beträchtliche Literatur vor der Pandemie moralischen Stress mit gleichzeitigen schlechten Ergebnissen der Pflegekräfte, einschließlich Angstzuständen und Depressionen, in Verbindung bringt (Huffman & Rittenmeyer, 2012; Oh & Gastmans, 2015), wurde unseres Wissens nach kein Zusammenhang zwischen moralischem Stress und längerfristiger psychischer Gesundheit bisher hergestellt. Dieser unglückliche Befund kann auf das psychologische Trauma der moralischen Not zurückzuführen sein. Darüber hinaus könnte die Aussicht auf eine zweite Welle von COVID-19-Patienten ohne einen Hinweis darauf, dass sich die Umstände verbessern würden, zu vorweggenommener moralischer Not geführt haben.

Wie von Spalluto et al. (2020) ergab der SARS-Infektionsausbruch von 2002 bis 2004 ein nahezu identisches Szenario mit erhöhtem Stress, Unsicherheit, Informationsüberflutung, ständigen politischen Änderungen und unzureichenden Ressourcen des Gesundheitssystems. Unsere Studie zeigt einen ähnlichen Umstand, was darauf hindeutet, dass wir aus 2 Jahrzehnten früherer Ausbrüche

nichts gelernt haben. Es ist überfällig, belastbare Strukturen für zukünftige Herausforderungen zu schaffen.

Relevanz für die klinische Praxis und das Pflegemanagement

Unsere Ergebnisse haben Auswirkungen auf Manager. Um moralische Belastungen zu mindern, sollten Pflegefachkräfte klar kommunizierte Richtlinien und Leitlinien bereitstellen. In Übereinstimmung mit unserer Studie haben andere festgestellt, dass eine klare und rechtzeitige Kommunikation über häufige Richtlinienänderungen, das Einholen von Fragen und Bedenken von klinischen Krankenpflegefachkräften und rechtzeitige Antworten auf diese Bedenken es Krankenpflegefachkräften ermöglichen, mit Gewissheit und Unterstützung zu praktizieren, da sie wissen, dass ihre Pflege auf den Besten basierend verfügbare Informationen (Rosa et al., 2020).

Unverzüglich sollten Manager Richtlinien für einen Krisenversorgungsstandard entwickeln und das Personal darüber aufklären. Die Umsetzung eines abteilungs- oder gesundheitssystembasierten Plans kann vor einer Krise eine Beziehung zwischen Pflegekräften und Managern fördern und das Potenzial für eine offenere und effektivere Kommunikation erhöhen, wenn eine Krise eintritt. Pflegekräfte sollten eingeladen werden, ihren einzigartigen Blickwinkel zu nutzen, um gemeinsam Richtlinien und Protokolle sowie Lösungen zur Minderung moralischer Belastungen zu entwickeln.

Krankenpflegefachkräfte, die sich um die höchste Häufigkeit von COVID-19-Patienten kümmern, und Krankenpflegefachkräfte auf Intensivstationen hatten die

höchste moralische Belastung. Dementsprechend sollten Manager Ressourcen an diese Krankenpflegefachkräfte richten. Morley et al. (2020) detailliert, wie man moralisches Leid erkennt, und evidenzbasierte Empfehlungen für Führungskräfte. Webster und Wocial (2020) bieten Ressourcen und Selbstversorgungsstrategien für Pflegekräfte, die unter moralischem Stress leiden, von Wellness-Tipps bis hin zu Pro-Bono-Teletherapie für COVID-19-Kliniker an vorderster Front. Die ANA hat zahlreiche Webinare für Ärzte und Manager abgehalten und bietet auch eine Wellness-Website mit Links zu Apps, Podcasts und Hotlines (ANA, 2020b). Pflegenden in der direkten Pflege können davon profitieren, wenn ein bestimmter Mitarbeiter, z. der Personalentwicklungsleiter solche Ressourcen kuratiert.

Unsere Ergebnisse haben Auswirkungen auf die Pflegeausbildung. Eine umfassende Ethikerziehung sollte für alle Pflegekräfte vorgeschrieben werden, ist aber derzeit nicht allgemein erforderlich. Diese Ausbildung würde Pflegekräften Werkzeuge an die Hand geben, um ethische Implikationen und Herausforderungen eines Krisenversorgungsstandards zu erkennen. Diese Aufklärung sollte die Art der moralischen Not und die Ressourcen zu ihrer Bewältigung beinhalten.

Unsere Ergebnisse haben Forschungsimplicationen. Ein vorrangiger Forschungsschwerpunkt ist die kumulative Wirkung der Pandemiepatientenversorgung auf die moralische Belastung über viele Monate sowie die Auswirkungen der moralischen Belastung auf die psychische Gesundheit nach der Pandemie. Das Potenzial für ein besseres Arbeitsumfeld in der

Pflege, um die moralische Belastung während einer Krise zu mindern, ist es wert, untersucht zu werden, da transparente Kommunikation ein Element eines günstigen Arbeitsumfelds ist. Interventionen zu Kommunikationszeiten und -methoden (z. B. tägliche Besprechungen) und Inhalte können entwickelt und getestet werden, um die moralische Not der Pflegekräfte zu lindern.

Limitierung

Unsere Studie hatte mehrere Einschränkungen. Unsere Stichprobe war eine praktische Stichprobe aus zwei städtischen akademischen medizinischen Zentren im Nordosten der USA. Die Ergebnisse lassen sich möglicherweise nicht auf Krankenpflegefachkräfte verallgemeinern, die in anderen Krankenhausarten und -regionen arbeiten. Selbst bei einer relativ hohen Rücklaufquote von 43 % für eine einwöchige Umfrage, die unter den Krisenumständen des Jahres 2020 durchgeführt wurde, könnte die Rücklaufquote aufgrund der Ansichten und Erfahrungen bereitwilliger Befragter zu Verzerrungen geführt haben. Diese Antworten können sich von denen von Pflegekräften unterscheiden haben, die sich entschieden haben, nicht teilzunehmen. Es gab eine potenzielle Rückrufverzerrung von Pflegekräften, die sich an Ereignisse und Leiden von 5 Monaten zurückerinnerten. Diese Ereignisse und Not dürften jedoch einen deutlichen Eindruck hinterlassen haben. Das Querschnittsdesign verhindert kausale Rückschlüsse auf die Auswirkungen moralischer Belastungen auf die psychische Gesundheit. Nicht gemessene Variablen haben möglicherweise dazu beigetragen, die moralische Belastung und die längerfristige psychische Gesundheit

von Pflegekräften zu erklären, wie z. B. die psychische Gesundheit von Pflegekräften vor der Pandemie, ihre Belastbarkeit oder ihr Arbeitsumfeld. Eine detailliertere Messung der Kommunikation in zukünftigen Studien kann zusätzliche Erkenntnisse für Manager liefern.

Schlussfolgerung

Wir untersuchten im April 2020 die moralische Belastung und die psychische Gesundheit nach dem Ausbruch von Krankenpflegefachkräften, die COVID-19-Patienten betreuten. Die Daten unterstützten Epsteins Rahmen, indem sie zeigten, dass die drei Ebenen der moralischen Belastung erheblich zur moralischen Belastung beitrugen. Einzigartige Merkmale der Pandemie-Patientenversorgung erzeugten die größte moralische Not. Eine transparente und zeitnahe Kommunikation mit Führungskräften korrelierte mit einem geringeren moralischen Stress, was wiederum die psychische Gesundheit nach der Krise verbesserte. Angesichts der anhaltenden negativen Auswirkungen moralischer Not auf Pflegekräfte während einer Krise sollten unsere Ergebnisse Führungskräfte in zukünftigen Krisen motivieren und ihnen als Orientierungshilfe dienen.

PEER-REVIEW

Der Peer-Review-Verlauf für diesen Artikel ist verfügbar unter <https://publons.com/publon/10.1111/jan.15013>.

Literaturverzeichnis

- American Nurses Association . (2020a). Crisis standard of care: COVID-19 pandemic. <https://www.nursingworld.org/~496044/globalassets/practiceandpolicy/work-environment/health-safety/coronavirus/crisis-standards-of-care.pdf>
- American Nurses Association . (2020b). Well being initiative. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/disaster-preparedness/coronavirus/what-you-need-to-know/the-well-being-initiative/>
- American Nurses Association . (2020c). What 32,000 nurses want you to know about treating COVID-19. https://www.nursingworld.org/~4987e5/globalassets/covid19/ana_covid19infographic_dataset1_20200424-final.pdf
- American Nurses Foundation . (2021). Year One COVID-19 Impact Assessment. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/disaster-preparedness/coronavirus/what-you-need-to-know/year-one-covid-19-impact-assessment-survey/>
- Arnetz, J. E. , Goetz, C. M. , Sudan, S. , Arble, E. , Janisse, J. , & Arnetz, B. B. (2020). Personal protective equipment and mental health symptoms among nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(11), 892–897. 10.1097/JOM.0000000000001999
- Centers for Disease Control and Prevention . (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Using personal protective equipment (PPE). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/using-ppe.html>
- Cramer, Smith, Rogowski, & Lake. (2021). Measuring moral distress in nurses during a pandemic: Development of the COVID-MDS. Paper presented at the AcademyHealth Annual Research Meeting, virtual.
- Epstein, E. G. , Whitehead, P. B. , Prompahakul, C. , Thacker, L. R. , & Hamric, A. B. (2019). Enhancing understanding of moral distress: The measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empirical Bioethics*, 10(2), 113–124. 10.1080/23294515.2019.1586008
- Hamric, A. B. (2014). A case study of moral distress. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(8), 457–463. 10.1097/NJH.0000000000000104
- Huffman, D. M. , & Rittenmeyer, L. (2012). How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: A systematic review. *Critical Care Nursing Clinics*, 24(1), 91–100. 10.1016/j.ccell.2012.01.004
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. [Google Scholar]
- Morley, G. , Sese, D. , Rajendram, P. , & Horsburgh, C. C. (2020). Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 10.3949/ccjm.87a.ccc047. PMID: 32518134.
- Muller, A. E. , Hafstad, E. V. , Himmels, J. P. W. , Smedslund, G. , Flottorp, S. , Stensland, S. Ø. , Stroobants, S. , Van de Velde, S. , & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441. 10.1016/j.psychres.2020.113441
- National Nurses United . (2020). Survey of nation's frontline registered nurses shows hospitals unprepared for COVID-19. Retrieved 7/16/2021, 2021, from <https://www.nationalnursesunited.org/press/survey-nations-frontline-registered-nurses-shows-hospitals-unprepared-covid-19>
- Oh, Y. , & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15–31. 10.1177/0969733013502803
- Rosa, W. E. , Schlak, A. E. , & Rushton, C. H. (2020). A blueprint for leadership during COVID-19. *Nursing Management*, 51(8), 28–34. 10.1097/01.NU-MA.0000688940.29231.6f
- Sagherian, K. , Steege, L. M. , Cobb, S. J. , & Cho, H. (2020). Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. *Journal of Clinical Nursing*. 10.1111/jocn.15566
- Scott-Cawiezell, J. , Schenkman, M. , Moore, L. , Vojir, C. , Connolly, R. P. , Pratt, M. , & Palmer, L. (2004). Exploring nursing home staff's perceptions of communication and leadership to facilitate quality improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 242–252.
- Spalluto, L. B. , Planz, V. B. , Stokes, L. S. , Pierce, R. , Aronoff, D. M. , McPheeters, M. L. , & Omary, R. A. (2020). Transparency and trust during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Journal of the American College of Radiology*, 17(7),

909–912. 10.1016/j.jacr.2020.04.026

Stata Press . (2021). Stata 16 for Windows. [Google Scholar]
 Webster, L. , & Wocial, L. D. (2020). Ethics in a pandemic. <https://www.myamerican-nurse.com/ethics-in-a-pandemic-2/>

Wolf, L. A. , Perhats, C. , Delao, A. M. , Moon, M. D. , Clark, P. R. , & Zavotsky, K. E. (2016). "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 37–46. 10.1016/j.jen.2015.08.008

World Health Organization . (2015). Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care. <https://www.who.int/publications/i/item/ethics-in-epidemics-emergencies-and-disasters-research-surveillance-and-patient-care-training-manual>

Young, K. P. , Kolcz, D. L. , O'Sullivan, D. M. , Ferrand, J. , Fried, J. , & Robinson, K. (2020). Health care workers' mental health and quality of life during COVID-19: Results from a mid-pandemic, national survey. *Psychiatric Services*, 72, 122–

128. 10.1176/appi.ps.202000424

Zuzelo, P. R. (2020). Making do during a pandemic: Morally distressing and injurious events. *Holistic Nursing Practice*, 34, 259–261.

Eileen T. Lake¹ | Aliza M. Narva² | Sara Holland² | Jessica G. Smith³ | Emily Cramer⁴ | Kathleen E. Fitzpatrick Rosenbaum¹ | Rachel French¹ | Rebecca R. S. Clark¹ | Jeannette A. Rogowski⁵

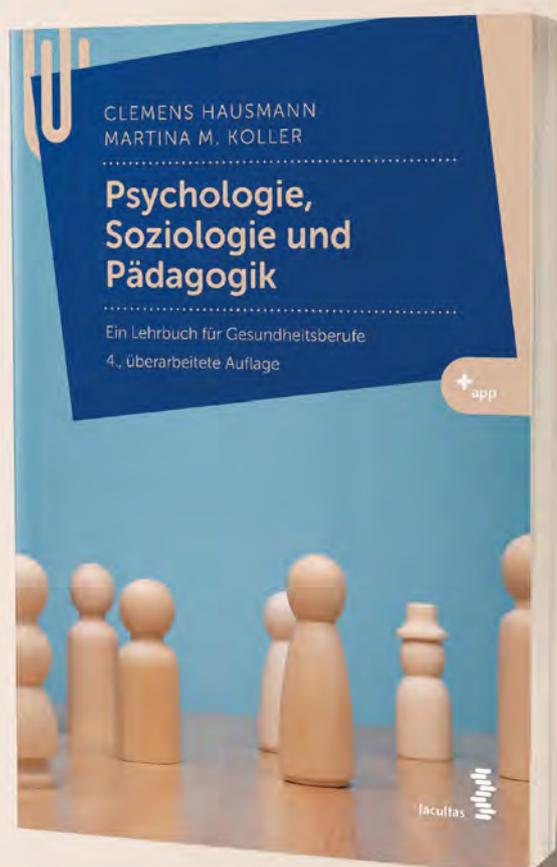
1
Center for Health Outcomes and Policy Research, University of Pennsylvania School of Nursing, Philadelphia, Pennsylvania, USA

2
Penn Medicine, Philadelphia, Pennsylvania, USA

3
University of Texas - Arlington, Arlington, Texas, USA

4
University of Kansas Medical Center, Kansas City, Kansas, USA

5
The Pennsylvania State University, University Park, Pennsylvania, USA



Clemens Hausmann, Martina M. Koller

Psychologie, Soziologie und Pädagogik

Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe

facultas 2022, 4., überarbeitete Auflage

208 Seiten, broschiert

EUR 28,90 (A) / 28,10 (D) / sFr 35,90

ISBN 978-3-7089-2250-8

e-ISBN 978-3-99111-602-8

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas 

(C) sudok1



Intensivstation: Wie kann Kommunikation gelingen?

Die richtigen Worte zu finden, ist nicht einfach – schon gar nicht auf einer Intensivstation. Was brauchen Patient:innen und Angehörige? Und was können Führungskräfte tun, um eine gute Kommunikation zu fördern?

Es ist ein Satz, der gut gemeint ist: „Gehen Sie doch mal nach Hause. Ruhen Sie sich aus.“ Auch Silke Weiß* bekommt ihn zu hören. Mehrfach. Ihr Mann kam ganz plötzlich auf die Intensivstation. Zunächst schien es ihm wieder besser zu gehen, aber bald ver-

schlechterte sich die Situation. Silke Weiß sah die ratlosen Blicke und war völlig verzweifelt. Sie wollte mit jemandem sprechen, wollte Worte des Trostes und der Hoffnung hören und irrte über die Station. Vor dem Stationszimmer kauerte sie sich vor die Tür und begann zu weinen. Eine Pflegerin kam und sagte: „Gehen Sie doch nach Hause.“ Aber Silke Weiß wollte auf keinen Fall weg. Sie wollte bei ihrem Mann bleiben, wollte einfach nur, dass es ihm wieder bessergeht. Sie konnte nicht aufhören zu weinen. Kurz darauf kam ein Pfleger zu ihr. „Er

berührte mich sanft an der Schulter und sagte: ‚Es ist in Ordnung, wenn Sie weinen. Bleiben Sie hier, bei Ihrem Mann.‘ Ich war ihm unendlich dankbar“, erzählte sie.

Dieses Beispiel zeigt sehr gut, wie wichtig es ist, die Bedürfnisse der Angehörigen ernst zu nehmen. Auch wenn sie übermüdet und erschöpft sind, ist es doch ihr wichtigstes Anliegen, bei ihrem kranken Familienmitglied zu sein. Was können Pfleger:innen also tun? Natürlich sollten sie Angehörige ermutigen, auch an ihre eigenen Kraftreserven zu den-

ken. Der Vorschlag, nach Hause zu gehen oder mal für einen Tag nicht zu kommen, ist aber in vielen Fällen kontraproduktiv. „Das war bestimmt nett gemeint. Ich empfand das aber nicht so. Ich hatte eher das Gefühl, ich störe sie mit meinen Gefühlen, dachte, sie wollen mich loswerden“, sagte Silke Weiß. Kleine Auszeiten, um Kraft zu tanken, sind aber auf andere Weise möglich. „Hätten Sie mir angeboten, eine Runde spazieren zu gehen und dann wiederzukommen, hätte ich das vielleicht angenommen.“

Mehr als 35 Gespräche mit Betroffenen und Expert:innen

Für das Buch „Auf der Intensivstation – Patienten und Angehörige zwischen Leben, Tod und Trauma“ haben die beiden Autorinnen mit 6 ehemaligen Intensivpatient:innen und 7 Angehörigen gesprochen – telefonisch und per Zoom. Darüber hinaus sprachen die Autorinnen mit 25 Expert:innen aus dem In- und Ausland, davon 17 aus Pflege und Pflegewissenschaft sowie 8 aus Medizin, Psychologie, Seelsorge und Jura. Für ihre Recherchen nutzen sie zudem mehr als 120 Literaturquellen.

Was bedeutet ein Intensivaufenthalt für die Betroffenen?

Die Perspektive der Patient:innen: Woran erinnern sich Menschen, die über Tage oder Wochen auf der Intensivstation lagen? Das hängt mit davon ab, wie lange sie auf der Intensivstation gelegen und wie bewusst sie diese Zeit erlebt haben. Einige haben die Situation noch sehr klar vor Augen. „Ich war wie gefangen in meinem eigenen Körper“, sagte eine ehe-

malige Intensivpatientin. „Ich war zwar nicht fixiert, aber durch die vielen Schläuche und Elektroden war ich irgendwie doch wie angebunden. Es war ein Gefühl der Orientierungs- und Ausweglosigkeit.“ Ein junger Patient berichtete: „Insgesamt habe ich die Zeit auf der zweiten Intensivstation – sieben Tage lag ich dort – als grauenvoll in Erinnerung. Ich habe mich sehr verloren gefühlt.“ Mehrere Patient:innen, mit denen die Autor:innen für ihr Buch „Auf der Intensivstation“ gesprochen haben, beschrieben Alpträume und Halluzinationen, die sie durch die vielen Medikamente hatten, oft schwere Alpträume, die sie noch genau beschreiben konnten. Eine Patientin sagte: „Wenn ich schlief, hatte ich Alpträume, wenn ich wach war, hatte ich Halluzinationen. Ich weiß nicht, was schlimmer war.“

In der Regel erfüllt ein Intensivaufenthalt alle Merkmale, die ein Trauma kennzeichnen. Die Patient:innen erleben eine extreme Hilflosigkeit, ihr Leben ist bedroht beziehungsweise sie haben existenzielle Ängste, wie es weitergeht und ob sie die Situation überleben. Hinzu kommt: Die Umgebung ist extrem stressreich, der Lärmpegel ist hoch, die Patient:innen sind durch diverse Schläuche ans Bett gebunden und können sich meist nicht verbalisieren (Teigeler & Walther, 2022).

Die Perspektive der Angehörigen: Die Angehörigen wiederum erleben den Aufenthalt auf der Intensivstation sehr bewusst. Sie beschäftigt vor allem die Sorge um den geliebten Menschen: „In diesen Wochen hatte ich sehr viel Angst“, sagte eine Ehefrau, deren Mann schon zweimal auf der Intensivstation lag. „Wird er das überleben? Wird er geistig wieder voll da sein? Überhaupt: Wie

wird es weitergehen?“ Quälend ist auch die Sorge, ob der erkrankte Angehörige vielleicht Schmerzen hat, er leidet und ob er der Intensivtherapie in dieser Form zugestimmt hätte. Eine Lebensgefährtin formulierte das so: „Als ich ihn dort so liegen sah, an sämtliche Schläuche und Gerätschaften angeschlossen, dachte ich nur: Um Himmels willen! Was habe ich dir angetan? Das hättest du nicht gewollt!“

Mehrere Angehörige beklagen das „ständige Warten vor der Tür“. Oft habe es eine Viertel- bis halbe Stunde gedauert, bis sie zum Patienten durften. Eine Angehörige äußerte Wut darüber, „ausgeliefert vor dieser Tür zu stehen, die drinnen von draußen trennt und dass die da drinnen darüber entscheiden dürfen, ob wir da draußen unsere Liebsten sehen dürfen“. Auf der Station erleben die Angehörigen vor allem die Ohnmacht als belastend – das Warten und Nichts-tun-können –, aber auch die vielen Entscheidungen, die sie immer wieder treffen müssen. Sie haben große Angst, das Falsche zu entscheiden. Besonders schwerwiegend sind die Entscheidungen, die das Lebensende betreffen: Sollen bestimmte Medikamente abgesetzt werden? Oder gar: Sollen die Maschinen abgestellt werden? Eine Angehörige stellte die berechtigte Frage: „Wie sollte ich das entscheiden? Das hat mich absolut überfordert.“

Wie belastend solche Situationen für die nahen Angehörigen ist, verdeutlichen auch Studienergebnisse. Sie zeigen, dass Angehörige deutlich häufiger von Ängsten, Depressionen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung, kurz PTBS, betroffen sind als die Patient:innen selbst (Pochard et al., 2005, Schmidt & Azoulay,

2012, van Beusekom et al., 2015). In den ersten sechs Monaten nach einem Intensivaufenthalt weisen 33 bis 69 % der Angehörigen PTBS-Symptome auf (Petrinec & Daly, 2016). Zum Vergleich: Bei den Intensivpatient:innen sind es laut Metaanalysen etwa 20 %, die im ersten Jahr nach einer Intensivbehandlung eine PTBS entwickeln, also jeder fünfte Patient (Parker et al. 2015; Righy et al. 2019).

Kommunikation – was wünschen sich Angehörige?

Alle Angehörigen beklagten die Umgebung der Intensivstation, die sie als sehr nüchtern und unpersönlich wahrnehmen. Es ist laut in den Patientenzimmern, das Licht ist grell, es mangelt an Privatsphäre und es fehlen Räumlichkeiten, um sich mal zurückzuziehen. Wichtiger als diese Mankos ist aber – und das betonen alle Angehörigen –, wie Pflegende und Ärzt:innen mit ihnen kommunizieren. Ein warmherziger und menschlicher Umgang kann viele Belastungen abfedern. Oft sind es Kleinigkeiten, die den Unterschied machen: ein aufmunternder Blick, ein Lächeln, eine Berührung, eine Tasse Tee, die hingestellt wird. Eine Angehörige drückte das so aus: „Als Rettungsanker habe ich die Pflegenden und Ärzte empfunden, in deren Augen ich Wärme sah. Jeden Tag hoffte ich, einen von ihnen bei meinem Mann anzutreffen.“

Das Wichtigste für die Angehörigen: Dass sie jederzeit zu ihrem kranken Familienmitglied dürfen und sich auf der Station willkommen fühlen. Dabei geht das eine nicht automatisch mit dem anderen einher. „Es muss kein unhöfliches Wort fallen, aber trotzdem hast du das Gefühl, du störst“,

berichtete eine Angehörige. „Dieses Nicht-angeschaut-werden, Nicht-angelächelt-werden, Nichts-Tröstliches gesagt bekommen. Alle schauten auf den Boden, keiner suchte Blickkontakt.“ Dabei werden die Pflegenden und Ärzt:innen sehr unterschiedlich erlebt. „Einige waren supernett und zuvorkommend, andere waren fachlich zwar sehr gut, aber man merkte auch: Die machen ihren Job – und mehr nicht“, sagte eine andere Angehörige.

Ein entscheidender Punkt ist auch: Wie gehen die Intensivpflegenden mit dem kranken Familienmitglied um? Reden sie mit ihm, schauen sie ihn an? Erklären sie ihm, was sie tun, auch wenn er bewusstlos ist? „Und sie haben kein Wort gesagt, auch nicht beim Umpositionieren“, berichtete die beste Freundin einer Intensivpatientin. „Einfach umgedreht, zugedeckt und fertig. Dabei sagt man doch immer: Komapatienten hören alles!“ Fast alle Angehörigen betonten, wie wichtig ein sensibler Umgang mit dem Patienten ist, um das Gefühl zu haben: Auch wenn ich nicht da bin, wird das Bestmögliche getan, um meinem Angehörigen zu helfen.

Ganz wichtig ist eine verständliche und umfassende Information, die am Wissensstand und der emotionalen Situation der Angehörigen orientiert ist. „Ich hätte mir gewünscht, dass sie mich mehr mit Worten an die Hand nehmen. Mir mehr erklärt hätten. Ein Gespräch mit mir und meinem Mann führen, damit sie erfahren, was er mag. Mir sagen, was ich mitbringen kann. Fotos, eine Uhr, ein Lieblingskissen ... wie ich mit ihm sprechen soll“, sagte eine Angehörige. Auch wünschen sie sich feste Zeiten, in denen sie sich mit Ärzt:innen austauschen können. „Oft muss-

te man ihnen wirklich hinterherrennen“, beklagte eine andere Angehörige. „Wünschen würde ich mir auch, dass die Ärzte laien-gerechter aufklären – und zwar in deutscher und nicht in lateinischer Sprache. Den Fachjargon, den die meisten sprechen, kann kein Laie verstehen.“

Positiv erwähnten Angehörige, wenn sie sich angeleitet und ermutigt fühlten, mit dem Intensivpatienten zu sprechen und ihn zu berühren. Eine Angehörige sagte: „Wir waren nie eine Familie, in der es körperlich viel Nähe gab. Aber als meine Mutter so krank war, habe ich damit angefangen – auch ermutigt durch die Pflegenden. Ich habe sie in die Arme genommen, sie geküsst und ihr gesagt: „Ich hab dich lieb.“ Ich habe gedacht, wenn ich es jetzt nicht mache, dann kann ich es bald nicht mehr tun.“

Als tröstlich erleben es Angehörige, wenn das Fachpersonal zugewandt, empathisch und wertschätzend ist. Eine Mutter erinnerte sich zum Beispiel, wie eine Pflegende zu ihr sagte: ‚Sie haben Unglaubliches geleistet in diesen Wochen!‘ „Das hat mich so angerührt, dass mir die Tränen gekommen sind“, sagte sie dazu. „Insgesamt haben wir viel Empathie, Menschlichkeit und Bestärkung erfahren. Diese Menschlichkeit ist wichtiger als alle Professionalität.“

Was brauchen Intensivpatient:innen?

Auch die Patient:innen äußerten klare Wünsche im Hinblick auf die Kommunikation. Das Da-Sein naher Angehöriger ist dabei extrem wichtig. Sie sind die entscheidende Verbindung zum Fachpersonal und nehmen eine Vermittler- und oft auch Übersetzerrolle ein. „Mein

Mann war meine wichtigste Bezugsperson, er hat mit den Ärztinnen und Ärzten gesprochen und für mich übersetzt“, sagte eine junge Patientin. „Wäre mein Mann nicht gewesen, hätte ich aufgegeben. Es hat mich wirklich am Leben gehalten, so einen Anker zu haben.“ Eine Mutter berichtete, dass ihre erwachsene Tochter nach dem Intensivaufenthalt gesagt hat: „Als ich gesehen habe, dass Mama da ist, wusste ich, alles wird gut.“

Von den Pflegenden und Ärzt:innen wünschen sich die Patient:innen, dass diese sie immer ansprechen, bevor sie eine Handlung durchführen, ihnen möglichst viel erklären und sie ernstnehmen –

auch „wenn sie verwirrt sind und ihre Erzählungen verrückt erscheinen“. Sie wünschen sich ausführlichere und am besten wiederholte Erklärungen, warum bestimmte invasive Maßnahmen erforderlich sind. „Wenn man sich die Mitarbeit von Patienten wünscht, muss man sich auch die Zeit nehmen, das so zu erklären, dass der andere das versteht“, sagte eine Intensivpatientin. Auch dass die auf einer Intensivstation arbeitenden Personen sich vorstellen, scheint nicht immer üblich zu sein, wird aber gewünscht – am besten mehrfach. „Eine junge Pflegerin kam einmal zu mir und sagte: ‚Ich weiß nicht, ob Sie noch wissen, wer ich bin. Ich heiße Sarah und betreue Sie schon seit ein paar Tagen.‘ Das

fand ich sehr gut“, erzählte eine Patientin, die über ein halbes Jahr im Krankenhaus auf zwei Intensivstationen lag.

Als sehr negativ werten es Patient:innen, wenn Pflegende und Ärzt:innen einfach über ihre Einwände hinweggehen und sie nicht selbst entscheiden dürfen. Ein Patient kritisierte ihre „Attitüde, dass du genau tun sollst, was sie von dir erwarten“. Seine Bedenken zu einer Maßnahme seien „einfach so ohne Erklärung weggewischt“ worden. „So fühlt man sich in vielen Situationen als Patient nicht ernst genommen und entmündigt“, sagte er. Aufgefallen ist ihm auch das negative Framing, mit dem viele Maßnahmen angekündigt wurden,



wie „Jetzt wird es mal unangenehm“, „Jetzt nicht erschrecken“ oder „Ich habe mal einen Anschlag auf sie vor“. Diese Ankündigungen haben ihn nicht beruhigt, sondern eher das Gegenteil bewirkt.

Gewünscht wird von den Pflegenden und Ärzt:innen auch ein Maß an Rücksicht – was bedeutet, unnötiges Licht und laute Geräusche zu vermeiden oder auch notwendige Berührungen vorher anzukündigen. Negativ erwähnt wurden zudem private Gespräche vor den Patientenzimmern oder Beschwerden über die Arbeit oder die Kolleg:innen. Hier wird deutlich, dass die Patient:innen sehr viel mehr mitbekommen, als dem Fachpersonal vielleicht bewusst ist.

Eine Patientin wünschte sich im Nachhinein explizit, dass jemand ein Intensivtagebuch für sie geschrieben hätte. „Für so ein Buch würde ich heute alles geben, einfach, um die verlorene Zeit rekonstruieren und dadurch besser verstehen und verarbeiten zu können.“ Ein anderer Intensivpatient betonte, welche wichtige Rolle die Intensivtagebücher für ihn nach dem Intensivaufenthalt hatten. „Gerade, wenn es mir schlecht ging und ich mich wertlos gefühlt habe, habe ich ganz viel darin gelesen.“ Er ist überzeugt, dass die Bücher in seinem Fall ein wichtiger Baustein waren, dass es ihm heute besser geht.

Welche Interventionen einem Trauma vorbeugen können

Die neuere Forschung beschäftigt sich vor allem mit der Frage, wie einer PTBS bzw. einem PICS (Post Intensive Care Syndrom) bei Patient:innen und Angehörigen vorgebeugt werden kann. Denn ein Intensivaufenthalt ist eine der

wenigen Situationen, in der sich eine mögliche Traumatisierung vorhersehen lässt – im Gegensatz zu Verkehrsunfällen oder Gewaltverletzungen. Allerdings steckt die Forschung in diesem Bereich „noch in den Kinderschuhen und die Ergebnisse sind bislang nicht wirklich zufriedenstellend“, so die Psychologin und Wissenschaftlerin Jenny Rosendahl (Teigeler & Walther, 2022). Deutlich sei aber, dass die soziale und psychologische Unterstützung eine sehr große Rolle zu spielen scheint, z. B. über eine Einbindung der Angehörigen sowie eine Begleitung über Fachpersonen wie Psycholog:innen.

Mehrere Autor:innen verweisen darauf, dass eine gute und traumasensible Kommunikation einen wesentlichen Einfluss auf das aktuelle und langfristige seelische Befinden von Angehörigen und Patient:innen hat. Für Angehörigengespräche auf der Intensivstation wird die VALUE-Strategie empfohlen (Hartog et al., 2018; Niecke et al., 2017), auch speziell für Gespräche, in denen negative Nachrichten mitgeteilt werden. Die Abkürzung VALUE steht für:

V („value“): würdigen, was der Angehörige sagt, Wertschätzung;

A („acknowledge“): Gefühle zugestehen und bestätigen;

L („listen“): zuhören;

U („understand“): Fragen stellen, die es erlauben, die Persönlichkeit des Patienten zu verstehen;

E („elicit questions“): Angehörige zu Fragen ermuntern“ (Niecke, 2017, S. 615).

Eine Studie auf 22 französischen Intensivstationen konnte zeigen,

dass sich die VALUE-Strategie auf die PTBS-Rate der Angehörigen auswirkt. Die Angehörigen der Interventionsgruppe wiesen drei Monate nach der Entlassung bzw. dem Versterben des Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe ein signifikant niedrigeres Risiko für das Ausbilden einer PTBS sowie geringere Angst- und Depressionswerte auf (Lautrette et al., 2007).

Weitere Ansätze zur Vermeidung einer PTBS sind Intensivtagebücher. Angehörige und Pflegende schreiben dabei gemeinsam Ereignisse und Entwicklungen während der Bewusstlosigkeit auf. Der Patient kann so im späteren Verlauf die „verlorene Zeit“ rekonstruieren und das Geschehene besser verstehen. Intensivtagebücher können laut Studien die psychologischen Folgeerscheinungen der Intensivstation abmildern, auch wenn die Studienlage nicht ganz eindeutig ist (Teigeler & Walther, 2022).

Auch Hypnoseverfahren sind ein Ansatz, der erfolgversprechend erscheint. Die moderne Hypnotherapie geht davon aus, dass Beziehung und Sprache sich in hohem Maße auf körperliche Prozesse auswirken – auch in Bewusstlosigkeit und Sedierung. Den Patient:innen werden dabei therapeutische Suggestionen vorgespielt, in denen Begleitung zugesichert sowie Zuversicht und Sicherheit vermittelt werden. Das soll ihnen in der erlebten Hilflosigkeit Kontrolle und Achtung zurückgeben, zum Beispiel: „Wir sind ein ganzes Team, das sich jetzt um Sie kümmert. Wir sind zuständig für Ihr Wohlbefinden und Ihre Sicherheit.“ Negationen – „Sie werden keine Schmerzen haben.“ oder „Ihnen wir nur ganz kurz übel.“ – werden dabei vermieden, um Nocebo-Effekte zu

verhindern (Teigeler, 2021; Teigeler & Walther, 2022).

Welche Best-Practice-Modelle gibt es im deutschsprachigen Raum?

In den Gesprächen mit Patient:innen und Angehörigen wird deutlich, dass es oft sehr von Einzelpersonen abhängt, wie gut Kommunikation gelingt. Viele berichteten von einem Lieblingspfleger oder einer Lieblingsärztin, zu dem/der sie eine besondere Beziehung hatten. Dennoch ist auffällig, dass viele Angehörige von nahezu durchweg positiven Erfahrungen berichteten, während andere häufiger Negativerlebnisse hatten. Das legt nahe, dass die konzeptionelle Ebene auf einer Intensivstation und die Haltung der Mitarbeitenden eine wichtige Rolle spielen und sich auch gegenseitig beeinflussen. Das bedeutet: Machen Pflegende gute Erfahrungen mit der Einbindung von Angehörigen, bestärkt sie dies, weil sie positive Veränderungen wahrnehmen.

Im Folgenden werden einige Konzepte und Best-Practice-Modelle aus dem deutschsprachigen Raum vorgestellt.

Die angehörigengerechte Intensivstation: Das Zertifikat „Angehörigengerechte Intensivstation“ des Pflege e. V. gibt es seit 2007. Initiiert wurde es von der Pflegewissenschaftlerin Angelika Zegelin, die viele Jahre an der Universität Witten/Herdecke gelehrt und geforscht hat. Ihr Ziel: Allen Angehörigen soll der Zutritt zur Intensivstation verbindlich gewährt werden – zum Wohle der Patient:innen. Die wichtigste Anforderung für das Zertifikat ist daher, dass ein Besuch rund um die Uhr für die beiden engsten Bezugspersonen möglich ist. Das heißt:

Angehörige dürfen jederzeit nach Absprache auf die Intensivstation kommen – ob morgens um 5 oder abends um 23 Uhr. Derzeit sind 278 Intensivstationen in insgesamt 230 Kliniken zertifiziert (Stand: 10/21). Nach jeweils drei Jahren wird eine Zertifikatsverlängerung erforderlich. Bei dieser Re-Zertifizierung erläutert die Station schriftlich, wie sie eine Willkommenskultur etabliert hat und welche zusätzlichen Angebote für Angehörige es gibt (weitere Infos: www.stiftung-pflege.de).

Psycholog:innen auf der Intensivstation: Was in der Palliativmedizin, der Onkologie oder der Transplantationsmedizin schon gelebte Praxis ist, hat auf deutschen Intensivstationen noch Seltenheitswert. Anders im Universitätsklinikum Jena. Hier gehören zwei Psychologinnen fest mit zum Stationsteam. Sie betreuen die Patient:innen und Angehörigen und leisten psychologische Begleitung vor Ort. Fast immer befinden sich die Betroffenen in einer Krisensituation. Die Psychologinnen führen erste Entlastungsgespräche, in denen Patient:innen und Angehörige ihre Emotionen verbalisieren und gemeinsam Ressourcen eruiert und aktiviert werden können. Dabei leisten sie eine kontinuierliche Begleitung während des gesamten Intensivaufenthalts. Das entlastet auch das pflegerische und ärztliche Personal, weil sie wissen: Die psychische Begleitung geht weiter und wird von professioneller Seite übernommen.

Gemeinsame Familiengespräche bei Aufnahme: Auf einigen Intensivstationen, zum Beispiel im Klinikum Traunstein, wird kurz nach der Aufnahme ein Erstgespräch im Arztzimmer geführt, damit die Angehörigen „gut ankommen“. Dieses Gespräch führen der Arzt und

die betreuende Pflegeperson gemeinsam. Sie informieren über die Situation, besprechen die Therapieziele mit den Angehörigen, trösten und schaffen eine Atmosphäre des Vertrauens. Ist ein solches Vertrauensverhältnis erstmal etabliert, wirkt sich das auch auf spätere Gespräche aus, zum Beispiel bei Therapiezieländerungen. Die Gespräche – Dauer: ca. 15 bis 20 Minuten – sind eine gut investierte Zeit, da dadurch viele Rückfragen entfallen. Darüber hinaus gibt es interprofessionelle Angehörigengespräche (Standortgespräche oder Round-Table-Gespräche) in bestimmten Situationen, zum Beispiel am Lebensende.

Rückzugsmöglichkeiten für Angehörige: Einige Kliniken haben sogenannte Angehörigenzimmer etabliert, bei denen zum Beispiel ein alter Schleusenraum in einen Rückzugsraum umfunktioniert wird. Im besten Falle ist dieser so gestaltet, dass Angehörige dort auch wirklich auftanken können – in warmen Farbtönen, mit Sofa, gemütlicher Sitzecke und Kühl-schrank. Wichtig ist dabei, dass dieser Rückzugsraum wirklich für die Angehörigen gestaltet wird und nicht nur eine Alibifunktion hat. Eine Angehörige beschrieb den Warteraum auf ihrer Intensivstation so: „Der Raum war vielleicht fünf Quadratmeter groß, mit drei Klappsesseln in Reihe, kein Bild, nichts, was irgendeinen tröstlichen Eindruck vermittelt hätte.“ In manchen Kliniken gibt es auch Angehörigen-Cafés, in denen sich Familienmitglieder und Intensivpflegende einmal pro Monat jenseits des Stationsalltags austauschen können.

Intensivtagebücher: Etwa 20 Prozent, also jede fünfte Intensivstation in Deutschland, setzen Intensivtagebücher ein. In Skan-

dinavien sind es fast 70 bis 80 Prozent, schätzt der Pflegewissenschaftler Peter Nydahl. Er hat die Intensivtagebücher zusammen mit dem Schweizer Intensivpflegefachmann Dirk Knück im deutschsprachigen Raum bekannt gemacht (Teigeler & Walther, 2022).

Aktives Angehörigetelefonat: Das Konzept kommt aus den USA und wurde 2009 im Universitätsspital Zürich (USZ) umgesetzt. Hier rufen nicht die Angehörigen auf der Intensivstation an, sondern die Intensivpflegenden melden sich zu einer vereinbarten Zeit bei den Angehörigen. Dabei wird innerhalb der Familie eine Bezugsperson bestimmt, die die Telefonate annimmt und die Informationen innerhalb der Familie weitergibt. Die Pflegefachperson gibt dabei ein strukturiertes Update: Wie war die Nacht? Wie geht es dem Patienten im Vergleich zum Vortag? Was steht heute an Untersuchungen an? Was ist eine günstige Besuchszeit? Etc. Im Schnitt dauern die Gespräche ein bis zwei Minuten, die Angehörigen sind beruhigt und auf der Station ist es – durch weniger Anrufe – deutlich ruhiger geworden.

Bezugspflege: Am USZ ist schon seit mehr als zehn Jahren ein Bezugspflegesystem auf allen Intensivstationen eingeführt. Alle Patient:innen mit einer potenziellen Liegedauer von drei und mehr Tagen bekommen eine Bezugspflegerperson. Diese übernimmt die pflegerische Verantwortung für den Patienten, nimmt an Familiengesprächen teil und ist erste Ansprechperson für die Angehörigen. Das heißt: Die Bezugspflegeperson hält alle Fäden fest in der Hand und sorgt dafür, dass pflegerische Maßnahmen verbindlich umgesetzt werden – sofern es der Zustand zulässt. Das sichert die

Kontinuität in der Pflege und vermeidet, dass es der eine so und der nächste wieder anders macht. Auch die Betreuung der Familie gelingt mit diesem Konzept sehr gut.

Was machen andere Länder?

Andere Länder wie die USA, Norwegen oder die Niederlande gelten als besonders fortschrittlich, was die Pflege betrifft. Welche Konzepte gibt es dort, um die Situation von Intensivpatient:innen und Angehörigen zu erleichtern?

Rundum offene Intensivstationen: Besuchsregeln auf der Intensivstation? So etwas gibt es in Norwegen nicht. Jeder Angehörige kann zu jeder Zeit sein erkranktes Familienmitglied besuchen – ob tagsüber oder nachts, unabhängig von der Klinik. Auf allen Intensivstationen – in Norwegen gibt es insgesamt nur 56 – herrscht ein einheitliches Verständnis darüber, dass alle Angehörigen jederzeit kommen dürfen. Das gilt auch für Kinder jeden Alters. In der Pandemie wurden die anfänglichen Besuchsbeschränkungen sehr schnell wieder aufgehoben. Schon ab November 2021 gab es für Angehörige von Intensivpatient:innen keinerlei Besuchsbeschränkungen mehr. Auf den meisten norwegischen Intensivstationen werden zudem Intensivtagebücher geführt, und das Bezugspflegekonzept ist eingeführt.

Follow-up-Treffen auf der Intensivstation: Es gehört zu den pflegerischen Aufgaben, den weiteren Verlauf der Intensivpatient:innen nach der Entlassung zu verfolgen. Dazu laden die Bezugspflegenden die Patient:innen sogar wieder auf die Intensivstation ein. So kann der Patient einige vertraute Personen des Intensivteams wiedertref-

fen und über seine Erfahrungen berichten. In der Regel werden die Patient:innen drei Monate, sechs Monate und ein Jahr nach dem Intensivaufenthalt zu einem Nachsorgetermin eingeladen. Hier ist auch Gelegenheit, mögliche Symptome einer PTBS zu thematisieren – was im deutschsprachigen Raum oft komplett entfällt, wenn es keine:n Hausärzt:in gibt, die für das Thema sensibilisiert ist.

Angehörigenbegleitung in Notfallsituationen: In der Mayo-Klinik in Rochester, Minnesota, USA, wird den Angehörigen während Notfallsituationen sicher eine Person zur Seite gestellt. Das kann eine Pflegeperson oder auch Mediziner:in sein. Diese Person kümmert sich während der gesamten Notfallsituation nur um die Angehörigen, erklärt, tröstet und beantwortet Fragen. Die Angehörigen können sich entscheiden, ob sie während der Notfallsituation bei ihrem Familienmitglied oder lieber draußen bleiben möchten. Das Ziel ist, die Angehörigen in dieser belastenden Situation nicht allein zu lassen und ihnen jemanden zur Seite zu stellen, der sie unterstützt.

Interprofessionelle Fallbesprechungen mit der Familie: Diese finden in der Mayo-Clinic vor allem dann statt, wenn es Patienten ohne erkennbare Ursache plötzlich schlechter geht oder sie kontinuierlich abbauen. Dann kommen alle Berufsgruppen, die den Patienten betreuen, Spezialist:innen und die engste Familie zusammen, um die Situation zu diskutieren. Diese Besprechungen sind sehr hilfreich für die Angehörigen. Oft bekommen sie die Informationen sonst nur stückweise. Hier haben sie die Chance, sich ein umfassendes Bild zu verschaffen und können auch die Sichtweise der Familie einbringen.

Rooming-In bzw. Familienzimmer: In den USA oder auch den Niederlanden besteht grundsätzlich die Möglichkeit, auf der Intensivstation zu übernachten, z. B. bei Menschen mit Demenz oder in der Sterbephase. Allerdings räumen die Gesprächspartner:innen ein, dass sie auf Intensivstationen für Erwachsene Rooming-In nicht speziell fördern oder anbieten. Man müsse auch an die mentale und physische Gesundheit der Angehörigen denken – sie brauchen ihren Schlaf. Das bedeutet aber nicht, dass die Angehörigen nicht auf der Abteilung schlafen können. Manche Intensivstationen in den Niederlanden haben mittlerweile Familienzimmer – das ist wie ein Hotelzimmer für Angehörige auf bzw. nahe der Abteilung. Das macht vor allem dann Sinn, wenn es dem Patienten schlecht geht. Tipp: Es gibt Möbelhäuser in den Niederlanden, die die Einrichtung solcher Familienzimmer schon gesponsert haben.

Familienanamnesen: Diese werden schon in den Niederlanden umgesetzt und helfen, die Patient:innen besser kennenzulernen sowie die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen in Erfahrung zu bringen. Die Angehörigen werden zum Beispiel gefragt, was sie auf der Intensivstation gerne für den Patienten machen möchten, und was für ein Mensch der Patient ist. Dazu kann man den Angehörigen einen Bogen Papier geben und sie bitten aufzuschreiben: Was arbeitet sie? Was mag sie, was mag sie nicht? Was sind ihre Hobbys? etc. Die Pflegenden und Ärzt:innen lesen das und überlegen, was sie tun können, damit es der Patientin besser geht.

Spiegelgespräche: In den Niederlanden gibt es auch häufig Spiegelgespräche. Dabei werden zwei

oder drei Familien mit Patient:innen nach ihrem Aufenthalt zu einem Teammeeting eingeladen. Sie berichten von ihren Erfahrungen, was gut war und was hätte besser gemacht werden können. Diese Gespräche heißen Spiegelgespräche, weil die Teammitglieder quasi in einen Spiegel sehen. Die Meetings sind freiwillig, aber immer gut besucht. Sie sind sehr lehrreich – und kosten nicht viel.

Führungskräfte können entscheidender Motor sein

Je besser Pflegende und Ärzt:innen mit Patient:innen und Angehörigen kommunizieren und je mehr Rücksicht sie auf ihre Bedürfnisse nehmen, desto seltener treten Ängste, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen nach einem Intensivaufenthalt auf. Das ist in Studien mittlerweile gut belegt. Oft hängt es jedoch noch vom Engagement einzelner Personen ab, wie gut eine Abteilung in diesem Thema aufgestellt ist. Dabei gibt es – in Deutschland und darüber hinaus – etablierte Konzepte und Maßnahmen. Doch vielfach sind diese noch nicht umgesetzt, oft aufgrund Bedenken der Teammitglieder.

Dabei kann es über die Umsetzung angehörigengerechter Konzepte gelingen, die Haltung im Team zu verändern und zu erkennen: „Angehörige sind Familie – und keine

Besucher. Sie sind überlebensnotwendig für den Patienten.“ Der stellvertretende Stationsleiter der ersten angehörigengerechten Intensivstation in Deutschland, Carsten Jehle, hat es so beschrieben: „Bei uns gab es schon immer offene Besuchszeiten und das rund um die Uhr. Wir hatten 30 Jahre einen leitenden Oberarzt, der eine klare Haltung zur Wichtigkeit von Angehörigen hatte. (...) Und alle neuen Pflegenden und Ärzte sind so sozialisiert worden; sie kennen es gar nicht anders.“

Insgesamt gibt es sehr gute Entwicklungen in Deutschland, auch wenn wir im Vergleich mit anderen Ländern noch hinterherhinken. Führungskräfte können hier ein entscheidender Motor sein, um Entwicklungen voranzutreiben

Autorin



Brigitte Teigeler

ist Fachjournalistin, Dozentin und Diplom-Pflegewirtin.
 mail@brigitte-teigeler.de
 www.brigitte-teigeler.de

Autorin



Dr.in Sabine Walther, M.A.

ist Sprachwissenschaftlerin und Krankenschwester.
 sw@lektorat-walther.de
 www.lektorat-walther.de

und eine gute Kommunikation und Angehörigenintegration zu fördern.

* Name geändert

Literatur:

Grom, I.-U., Vagts, D. A., Kampa, U., Pfeiffer, G., Schreiber-Winzig, L. & Wiese, C. H. R. (2013). Patienten am Lebensende auf der Intensivstation. Kulturelle Aspekte der Begleitung. *Der Anaesthetist*, 6(62), 473–482. <https://doi.org/10.1007/s00101-013-2174-x>

Hartog, C. S. & Bodechtel, U. (2018). Umgang mit Angehörigen auf der Intensivstation. Family-Centered Care in the ICU. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 143(1), 15–20. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109257>

Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., Barnoud, D., Bleichner, G., Bruel, C., Choukroun, G., Curtis, J. R., Fieux, F., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Georges, H., Goldgran-Toledano, D., Jourdain, M., Loubert, G., Reignier, J., ... Azoulay, E. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 469–478.

Niecke, A., Schneider, G., Hartog, C. S. & Michels, G. (2017). Traumatisierte Angehörige von Intensivpatienten. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 112(7), 612–617. <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0316-7>

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>

Petrinec, A. B. & Daly, B. J. (2016). Post-traumatic stress symptoms in post-ICU family members: review and methodological challenges. *Western Journal of Nursing Research*, 38(1), 57–78. <https://doi.org/10.1177/0193945914544176>

Pochard, F., Darmon, M., Fasiel, T., Bollaert, P. E., Cheval, C., Coloigner, M., Merouani, A., Moulrout, S., Pigne, E., Pingat, J., Zahar, J. R., Schlemmer, B., Azoulay, E. & French study group. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*, 20(1), 90–96.

Righy, C., Rosa, R. G., da Silva, R., Kochhann, R., Migliavaca, C. B., Robinson, C. C., Teche, S. P., Teixeira, C., Bozza, F. A. & Falavigna, M. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 23(1), 213.

Schmidt, M. & Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current Opinion in Critical Care*, 18(5), 540–547.

Teigeler, B. & Hansen, E. (2021). „Kommunikation wirkt – auch in Narkose!“ *Therapeutische Kommunikation. PflegenIntensiv*, 18(2), 72–76.

Teigeler, B., Walther, S. (2022). *Auf der Intensivstation. Zwischen Leben, Tod und Trauma*. Bern: Hogrefe.

van Beusekom, I., Bakhshi-Raiez,

F., de Keizer, N. F., Dongelmans, D. A. & van der Schaaf, M. (2015). Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Critical Care*, 20(1), 1–8.

Eine Welt zwischen Leben, Tod und Trauma



Brigitte Teigeler / Sabine Walther

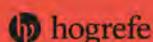
Auf der Intensivstation

Patienten und Angehörige zwischen Leben, Tod und Trauma

Brigitte Teigeler
Sabine Walther

Auf der Intensivstation

Patienten und Angehörige
zwischen Leben, Tod
und Trauma



2022. 248 Seiten, kartoniert
€ 29,95 (DE) / 30,80 (AT) / CHF 41.50
ISBN 978-3-456-86151-7
Auch als eBook erhältlich

Die Situation auf einer Intensivstation ist massiv belastend, vor allem für Patientinnen und Patienten und Angehörige. Traumata noch Monate später sind nicht selten. Was brauchen die Betroffenen, um einen Intensivaufenthalt zu überstehen? Was können Pflegende, Ärztinnen und Ärzte und andere Berufsgruppen tun? Was lässt sich der hochtechnisierten, stressigen Umgebung entgegensetzen?

Die Autorinnen Brigitte Teigeler und Sabine Walther haben nach Antworten gesucht. Sie wollten wissen, was gut läuft auf Intensivstationen und nachahmenswert ist. Dafür haben sie mit Intensivpflegenden und Ärztinnen und Ärzten gesprochen, mit Betroffenen und mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. Mitarbeitende erzählen, was sie machen, um

Patienten und Angehörigen das Erleben einer Intensivtherapie zu erleichtern. Die Betroffenen erzählen ihre Sicht. Ihre Geschichten bieten einen einzigartigen Blick, der hilft, die andere Seite der Intensivtherapie zu verstehen.

Das Buch zeigt Möglichkeiten, Intensivstationen menschlicher zu machen und Traumata zu reduzieren. Es möchte Mut machen und Anregungen vermitteln, wie die Situation für alle Beteiligten verbessert werden kann. Und es möchte zeigen, mit wie viel Engagement sich viele Intensivstationen schon auf den Weg gemacht haben.

Bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder versandkostenfrei in unserem Webshop www.hogrefe.com

Deutschland

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Herbert-Quandt-Straße 4
37081 Göttingen
vertrieb@hogrefe.de
Tel. +49 551 999 50 950
Fax +49 551 999 50 955

Schweiz

Hogrefe AG
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
vertrieb@hogrefe.ch
Tel. +41 31 300 45 00
Fax +41 31 300 45 91

Österreich

Hogrefe Austria GmbH
Graf-Starhemberg-Gasse 26/4
1040 Wien
office@hogrefe.at
Tel. +43 1 504 63 46 0
Fax +43 1 504 63 46 99



Rosenwurz | *Rhodiola rosea*

Eine noch eher unbekannt Heilpflanze wurde 2023 zur Arzneipflanze des Jahres der Herbal Medicinal Products Platform Austria (HMPPA) gekürt. Mit ihrem dualen Wirkmechanismus verringert sie psychische und physische Stress-Symptome und sorgt für mehr Energie und wird sogar als der Ginseng der europäischen Alpen genannt. Der „adaptogenen“ Wirkung wird unter anderem sowohl bei der Resilienz gegen Stresssituation als auch in der Prophylaxe und Behandlung von viralen Atemwegsinfektionen eine große Bedeutung zugemessen,

sodass bereits mögliche Potenziale zur Behandlung des Post-Covid-19-Syndroms untersucht werden.

Namensherkunft

„Rhodiola“ abgeleitet vom griechischen Wort „rhodon“ = Rose. „-iola“ ist das lateinische Diminutiv, was eine grammatikalische Verkleinerungsform bedeutet. Der Artnamen Rosenwurz bezieht sich auf den rosenartigen Geruch des Wurzelstocks.

Beschreibung

Die Rosenwurz ist ein mehrjähriges, horstbildendes Dickblattgewächs mit Verbreitung in den Gebirgszügen der nördlichen Hemisphäre und in den arktischen Gebieten Europas, Asiens und Nordamerikas. In Österreich findet man Rosenwurz vor allem in den Zentralalpen an und oberhalb der Waldgrenze.

Insgesamt umfasst die Gattung *Rhodiola* mehr als 100 Arten, die sich in ihren äußeren Merkmalen, aber auch phytochemisch unterscheiden.



Familie | Dickblattgewächs (Crasulaceae)

Blütezeit | Ende Juni bis Anfang Juli

Ernte | Wurzeln von den 4-6 jährigen Pflanzen.

Vorkommen | arktische Gebiete Europas, Asiens und Nordamerikas.

Aussehen | Aus dem Wurzelstock treiben im Frühjahr mehrere unverzweigte Triebe mit wechselständig angeordneten, sukkulenten Blättern aus. Am Ende der Sprosse stehen die kleinen vierzähligen Blüten in Trugdolden. Rosenwurz ist zweihäusig, d.h. es gibt weibliche und männliche Individuen. Die weiblichen Blütenblätter sind meist grünlich und unscheinbar, die männlichen Blüten gelb bis rotviolett. Die aus den weiblichen Blüten entstehenden Balgfrüchte sind tiefrot gefärbt. Es bilden sich walzenförmige, oft mehr als 10 cm starke Rhizome mit vielen Wurzeln.

Pflege | Die Pflanze ist winterhart und anspruchslos, wächst gern in rauen Lagen und auf mageren Standorten, in Felsspalten und am Rand von Hochmooren, auf Urgestein, aber auch im Kalkgebirge.

Historisches

Seit der Antike wird *Rhodiola* verwendet (Matthioli 1568), in den vergangenen Jahrhunderten vorwiegend volksmedizinisch in Ostasien, Russland und Skandinavien, wobei verschiedene *Rhodiola*-Arten und Unterarten aus Wildsammlung als Ausgangsmaterial für „Stärkungsmittel“ dienen.

Vor etwa 20 Jahren für die europäische *Materia medica* als Ad-

aptogen (wieder)entdeckt, gibt es seither sehr viele Untersuchungen über die genetische Diversität, die wichtigsten pharmakologisch wirksamen Inhaltsstoffe sowie die Domestikation von Rosenwurz. Um eine Übernutzung der natürlichen Bestände zu vermeiden und qualitativ hochwertige Arzneidroge zur Verfügung zu haben, sind in den letzten Jahrzehnten sowohl in Skandinavien (v.a. Finnland), Osteuropa, Oberitalien und in der Schweiz erfolgreich Züchtungs- und Anbauversuche durchgeführt worden. Eine wirtschaftliche Kulturdauer beträgt 4-6 Jahre (Carlen et al. 2012).

Hauptinhaltsstoffe

Circa 140 Inhaltsstoffe sind bei der Rosenwurz bereits identifiziert worden.

Darunter sind vor allem phenolische Glykoside, wie z. B. Salidroside und Rosavin, welche auch als qualitätsbestimmende Markersubstanzen dienen. Eine kürzlich an der Universität Graz durchgeführte umfassende qualitative Analyse führte zur Identifizierung zahlreicher weiterer Verbindungen, wie z.B. Procyanidin- und Catechinderivate und Flavonole (Alperth et al, 2019).

Wirkung

Rosenwurz zählt zu den „adaptogenen“ Arzneidrogen, welche eine normalisierende Wirkung auf den Organismus ausüben und die Widerstandskraft gegenüber physikalischen, chemischen und biologischen Noxen erhöhen sollen.

Neuroprotektive Wirkung

Pharmakologische Untersuchungen haben gezeigt, dass Rosenwurzextrakt den Stresshor-

monspiegel senkt, und den Energiestoffwechsel stimuliert. Rosenwurzextrakt wirkte bei humanen Neuroblastomzellen und murinen Hippocampuszellen einer Kortikosteroid-induzierten Dysregulation entgegen, förderte das Neuritenwachstum, induzierte einen Anstieg des Nervenwachstumsfaktors BDNF, und fing Sauerstoffradikale ab. Auch weitere entzündungshemmende Mechanismen bei Nervenzellen wurden kürzlich nachgewiesen.

Ebenfalls bestätigten weitere jüngere Studien die neuroprotektive Wirkung von Rosenwurz und somit einer Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten (Kim, K.J. et al, 2021).

Nervenzellen werden durch verschiedene Noxen geschädigt, die unterschiedliche Folgereaktionen haben – z.B. Glutamat reduziert sich, was sich entzündungsfördernd äußert. Durch die Gabe von Rosenwurzextrakten wurde die Reduktion des Glutamatpegels in Immunzellen deutlich gebremst, was sich somit in einer entzündungshemmenden Wirkung und Verringerung neurodegenerativer Erscheinungen äußert.

Eine erst 2022 veröffentlichte Studie bestätigt, wie Rosenwurzextrakte den Zellschutz gegen Glukokortikoid-induzierten Stress erhöht (Agapouda et al, 2022).

Antivirale Wirkung

An der Universität Wien wurden kürzlich mittels High-Performance Counter-Current Chromatographie aus der Rosenwurz Inhaltsstoffe mit Hemmwirkung auf Influenzaviren isoliert. Neben Flavonoiden vermitteln bestimmte Tannine, darunter hauptsächlich Prodelphinidingallat-Oligomere,

(C) kostrez



die starke Anti-Influenza-Virus-Aktivität von Rosenwurz-Extrakt. Der Wirkmechanismus basiert auf der Interaktion der Tanninfraktion mit der viralen Hülle, einschließlich der Hemmung der viralen Neuraminidase, heißt die Hinderung an Hostzellen anzudocken.

Resistenzen konnten darin auch keine identifiziert werden, was dieses Extrakt noch vielversprechender aussehen lässt. (Döring K. et al, 2022).

Antibakterielle Wirkung

Genauso wurde ein antimikrobieller Effekt gegenüber Campylobakter jejuni identifiziert, welches die Hauptursache für eine bak-

terielle Gastroenteritis ist. Die in der Rosenwurzextrakt enthaltenen proanthocyanidinreichen und flavonoidreichen Fraktionen sind hauptverantwortlich für diese Wirkung. (Kunčič A. et al, 2022)

Stress und Burn-out

Der menschliche Körper ist für kurzfristigen Stress sehr gut ausgerüstet und kann auch gut damit umgehen. Stress beschreibt die physiologische Reaktion auf Bedrohung oder Druck, die sich als physische Symptome der Erschöpfung bzw. des Energieverlustes und psychologischen Symptomen, einschließlich Reizbarkeit und Anspannung zeigen. Stressassoziierte Erkrankungen ent-

stehen meist, wenn chronischer Stress auf den Körper einwirkt, das heißt, wenn über einen längeren Zeitraum Stresshormone ausgeschüttet werden müssen, um Situationen optimal zu bewältigen.

Wenn dieser unbehandelt bleibt, kann chronischer unvorhergesehener Stress zu einer Burn-out-Risikokonstellation werden.

Typische Stresssymptome sind Ermüdbarkeit und Erschöpfung, Kopfschmerzen, Energieverlust, muskuläre Verspannungen, Rückenschmerzen, hoher Blutdruck, Verdauungsstörungen im Sinne von Obstipation oder auch Diarrhoe, Veränderungen des Appetits, sexuelle Funktionsstörungen,

des Weiteren Irritabilität, Konzentrationsstörungen, depressive und ängstliche Symptome, Schlafstörungen. Daraus können sich auch schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen wie schwere depressive Episoden oder generalisierte Angststörungen und Panikstörungen entwickeln. Sekundäre Abhängigkeitserkrankungen sind auch möglich. Häufige Arbeitsunfähigkeitsphasen können sich daran anschließen.

Persistierender Stress kann die ATP-Synthese intrazellulär durch eine Aktivierung verschiedener Enzyme reduzieren, wie z. B. der Stress-assoziierten Proteinkinasen SAPK /JNK (Panossian et al., Drug Target Insights 2007), vermehrter Bildung von Stickoxid und anschließender reduzierter mitochondriale Atemkette bei gleichzeitig abnehmender Glykolyse. An diesen Enzymen greift Rosenwurz inhibierend an, wenn oral appliziert. Des Weiteren führt chronischer und schwerer Stress auch zu einer Hemmung der Glukokortikoid-Rezeptoren im Gehirn. Dadurch kommt es zu einer Blockade des negativen Feedbacks von Kortisol und die Kortisol-Konzentrationen im Blut bleiben hoch mit den entsprechenden multiplen metabolischen Effekten. Rosenwurz kann diese Effekte antagonisieren (Panossian, The Psychiatric Clinics of North America 2013).

Evidenzbasierte Behandlung und präventive Maßnahmen sind daher besonders wichtig und notwendig.

Es gibt Untersuchungen, die eine zweifache Wirkung von Rosenwurz identifiziert haben. Die erhöhte Freisetzung der Stresshormone, wie das Adrenalin oder Kortisol werden normalisiert, wo-

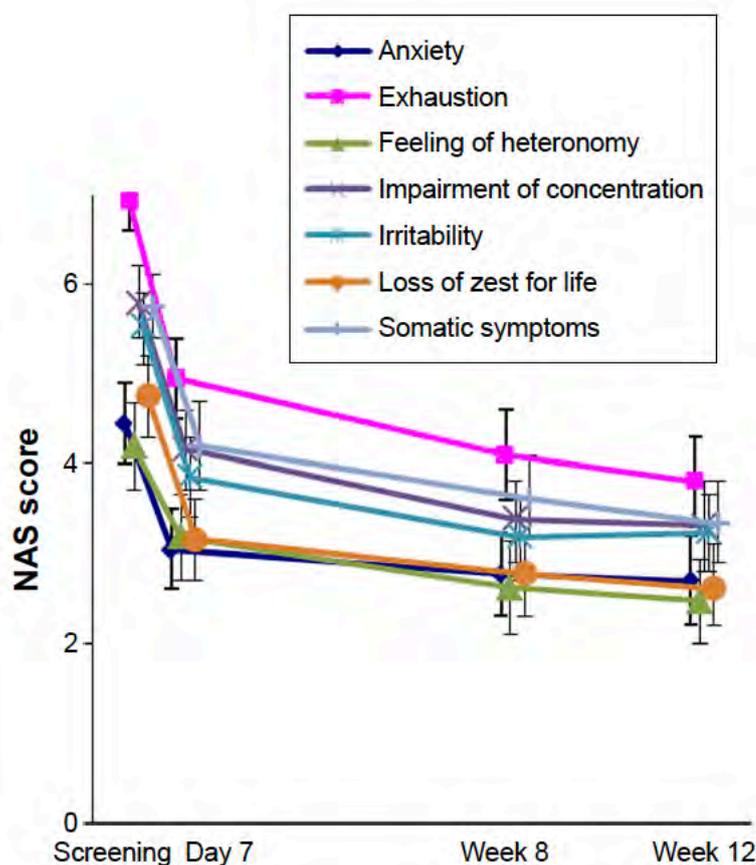
durch die Gelassenheit steigt. Auf der anderen Seite verbessert die Rosenwurz den Energiestoffwechsel indem die Synthese von ATP (Adenosintriphosphat) in den Mitochondrien stimuliert wird, was mehr Energie für die Zelle und somit auch für den Körper bedeutet. (Angheliescu et al, 2018)

Das ATP beeinflusst, wie der Organismus Energie bereitstellt und nutzt, was wiederum bei einer Erhöhung dessen eine Reduktion von Müdigkeit, Energielosigkeit oder Erschöpfung initiiert. (Abidov et al, 2003)

Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Gründer, Geschäftsführer und Chefarzt des „Mental Health Institute Berlin“ (MHI) gewährt uns einigen Einblick in seine Erkenntnisse: Gegenwärtige medikamentöse

Behandlungsstrategien weisen eine große Lücke auf (Angheliescu et al., Int J Psychiatry Clin Pract 2018). Die meisten Substanzen zielen nur auf psychologische oder physische Stresssymptome ab. Außerdem weisen psychotrope Medikamente, wie z. B. synthetische Antidepressiva, die zur Stressresilienz eingesetzt werden, häufig inakzeptable, unerwünschte Wirkungen auf und tragen das Risiko einer Überbehandlung. Eine ideale pharmakologische Therapie sollte möglichst eine Wirkung auf alle Stresssymptome haben und gleichzeitig ein gutes Nutzenwirksamkeitsprofil aufweisen. Sicherheit und Verträglichkeit sollten so gut wie möglich, Nebenwirkung aber so gering wie möglich auftreten.

In offenen Studien konnten Effekte von *Rhodiola rosea* bei Stresssymptomen innerhalb weniger Tage nachgewiesen werden mit



© Kasper S, Dienel A., 2017

signifikanten Reduktionen bei Erschöpfung, somatischen Symptomen, Konzentrationsstörungen, Irritabilität und Angst (Edwards et al., Phytotherapy Research 2012). Diese Verbesserungen zeigen sich dann auch in einer klinisch relevanten Verbesserung von der Lebensfunktionalität im Alltag und auch der Lebensqualität. Auch leichte Ängstlichkeit bessert sich unter dieser Medikation.

Auch bei Patienten mit chronischer Fatigue / chronischer Müdigkeit, die länger als zwei Monate anhält, zeigt das Rosenwurzextrakt eine signifikante Verbesserung (Lekomtseva et al, 2017).

Obwohl es keine expliziten Studien dazu gibt, ist auch eine Kombination von Rosenwurz mit synthetischen Psychopharmaka denkbar, insbesondere mit sedierenden Substanzen zur Nacht. Die Wirkung der gleichzeitigen Gabe von eher stimulierend wirkenden

Substanzen wie Bupropion sollte aber mit Vorsicht durchgeführt werden, da keine Sicherheitsdaten dazu existieren. Schwerwiegende Nebenwirkungen wurden bislang nicht unter *Rhodiola rosea* berichtet (Kasper & Dienel, *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2017).

In einem Behandlungsschema der medizinischen Praxis zur Therapie von Stress-assoziierten Beschwerden und Erschöpfungssymptomen findet sich *Rhodiola rosea* Extrakt am Anfang der Behandlungskette und wird auch als Selbstbehandlung propagiert. Dies kann z. B. bei Vitalitätsmangel durchgeführt werden. Wenn der Patient den Stress dann auch manchmal als „außerhalb der Kontrolle“ wahrnimmt, kann dieses Präparat weiterhin verordnet werden. Sollten sich sekundäre Erkrankungen wie Depressionen, Angst oder arterielle Hypertonie entwickeln, wären andere, meist

synthetische medikamentöse Behandlungsstrategien oder nicht-pharmakologische Therapien, wie Psychotherapie etc., indiziert. Ob dann die Kombinationsbehandlung mit Rosenwurz erwägenswert ist, kann man gegenwärtig nicht hinreichend datengestützt untermauern.

Die Rosenwurz als Arzneimittel

Die Bedeutung der Rosenwurz zeigt sich auch daran, dass derzeit eine Monographie „*Rhodiola root and rhizome*“ für das Europäische Arzneibuch erarbeitet wurde. In dieser wird genau definiert, welche Inhaltsstoffe zu welchen Anteilen vorhanden sein müssen, um als Arzneimittel aufgenommen zu werden. Die Spezifikation beinhaltet mindestens 0,1% Salidroside und mindestens 0,5% der Summe der Rosavine.

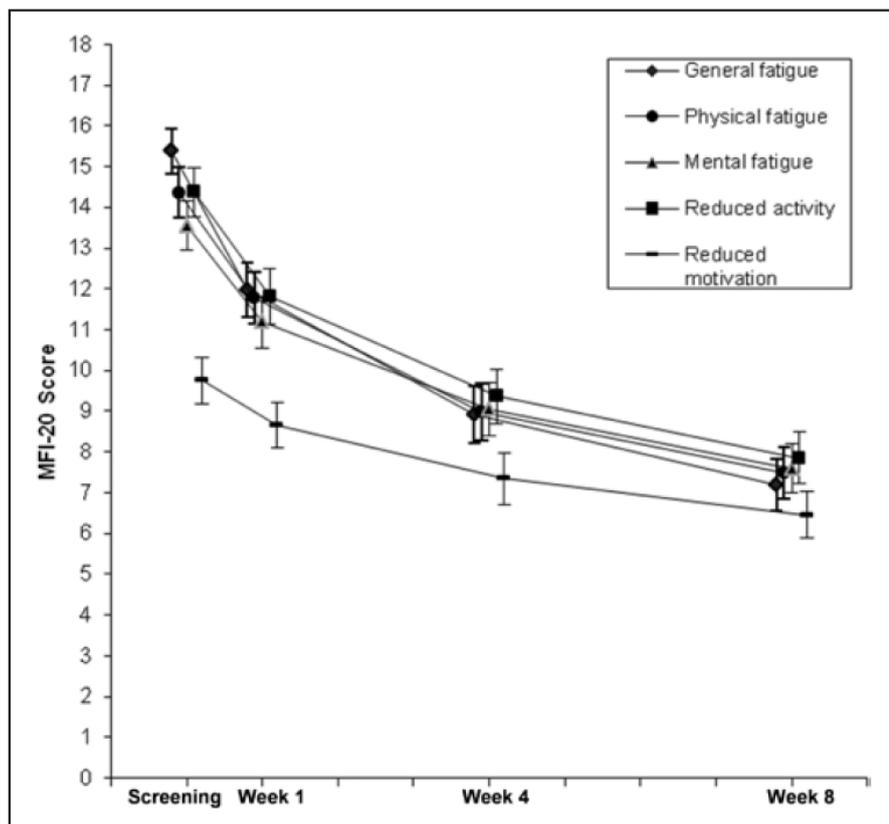
Nebenwirkungen

In seltenen Fällen kann es zu trockenem Mund und Schwindelgefühlen sowie Kopfschmerzen kommen. Eine Kontaktdermatitis mit den frischen Wurzeln kann ebenfalls entstehen (Bäumler, 2012).

Verabreichung

Die meistverwendete und auch bis dato am besten untersuchte Darreichungsform ist ein Extrakt aus der frischen Wurzel der Rosenwurz oder in Tablettenform. Selten findet die Pflanze Anwendung als Tee / Dekokt.

Die Tagesdosis entspricht 200-600mg Extrakt, wobei hier von einem Gehalt von 3% Rosavinen und 0,8-1% Salidroside ausgegangen wird (Bäumler, 2012). Eine Wirkung zeigt sich bereits nach wenigen Tagen und kann auch



© Lekomtseva Y, Zhukova I, Wacker A. *Rhodiola*, 2017

laut Herrn Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu ohne aktuell ersichtlichen Problemen oder aus Studien gewonnenen Erkenntnissen ausgesetzt werden.

Rosenwurz und Covid-19

Es gibt auch schon erste Querverweise zu Long-Covid, da in Metaanalysen die mittel- und langfristigen neurologischen und neuropsychiatrischen Manifestationen des Post-Covid-19-Syndroms identifiziert wurden und ein Gutteil der betroffenen Bereiche von Rosenwurz positiv beeinflusst werden.

Die Rosenwurz zeigt damit ein äußerst interessantes Wirkprofil, das hoffentlich weitere Untersuchungen nach sich zieht.

Quellen

Carlen, C., C.A. Baroffio, J.F. Vouillamoz (Hrsg.): Medicinal, Aromatic and Nutraceutical Plants from Mountainous Areas. Acta Horticulturae Nr. 955, 364 S. (2012)

Matthioli, P.A.: I discorsi su de Materia Medica di Dioscoride, quarto libro p. 1078-1079 (Venetia 1568)

Alperth F., Turek I., Weiss S., Vogt, D., Bucar, F. (2019) Qualitative and quantitative analysis of different *Rhodiola rosea* rhizome extracts by UHPLC-DAD-ESI-MSn. Sci. Pharm. 87, 8.

Langeder J., Grienke U. (2021) A supercritical fluid workflow for the quality assessment of herbal drugs and commercial preparations from *Rhodiola rosea*. Phytochemical Analysis 32: 982-991.

Panossian A, Wikman G, Sarris J. (2010) Rosenroot (*Rhodiola*

Autorin & Links



www.gartenstrawanzerin.at



Mag.^a Katrin Schützenauer

Diplomierte Kräuterpädagogin & Aromafachberaterin
Geschäftsführende Umweltgemeinderätin Königstetten
Magistra (Management und Unternehmensführung)
Schriftführerin FUER Königstetten

rosea): traditional use, chemical composition, pharmacology and clinical efficacy. Phytomedicine 17(7): 481-93.

Kim, K. J., Jung, Y. S., You, D. M., Lee, S. H., Lee, G., Kwon, K. B., & Kim, D. O. (2021) Neuroprotective effects of ethanolic extract from dry *Rhodiola rosea* L. rhizomes. Food science and biotechnology 30(2): 287–297.

Panossian A, Brendler T. (2020) The Role of Adaptogens in Prophylaxis and Treatment of Viral Respiratory Infections. Pharmaceuticals 13(9): 236.

Döring K, Langeder J, Duwe S, Tahir A, Grienke U, Rollinger JM, Schmidtke M. (2022) Insights into the direct anti-influenza virus mode of action of *Rhodiola rosea*. Phytomedicine 96: 153895.

Langeder J, Grienke U, Döring K, Jafari M, Ehrhardt C, Schmidtke M, Rollinger JM. (2021) High-performance Countercurrent Chromatography to Access *Rhodiola rosea* Influenza Virus Inhibiting Constituents. Planta Med. 87(10-11):818-826.

Kunčič, A., Bucar, F., & Smole

Možina, S. (2022). *Rhodiola rosea* Reduces Intercellular Signaling in *Campylobacter jejuni*. Antibiotics 11(9), 1220.

Karosanidze I, Kiladze U, Kirtadze N, Giorgadze M, Amashukeli N, Parulava N, Iluridze N, Kikabidze N, Gudavadze N, Gelashvili L, Koberidze V, Gigashvili E, Jajanidze N, Latsabidze N, Mamageishvili N, Shengelia R, Hovhannisyan A, Panossian A. (2022) Efficacy of Adaptogens in Patients with Long COVID-19: A Randomized, Quadruple-Blind, Placebo-Controlled Trial. Pharmaceuticals 15(3): 345.

Abidov M, Crendal F, Grachev S, Seifulla R, Ziegenfuss T. Effect of extracts from *Rhodiola rosea* and *Rhodiola crenulata* (Crasulaceae) roots on ATP content in mitochondria of skeletal muscles. Bull Exp Biol Med. 2003 Dec;136(6):585-7. doi: 10.1023/b:bebm.0000020211.24779.15. PMID: 15500079.

Agapouda A, Grimm A, Lejri I, Eckert A. *Rhodiola rosea* Extract Counteracts Stress in an Adaptogenic Response Curve Manner via Elimination of ROS and Induction of Neurite Outgrowth. Oxid Med Cell Longev.

- 2022 May 13;2022:5647599. doi: 10.1155/2022/5647599. PMID: 35602107; PMCID: PMC9122715.
- Premraj L, Kannapadi NV, Briggs J, Seal SM, Battaglini D, Fanning J, Suen J, Robba C, Fraser J, Cho SM. Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: A meta-analysis. *J Neurol Sci.* 2022 Mar 15;434:120162. doi: 10.1016/j.jns.2022.120162. Epub 2022 Jan 29. PMID: 35121209; PMCID: PMC8798975.
- Kunčič A, Bucar F, Smole Možina S. Rhodiola rosea Reduces Intercellular Signaling in *Campylobacter jejuni*. *Antibiotics (Basel).* 2022 Sep 8;11(9):1220. doi: 10.3390/antibiotics11091220. PMID: 36140000; PMCID: PMC9494958.
- Edwards D, Heufelder A, Zimmermann A. Therapeutic effects and safety of Rhodiola rosea extract WS® 1375 in subjects with life-stress symptoms--results of an open-label study. *Phytother Res.* 2012 Aug;26(8):1220-5. doi: 10.1002/ptr.3712. Epub 2012 Jan 6. PMID: 22228617.
- Anghelescu IG, Edwards D, Seifritz E, Kasper S. Stress management and the role of Rhodiola rosea: a review. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2018 Nov;22(4):242-252. doi: 10.1080/13651501.2017.1417442. Epub 2018 Jan 11. PMID: 29325481.
- Koop T, Dienel A, Heldmann M, Münte TF. Effects of a Rhodiola rosea extract on mental resource allocation and attention: An event-related potential dual task study. *Phytother Res.* 2020 Dec;34(12):3287-3297. doi: 10.1002/ptr.6778. Epub 2020 Jun 27. PMID: 32592534.
- Darbinyan V, Kteyan A, Panossian A, Gabrielian E, Wikman G, Wagner H. Rhodiola rosea in stress induced fatigue--a double blind cross-over study of a standardized extract SHR-5 with a repeated low-dose regimen on the mental performance of healthy physicians during night duty. *Phytomedicine.* 2000 Oct;7(5):365-71. doi: 10.1016/S0944-7113(00)80055-0. PMID: 11081987.
- Lekomtseva Y, Zhukova I, Wacker A. Rhodiola rosea in Subjects with Prolonged or Chronic Fatigue Symptoms: Results of an Open-Label Clinical Trial. *Complement Med Res.* 2017;24(1):46-52. doi: 10.1159/000457918. Epub 2017 Feb 17. PMID: 28219059.
- Kasper S, Dienel A. Multicenter, open-label, exploratory clinical trial with Rhodiola rosea extract in patients suffering from burnout symptoms. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017 Mar 22;13:889-898. doi: 10.2147/NDT.S120113. PMID: 28367055; PMCID: PMC5370380.
- Bäumler S. (2012): Heilpflanzen Praxis heute – Band 1 – Arzneipflanzenportraits, (2. Auflage, S. 504-507)

Darstellung von Pflege

In den letzten Jahren achte ich vermehrt auf die Darstellung unseres Berufes, dies hängt mit meinen Aktivitäten zum Thema Wert von Pflege zusammen. Die Zukunft der Pflege, die Attraktivität für junge Leute kann beeinflusst werden durch differenzierte Betrachtung. „Der Pflege eine Stimme geben“, das Buch von Buresh/Gordon hat mich sehr beeinflusst. Auf unseren Tagungen in Dornbirn am 3.5. (ögv) und der Berliner Tagung am 16.6.23 soll dies auch „zur Sprache kommen“ (www.berufsstolz-pflege.de).

In der Gesellschaft wird Pflege zwiespältig gesehen, irgendwie wichtig, aber unterprivilegiert und unterbezahlt – durch den Pflege-notstand dominieren eher Skandalmeldungen. Vor allem ist die Komplexität von Pflege unklar, durch viele Fehler in der Vergangenheit erscheint Pflege als Aneinanderreihung einfacher Tätigkeiten, „kann jeder machen“. Professionelle Werte wie etwa Prävention und Stützung der Selbstpflege, Bewegungsförderung und vielerlei fachliche Entwicklungen werden nicht transportiert.

Unklar bleibt vor allem, dass die ganze Person des Abhängigen sich durch Pflege realisiert, „gesundgepflegt“ hiess es früher und die Neurowissenschaften zeigen die Zusammenhänge zwischen Körper, Seele, Gedanken und Handeln auf. Fachpflegende brauchen eine sehr gute Ausbildung/ Studium.

Viele Jahre habe ich mich mit dem Thema Sprache und Pflege beschäftigt, Begriffe wie „Bettenmachen“ oder „durchgehen“ transportieren falsche Eindrücke – falls in den Betten Kranke la-

gen, fanden immer schon „Pflegevisiten“ statt. Wir haben es selbst versäumt, berufliche Pflege als anspruchsvoll und spannend zu zeigen – bürokratische Monster, in Deutschland DRGs oder Pflegeversicherung haben unsere Arbeit sprachlich weiter diskriminiert (Verrichtungen, Minutenkorridore). Dabei gebe es viele Gelegenheiten, auch positive Meldungen zu verbreiten. In meiner örtlichen Zeitung gibt es vielerlei Berichte aus anderen Branchen, insbesondere auch Meldungen aus der Gastronomie. Pflege kommt nur als Problembereich vor. Leider sprechen auch unsere Berufsangehörigen stets nur von „Pflegekräften“ - die osteuropäischen Haushaltshilfen eingeschlossen. Offenbar haben wir mit dem „Fachkräfte- Mangel“ nichts zu tun. Immerhin hat die deutsche Bahn gerade die „Bahnsteig-Pflegekraft“ auf den Weg gebracht, es geht dabei um das Fegen im Bahnhof.

Örtliche Öffentlichkeitsarbeit ist wichtig

Gute Meldungen wären etwa der Berufsabschluss von Pflegenden, neue Leitungspersonen, gelungene Patientenverläufe, Besuche aus dem Ausland, internationale Praktika, neue Abteilungen, Pflege-Qualifikationen, Preisverleihungen, Jubiläen usw.. Gut ankommen auch Patienten- oder Bewohnergeschichten unter Beteiligung der Pflege.

Leider mehren sich in der letzten Zeit Berichte von KollegInnen bei mir, die nach 45 jähriger Betriebszugehörigkeit sang-und klanglos in die Rente verabschiedet werden, ohne irgendeine Aufmerksamkeit. Offenbar fehlt es auch an

interner Wertschätzung. Zwei gegensätzliche Berichte fand ich Mitte Januar in meiner Tageszeitung. Die Rasch-Klinik in Dortmund (forensische Psychiatrie) stellte drei neue PraxisanleiterInnen in der Tageszeitung vor, ein gelungenes Beispiel einer gut arbeitenden Öffentlichkeitsabteilung.

Hingegen gab es eine vielseitige Beilage über ein neues Herzzentrum einer grossen örtlichen Klinik ohne ein Wort zur Pflege. Jeder Assistenzarzt wurde mit Foto vorgestellt. Auch beim folgenden Tag der „offenen Tür“ ging es nur um Technik und Räume. Pflege blieb stumm.

Entscheidend ist, die Kommunikationsabteilungen in den Einrichtungen mit Neuigkeiten aus der Pflege zu versorgen. Verantwortlich sind hier alle Pflegenden, auch mit Nachrichten an ihre Vorgesetzten. Wir alle sollten lernen zu reagieren, wenn Pflege garnicht oder falsch dargestellt wird – dies kommt in den Medien sehr oft vor. Es wäre gut, wenn Fachpflegende sich dazu melden würden. Kürzlich haben wir eine Pflege-Ignoranz-Urkunde auf den Weg gebracht, sie steht ab April zum Download als Material auf unseren Homepages (www.angelika-zegelin.de, www.german-quernheim.de). Benutzen Sie gern diesen Vordruck.

Schlimme Darstellungen

Ein prominentes Beispiel findet sich etwa in der Deutschen Arbeitsschutz-Ausstellung in einem Dortmunder Museum (DASA). Die bundesweite Dauerausstellung zur Pflege zeigt seit Mitte 2021 ein Bild aus dem 19. Jahrhundert – täglich werden Schulklassen hier

(C) Chopard Photography



vorbeigeführt. Im Eingang hängen Waschlappen, in Vitrinen werden Glas- Urinflaschen für Frauen und viele uralte Gegenstände gezeigt. Zur Eröffnung wurde der Roboter Pepper als „Pfleger von morgen“ vorgestellt. Ganze Pflegebereiche oder Aufstiegschancen kommen nicht vor. In einem Gespräch versprochen die Kuratorinnen mir, die Ausstellung zu modernisieren, in 18 Monaten ist nichts passiert, auch die Berufsverbände interessieren sich nicht dafür. Offenbar war ich die Einzige mit einer negativen Rückmeldung.

Reaktion auf Veränderungen

Berufliche Pflege müsste auch auf andere Meldungen reagieren. So wurde jetzt bekannt, dass Abiturienten vermehrt Lehrberufe suchen und nicht unbedingt ein

Studium wählen. Vorschläge wären Kontakte zu Gymnasien und hochwertige Schnuppertage für Schulabgänger. Zu Beginn des Lockdowns konnten viele angehende Piloten ihre Ausbildung nicht fortsetzen, überhaupt wurden viele Arbeitende freigestellt. „Pflegen statt Fliegen“ titelte ein Beitrag von mir in „Pflege professionell“ – auch in der Pflege gibt es viele technikaffine und verantwortungsvolle Posten. Überhaupt sollten Umschulungen aus anderen Berufen herausgestellt werden, im „SPIEGEL“, Heft 52, 22.12.22 war ein Beitrag zu lesen, dass ein Banker sehr zufrieden in den Pflegeberuf umsattelte. Der SPIEGEL-Journalist Tobias Großkemper war selbst einmal Krankenpfleger, dies war vermutlich der Grund für den Artikel - nicht etwa aufmerksame Beteiligte aus den Einrichtungen.

gen.

Kinderbuch und Schreibwettbewerbe

Seit Jahren wünsche ich ein Kinderbuch zur Pflege, für alle möglichen Berufe gibt es da etwas. Pflege hat viele spannende und lustige Seiten, einige Geschichten habe ich ausgedacht, aber ich kann nicht kindgerecht schreiben. Alle Versuche, Hilfe zu finden, scheiterten – die Fachbuchverlage kennen sich im Genre nicht aus, die Reaktion der Kinderbuchverlage war furchtbar: Pflege sei kein Beruf, sondern eine Hilfstätigkeit, übers „Hinternabputzen“ könnte man nichts Interessantes schreiben usw..

Pflegende erleben viel anrührenden Geschichten, es geht ja immer

um Menschen. Aber sie scheinen schreibunlustig, möglicherweise auch durch die fehlgeleitete Dokumentation. In der Vergangenheit haben Schreibwettbewerbe kaum Ergebnisse gebracht. Dabei wäre es gut, wenn Pflegende selbst die Bandbreite und Tiefe ihrer Arbeit beschreiben würden.

Literaturverzeichnis

Buresh, B.; Gordon, S. (2006): Der Pflege eine Stimme geben. Huber, Bern

Quernheim, G.; Zegelin, A. (2022): Berufsstolz in der Pflege, Hogrefe, Bern

Autorin



Prof. in Dr. in Angelika Zegelin
Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin
Vorm. Universität Witten/Herdecke
kontakt@angelika-zegelin.de

Die Pflege-Ignoranz-Urkunde gibt es ab April zum Download als Material auf

www.angelika-zegelin.de
www.german-quernheim.de
www.pflege-professionell.at

(C) Anneke



9.00 **B** BEGRÜSSUNG: **Gerhard Pichler**, Geschäftsführer & **Anna Schnelzer**, PMF Projektleiterin, Business Circle
Moderation: **Kornelia Fiausch**, SKA Villach | **Markus Golla**, IMC FH Krems | **Beate Czegka**,
Tirol Kliniken | **Stefan Heinemann**, FOM Hochschule

B ERÖFFNUNGSPLENUM

Die Zukunft der Pflege aus Sicht des Bundesministers

Gesundheits- und Sozialminister **Johannes Rauch** präsentiert seine Agenda und Reformvorhaben im Gesundheits- und Sozialwesen.

Zur Erziehung eines Kindes braucht es ein ganzes Dorf, zur Pflege eines Menschen auch!

- Thesen zur Forschung & Praxis einer digitalen, urbanen und sozialen Innovation der Pflege am Beispiel des „Digital Urban Center for Aging & Health e.G.“ (DUCAH) Berlin
- Impuls: **Stephan A. Jansen**, Alexander von Humboldt Institut für Internet und Gesellschaft, UdK, Charité, Berlin, Koordinator des „Digital Urban Center for Aging & Health e.G.“ (DUCAH)

Das Sozial- und Gesundheitssystem in Transition

- Von Übergängen und Aufbruch: die Strategie der vielen kleinen Schritte
 - Vom Ego zum Ökosystem Pflege - Wie schaffen wir gemeinsam ein starkes Pflege-Netzwerk in Österreich?
- Impuls: **Harald Katzmair**, Netzwerk- und Resilienzforscher, FAS Research

10.15 Kaffeepause

10.45 **New Work in der Pflege: Magnet4Europe**

- Aufbrechen alter Arbeitsstrukturen - Pflege neu denken

Claudia Maier, Nachwuchsgruppenleiterin der Forschungsgruppe „Pflege“ an der TU Berlin präsentiert das europäische Forschungsprojekt zum Modell der Magnet-Krankenhäuser aus den USA mit einem Praxisbericht eines teilnehmenden Krankenhauses.

Führen im „Smart-Hospital“

Pflegedirektorin **Andrea Schmidt-Rumposch**, Universitätsmedizin Essen verdeutlicht die Weiterentwicklung der Pflege durch innovative Technologien und diskutiert die Bedeutung für Leadership und Pflegemanagement.

13.00 Lunch

B PARALLELE FACHFOREN

14.00 **PEOPLE & CULTURE**

Innovatives Führungsmodell der Tandemführung: Notlösung oder Heilsbringer?

Führungs-Tandem **Isabella Raab** und **Werner Fischer**, Barmherzige Schwestern Wien, präsentieren ein innovatives Onboardingkonzept.

LEADERSHIP

Leadership beginnt mit Selbstfürsorge

Ein interaktiver Workshop mit **Barbara Polster**, Psychotherapeutin, Executive Coach & Führungskräfteentwicklerin zur Stressbewältigung und Burnout-Prävention.

INNOVATION / NEW WORK

Next Generation Leadership

- Abschied vom traditionellen Führungsmythos und Implikationen für wirksame Führung

Pflegedirektorin **Elisabeth Leopold**, Rudolfinerhaus Privatklinik

PARALLELE FACHFOREN

Mitarbeiter:innen Empowerment

- Gelernte Verantwortung durch innovative Pflegepraktika
- Bedürfnis-Kennzahlen aus innovativen MA-Befragungen

Pflegedirektor Wolfgang Sissolak präsentiert zwei Pilotprojekte des KH Göttlicher Heiland.

Leadership in disruptiven Zeiten Teil 1

Gute Führung reicht vom Bewerbungsgespräch bis zur Kündigung und zum Wiedereintritt.

Diesen Ansatz vertritt **Mona Dür**, Gesundheitswissenschaftlerin und Geschäftsführerin von Duervation.

New Work in der Pflege: Magnet4Europe

Vertiefend zum Plenumsimpuls erläutert **Claudia Maier** im Detail Aufbau und Phasen des europäischen Forschungsprojektes Magnet4Europe.

PARALLELE FACHFOREN

Integration von internationalen Pflegekräften

- Relocation am Beispiel Kolumbiens

Direktorin für Pflege **Eveline Brandstätter**, KAGes berichtet über die ersten Erfahrungen mit kolumbianischen Pflegekräften. Welche Chancen und Hürden ergeben sich aus dem internationalen Recruiting?

Leadership in disruptiven Zeiten Teil 2

Mittels ko-kreativer Methoden entwickelt **Mona Dür** mit den Teilnehmer:innen innovative Lösungsansätze für eine Praxis-Problemstellung.

Von der Lehre bis zur Akademisierung

- Neue Wege in der Pflegeausbildung
 - Was ändert sich für die Praxis?
- Studiengangsleiterin **Waltraud Buchberger**, FHG Tirol präsentiert den bundesweiten Status Quo und gibt ein Update zu den verschiedenen Ausbildungsprogrammen und Initiativen in der österreichischen Pflege-Bildungslandschaft.

16.10 Kaffeepause

16.40 **Care Leadership Lab: Hands-on & interaktiv - Neue Anforderungen & Rollenbilder im Pflege-Management**

Die Top-Expert:innen des österreichischen und deutschen Pflegemanagements **Andrea Kapounek**, Haus der Barmherzigkeit, **Barbara Klemensich**, Vinzenz Gruppe, **Margareta Bruckner**, Barmherzige Brüder Salzburg, **Andrea Schmidt-Rumpoosch**, Universitätsmedizin Essen, **Daniela Gschaar-Anner**, Tirol Kliniken & **Matthias Schlemitz**, Haus der Barmherzigkeit erarbeiten in einem Kreativ-Workshop auf der Bühne gemeinsam mit dem Publikum das neue Rollenbild des Pflege-Managements.

MUT UND INSPIRATION

Applaus ohne Wirkung - Storytelling in der Pflege

- Die Kraft von Geschichten und Bildern in der Kommunikation - Das Schöne im Beruf erzählen

Markus Gull, The Story Dude, Gull + Company

„Tue Gutes und rede darüber!“

- Präsentation der besten Pflege-Kampagnen 2023 mit Publikums-Live-Voting

Markus Gull, Gull + Company | **Robert Seeger**, Agentur für Kommunikationskunst



18.00 Ende des ersten Konferenztages - Gemeinsames Abendprogramm zur Jubiläumsfeier „15 Jahre Pflege-Management Forum“ im „The Park Kitchen“ am Erste Campus

PLENUM

9.00 **UPDATE Berufsrecht**
Jurist und Ethikberater **Michael Halmich** berichtet über die berufsrechtlichen Neuerungen im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG).

9.45 **Das GuKG im Jahr 2023 zeitgemäß anwenden**
Ein Impuls von **Michael Halmich** über den Interpretationsspielraum des GuKG für die Pflege
Von der Kooperation zur Kollaboration: Pflege, Medizin und Sozialversicherung
Michael Halmich, Forum Gesundheitsrecht, **Beate Czegka**, Abteilungsvorstand Pflegemanagement, Tirol Kliniken und **Harald Mayer**, 2. Vizepräsident der Ärztekammer diskutieren über Status Quo und Potenziale in der Zusammenarbeit zwischen Pflege, Medizin und Sozialversicherung.

10.30 Kaffeepause

PARALLELE FACHFOREN

11.00 INNOVATION / NEW WORK

Robotik als Innovationsinstrument

- Welche Herausforderungen und Hürden müssen bei der Implementierung von robotischen Systemen berücksichtigt werden?
- Wie muss eine Organisation sich dabei verändern?

Andreas Hein, Leiter der Abteilung Assistenzsysteme und Medizintechnik an der Universität Oldenburg

PEOPLE & CULTURE

Systematisches Ausfallmanagement in der Pflege

- Neue Personalressourcen finden, gewinnen und halten

Die Pflegedirektor:innen **Christa Grosz & Nicole Dodd**, LKH Wiener Neustad, **Andrea Greussing**, Sanatorium Kettenbrücke & **Stephan Palaver**, LKH Hall berichten über die Durchführung und ihre individuellen Erfahrungen mit dem Konzept eines „Flexipools“.

LEADERSHIP

Pflegequalität aus der Perspektive Personenzentrierter Pflege

- Messen, worauf es bei der Pflege ankommt.

Darüber sprechen die Pflegewissenschaftlerinnen **Hanna Mayer & Ana Cartaxo**, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften.

Entlastung durch automatisierte Prozesse

Anhand eines Best-Practice-Beispiels zur Spracherkennung in der Pflege erläutern **Johannes Reins**, sbks.digital, Klinikum Braunschweig und **Othmar Schrempf**, Healthcare Austria, Nuance, in welchen Bereichen Digitalisierung unterstützt und vom Pflegepersonal auch bereitwillig angenommen wird.

Pflegereporting: Pflege- und Betreuungspersonal im Fokus

- Welche Daten brauchen wir für Qualität und Sicherheit?
- Expertin für Langzeitpflege **Sabine Weißenhofer**, GÖG berichtet über Ergebnisse und definierte Messgrößen.

Personenzentrierte Führung am Beispiel Universitätsspital Basel

Stv. Pflegedirektorin **Anja Hermann** liefert einen Erfahrungsbericht aus dem Universitätsspital Basel.

Erhebung und Analyse von Support- und Managementprozessen mit LEP in der KAGes

- Prozessoptimierung und Unterstützung der strategischen Entscheidungsfindung im Pflegemanagement

Stefanie Reisenhofer, LEP Österreich & **Antonia Schelnast**, Stmk. KAGes

LINK - Langzeitpflege: Implikationen für nachhaltige Karrieren

- Problemfelder und Ansatzpunkte für nachhaltige Karrieren in der Langzeitpflege aus der Sicht von Pflegenden
- Eine Mixed Methods Studie

Adelheid Schönthaler, IMC FH KREMS

Agile Arbeitsmodelle im Gesundheitswesen

- Was sind die wesentlichen Mechanismen und wo liegen die Vorteile?
- Wie kann sich eine Organisation dahin entwickeln?

Ein Erfahrungsbericht von **Janina Weichaus**, Born-Gesundheitsnetzwerk, Dortmund und **Detlev Heins**, borisgloger professionals, Wien

12.55 Change Break

13.00 **ABSCHLUSSPANEL**

Change Café & Recap: Kernaussagen und Highlights der Fachpanels und Diskussionen des PMF 2023

Stefan Heinemann, FOM Hochschule
Markus Golla, IMC FH KREMS

13.30 Lunch

15.00 Ende des Pflege-Management Forums 2023

IHRE TEILNAHME

Pflege-Management Forum, 27. / 28. April 2023, Wien

Teilnahmegebühr (exkl. MwSt.)

Normalpreis

EUR 1.690

Vertreter:innen der Pflege und aus dem Gesundheits- & Sozialwesen

EUR 790

Kontakt & Anmeldung **businesscircle.at/pflege**

📅 27. / 28. April 2023

📍 Wien, Austria Trend Hotel Savoyen

★ businesscircle.at/pflege

BUSINESS
circle

MUT ZUR VERÄNDERUNG

15 Jahre

Pflege-Management Forum

Österreichs größtes Forum für Führungskräfte der Pflege

- Leadership in neuen Arbeitswelten
- Neue Anforderungen & Rollenbilder an das Pflege-Management
- Das GuKG im Jahr 2023 zeitgemäß anwenden
- Internationale Pflegekräfte mobilisieren & integrieren
- Storytelling in der Pflege: die Kraft der positiven Geschichten

